



REVISTAS CIENTÍFICAS
de la Universidad Católica del Norte.
revistas.ucn.cl



doi 10.22199/issn.0719-8175-6167

CUADERNOS DE TEOLOGÍA
Universidad Católica del Norte

 <https://ror.org/02akpm128>

ISSN: 0719-8175 (En línea)

Religiosidad y salud mental: tres niveles de análisis

Religiosity and mental health: Three analytical levels

Ignacio Cid-Pozo ¹  <https://orcid.org/0009-0001-5559-6070>

¹ Investigador Independiente, Santiago, CHILE.  iecidpuc@gmail.com



Resumen:

Se presentan algunos modelos conceptuales que explican los efectos que tienen las diversas expresiones de la religiosidad humana en la salud mental. Con este fin, se presentan tres dimensiones en que la religiosidad de los individuos se expresa cotidianamente. En segundo lugar, se exploran las limitaciones de este sub-campo de estudio poniendo de relieve el "lado oscuro" de la relación entre religión y salud mental. El texto concluye con los desafíos contemporáneos de esta literatura y, sobre todo, su recepción en América Latina.

Palabras Clave: creer; pertenecer; oración; asistencia religiosa; imágenes de Dios.

Abstract:

Some conceptual models are dealt with to explain the effects of different human religiosity expressions on mental health. For this purpose, three dimensions in which individual religiosity is expressed on a daily basis are presented. Secondly, the limitations of this sub-field of study are explored, highlighting the "dark side" of the relationship between religion and mental health. Finally, the text deals with the contemporary challenges of this literature and, above all, its reception in Latin America.

Keywords: believing; belonging; prayer; religious assistance; images of God.

Fecha de recepción: 15 de septiembre de 2023 | Fecha de aceptación: 22 de noviembre de 2023

Introducción

“La religión es el opio del pueblo” ... Esta es una de las sentencias más conocidas e influyentes de la obra de Karl Marx. El extracto da cuenta magistralmente del lugar que la cuestión religiosa tiene en la filosofía del autor. La religión es opio por cuanto constituye un imaginario social capaz de cauterizar la conciencia revolucionaria del proletariado, toda vez que somete a los individuos a la aceptación pasiva de sus condiciones miserables de vida.

Si bien la descripción de la religión como opio del pueblo ilustra la aproximación marxista a la religión, no la explica enteramente. En efecto, en reducidas oportunidades el fragmento es citado integralmente con las frases que lo anteceden. Antes de catalogarla como opio, Marx sostiene que: “La religión es el suspiro de la criatura oprimida, el corazón de un mundo descorazonado, y el alma de condiciones desalmadas” (Marx, 2010, p. 245).

Si bien el carácter “alucinógeno” se sobrepone a toda otra función social, Marx admite la existencia de una dimensión terapéutica del pensamiento religioso. En un mundo altamente precarizado por las consecuencias del industrialismo, el sentimiento religioso aparece en su obra como portador de capacidades protectoras y curativas que mantendrían a los individuos operacionales en un mundo sin alma.

A pesar de las múltiples críticas que la sociología de Marx ha recibido por su trato simplista y reduccionista de lo religioso, la anticipación del vínculo indisoluble entre religión y salud parece haber sido una de sus intuiciones más lúcidas.

El presente ensayo se concentra precisamente en visitar algunos de los hallazgos y asociaciones más importantes en uno de los tópicos emergentes que atrae un singular interés en la sociología contemporánea; a saber, la intersección entre religión y salud. Si bien la cuestión será tratada prioritariamente desde la sociología de la religión, los avances y conceptualizaciones teóricas de la sociología de la salud serán igualmente útiles para ofrecer una perspectiva integradora. “La religión es el opio del pueblo” es una de las sentencias más conocidas e influyentes de la obra de Karl Marx. El extracto da cuenta magistralmente del lugar que la cuestión religiosa tiene en la filosofía del autor.

1. Las tres dimensiones de la religiosidad

Aunque la tradición psicológica se inclinó, desde sus orígenes, hacia una visión más bien negativa de la religión, atribuyéndole incluso el carácter de debilidad psicológica o patología (Ellis, 1962; Freud, 1928), investigaciones contemporáneas han sido capaces de dar cuenta de la multiplicidad de mecanismos a partir de los cuales la religiosidad tiene efectos positivos sobre la salud humana (Schieman et al., 2013; Ventis, 1995). Sin embargo, antes de examinar esta relación resulta imperativo reconsiderar uno de los obstáculos más importantes que aqueja a este extenso cuerpo de literatura: la difícil tarea de conceptualizar la religión.

Durante décadas, la teoría sociológica ha intentado ofrecer una definición transcultural y transhistórica de la religión, pero sus intentos han tenido resultados más bien limitados. Mientras que la tradición funcionalista se ha concentrado en las tareas que la religión desempeña, es decir, en sus funciones sociales, la aproximación sustantiva ha buscado dar cuenta de una "esencia" de lo religioso que lo separaría de otros sistemas de creencias sociales (Willaime, 2003). Habitualmente, la definición sustantiva de lo religioso ha puesto énfasis en el carácter "sobrenatural" y "trascendente" de la religión, dejando fuera la pretensión funcionalista de incluir otras definiciones de religión como la religión difusa, la religión invisible, la religión civil o incluso la religión análoga (Luckman et al., 2022; Willaime, 1985). En ese sentido, para las definiciones sustantivas, la incorporación de "equivalentes funcionales" de la religión tales como el marxismo o el liberalismo, no poseen un fundamento teórico, pues si bien estas doctrinas comprensivas adquieren elementos externos que podrían ser catalogados de "religiosos", no poseen el componente trascendente propio a la creencia religiosa. Los funcionalistas, por su parte, reclaman que si bien no hay un componente trascendente, en un sinnúmero de espacios sociales, estas "religiones de sustitución" proveen bienes a los sujetos que, entrando en directa oposición y competición con las instituciones religiosas y sus bienes de salvación, pueden ser observadas como religiosas o cuasi-religiosas (Willaime, 2003; Stolz, 2010). Ante la dificultad de alcanzar una definición consensuada sobre la religión, la mayoría de las ciencias sociales ha optado por suspender o postergar este debate y centrarse en aspectos tangibles y observables de la

misma, como la religiosidad, es decir, la forma en que los individuos viven y experimentan su conexión con lo religioso.

Esta intrincada discusión parece estar en un punto muerto frente a dos campos que no están dispuestos a ceder espacio el uno al otro. De allí la necesidad de usar una definición operativa que evite la cuestión epistemológica del sentido mismo de definir un objeto.

En el presente artículo se ha tomado la decisión pragmática de utilizar la religión expresada en su faceta más externa y observable, la religiosidad; vista desde tres ámbitos o dimensiones que logran componer y capturar la religiosidad humana. Las tres "B", por su nombre en inglés: "pertenecer" (*belonging*), "comportarse" (*behaving*) y "creer" (*believing*) (Davie, 2017; Saroglou, 2011).

La coexistencia y coextensividad de estas tres dimensiones otorgan al concepto de religiosidad un carácter único frente a otros espacios del quehacer humano más contemplativos, como el arte, o puramente individuales y sin tendencia asociativa como la espiritualidad. De algún modo, cada dimensión corresponde a un aspecto específico en el que la religiosidad se proyecta desde la conciencia individual a acciones concretas. A su vez, los tres niveles dan cuenta del distinto énfasis que cada sistema religioso otorga a una dimensión determinada. Mientras algunos son altamente teológicos y se concentran en los aspectos doctrinales, otras religiones se celebran a sí mismas haciendo referencia al calor que emana de la vida comunitaria y la interacción cercana de sus miembros. Otras, en cambio, insisten en que las creencias y las comunidades están muertas si sus miembros no manifiestan ciertas conductas habituales y sistemáticas en la vida cotidiana, como si lo religioso se desplegara únicamente en la conducta observable.

Creer, pertenecer y comportarse o conducirse son dimensiones inherentes a la religión y, en consecuencia, están íntimamente vinculadas al modo en que los individuos entienden y viven las consecuencias de su comportamiento religioso. De allí, la importancia de indagar en el modo en que estas afectan las condiciones de salud de los individuos religiosos.

La dimensión de pertenencia da cuenta perfectamente el carácter asociativo y comunitario de la experiencia religiosa. La formación de comunidades y otros grupos humanos reunidos por una orientación común es lo que para autores como Durkheim (2016) constituye lo propio de toda religión, en la medida que ella es un fenómeno eminentemente social. El componente del comportamiento, por su parte, remite al aspecto moral de la religión donde normas, leyes, preceptos y expectativas sirven como principios reguladores de la conducta. El comportamiento es el salto en el que un sistema de valores es aplicado en la vida cotidiana, transformándose en sociología de los individuos. Acciones orientadas por una determinada concepción del cosmos o la divinidad. Finalmente, el componente de la creencia hace referencia a los aspectos cognitivos y teóricos de la religión, es decir, al conjunto de ideaciones que acompañan las relaciones con lo trascendente, la búsqueda de sentido y la necesidad de certezas.

1.1. Participación religiosa: el *pertenecer*

La pertenencia religiosa es un concepto espinoso y difícil de capturar, dadas sus multiformes expresiones y la centralidad disímil que adquiere en cada tradición religiosa. En cualquier caso, la pertenencia tiene un innegable carácter público en el que los creyentes forman parte de una comunidad moral que sostiene su identidad religiosa individual. Para algunos autores, dicha comunidad es, de hecho, la condición de posibilidad y la estructura de plausibilidad que hacen posible la creencia (Durkheim, 2016; Berger y Luckmann, 2016; y Berger, 2011). Así, mientras que para las tradiciones cristianas protestantes y católicas la asistencia semanal a servicios religiosos es deseable, en el islam dicha práctica es menos preceptiva, especialmente entre las mujeres, para quienes no es mandataria de forma alguna (Weber, 1993). Del mismo modo, las religiones orientales como el budismo y el hinduismo, si bien cuentan con reuniones conjuntas donde se produce efervescencia colectiva, son esporádicas y se centran más bien en rogativas o súplicas individuales que, en ocasiones, pueden tener lugar grupalmente (Weber, 1993; Yang, 2011).

Hace ya un par de décadas, existe un amplio consenso científico respecto a los efectos positivos y protectores que la pertenencia a organizaciones religiosas y la consecuente asistencia a servicios religiosos tienen sobre un amplio rango de

indicadores de salud mental y física. La frecuencia de asistencia a servicios religiosos está asociada a una menor incidencia de trastornos de ansiedad, angustia, ira, depresión, malestar psicológico y una mayor percepción subjetiva de felicidad (Hill et al., 2011; Koenig et al., 2012). Asimismo, la participación activa en una comunidad religiosa se asocia con una amplia gama de comportamientos saludables, entre los que se cuentan: un mayor uso de medicina preventiva, bajos niveles de alcoholismo y tabaquismo, un estilo de vida no sedentario y un mayor grado de obediencia a los regímenes de tratamiento y medicación (Hill et al., 2006; Hill et al. 2011; Koenig et al. 2012).

Los efectos saludables que se derivan de la asistencia religiosa pueden tener incluso proyecciones intergeneracionales. Investigaciones han dado cuenta de cómo individuos cuyas madres asistían a servicios religiosos durante su época de gestación, tienen menores probabilidades de nacimiento prematuro o bajo peso estándar para niños de esa edad (Reichman et al., 2008). Del mismo modo, investigaciones han explorado un vínculo negativo entre la asistencia a servicios religiosos y la mortalidad infantil (Woolley et al., 1982).

Los mecanismos sociológicos que operan detrás de estas asociaciones son múltiples, pero todos parecen estar vinculados al carácter ritual de los servicios religiosos. En tanto espacio de encuentros repetidos entre distintos miembros de una comunidad moral, los servicios religiosos cumplen la función de multiplicar las oportunidades de interacción entre los participantes y fortalecer sus redes sociales. Este patrón continuo de contacto no solo produce mayor integración social, sino que, dado su bajo costo de mantenimiento, fortalece las redes de capital social entre los participantes (Bradley, 1995; Ellison y George, 1994). El bienestar que producen estas redes está así: vinculado al tipo de conexiones que se configuran en estos espacios (Barkan y Greenwood, 2009; Lim y Putnam, 2010). Generalmente, el contacto se produce entre individuos con sistemas de valores afines que refuerzan y fortalecen creencias e intereses mutuos, ámbitos que contribuyen a una mejor salud mental.

Aun cuando la dimensión del refuerzo positivo de valores y creencias es esencial para entender el efecto que tiene la asistencia a servicios religiosos sobre la salud mental, el carácter solidario y de socialización que tiene las comunidades religiosas fortalece este

impacto. En efecto, las iglesias y otras comunidades de fe son entornos de protección y cuidado mutuos, en los que se promueve una cultura de apoyo y de solidaridad recíproca. Los beneficios de las estructuras de solidaridad de las comunidades religiosas pueden ser variados. La mayoría de las tradiciones religiosas animan a los feligreses a ayudar económica y moralmente a los más desafortunados. De este modo, investigaciones han dado cuenta de cómo los creyentes que asisten regularmente a la iglesia tienen mayores probabilidades de donar parte de sus ingresos, en comparación con quienes asisten menos frecuentemente o quienes no lo hacen (Putnam y Campbell, 2012). La relación parece ser la misma cuando se trata de ser voluntarios en organizaciones que ayudan y asisten a los grupos más necesitados de la sociedad. Los feligreses regulares se comprometen en mayor medida que sus pares no creyentes en asociaciones y organizaciones caritativas (Putnam y Campbell, 2012). El voluntariado bajo estas condiciones produce una sensación de utilidad social y de obediencia a los principios morales de las comunidades de fe, en adecuación con las expectativas individuales que estos sujetos tienen sobre sí mismos, lo que termina por redundar en un mejor desempeño a nivel de salud mental.

Los altos índices de solidaridad, soporte y respaldo interno en el seno de las congregaciones les permiten proporcionar una serie de formas de apoyo emocional e instrumental. Este apoyo se expresa en convenciones institucionales y formales de consejería, ayuda solidaria, apoyo psicológico, entre muchos otros servicios (Schieman et al., 2013). Sin embargo, no solo estas formas de respaldo comunitario mejoran el bienestar subjetivo de los participantes. La *dimensión potencial* de todos estos servicios tiene efectos, incluso, antes de ser aplicados. El apoyo social anticipado (*anticipated social support*), es definido por Krause (2006) como "la creencia de que los miembros de la red social proporcionarán ayuda en el futuro si surge la necesidad" (p. 126). Algunas investigaciones dan cuenta de cómo esta dimensión de la solidaridad interna de una comunidad es, en ocasiones, más decisiva que el apoyo social consumado, pues provee un espacio de confort y seguridad a los individuos ofreciendo una red de prestaciones a las que podrían acceder si fuese necesario (Ellison y Henderson, 2011; Krause, 2006).

El interés sociológico por los mecanismos que vinculan la salud con la participación religiosa está particularmente motivado por el modo en que estos efectos son moderados por un conjunto de variables sociodemográficas. Investigaciones han mostrado la importancia que la etnicidad tiene para amplificar el rol de la religión en la salud mental (Gilkes, 1980; McRae et al., 1998). Las iglesias afroamericanas en el contexto estadounidense han sido históricamente santuarios de validación, expresión y oposición contra el racismo sistémico. Estas comunidades de desarrollo personal ofrecen modos de socialización que otorgan un importante énfasis en la justicia social y en la autoestima de individuos que son víctimas de exclusión y marginación social (McRae et al., 1998; Gilkes, 1980). El rol de los pastores negros también parece ser importante, no solo en la denuncia activa, sino también como consejeros y guías que se han visto directamente afectados por el racismo. Así, hallazgos como los de Krause (2003) muestran que el efecto negativo de la asistencia sobre los niveles de depresión es más amplio entre las personas afroamericanas que entre sus pares blancos. Una conclusión similar tiene el estudio de Tabak y Mickelson (2009) que encuentra una correlación significativa más amplia entre asistencia a servicios religiosos y bajos niveles de angustia y estrés para la población afroamericana.

En un contexto latinoamericano marcado por la presencia de comunidades religiosas con un fuerte componente indígena, donde se celebra su cultura, a través de la utilización de lenguas autóctonas o simbologías propias de sus tradiciones culturales; investigaciones de este tipo aún no han sido conducidas. Resulta así importante preguntarse si en tanto que objetos de discriminación y exclusión histórica, las iglesias indígenas también ejercen un rol terapéutico y protector que afecta positivamente la autoestima y salud mental de sus miembros.

Además de la intersección mencionada, otros efectos moderadores necesitan de una mayor dilucidación, por cuanto ningún efecto sistemático ha sido demostrado. Variables como la edad, el sexo, el nivel educacional, el estatus marital o el ingreso no parecen tener un efecto moderador significativo sobre la asistencia y los indicadores de salud mental (depresión, ansiedad, autoestima).

1.2. La oración: el *comportarse*

A diferencia de la dimensión del *pertenecer* que está intrínsecamente conectada al carácter público, comunitario y exterior de la práctica religiosa y la espiritualidad, el elemento del *comportarse* cuenta, simultáneamente, con manifestaciones públicas y colectivas, así como con más expresiones de orden individual, privado e interior. Comportarse de acuerdo con las doctrinas y preceptos de una religión depende, en gran medida, del grado de demanda que dichos preceptos imponen sobre la conducta del creyente (Iannaccone, 1994; Stark y Finke, 2000). Mientras algunas religiones exigen un mínimo de acciones y preceptos, generalmente con prohibiciones más que directrices (*no matarás*); otros sistemas religiosos resultan altamente demandantes, imponiendo, en ocasiones, cargas excesivas sobre la conducta individual.

El comportamiento religioso tiende a expresarse en múltiples esferas de la vida de los individuos. Reglas que disponen y ordenan su sexualidad, su administración financiera, su régimen dietético y de alimentación, la organización de la familia y la disposición del tiempo son solo algunos de los aspectos susceptibles de ser regulados por la ética religiosa (Schluchter, 2018). Con todo, la oración, el rezo y la plegaria parecen ser una materialización transversal a la conciencia religiosa. La gran mayoría de los seres humanos reza a diario en las sociedades contemporáneas (Norris, 2013). Desde las religiones *folk* hasta las creencias altamente institucionalizadas. Ciertamente la oración es una constante a lo largo de la historia religiosa (Bellah, 2011; Levin y Taylor, 1997).

El término oración contiene una amplia polisemia en su definición. Una oración puede tener lugar tanto en la intimidad de una habitación, como de manera colectiva junto a otros miembros de una comunidad religiosa. Si bien la sociología tiene una larga tradición de reflexión en torno a los efectos que los rituales colectivos pueden generar en términos de emociones compartidas, solidaridad y producción simbólica (Durkheim 1995; Collins, 2014), acercarse al fenómeno de la oración desde esta perspectiva parece tener algunas limitaciones en la medida en que la oración continúa siendo globalmente una práctica privada (Froese y Jones, 2021).

Froese y Jones (2021) proponen un modelo teórico en el que es posible distinguir cuatro dimensiones de la experiencia de la oración. Aun cuando ellas pueden variar entre las tradiciones religiosas, grupos demográficos y culturas nacionales, son cuatro los componentes que pueden ser identificados en toda actividad de oración: (1) la frecuencia de oración, (2) el estilo de oración (3) el propósito de la oración, y (4) el objeto de la oración.

El vínculo entre la frecuencia e intensidad de oración de los individuos y su desempeño en salud mental y física no es tan claro como en el caso de la observancia de servicios religiosos. Por un lado, la oración puede tener consecuencias positivas, por cuanto conecta a los individuos con la divinidad en la que creen, además de ofrecer un mecanismo de reflexión de las acciones cotidianas que les puede ofrecer sentido y propósito. Sumado a esto, la oración puede restituir un sentido de control, en la medida en que los creyentes consideran que con su oración pueden influir en la voluntad de la divinidad en alguna dirección (Pargament et al., 2000).

El efecto de la oración es difícil de capturar en la medida en que cuenta con un efecto significativo de auto-selección. Investigaciones han demostrado que las personas tienden a aumentar la frecuencia de sus oraciones en momentos en que se ven confrontados a mayores niveles de estrés, angustia, pérdidas u otros estresores que influyen en la salud emocional (Bradshaw et al., 2008). Para algunos sociólogos (Janssen et al., 1990), el problema tiene su origen en la conceptualización misma de la oración. De allí que hayan identificado formas distintas de oración, como la ritualista, la petitoria y la meditativa (Masters y Spielmans, 2007; Peacock y Poloma, 1999). Así, tomando en consideración el *estilo* de oración (Froese y Jones, 2021), algunos estudios han sido capaces de revelar ciertas tendencias: las oraciones cuyo sentido está centrado en la "adoración" y la "acción de gracias" están asociadas a niveles más altos de autoestima, optimismo y sentido de la vida, mientras que las oraciones caracterizadas por la "confesión", "súplica" y "obligación" tienden a asociarse a resultados psicológicos negativos (Whittington y Scher, 2010; véase también Masters y Spielmans, 2007; Poloma y Pendleton, 1991).

Si bien existen incipientes análisis en torno a la diferenciación de la oración, lo cierto es que no parece haber evidencia concluyente que permita aseverar que las distintas formas de oración tengan un efecto diferenciado sobre la salud. Hallazgos del estudio de Newberg y Waldman (2009) sugieren que la oración contemplativa practicada regularmente puede tener efectos salutíferos sobre la memoria, ralentizando el daño neurológico producido por el envejecimiento. No obstante, algunos propósitos de oración pueden ser nocivos para la actividad cerebral, si se centran en experiencias que producen miedo o enfado (Froese y Jones, 2021; Newberg y Waldman 2009).

Así, al pensar en el impacto de la oración, el propósito aparece como un elemento incluso más importante que la regularidad con la que se hace. El propósito es la respuesta a por qué los individuos entran en oración y representa su aspecto racional por cuanto dichos actores conocen en detalle el objetivo por el cual se involucran en dicha práctica. Globalmente, la oración sigue siendo una actividad en la que los individuos piden por bendiciones intramundanas, la mayoría de las veces vinculadas a mejoras en las condiciones de salud física o por la estabilidad financiera. Pero esto no debe hacer suponer, como recuerda Luhrmann (2012) que toda oración sea una petición. No todas las comunidades religiosas piden a los congregantes que busquen una respuesta de Dios en su oración. Por el contrario, muchas ponen un énfasis en su naturaleza intimista, acumulativa y de largo plazo. De este modo, aun cuando el propósito aparece frecuentemente vinculado a la salud y prosperidad, la oración tiene lugar, en su mayoría, bajo razones no petitorias.

Parece ser que la naturaleza misma de la oración impide atribuirle una calificación depurada. En efecto, la oración raramente se manifiesta de manera pura en una de estas categorías, por cuanto es un continuo en el que se presentan aspectos rituales, adoración, petición, arrepentimiento en combinatorias azarosas y multiformes.

Ante la imposibilidad de desentrañar el propósito y el estilo de la oración, el objeto resulta ser el elemento más determinante para entender sus efectos en la salud de los individuos. Si bien la oración, en ocasiones, puede ser dirigida hacia los ancestros o una fuerza impersonal, en la mayoría de las ocasiones tiene por objeto a una divinidad. De hecho, esta direccionalidad distingue a la oración de la meditación, pues esta última no

busca establecer un canal de comunicación con un objeto sobrenatural, sino perfilarse como un mecanismo introspectivo orientada hacia el propio conocimiento (Brown, 2013).

El objeto es fundamental puesto que la imagen o imaginario que los individuos tienen respecto la divinidad con la que se conectan determina todos los otros elementos de la plegaria. En ese sentido, la oración puede tener efectos nocivos para la salud mental si el Dios al que va dirigida dicha oración es vengativo, poco clemente, lejano o castigador. Por el contrario, si Dios es percibido como misericordioso, cercano, amoroso y compasivo, entonces la oración que le va dirigida tiene efectos más beneficiosos y protectores contra la depresión o el estrés sostenido (Bradshaw et al. 2008). Así, la oración no puede ser considerada de manera independiente, sino que debe conceptualizarse a la luz del carácter divino del receptor.

En resumidas cuentas, a diferencia de la observancia religiosa donde hay una gradiente positiva mediada por la frecuencia; en el caso de la oración, la frecuencia en sí misma no captura los efectos sobre la salud mental de los individuos. Asimismo, aun cuando existen asociaciones insipientes entre la salud de los individuos, el propósito y estilo de la oración, estos resultados no son sistemáticos. El carácter observacional de muchas de las fuentes de datos de donde se han extraído estas conclusiones no permite identificar a ciencia cierta si la oración es una variable dependiente o si, más bien, ella es causada por un malestar previo que a su vez tiene efectos sobre la salud física y mental. Datos de carácter longitudinal pueden contribuir a subsanar esta dificultad.

1.3. Las imágenes de Dios: el *creer*

Históricamente, ha existido una querrela al interior de la sociología de la religión respecto al modo en que las ideas religiosas interactúan con las prácticas, y la manera en que una antecede a la otra. Para Durkheim (2016), por ejemplo, el ritual era el espacio de formación de la conciencia de modo que el conjunto de sentimientos y creencias respecto a la divinidad y la sociedad se creaban y transmitían por este medio. Para Weber (1993), en cambio, las ideas cuentan con una cierta eficacia histórica que les permite articular conductas en los individuos. En ese sentido, para Weber, el comportamiento

religioso como una forma de acción, era el producto de un valor o fin que los propios individuos se habían dado a sí mismos y no la imposición de un hecho social sobre sus conciencias. En otras palabras, la sociología de la religión es, en Weber, la consecuencia de una determinada teología y no a la inversa.

Si bien, el modo de procedencia de la idea de Dios refiere en último término a la vieja discusión sociológica que antepone al individuo con las estructuras, lo cierto es que, como afirma Berger (1971) toda práctica está enraizada en una ideación del mundo. Las ideas son una creación humana que se exterioriza para ser objetivada como realidad que “se presenta a sus productores originales con una facticidad externa” (Berger, 1971, p. 14). Una vez alcanzada esa dimensión de facticidad *sui generis*, la producción humana adquiere la facultad de constreñir y determinar la conducta de los agentes. En tanto sociedad, la creación objetivada, produce al hombre de modo que él deviene, *de facto*, producto de la sociedad.

En Occidente y el Oriente próximo, la idea de Dios es una de las columnas que articulan el sistema de creencias religiosas. A pesar de los procesos masivos de desinstitucionalización y declive de la identidad religiosa, la creencia en Dios sigue siendo masiva, especialmente en un contexto como el Latinoamericano (Lehmann, 2002). Puede que en el mundo industrializado la creencia en Dios se haya debilitado, pero su imagen está lejos de estar muerta.

Existe un extenso cuerpo de literatura académica que ha establecido asociaciones significativas entre tener una relación íntima y personal con Dios (o una divinidad) y una variedad de clivajes sociales (Bader y Froese, 2005). Así, estas imágenes moldean las actitudes sobre los roles de género (Stover y Hope, 1984), la violencia (Ellison, 1991), la afiliación política (Froese y Bader, 2010), el castigo corporal a los niños (Sherkat y Ellison, 2007), entre otros. El carácter y la naturaleza de Dios son rasgos decisivos que motivan o desaniman las acciones humanas y dan forma a las ideas sobre el mundo. Rodney Stark (2003) sugiere que, para derivar la agencia humana de un Dios todopoderoso y omnipresente, la racionalidad debe ser uno de sus atributos centrales. La creencia en un Dios lógico y orientado a objetivos abre una serie de vías en las que la

religión puede influir en los comportamientos y actitudes, mientras que la imagen de una divinidad irracional e ilógica hace que la religión sea inútil e irrelevante.

La psicología social también ha contribuido a la comprensión del vínculo que los individuos crean con la divinidad. El concepto de apego seguro a Dios (*secure attachment to God*) usa la teoría del apego, de acuerdo con la cual, el vínculo con un otro significativo proporciona la base para relaciones sanas y productivas a lo largo del curso de la vida (Ainsworth et al., 2015; Johnson et al., 2015; Murphy y Bates, 1997). Aplicada a la idea de Dios, se espera que un apego estrecho a la figura de Dios tenga un efecto similar impactando positivamente la salud y las relaciones de los individuos (Liu y Froese, 2020). Del mismo modo, usando la idea del sentido de control (*sens of control or mastery*) y sus efectos positivos sobre la salud mental (Ellison y Burdette, 2012; Hill et al., 2011), el concepto de Control Divino (*Divine Control*) indica específicamente que un creyente asume que Dios es muy influyente en su vida y que todo lo que en ella tiene lugar está bajo su dirección y control (Schieman et al., 2006). Sería esperable así que, el control divino disminuya el sentido de control propio en los creyentes. Con todo, y de manera contra-intuitiva, algunas investigaciones sugieren que la creencia en un alto control divino redundaría en mayores índices de sentido individual de control, es decir, que las acciones individuales que los actores sociales emprenden, tienen el potencial de modificar el curso de sus vidas (Schieman et al., 2013).

Estos hallazgos dan cuenta de que el vínculo de las creencias sobre Dios y la salud mental no dependen tanto de la contingencia respecto a qué tan cerca o lejos los individuos conciben a Dios, sino *el tipo* de Dios al que se sienten cercanos o lejanos (Flannelly et al., 2010). Andrew Greeley (1989) fue pionero en la investigación sistemática sobre la personalidad percibida de Dios. Sus primeros hallazgos sugerían que la forma en que los creyentes entendían su religión, los beneficios y las obligaciones derivadas de ella estaban fuertemente determinadas por la pregunta de quién es Dios. Proyectando el trabajo de Greeley, Froese y Bader (2010) sugieren que las imágenes de Dios difieren y varían en función de dos escalas:

- a. el grado de disponibilidad e involucramiento de Dios en el mundo, es decir, a qué punto Él es un principio causal (*engagement*), y;

- b. el grado en que Dios juzga, es iracundo y está personalmente enojado con los pecados individuales (*judgemental*).

El grado de actividad o involucramiento de Dios en el mundo está relacionado con las atribuciones de la divinidad trascendente como interviniente en los asuntos cotidianos de su creación. Creer en un Dios comprometido implica que es un principio activo de causalidad que produce tanto los fenómenos naturales como los acontecimientos de la vida cotidiana. En contra de la caracterización de la modernidad como un mundo desencantado por la penetración de la tecnología, el pensamiento técnico y el cientificismo, un número significativo de creyentes en las sociedades contemporáneas continúan creyendo en un Dios que toma parte activa en el mundo que ha creado. Con base en esta escala de involucramiento de Dios, Jackson y Coursey (1988) han demostrado que la medida en que Dios aparece como un agente causal activo está positivamente asociado con el sentimiento de satisfacción con la vida. Los individuos, cuyo imaginario de Dios es el de una divinidad comprometida con su bienestar personal, describen frecuentemente a Dios como una personalidad protectora que cuida de ellos constantemente y los protege de las dificultades de la vida. Esta imagen de un Dios involucrado en el mundo puede tener, no obstante, efectos adversos. Investigaciones han demostrado que las personas con una concepción más interventora de Dios tienden a practicar en menor medida la medicina preventiva (Upenieks et al., 2022), cuestión que a largo plazo deteriora su salud física.

La medida de actividad de Dios en el mundo es un concepto cercano al de Apego Seguro, aunque también permite capturar las creencias de las personas no solo respecto a su bienestar personal, sino al grado en el que el mundo sigue estando habitado por agentes espirituales. Por eso, el involucramiento de Dios resulta una mejor medida que el apego seguro de Dios.

Otro elemento central que describe la personalidad de Dios es su nivel de ira y juicio contra la humanidad. Esta medida es esencial pues modera todas las anteriores; el apego a Dios puede ser perjudicial si el Dios con el que se mantiene, se manifiesta únicamente en juicio y cólera contra el pecado. Una serie de conductas sociales y rasgos de personalidad del creyente están vinculadas a la creencia en un Dios juzgador y

vengativo. Un Dios severo, castigador e iracundo está asociado a la falta de confianza en los demás (Hinze et al., 2011), conservadurismo social y político (Bader y Froese, 2005; Thomson y Froese 2016), intolerancia política (Froese y Bader 2008), xenofobia (Rowatt et al., 2009), posesión de armas (Mencken y Froese, 2019), tradicionalismo de género (Whitehead, 2012) y el apoyo a una justicia punitivista (Applegate et al., 2000; Thomson, 2017; Unnever et al., 2010).

Respecto al desempeño en salud mental y física, la literatura señala que índices más altos en la escala de juicio de Dios están vinculados con mayores índices de depresión y ansiedad, un menor sentido de "importar" para los demás, redes sociales más reducidas y mayores niveles de malestar físico (Bonhag y Upenieks, 2021). Por último, existen variaciones por género: las mujeres tienden a tener imágenes más compasivas, positivas y amorosas de Dios en comparación con los hombres, quienes tienen más probabilidades de ver a Dios como un ser distante, castigador e implacable (Nguyen y Zuckerman, 2016; Ozorak, 1996).

En definitiva, las creencias juegan un rol capital que, en muchos sentidos, modera los demás comportamientos religiosos asociados. Las imágenes de Dios para las religiones teístas parecen ser el espacio donde se juega la salud mental de los creyentes. La figura de un Dios lento en la cólera y rápido en el perdón puede tener un efecto favorable para el creyente, pero un Dios colérico y demasiado involucrado en el mundo es la puerta de entrada a los costos de la vida religiosa.

2. El "lado oscuro" de la religión

Aunque la noción de que la religión constituye una psicopatía responsable del deterioro de la salud mental podría considerarse obsoleta o incluso reminiscente de antiguos prejuicios ilustrados contra lo religioso, el entusiasmo desmedido en el ámbito de intersección entre salud y religión parece haber descuidado, al menos inicialmente, las consecuencias perjudiciales derivadas de las interacciones o concepciones religiosas negativas para la salud de quienes las experimentan. El surgimiento del "lado oscuro" de la religión se ha convertido así en un área de investigación que reconoce los efectos adversos de la religión en la salud de los individuos (Krause y Wulff, 2004).

A pesar de la existencia de pruebas consistentes respecto a los beneficios de la asistencia a servicios religiosos sobre la salud mental, algunos estudios han dado cuenta de las consecuencias potencialmente dañinas que dicha participación puede tener cuando está marcada por interacciones sociales negativas (Ellison et al., 2009; Krause, 2014). En contextos religiosos, las interacciones negativas son particularmente problemáticas porque a diferencia de relaciones más institucionales o comerciales, ellas tienen como uno de sus principales objetivos la búsqueda de apoyo, sostén y confort. Existen múltiples razones por las que estas interacciones desafortunadas pueden tener lugar en contextos religiosos: diferencias teológicas, divisiones políticas, tensiones raciales, control excesivo de la comunidad sobre la vida personal de los individuos o administración de los recursos. Sobre esta última, por ejemplo, Homan y Burdette (2021) dan cuenta de cómo la participación de mujeres en congregaciones consideradas como "sexistas" tiene efectos negativos sobre su salud mental. Las autoras crean un índice institucional de sexismo, en el que incluyen cuatro dimensiones:

1. Presencia de mujeres en el cuerpo gobernante de la iglesia;
2. Apertura hacia el ministerio femenino;
3. Enseñanza de mujeres a clases mixtas y;
4. Capacidad de predicar en un servicio de adoración.

Los resultados dan testimonio que las mujeres que participan en iglesias "sexistas" tienen un peor desempeño en salud mental, comparadas con mujeres que participan en iglesias en las que no se afirman valores tradicionales de género y donde su participación en el liderazgo está abierta. En el caso de los hombres, no obstante, los resultados no son conclusivos.

Un estudio inaugural en la materia de Ellison y Lee (2010) da cuenta de hallazgos contraintuitivos respecto a estas interacciones negativas. Se esperaría que mayor frecuencia de asistencia a servicios religiosos aumente las posibilidades de tener interacciones dañinas con otros congregantes. No obstante, las conclusiones de este estudio muestran que no existe una relación directa entre frecuencia de asistencia e

interacciones negativas. Si bien la idea de interacciones negativas tiene un potencial de capturar los efectos secularizadores de la "decepción con la religión institucional", no existen aún estudios que den cuenta del impacto de la posición de la persona con la que se tiene conflictos. Es posible que exista una diferencia significativa entre tener conflictos con otro feligrés, que mantener interacciones negativas con el pastor, sacerdote o algún miembro del liderazgo de la comunidad. Asimismo, puede resultar una gran diferencia, mantener relaciones problemáticas con otros congregantes que con amigos cercanos de la comunidad que con alguien menos conocido.

Las relaciones problemáticas en espacios religiosos no se restringen a relaciones únicamente "terrenales". Un número significativo de personas experimentan relación(es) poco satisfactorias con la figura de Dios. Cuando Dios aparece distante y poco sensible a las necesidades más inmediatas o cuando las respuestas a las oraciones tardan en llegar o no se manifiestan del modo deseado por los actores, la relación con Dios puede devenir estresante o traumática (Ellison y Lee, 2010). En escenarios así, la relación personal con Dios puede provocar sensaciones de decepción y angustia producto del sentimiento de abandono que sienten los creyentes. Asimismo, el peso en torno al juicio de Dios ante el pecado o la falta de espiritualidad puede hacer de la divinidad un gran hermano que solo vigila para castigar. El abandono o el castigo de Dios puede tener profundos efectos nocivos sobre la salud mental de los creyentes. En ocasiones, estos conflictos pueden terminar por una relación de odio hacia Dios o el abandono definitivo de toda creencia.

Otro aspecto que ha sido de especial interés para la interacción entre salud y religión son las *dudas religiosas*. De modo general, las dudas religiosas son "un sentimiento de incertidumbre o de cuestionamiento de las enseñanzas o creencias religiosas" (Hunsberger et al., 1993, p. 28). Si bien las dudas tienden a ser estigmatizadas en espacios religiosos, su lugar en la reflexión religiosa ha sido más moderado. La Biblia advierte al creyente respecto a los efectos negativos de las dudas de fe, aunque no las condena (En pasajes como Santiago 1:6-7. Nueva Versión Internacional, 1979), la duda es ilustrada como las olas del mar, agitadas y llevadas de un lado a otro por el viento. En Mateo 21:21 (Nueva Versión Internacional, 1979), se atribuye a aquel que no duda la

capacidad de mover montañas mediante su fe; sin embargo, no parece haber una crítica explícita hacia aquellos que experimentan dudas. Teólogos importantes como Tomás de Aquino (2003) han dado cuenta de cómo la duda es un aspecto inherente a la fe religiosa. Otros como James Snowden (1916) coinciden con Aquino en que la duda es simplemente una etapa del camino de la fe y que cuando se reconcilia, puede hacer de la fe una convicción aún más sólida (Upenieks et al., 2022). Pero las dudas religiosas también pueden provocar ansiedad y malestar subjetivo. Desde un punto de vista de la teoría de la identidad, las dudas socaban uno de los marcadores más importantes de la autopercepción individual: la religiosidad. Si las dudas penetran en este espacio de intimidad, los individuos tienen mayores probabilidades de experimentar disonancia cognitiva entre el modo en que se perciben a sí mismos y la falta de claridad espiritual respecto a creencias que le son exigidas por su comunidad (Krause y Wulff, 2004). Del mismo modo que con la relación problemática con Dios, esta tensión se reduce por dos caminos: (1) reduciendo las dudas o bien (2) disminuyendo la importancia de la religión como marcador de identidad afín de reducir el malestar.

Estudios como el de Galek et al. (2007) y Krause et al. (1999) revelan cómo los efectos negativos de las dudas varían según diferentes grupos sociodemográficos. Así, el primero muestra que la duda tiene un carácter más destructivo entre los adultos mayores, mientras que el segundo da cuenta de cómo esta asociación también se amplifica en grupos de bajo nivel socioeconómico. En ambos casos, se trata de segmentos poblacionales donde la religión es concebida como una estrategia de adaptación y afrontamiento de condiciones materiales o de salud adversas.

Como fue mencionado anteriormente, las imágenes de Dios también pueden ser la base para una serie de comportamientos nocivos en materia de salud. Estudios como el de Upenieks et al. (2022) revelan que las personas con una visión más activa de Dios en el mundo tienden a confiar menos en la ciencia y en sus avances. De este modo, uno de los hallazgos del estudio consiste en demostrar que las personas que creen en un Dios más involucrado en el mundo tienden a vacunarse, en menor proporción, incluyendo el reciente proceso de vacunación masiva contra el virus COVID-19. Así, estos

creyentes ven en el uso de la vacuna no solo una forma de *political statement*, sino, ante todo, una falta profunda de confianza a las promesas de protección y cuidado de Dios.

La visión del hombre en cada tradición religiosa también puede tener impacto sobre la salud de los individuos. Un estudio de Uecker et al. (2016) da cuenta de cómo la creencia en la condición pecaminosa del hombre y su incapacidad para las obras buenas está asociado a una mayor sintomatología de malestar físico. El estudio demuestra, sin embargo, que el deterioro de la salud física es moderado y casi anulado por la creencia en la gracia de Dios. Dicho de otro modo, mientras quienes solo tienen altos índices de creencia en la naturaleza pecaminosa del hombre tienden a manifestar una alta sintomatología física, quienes profesan esta creencia simultáneamente a un alto índice de creencia en la gracia de Dios, describen su salud física como favorable.

Finalmente, la religión también puede tener consecuencias desfavorables producto de su amplia capacidad para prescribir y sancionar comportamientos como deseables (Durkheim, 2016). De este modo, estudios como el de Mannheim y Hill (2015) han definido la conducta religiosa desviada como las prácticas concretas y cotidianas que se apartan o violan las expectativas, reglas y normas que una determinada comunidad religiosa elabora para sus miembros. Basado en la teoría de referencia de grupos, los autores afirman que los individuos utilizan grupos de referencia comparativos como instrumentos de monitoreo de su propia conducta, evaluándose a sí mismos en comparación con los demás. Cuando esto ocurre con grupos de referencia normativos que exigen a los individuos un conjunto de normas y valores, el comportamiento de los individuos aparece como fuertemente encuadrado por el grupo (Bock et al., 1983; Cochran y Beeghley, 1991). Pero cuando estos individuos fracasan en sus intentos de conformidad a las reglas y valores del grupo, el malestar psicológico producto de un sentimiento de no pertenencia puede aflorar.

Usando una muestra de creyentes auto-declarados como protestantes conservadores, los autores miden la conformidad de estos creyentes a tres comportamientos que esta tradición religiosa exterioriza como importantes: (1) la asistencia de entre una a tres veces a servicios religiosos durante un mes (2) la lectura de las Escrituras al menos una vez por semana (3) orar al menos una vez al día. Sus

hallazgos son inesperados: los protestantes conservadores que “se quedaron cortos” (*fell short*) en la exigencia de asistencia a la iglesia mostraron mayores niveles de malestar psicológico, síntomas depresivos y ansiedad, en comparación a aquellos protestantes conservadores que cumplieron con las expectativas institucionales. Asimismo, la lectura insuficiente de las escrituras se asoció con síntomas depresivos, pero no con ansiedad con respecto a quienes leían asiduamente. Finalmente, la oración no tuvo efecto alguno vinculado al malestar psicológico entre los protestantes conservadores.

Los resultados de este estudio pueden ser interpretados en múltiples sentidos. Los protestantes conservadores sufren en mayor medida del desfase de sus creencias y sus prácticas, cuando estas son susceptibles de ser sometidas a un proceso de control. Tanto la asistencia religiosa como la lectura asidua de las escrituras pueden ser supervisadas por medios informales. Los protestantes conservadores pueden enfrentarse a críticas y sanciones sociales de otros miembros de la iglesia cuando no se presentan a servicios religiosos. Del mismo modo, un protestante que no cita la Biblia seguido en sus conversaciones cotidianas, puede ser percibido como un miembro de la comunidad que no presta suficiente atención a sus deberes religiosos. La oración, por el contrario, es muy difícil de controlar y al ser una actividad eminentemente privada y personal, es menos apta para usarse como mecanismo de control social.

En definitiva, los creyentes que no alcanzan a cumplir sus deberes religiosos “*quedándose cortos*”, tienden a experimentar peores índices de salud mental. Estos resultados interpelan a un amplio cuerpo de literatura que pone énfasis en las propiedades beneficiosas que el *bricolage* de sistemas religiosos tiene entre los creyentes (Champion, 2004; Hervieu-Léger, 2003). Efectivamente, frente al proceso de desinstitucionalización, las creencias se manifiestan cada vez de forma menos exclusivista (Davie, 1990). Por el contrario, ellas adquieren crecientemente un carácter combinatorio, sincrético y dinámico, atributos que se adquieren en los bordes de la institucionalidad religiosa. En ese sentido, si bien la perspectiva de la “religión vivida” (Morello, 2021) tiene valor en la medida que observa lo religioso “en el acto” y mientras se “performa” en lugar de centrarse en sus expresiones “típico ideales”, lo cierto es que

esta libertad parece estar asociado a un costo, aunque mejor y mayor investigación necesita ser llevada adelante para afirmar esto último de manera más resuelta.

Conclusión y futuras direcciones

A pesar de las variaciones en algunas manifestaciones de la religiosidad, la evidencia respalda la afirmación de que existe, en general, una relación positiva entre la salud mental y la religión. No obstante, estos beneficios parecen depender en gran medida de la manera en que se practica la religión y de la forma en que las personas viven su espiritualidad.

No ha de pasarse por alto el componente fuertemente occidental y noratlántico que estas regularidades tienen. En efecto, la mayoría, sino la totalidad de estos estudios se han realizado en Estados Unidos, muchas de las asociaciones que se presentan en este artículo no han sido consistentemente probadas en otros contextos culturales. Del mismo modo, muchas de las asociaciones parecen tener un fuerte componente judeocristiano, o al menos monoteísta, que deja fuera a una multitud de formas de espiritualidad cuyo contenido doctrinal resulta más ajeno. Futuras investigaciones deben centrarse en ampliar el rango en que estas acciones pueden ser medidas y los medios que se pueden utilizar para ello.

En el contexto Latinoamericano, por ejemplo, donde la religión vivida y popular ha tenido un componente marcadamente desinstitucionalizado, cabe hacerse la pregunta del modo en que estas expresiones públicas y menos encuadradas por la institucionalidad de religiosidad interactúan con la salud de los creyentes. A la ya establecida asociación positiva entre asistencia a servicios religiosos y salud, ha de cuestionársele si la participación a procesiones, peregrinajes o festividades en torno a un santo como "modos diversos de asistencia" produce un efecto similar al de la asistencia semanal a los servicios dominicales, a pesar de su distancia en el tiempo. Del mismo modo, es posible inquirir respecto a los eventuales equivalentes funcionales de la oración. Mandas o construcción de animitas no son indiferentes a la hora de comprender este vínculo en América Latina.

Futuras direcciones deben igualmente explorar cómo las tradiciones y comportamientos centrales en cada tradición afectan el modo en que los individuos describen su salud física y mental. Ha de explorarse el grado de satisfacción con la vida que se desprende en el mundo musulmán, de la observación de una estricta dieta que respecta los principios halal, que observa el mes de Ramadán o de quien realiza el peregrinaje a la Meca.

Finalmente, algunas consideraciones metodológicas que resultan importantes de tener en consideración en esta literatura. En primer lugar, las diversas medidas relacionadas con la salud mental se fundamentan exclusivamente en el autorreporte de los encuestados. A través del uso de escalas numéricas, los individuos describen el grado en que se sienten, deprimidos, ansiosos, satisfechos con la vida o valorados y amados por su entorno. Una de las direcciones en las que resulta importante avanzar es la introducción de medidas de salud más objetivas y medicamente fundamentadas. Si bien existen avances en esta área con la introducción de datos de mortalidad infantil y morbilidad, la incorporación de diagnósticos médicos respecto a la depresión, la ansiedad, la baja autoestima, la calidad del sueño o condiciones físicas es aún limitada. El tránsito desde variables dependientes subjetivas a medidas de salud objetivas es un importante proceso con el que las ciencias sociales debe comprometerse si desean entender los efectos y mecanismos con los que la religión opera en la salud.

En el mismo sentido de ajustes metodológicos, resulta importante avanzar hacia la recolección de datos de carácter longitudinal que permitan acercar la investigación empírica hacia la cuestión de la causalidad. El carácter puramente observacional de los datos que respaldan estas asociaciones impide formular categóricamente modelos de causalidad en donde no exista un efecto inverso entre variables independientes y dependientes. Este problema de posible causalidad inversa puede ser evitado, o al menos moderado, por el seguimiento de los casos en distintos periodos de tiempo.

En resumen, varios aspectos de la religiosidad humana están vinculados positivamente con la salud mental. Sobresale entre ellos la asistencia a servicios religiosos que incide positivamente en el modo en que los individuos describen su salud mental. La gran mayoría de quienes practican una religión, tienden a experimentarla

positivamente, aunque en ocasiones ella tiene un potencial perjudicial para un grupo minoritario de entre ellos, cuestión que da cuenta sobre la existencia de un “lado oscuro” de la religión. Es innegable que la salud y la religión se vinculan y afectan de modos complejos, variables y multipolares, aunque en la generalidad la relación se inclina al beneficio mutuo. Mayores y mejores esfuerzos intelectuales deben ser llevados adelante para conciliar los modelos teóricos con la evidencia empírica que proveen los estudios sociológicos. Además, la expansión transnacional de estas relaciones a diferentes contextos socioculturales proporcionaría a este cuerpo de literatura una mayor relevancia y aceptación.

Referencias Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Applegate, B. K., Cullen, F. T., Fisher, B. S. y Ven, T. V. (2000). Forgiveness and fundamentalism: Reconsidering the relationship between correctional attitudes and religion. *Criminology*, 38(3), 719-754. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2000.tb00904.x>
- Bader, C. y Froese, P. (2005). Images of God: The effect of personal theologies on moral attitudes, political affiliation, and religious behavior. *Interdisciplinary Journal of Research in Religion*, 1:11, <https://bit.ly/47yNMo1>
- Barkan, S. E. y Greenwood, S. F. (2003). Religious attendance and subjective well-being among older Americans: Evidence from the General Social Survey. *Review of Religious Research*, 45(2), 116-129. <https://doi.org/10.2307/3512578>
- Bellah, R. N. (2011). *Religion in human evolution: From the Paleolithic to the Axial Age*. Harvard University. <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674063099>
- Berger, P. L. (1971). *El dosel sagrado. Para una teoría sociológica de la religión* (N. Míguez, Trad.). Amorrortu.
- Berger, P. L. (2011). *The sacred canopy: Elements of a sociological theory of religion*. Open Road Media.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (2016). The social construction of reality (2a ed.). En W. Longhofer y D. Winchester (Eds.), *Social Theory Re-Wired* (pp. 110-122). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315775357>
- Bock, E. W., Beeghley, L. y Mixon, A. J. (1983). Religion, socioeconomic status, and sexual morality: An application of reference group theory. *The Sociological Quarterly*, 24(4), 545-559. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1983.tb00718.x>

- Bonhag, R. y Upenieks, L. (2021). Mattering to god and to the congregation: Gendered effects in mattering as a mechanism between religiosity and mental health. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 60(4), 890-913. <https://doi.org/10.1111/jssr.12753>
- Bradley, E. (1995). Religious involvement and social resources: Evidence from the data set "Americans' changing lives". *Journal for the Scientific Study of Religion*, 34(2), 259-267. <https://doi.org/10.2307/1386771>
- Bradshaw, M., Ellison, C. G. y Flannelly, K. J. (2008). Prayer, God imagery, and symptoms of psychopathology. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(4), 644-659. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2008.00432.x>
- Brown, C. (2013). *The healing gods: Complementary and alternative medicine in Christian America*. Oxford University. <https://doi.org/mbd4>
- Champion, F. (2004). Logique des bricolages: Retours sur la nébuleuse mystique-ésotérique et au-delà. *Recherches Sociologiques*, 35(1), 59-78. <https://bit.ly/3H01u8m>
- Cochran, J. K. y Beeghly, L. (1991). The influence of religion on attitudes toward nonmarital sexuality: A preliminary assessment of reference group theory. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30(1), 45-62. <https://doi.org/10.2307/1387148>
- Collins, R. (2014). *Interaction ritual chains*. In *Interaction Ritual Chains*. Princeton University.
- Davie, G. (1990). Believing without belonging: Is this the future of religion in Britain? *Social Compass*, 37(4), 455-469. <https://doi.org/10.1177/003776890037004004>
- Davie, G. (2017). Sociology of religion. En R. A. Segal (Ed.), *The Blackwell Companion to the Study of Religion* (pp. 171-191). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781405168748.ch8>
- Durkheim, E. (1995). *Sociology. Its Subject, Method, Mission. V: Sociology. Its Subject, Method, Mission*. Kanon.
- Durkheim, É. (2016). The elementary forms of religious life (2a ed.). En W. Longhofer y D. Winchester (Eds.), *Social Theory Re-Wired* (pp. 52-67). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315775357>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Stuart.
- Ellison, C. G. (1991). An eye for an eye? A note on the southern subculture of violence thesis. *Social Forces*, 69(4), 1223-1239. <https://doi.org/10.2307/2579310>
- Ellison, C. G. y Burdette, A. M. (2012). Religion and the sense of control among US adults. *Sociology of Religion*, 73(1), 1-22. <https://doi.org/10.1093/socrel/srr035>

- Ellison, C. G. y George, L. K. (1994). Religious involvement, social ties, and social support in a southeastern community. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33(1), 46-61. <https://doi.org/10.2307/1386636>
- Ellison, C. G. y Henderson, A. K. (2011). Religion And Mental Health: Through The Lens Of The Stress Process. En A. Blasi (Ed.), *Toward a sociological theory of religion and health* (pp. 11-44). Brill. <https://doi.org/10.1163/ej.9789004205970.i-277.7>
- Ellison, C. G., Zhang, W., Krause, N. y Marcum, J. P. (2009). Does negative interaction in the church increase psychological distress? *Longitudinal findings from the Presbyterian Panel Survey. Sociology of religion*, 70(4), 409-431. <https://doi.org/10.1093/socrel/srp062>
- Ellison, C. G. y Lee, J. (2010). Spiritual struggles and psychological distress: Is there a dark side of religion? *Social Indicators Research*, 98(3), 501-517. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9553-3>
- Flannelly, K. J., Galek, K., Ellison, C. G. y Koenig, H. G. (2010). Beliefs about God, psychiatric symptoms, and evolutionary psychiatry. *Journal of Religion and Health*, 49(2), 246-261. <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9244-z>
- Freud, S. (1928). *The future of an illusion*. Hogarth.
- Froese, P. y Bader, C. (2008). Unraveling religious worldviews: The relationship between images of God and political ideology in a cross-cultural analysis. *The Sociological Quarterly*, 49(4), 689-718. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2008.00132.x>
- Froese, P. y Bader, C. (2010). *America's Four Gods: What We Say about God-And What That Says about Us*. Oxford University.
- Froese, P. y Jones, R. (2021). The sociology of prayer: Dimensions and mechanisms. *Social Sciences*, 10(1): 15. <https://doi.org/10.3390/socsci10010015>
- Galek, K., Krause, N., Ellison, C. G., Kudler, T. y Flannelly, K. J. (2007). Religious doubt and mental health across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 14(1), 16-25. <https://doi.org/10.1007/s10804-007-9027-2>
- Gilkes, C. T. (1980). The black church as a therapeutic community: Suggested areas for research into the black religious experience. *Journal of the Interdenominational Theological Center*, 8(1), 29-44. <https://bit.ly/4aHRZrW>
- Greeley, A. M. (1989). *Religious change in America*. Harvard University.
- Hervieu-Léger, D. (2003). *Le pèlerin et le converti: La religion en mouvement*. Flammarion.
- Hill, T. D., Burdette, A. M., Ellison, C. G. y Musick, M. A. (2006). Religious attendance and the health behaviors of Texas adults. *Preventive Medicine*, 42(4), 309-312. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2005.12.005>

- Hill, T. D., Burdette, A. M. y Idler, E. L. (2011). Religious involvement, health status, and mortality risk. En R. A. Settersten y J. L. Angel (Eds.), *Handbook of sociology of aging* (pp. 533-546). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7374-0_33
- Hinze, W. M., Mencken, F. C. y Tolbert, C. M. (2011). From Obama to Osama: Image of god and trust in Muslims among the highly religious in the United States. *Sociological Focus*, 44(1), 18-36. <https://doi.org/10.1080/00380237.2011.10571386>
- Homan, P. y Burdette, A. (2021). When religion hurts: Structural sexism and health in religious congregations. *American Sociological Review*, 86(2), 234-255. <https://doi.org/10.1177/0003122421996686>
- Hunsberger, B., McKenzie, B., Pratt, M. y Pancer, S. M. (1993). Religious doubt: A social psychological analysis. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 5(1), 27-51.
- Iannaccone, L. R. (1994). Why strict churches are strong. *American Journal of Sociology*, 99(5), 1180-1211. <https://doi.org/10.1086/230409>
- Jackson, L. E. y Coursey, R. D. (1988). The relationship of God control and internal locus of control to intrinsic religious motivation, coping and purpose in life. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(3), 399-410. <https://doi.org/10.2307/1387378>
- Janssen, J., De Hart, J. y Den Draak, C. (1990). A content analysis of the praying practices of Dutch youth. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29(1), 99-107. <https://doi.org/10.2307/1387033>
- Johnson, K. A., Okun, M. A. y Cohen, A. B. (2015). The mind of the Lord: Measuring authoritarian and benevolent God representations. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037/rel0000011>
- Koenig, H. G., King, D. E. y Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford University.
- Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective well-being in late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), S160-S170. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.S160>
- Krause, N. (2006). Church-based social support and change in health over time. *Review of Religious Research*, 48(2), 125-140. <https://bit.ly/3RL4P07>
- Krause, N. (2014). Exploring the relationships among humility, negative interaction in the church, and depressed affect. *Aging & Mental Health*, 18(8), 970-979. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.896867>
- Krause, N., Ingersoll-Dayton, B., Ellison, C. G. y Wulff, K. M. (1999). Aging, religious doubt, and psychological well-being. *The Gerontologist*, 39(5), 525-533. <https://doi.org/10.1093/geront/39.5.525>

- Krause, N. y Wulff, K. M. (2004). Religious doubt and health: Exploring the potential dark side of religion. *Sociology of Religion*, 65(1), 35-56. <https://doi.org/10.2307/3712506>
- Lehmann, C. (2002). ¿Cuán religiosos somos los chilenos? Mapa de la religiosidad en 31 países. *Estudios Públicos*, 85, 21-44. <https://bit.ly/3TKOGui>
- Levin, J. S. y Taylor, R. J. (1997). Age differences in patterns and correlates of the frequency of prayer. *The Gerontologist*, 37(1), 75-88. <https://doi.org/dvg642>
- Lim, C. y Putnam, R. D. (2010). Religion, social networks, and life satisfaction. *American Sociological Review*, 75(6), 914-933. <https://doi.org/10.1177/0003122410386686>
- Liu, Y. y Froese, P. (2020). Faith and agency: The relationships between sense of control, socioeconomic status, and beliefs about god. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 59(2), 311-326. <https://doi.org/10.1111/jssr.12655>
- Luckmann, T., Kaden, T. y Schnettler, B. (2022). *The invisible religion: The problem of religion in modern society*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003257875>
- Luhrmann, T. M. (2012). *When God talks back: Understanding the American evangelical relationship with God*. Vintage. <https://doi.org/10.24260/alalbab.v1i1.16>
- Mannheimer, A. H. y Hill, T. D. (2015). Deviating from religious norms and the mental health of conservative Protestants. *Journal of Religion and Health*, 54(5), 1826-1838. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9951-y>
- Marx, K. (2010). *Crítica de la Filosofía del Estado de Hegel* (J. M. Ripalda, Trad.). Biblioteca Nueva.
- Masters, K. S. y Spielmans, G. I. (2007). Prayer and health: Review, meta-analysis, and research agenda. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 329-338. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9106-7>
- McRae, M. B., Carey, P. M. y Anderson-Scott, R. (1998). Black churches as therapeutic systems: A group process perspective. *Health Education & Behavior*, 25(6), 778-789. <https://doi.org/10.1177/109019819802500607>
- Mencken, F. C. y Froese, P. (2019). Gun culture in action. *Social Problems*, 66(1), 3-27. <https://doi.org/10.1093/socpro/spx040>
- Morello, G. S. (2021). *Lived religion in Latin America: An enchanted modernity*. Oxford University. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197579626.001.0001>
- Murphy, B. y Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 22(6), 835-844. <https://doi.org/fj4dfg>
- Newberg, A. y Waldman, M. R. (2009). *How God changes your brain: Breakthrough findings from a leading neuroscientist*. Ballantine.

- Nguyen, T. T. y Zuckerman, M. (2016). The links of God images to women's religiosity and coping with depression: A socialization explanation of gender difference in religiosity. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(4), 309. <https://doi.org/10.1037/rel0000060>
- Nueva Versión Internacional. (1979). <https://www.bibliavida.com/nvi/>
- Ozorak, E. W. (1996). The power, but not the glory: How women empower themselves through religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 35(1), 17–29. <https://doi.org/10.2307/1386392>
- Pargament, K. I., Koenig, H. G. y Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543. <https://doi.org/fg4hjm>
- Peacock, J. R. y Poloma, M. M. (1999). Religiosity and life satisfaction across the life course. *Social Indicators Research*, 48(3), 319-343. <https://doi.org/bxc9nb>
- Putnam, R. D. y Campbell, D. E. (2012). *American grace: How religion divides and unites us*. Simon and Schuster.
- Reichman, N. E., Hamilton, E. R., Hummer, R. A. y Padilla, Y. C. (2008). Racial and ethnic disparities in low birthweight among urban unmarried mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 12(2), 204-215. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0240-1>
- Rowatt, W. C., LaBouff, J., Johnson, M., Froese, P. y 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>
- Saroglou, V. (2011). Believing, bonding, behaving, and belonging: The big four religious dimensions and cultural variation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(8), 1320-1340. <https://doi.org/10.1177/0022022111412267>
- Schieman, S., Bierman, A. y Ellison, C. G. (2013). Religion and mental health. En C. S. Aneshensel, J. C. Phelan y A. Bierman (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 457-478). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_22
- Schieman, S., Pudrovska, T., Pearlin, L. I. y Ellison, C. G. (2006). The sense of divine control and psychological distress: Variations across race and socioeconomic status. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45(4), 529-549. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2006.00326.x>
- Schluchter, W. (2018). *El desencantamiento del mundo: Seis estudios sobre Max Weber*. Fondo de Cultura Económica.
- Sherkat, D. E. y Ellison, C. G. (2007). Structuring the religion-environment connection: Identifying religious influences on environmental concern and activism. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(1), 71-85. <https://doi.org/bm85z5>

- Snowden, J. H. (1916). The place of doubt in religious belief. *The Biblical World*, 47(3), 151–155. <https://doi.org/10.1086/475470>
- Stark, R. (2003). *One true God: Historical consequences of monotheism*. Princeton University.
- Stark, R. y Finke, R. (2000). *Acts of faith: Explaining the human side of religion*. University of California.
- Stolz, J. (2010). A silent battle: Theorizing the effects of competition between churches and secular institutions. *Review of Religious Research*, 51(3), 253-276. <https://bit.ly/3H4dTZ8>
- Stover, R. G. y Hope, C. A. (1984). Monotheism and gender status: A cross-societal study. *Social Forces*, 63(2), 335-348. <https://doi.org/10.2307/2579049>
- Tabak, M. A. y Mickelson, K. D. (2009). Religious service attendance and distress: The moderating role of stressful life events and race/ethnicity. *Sociology of Religion*, 70(1), 49-64. <https://doi.org/10.1093/socrel/srp001>
- Thomson, R. A. (2017). *Religion and Differential Justice* [Tesis de doctorado, Baylor University]. <https://bit.ly/3NQD9Wx>
- Thomson, R. A. y Froese, P. (2016). God versus party: Competing effects on attitudes concerning criminal punishment, national security, and military service. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 55(4), 839–858. <https://doi.org/10.1111/jssr.12293>
- Tomás de Aquino. (2003). *Suma Teológica* (Vol. 5). Loyola.
- Uecker, J. E., Ellison, C. G., Flannelly, K. J. y Burdette, A. M. (2016). Belief in human sinfulness, belief in experiencing divine forgiveness, and psychiatric symptoms. *Review of Religious Research*, 58(1), 1-26. <https://doi.org/kzr3>
- Unnever, J. D., Bartkowski, J. P. y Cullen, F. T. (2010). God imagery and opposition to abortion and capital punishment: A partial test of religious support for the consistent life ethic. *Sociology of Religion*, 71(3), 307-322. <https://doi.org/10.1093/socrel/srq046>
- Upenieks, L., Ford-Robertson, J. y Robertson, J. E. (2022). Trust in God and/or Science? Sociodemographic Differences in the Effects of Beliefs in an Engaged God and Mistrust of the COVID-19 Vaccine. *Journal of Religion and Health*, 61(1), 657-686. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01466-5>
- Ventis, W. L. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 51(2), 33-48. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1995.tb01322.x>
- Weber, M. (1993). *The sociology of religion*. Beacon.
- Whitehead, A. L. (2012). Gender ideology and religion: Does a masculine image of God matter? *Review of Religious Research*, 54(2), 139-156. <https://doi.org/gmbn79>

- Whittington, B. L. y Scher, S. J. (2010). Prayer and subjective well-being: An examination of six different types of prayer. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20(1), 59–68. <https://doi.org/10.1080/10508610903146316>
- Willaime, J.-P. (1985). La religion civile à la française. *Autres Temps*, 6(1), 10–32. <https://doi.org/10.3406/chris.1985.1011>
- Willaime, J.-P. (2003). La religion: Un lien social articulé au don. *Revue du MAUSS*, 22(2), 248–269. <https://doi.org/10.3917/rdm.022.0248>
- Woolley, F. R., Schuman, K. L. y Lyon, J. L. (1982). Neonatal mortality in Utah. *American Journal of Epidemiology*, 116(3), 541–546. <https://doi.org/mbd3>
- Yang, F. (2011). *Religion in China: Survival and revival under communist rule*. Oxford University. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199735655.001.0001>

Para citar este artículo bajo norma APA 7

Cid Pozo, I. (2024). *Religiosidad y salud mental: tres niveles de análisis*. *Cuadernos de teología – Universidad Católica del Norte (En línea)*, 16: e6167. <https://doi.org/10.22199/issn.0719-8175-6167>



Copyright del artículo: ©2024 Ignacio Cid Pozo



Este es un artículo de acceso abierto, bajo licencia Creative Commons BY 4.0.