



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE

Escuela de Psicología

“Correlación entre espiritualidad, religiosidad, creencias y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica”

Sustentante(s):

Nicole Peña / 19-0744
Lizbeth Matos / 19-0166
Laura Sobrino / 19-0128

Proyecto Final de Grado para optar por el título de
Licenciado(a) en Psicología Clínica

Nombre asesoras:

Dra. Laura V. Sánchez Vincitore
Dra. Iris E. Bello-Castillo

Santo Domingo, D.N.
República Dominicana
Diciembre, 2021

Los conceptos expuestos en el presente trabajo son de la exclusiva responsabilidad del/la (los) sustentante(s) del mismo.

Resumen

En este estudio cuantitativo se investiga como las variables de religiosidad, espiritualidad y creencias religiosas sobre enfermedades mentales se relacionan con las actitudes hacia los servicios psicológicos en la población residente en República Dominicana, un país donde más del 52.5% de la población se identifica como católica y más del 21% manifiesta pertenecer a la religión evangélica (Statistas, 2020). Para analizar cómo estas variables se relacionan, se realizó una encuesta virtual a 154 participantes que incluía medidas de cada una de estas variables. No se encontró una correlación de la espiritualidad y la religiosidad con actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. No obstante, se encontró una relación significativa entre creencias religiosas sobre enfermedades mentales y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. La relación entre creencias religiosas sobre enfermedades mentales y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica, y no con religiosidad y espiritualidad, se explica por la disputa acerca de que las enfermedades mentales tienen la posibilidad de percibirse en personas religiosas como un problema espiritual en lugar de psicológico, lo cual conduce a la búsqueda de soluciones correspondientes a las causas espirituales en lugar de las psicológicas, cómo pueden ser: mecanismos de afrontamiento religioso, búsqueda de ayuda religiosa, entre otros. Los resultados del estudio resaltan la importancia de abordar las creencias religiosas de las enfermedades mentales en la población de República Dominicana, para mejorar así la actitud de búsqueda de servicios de salud mental.

Palabras clave: religiosidad, espiritualidad, actitudes de búsqueda de ayuda psicológica, creencias religiosas sobre enfermedades mentales, República Dominicana

Abstract

This quantitative study investigates how the variables of religiosity, spirituality and religious beliefs about mental illness are related to attitudes towards psychological services. In the population residing in the Dominican Republic, a country where more than 52.5% of the population identifies as Catholic and more than 21% states that they belong to the evangelical religion (Statistas, 2020). To analyze how these variables of religiosity, spirituality and religious beliefs about mental illness can relate to attitudes towards psychological services, a virtual survey was conducted with 154 participants that included measures of each of these variables. No correlation of spirituality and religiosity was found to be helpful when it comes to psychological help. However, a significant relationship was found between religious beliefs about mental illness and attitudes in seeking psychological help. The relationship between religious beliefs about mental illness and attitudes of seeking psychological help, and not with religiosity and spirituality, is explained by the dispute that mental illnesses have the possibility of being perceived in religious people as a spiritual problem rather than a psychological one. Which leads to the search for solutions corresponding to spiritual causes instead of psychological ones, such as: religious coping mechanisms, search for religious help, among others. The results of the study highlight the importance of addressing the religious beliefs of mental illnesses in the population of the Dominican Republic, in order to improve the attitude of seeking mental health services.

Keywords: religiosity, spirituality, attitudes of seeking psychological help, religious beliefs about mental illnesses, Dominican Republic

Correlación entre espiritualidad, religiosidad, creencias y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica

La actitud de búsqueda de ayuda psicológica consiste en la predisposición de un individuo ante una angustia o malestar personal, a acceder o no a recibir apoyo de un profesional de la salud mental (Fischer & Turner, 1970). Los autores desglosan este concepto en 4 factores: (1) fiabilidad y seguridad en los servicios profesionales de salud mental. Es decir, la confianza de los que buscan ayuda en los tratamientos psicológicos y los profesionales que los ofrecen; (2) reconocimiento de la necesidad de asistencia psicológica, (3) transparencia y disposición de discutir problemas personales, (4) tolerancia al estigma de la sociedad y convicciones individuales del tratamiento.

Nakash et al. (2019) identificaron una serie de barreras que impiden la búsqueda de ayuda en una población de adultos de Israel. Las barreras identificadas fueron: (1) experiencias negativas anteriores en la búsqueda de servicios de salud mental; (2) carga económica relativa a los costos de tratamiento de la salud mental; (3) accesibilidad de los servicios; (4) estigma de salud mental; (5) motivación interna y externa de pedir asistencia psicológica; (6) correspondencia en identidades sociales de clientes y proveedores. Asimismo, un estudio realizado a participantes estadounidenses de 18 a 51 años, declararon actitudes de búsqueda de ayuda psicológica más positivas en mujeres que en hombres (Crosby & Bossley, 2012).

La cultura influye de manera significativa en las actitudes de búsqueda de ayuda psicológica (Crosby & Bossley, 2012). Un estudio realizado por Caplan (2019) a Latinos en los Estados Unidos indicó que los participantes mostraron actitudes negativas hacia las personas con enfermedades mentales graves, quienes eran percibidas como propensas a generar conflicto y estar fuera de control, y a quienes en su infancia se les enseñó que las personas con

enfermedades mentales estaban “locas”. Según los autores, esto conlleva a que las familias nieguen la existencia de las enfermedades mentales.

Los modos que utilizan las personas para manejar su malestar emocional, los cuales se ven afectados por medio de la cultura, surgen a partir de las estructuras familiares, que son gestores de salud mental, física, religioso y espiritual (Rodríguez-Rivera et al., 2020). La religiosidad es un componente importante de la cultura, el cual contribuye a evaluar cuestiones relacionadas con la salud mental, incluidos los patrones de búsqueda de ayuda psicológica (Abe-Kim et al., 2004; Crosby & Bossley, 2012). De igual forma, la espiritualidad colabora a analizar las actitudes estigmatizantes y las intenciones de búsqueda de asesoramiento psicológico (Meniru & Schwartz, 2018). La espiritualidad consiste en una relación personal con un ser trascendental (por ejemplo, Dios, Jesús, santos o espíritus), la cual engloba la religiosidad, que se caracteriza por la observación de prácticas y rituales a través de un sistema estructural de creencias (Cervantes et al., 2005). Pese a que muchas personas consideran que la religiosidad y la espiritualidad es el mismo concepto (Rio & White, 2012), estos se diferencian en que la espiritualidad no necesariamente implica participación a una religión estructurada (Cervantes et al., 2005). Los investigadores deducen que la espiritualidad es un constructo que abarca la religiosidad, puesto que, reafirman que todos los individuos son espirituales en virtud de ser humano y en este desarrollo espiritual pueden crear o impulsar comunidades de fe, denominados sistemas religiosos (Rio & White, 2012).

En el marco de la vida diaria, una proporción relevante de la población considera fundamental los factores de la religiosidad y la espiritualidad, con lo cual disponen de la posibilidad de hacer frente ante acontecimientos desfavorables o adversos de su cotidianidad (Crosby & Bossley, 2012; Moreno & Cardemil, 2013). Una investigación llevada a cabo en los

Estados Unidos con Latinos mayores de 18 años, postula que acudir a abordajes espirituales – como la oración frecuente, lectura de libros espirituales, reuniones grupales con el propósito de fortalecer la relación con Dios y recibimiento de soporte por parte de su comunidad religiosa– favorece a que estos puedan conservar la esperanza y responder frente a las adversidades que se les presentan; y de este modo hacer frente a estas dificultades conforme a sus creencias religiosas (Moreno & Cardemil, 2013). Estos mismos resultados se encontraron en una investigación realizada a pacientes que habían culminado su proceso terapéutico en los servicios de Psicología Clínica del Servicio Nacional de Salud (NHS) en Londres (Mayers et al., 2007).

La religiosidad y espiritualidad se relacionan considerablemente con las actitudes de búsqueda de ayuda psicológica (Abe-Kim et al., 2004; Crosby & Bossley, 2012; Lukachko et al., 2015; Mayers et al., 2007; Meniru & Schwartz, 2018). Abe-Kim et al. (2004) señalan que existen asociaciones notables de la espiritualidad respecto a menores actitudes de búsqueda de ayuda psicológica, las cuales no se distinguen dentro la religiosidad. En contraste, varias investigaciones exponen que la religiosidad se vincula apreciablemente a escasa búsqueda de ayuda profesional de la salud mental (Al-Natour et al., 2021; Crosby & Bossley, 2012). Por otra parte, una investigación realizada a una población afroamericana, compararon participantes religiosos y no religiosos, donde concluyeron que los religiosos son menos propensos a buscar ayuda psicológica (Lukachko et al., 2015).

Un aspecto que incide en las actitudes de búsqueda de ayuda psicológica es dar primacía a la búsqueda de ayuda por parte del clérigo ante problemas psicológicos, ya que estos poseen en común sus creencias y valores (Abe-Kim et al., 2004; Crosby & Bossley, 2012). Por ejemplo: estudiantes universitarios estadounidenses de 18 a 51 años que manifestaban una mayor preferencia por buscar ayuda de un consejero religioso tendían a percibir menos beneficios al

buscar ayuda de un profesional psicológico (Crosby & Bossley, 2012). De igual forma, los resultados de una encuesta realizada a 122 adultos inmigrantes nigerianos en los Estados Unidos mostraron que entre aquellos que habían buscado intervenciones de salud mental previas, el 64% usaba el clero y solo el 5% buscaba ayuda de un profesional de consejería (Meniru & Schwartz, 2018). Además, se comprobó que, a mayor religiosidad, mayor probabilidad de búsqueda de ayuda religiosa, en efecto de una investigación realizada a filipinos americanos de 18 a 65 años, por el cual descubren que los religiosos prefieren la ayuda del clero (Abe-Kim et al., 2004).

En ciertas esferas las creencias religiosas colaboran con el estigma de la enfermedad mental (Caplan, 2019). En una investigación realizada a inmigrantes latinos en los Estados Unidos se documenta que, dentro de las colectividades fundamentadas en la fe, a algunos se les inculcó que las enfermedades mentales, sobre todo la depresión y el suicidio eran consecuencia de "falta de fe, no orar o el demonio tomando el control de sus mentes" (Caplan, 2019). Percibieron que la búsqueda de ayuda seglar puede ser interpretado por Dios, otros y ellos mismos como la negación al poder sanador de su Dios, y esto los llevó a dudar de la fuerza de su fe; la duda fue descrita como desagradable, que inducen al pecado y también como una flaqueza (Mayers et al., 2007).

Existe una controversia en relación con la explicación psicológica y espiritual de la naturaleza de las angustias emocionales en las personas religiosas (Crosby & Bossley, 2012). En una investigación realizada a personas latinas e hispanas se descubrió que las enfermedades mentales y la depresión a nivel cultural son vistas como un problema espiritual en vez de una "enfermedad" (Caplan, 2019). Sin embargo, se evidencia en una investigación realizada en Londres, que ante haber culminado un proceso psicoterapéutico, los participantes con fuertes creencias espirituales en lugar de dar explicaciones espirituales de la angustia como una causa

principal de las enfermedades mentales, manifiestan conjuntamente explicaciones biopsicosociales y espirituales (Mayers et al., 2007). En este mismo estudio de Mayers et al. (2007), los participantes que pertenecen al cristianismo, en mayor proporción los de doctrina pentecostal, contemplan las enfermedades mentales como un “ataque satánico maligno” lo cual es mal visto por los mismos, sin embargo, unos se resistieron a la percepción de la iglesia y otros pensaron inicialmente que los profesionales de salud mental no religiosos le darían poca importancia dentro del proceso terapéutico. Igualmente, los autores de esta investigación afirman que este temor a buscar servicios psicológicos es debido a que poseen preocupación a estar expuestos a un escenario antirreligioso o a que sus terapeutas modifiquen sus creencias y valores religiosos y /espirituales.

La Teoría General de la Atribución (Kelley, 1967) propone que las personas tienen la necesidad de encontrar razones a las situaciones que le ocurren en su vida. Plantea tres necesidades básicas de los individuos ante la interpretación y explicación de las causas de un evento: (1) una fuente de significado, (2) control sobre los resultados de un evento y (3) autoestima. Spilka et al. (1985) manifiestan que en las personas religiosas, estas tres necesidades suelen estar permeadas por el pensamiento religioso. En referencia a la fuente de significado, los autores afirman que los sistemas de conceptos religiosos proveen a las personas un esquema de creencias absoluto y pleno, el cual está ajustado para disponer y explicar acontecimientos en la humanidad (por ejemplo, “Dios me ha enseñado una lección valiosa” “Dios no me haría esto a menos que supiera manejarlo”). En segundo lugar, se encuentra la necesidad de controlar eventos, en donde se produce una sensación de positividad y de esperanza firme sobre el futuro, a partir de la creencia de que Dios está en control, ya que este pone fin a la necesidad de controlar eventos. En tercer lugar, la necesidad de mejora de la autoestima, el cual explica que a

través de las religiones se mejora el respeto y aceptación de las vivencias y sentimientos personales incondicionales, por ejemplo “Dios me ama y a todos los seres humanos” y condicionales, es decir, bajo ciertas circunstancias, a través de la valoración de las actividades de la iglesia, de ser una persona conforme a las costumbres y normas que se consideran como buenas, etc.

En República Dominicana se presentan numerosos impedimentos en lo que respecta a la atención de salud mental, entre ellos: falta de formación académica, fondos económicos limitados para citas, fármacos o transporte y obstáculos en general de encontrar atención médica en un régimen poco sistemático (Caplan, Little, Reyna, et al., 2016a). Participantes dominicanos en distintas investigaciones indican actitudes estigmatizantes orientadas a aquellos que padecen enfermedades mentales, allí expresan que la enfermedad mental usualmente significa estar “loco” (Caplan, Little, & Garces-King, 2016a; Caplan, Little, Reyna, et al., 2016b; Moreno & Cardemil, 2013). Un estudio desarrollado en cinco regiones de la República Dominicana analizó los servicios de salud mental desde la óptica de los proveedores de asistencia psicológica y psiquiátrica, se detectó que a no ser que los parientes perciban síntomas patológicos graves de enfermedad mental, estos niegan la existencia de la enfermedad y se resisten obtener asistencia para ellos (Caplan, Little, Reyna, et al., 2016a). Estas mismas actitudes estigmatizantes se relacionaron con la religiosidad en poblaciones latinas, donde se interrogó a inmigrantes dominicanos, los cuales comunican que, en vez de recurrir a tratamientos psicológicos, recurren a prácticas religiosas o espirituales (Caplan, 2019; Moreno & Cardemil, 2013). Pese a todo, relativamente existen pocos estudios que han evaluado si existe una relación entre la religiosidad, espiritualidad y las actitudes de búsqueda de servicios de salud mental (Lukachko et al., 2015), de los cuales buena parte de los estudios se han orientado en poblaciones no latinas (Moreno &

Cardemil, 2013). Y en República Dominicana los estudios referentes a las actitudes de búsqueda de ayuda psicológica en su mayoría han sido realizados en profesionales de la salud y no en población general (Caplan, Little, & Garces-King, 2016b; Caplan, Little, Reyna, et al., 2016a).

Teniendo en cuenta la evidencia de actitudes estigmatizantes hacia la salud mental observada en los dominicanos, y en vista de los altos grados de religiosidad mostrados actualmente en la ciudadanía dominicana, donde el 52.5 % declara ser de fe católica y donde más del 21% manifiesta pertenecer a la religión evangélica (Statistas, 2020), el propósito de este estudio es establecer la relación que existe entre las creencias y prácticas religiosas/espirituales y las actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. Hipotetizamos que existe una relación significativa entre religiosidad, espiritualidad y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. Adicionalmente, planteamos que a mayor religiosidad y espiritualidad menor actitud de búsqueda de ayuda psicológica. De ese mismo modo, formulamos que existe una relación negativa significativa entre las creencias religiosas sobre las enfermedades mentales en cuanto a las actitudes de búsqueda de ayuda psicológica.

Método

El presente estudio sigue un diseño no experimental correlacional estableciendo la relación que existe entre las variables religiosidad, espiritualidad, creencias religiosas sobre salud mental y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica.

Participantes

Recopilamos datos de 154 participantes mayores de edad residentes de República Dominicana, independientemente de su denominación religiosa/espiritual o ausencia de la misma. Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico por bola de nieve. Se realizó un análisis de potencia para establecer el tamaño de la muestra con una potencia de .9 y un alfa de .05 que

pudiera predecir un tamaño de afecto mediano ($r = .30$). El análisis arrojó un total de 109 participantes. La muestra incluyó 34 hombres y 120 mujeres. La edad media de los participantes fue 32.5 con una desviación estándar de 13.3. El 44.1% posee su último grado académico en licenciatura, el 24.7% en bachiller, el 19.5% en maestría o post grado, 8.4% en grado técnico, el 2% en doctorado y el 1.3% en primaria. El 59.4% de los participantes fueron identificados como “católicos”, 31.8% identificados como “protestantes (evangélicos, bautistas, pentecostales)”, 1% identificados como “adventista del séptimo día”, 1% identificados como “judíos”, 7.1% identificados como “no religiosos”, 3% identificados como “otro”. 54% de los participantes ha asistido a un profesional de la salud mental anteriormente y 46% no ha asistido a un profesional de la salud mental anteriormente. 11% no se consideran así mismos espirituales ni pertenecen a ninguna religión y el 89% se identifican en una religión y se consideran a sí mismos espirituales.

Instrumentos

A los participantes se le aplicaron los siguientes instrumentos: Inventario de Sistemas de Creencias (SBI-15R), Daily Spiritual Experience Scale (DSES), Religious Beliefs and Mental Illness Stigma Scale (RBMIS), Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH-SF) y un cuestionario sociodemográfico.

Daily Spiritual Experience Scale (DSES): El instrumento DSES (Underwood & Teresi, 2002) es una medida de autoinforme diseñada para evaluar las experiencias ordinarias de conexión con lo trascendente en la vida diaria. Esta escala consta de 15 ítems (preguntas) de los cuales la puntuación se realiza en una escala Likert de 6 puntos (1 = muchas veces al día, 2 = todos los días, 3 = la mayoría de los días, 4 = algunos días, 5 = de vez en cuando, 6 = nunca). Es una escala unidimensional. Una puntuación total más alta indica un nivel más alto de experiencia espiritual diaria. El alfa de Cronbach es de .90.

Inventario de Sistemas de Creencias (SBI-15R): Este instrumento mide el sistema de creencias religiosas y está constituido por 14 ítems subdivididos en dos factores: soporte social religioso y convicción religiosa. Es un cuestionario creado por Holland et al. (1998) en Norteamérica y adaptado para la población colombiana por Riveros M. et al. (2018), la cual se utilizó para este estudio. La convicción religiosa corresponde a las creencias y prácticas religiosas y espirituales que describen la vida de las personas (ítems 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14). El soporte social religioso es el soporte social (apoyo, asistencia) que se proporciona a un individuo por aquellas personas afines a su grupo religioso (ítems 3, 5, 7, 9 y 13). La puntuación se realiza en la escala Likert de 0 a 3, en donde 0 significa totalmente en desacuerdo, 1 mayormente en desacuerdo, 2 mayormente de acuerdo, 3 totalmente de acuerdo y en el segundo aspecto 0 equivale a en ninguna ocasión, 1 pocas veces, 2 muchas veces y 3 siempre. El puntaje del inventario una mayor puntuación comprende una mayor convicción de las creencias y prácticas religiosas y espirituales y soporte social religioso. Tiene un alfa de Cronbach de .93.

Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH-SF): Este instrumento es la versión corta de Attitudes Toward Seeking Professional Help Scale de Fischer & Turner, (1970), el cual mide la disposición de las personas a buscar o no ayuda profesional ante una crisis de salud mental. Este instrumento fue creado originalmente con 29 reactivos que se componen de 4 factores: reconocimiento de la necesidad personal de ayuda psicológica, tolerancia al estigma asociado con la ayuda psicológica, apertura interpersonal y la confianza en los profesionales de la salud mental. La adaptación corta creada por Fischer & Farina (1995) utilizada en este estudio, mide actitudes de búsqueda de ayuda psicológica y es un cuestionario de ítems cerrados, calificados en una escala tipo Likert de 4 puntos (3 = de acuerdo, 0 = En desacuerdo). Incluye dos subescalas, la primera es apertura para buscar ayuda profesional para

problemas emocionales (ítems 1, 3, 5, 6, 7), la segunda mide valor y necesidad de buscar ayuda profesional (ítems 2, 4, 8, 9, 10) donde sus puntuaciones se realizaron en reversa. La subescala de apertura posee un alfa de Cronbach de .78 y la subescala de valor y necesidad posee una alfa de Cronbach de .82 (Chen et al., 2020). Este instrumento posee un alfa de Cronbach de .84 (Fischer & Farina, 1995b).

Religious Beliefs and Mental Illness Stigma Scale (RBMIS): RBMIS es un cuestionario psicométrico para evaluar creencias religiosas sobre enfermedades mentales (Wesselmann & Graziano, 2010). Esta escala dispone de 16 reactivos realizada en una escala Likert de 5 puntos. (De 1 “Totalmente en desacuerdo” a 5: “Totalmente de acuerdo”). Está compuesto por 2 factores de creencia: moralidad/pecado con la suma de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 (p. Ej., "La debilidad moral es la principal causa de la enfermedad mental") y causas/tratamientos orientados espiritualmente con la suma de ítems 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 (p. Ej., "Las personas que padecen enfermedades mentales están siendo atormentadas por el diablo"). Las puntuaciones más altas indican un mayor respaldo de una persona a las creencias religiosas potencialmente estigmatizantes hacia la enfermedad mental. El valor de alfa de Cronbach es de .80 (Pingani et al., 2021) . El valor de alfa de Cronbach de la subescala de moralidad/pecado es de .88 y el valor de alfa de Cronbach de la subescala de causas /tratamientos de Orientación Espiritual es de .72 (Wesselmann & Graziano, 2010).

Cuestionario sociodemográfico: Las variables sociodemográficas más importantes que se midieron dentro de este estudio fueron las siguientes: edad, sexo, nivel de educación, ocupación, nivel socio-económico. Además, se midió si los participantes se consideraban a sí mismos espirituales, si estos pertenecían a una religión y a cuál religión pertenecían estos

participantes. Asimismo, se les preguntó acerca de si habían asistido anteriormente a un profesional de la salud mental.

Procedimiento

El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana, garantizando la protección de sus participantes.

Para contactar a los participantes se envió un link de Papersurvey donde se encontraba una encuesta virtual que fue enviada por WhatsApp. En primera instancia los participantes cumplieron con el acápite de consentimiento informado en el que conocieron los riesgos y beneficios de participar en esta investigación y al final confirmaron su acuerdo de participación con las iniciales de sus nombres y sus apellidos. La modalidad del levantamiento de datos se realizó de manera online. En primer lugar, se administró un cuestionario sociodemográfico. En segundo lugar, se aplicó el instrumento Daily Spiritual Experience Scale (DSES) que evaluó la variable de espiritualidad. En tercer lugar, se aplicó el instrumento que evaluó la variable de religiosidad: Inventario de Sistemas de Creencias (SBI- 15R). En cuarto lugar, se administró el instrumento Attitudes Toward Professional Psychological Help Scale (ATSPPH-SF) que midió la variable de actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. Finalmente, para medir la variable de creencias religiosas sobre salud mental, se administró la escala de Religious Beliefs and Mental Illness Stigma Scale (RBMIS). Para realizar el análisis de los datos se utilizaron los programas de Excel y JASP.

Resultados

Para establecer como se relacionan las variables entre sí, calculamos el coeficiente de correlación de Pearson. Como se puede observar en la Tabla 1, el ATSPPH-SF correlaciona de forma no significativa con el DSES ($r = .111$; $p = .169$) y SBI-15R ($r = .07$; $p = .415$), pero de

forma significativa con el RBMIS ($r = -.37; p < .001$), esto quiere decir que no hubo una correlación significativa entre actitudes de búsqueda de ayuda psicológica con espiritualidad y religiosidad, pero sí hubo una correlación significativa negativa débil con las creencias religiosas potencialmente estigmatizantes hacia la enfermedad mental ($r = -.37; p < .001$). Por lo tanto, los niveles más altos de respaldo de una persona a las creencias religiosas potencialmente estigmatizantes hacia la enfermedad mental, pero no la espiritualidad ni la religiosidad, se asociaron a niveles más bajos de actitudes de búsqueda de ayuda psicológica.

Considerando las subescalas de ATSPPH-SF, apertura para buscar ayuda profesional ante problemas emocionales y, valor y necesidad de buscar ayuda profesional correlaciona de forma negativa débil con pecado/moralidad ($r = -.31, p < .001; r = -.34, p < .001$) y de forma negativa débil con causa/tratamientos orientados espiritualmente ($r = -.36, p < .001; r = -.25; p < .001$), sugiere que a mayor respaldo de una persona a las creencias de que la enfermedad mental es causada por la debilidad moral, el pecado, el demonio u otra, y a mayor respaldo a las creencias del tratamiento espiritual como cura hacia las enfermedades mentales, menor es la apertura, valor y necesidad de la búsqueda de ayuda profesional ante un problema emocional.

Los resultados detectan que existe una correlación positiva entre SBI-15R y moralidad/pecado, ($r = .20; p < .05$) y entre SBI-15R y causas/tratamientos orientados espiritualmente ($r = .33; p < .001$). Esto expone que a mayor religiosidad mayor es el respaldo de una persona a la creencia de que la enfermedad es causada por demonios o la creencia de que la enfermedad mental es tratada por una orientación espiritual y que a mayor religiosidad, mayor es el respaldo a las creencias de que la enfermedad mental es causada por el pecado o la debilidad moral.

Como podemos observar, se encontró una correlación significativa positiva muy débil de moralidad/pecado con convicción religiosa ($r = .20$; $p < .05$) y soporte social religioso ($r = .18$; $p < .05$), pero en DSES no se evidenció una correlación significativa ($r = .15$; $p = .071$). Esto sugiere que, a mayor convicción religiosa y soporte social religioso, pero no espiritualidad, mayor nivel de percepción de la debilidad moral y el pecado como causa de la enfermedad mental.

Tabla 1

Correlaciones entre las subescalas de Actitudes de Búsqueda de Ayuda Psicológica (ATSPH-SF), Escala de Experiencia Espiritual Diaria (DSES), Inventario de Sistemas de Creencias (SBI-15R) y Escala de Estigma de Creencias Religiosas y Enfermedades Mentales (RBMIS).

	A1	A2	AT	ET	R1	R2	RT	C1	C2
A2	.40***	—							
AT	.796***	.86***	—						
ET	0.04	0.12	0.111	—					
R1	0	0.08	0.07	.69***	—				
R2	-0.04	0.11	0.06	.65***	.89***	—			
RT	-0.01	0.09	0.07	.69***	.98***	.96***	—		
C1	-.31***	-.34***	-.35***	0.15	.20*	.18*	.20*	—	
C2	-.36***	-.25**	-.33***	.37***	.32***	.32***	.33***	.66***	—
T	-.37***	-.33***	-.37***	.28***	.28***	.27***	.29***	.92***	.90***

Notas: A1 = Apertura para buscar ayuda profesional ante problemas emocionales, A2 = Valor y necesidad de buscar ayuda profesional, AT= Puntuación total de ATSPH-SF, ET = Puntuación total de DSES, R1 = Convicción religiosa, R2 = Soporte social religioso, RT = Puntuación total SBI-15R, C1 = Moralidad/pecado, C2 = Causas/tratamientos con orientación espiritual, T = Puntuación total de RBMIS

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Se revela que el DSES y el SBI-15R poseen una correlación significativa de forma positiva considerable ($r = .69$; $p < .001$). Esto sugiere que, a mayor nivel de experiencia espiritual diaria, mayor convicción de creencias y prácticas religiosas y, soporte social religioso. Asimismo, se demostró una correlación significativa de forma positiva débil entre RBMIS con SBI-15R ($r = .29$; $p < .001$) y DSES ($r = .28$; $p < .001$), que nos dice que, a mayor convicción religiosa, soporte social religioso y experiencia espiritual diaria, mayor es el respaldo de una persona a las creencias religiosas potencialmente estigmatizantes hacia la enfermedad mental.

Discusión

En el presente estudio se investigó la correlación entre espiritualidad, religiosidad, creencias religiosas estigmatizantes sobre enfermedades mentales y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. Los resultados indican que existe una correlación significativa entre actitudes

de búsqueda de ayuda psicológica y creencias religiosas estigmatizantes sobre enfermedades mentales. Sin embargo, la espiritualidad y la religiosidad no correlacionaron significativamente con actitudes de búsqueda de ayuda psicológica.

Se hipotetizó que existe una correlación negativa significativa entre espiritualidad, religiosidad y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. No hubo evidencia de dicha correlación, puesto que, no se encontró una correlación entre espiritualidad y religiosidad con las actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. Este hallazgo fue inesperado y sugiere que las personas con niveles más altos de espiritualidad y religiosidad, no se correlacionan significativamente con una menor actitud de búsqueda de ayuda psicológica. Abe-Kim et al. (2004) demostró la baja probabilidad de búsqueda de ayuda de los profesionales de la salud mental en individuos con una mayor espiritualidad, a pesar de que, no encontró dicha correlación con la religiosidad. Este descubrimiento difiere con los hallazgos presentados en este estudio, en donde no se evidencia una correlación negativa significativa entre espiritualidad y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. No obstante, estos hallazgos concuerdan a los resultados de esta investigación en donde no se manifiesta una correlación significativa entre religiosidad y actitud de búsqueda de ayuda de profesionales de la salud mental. Del mismo modo, como se menciona en la revisión de la literatura se ha detectado que la variable de religiosidad, con mayor frecuencia que la espiritualidad, se relaciona significativamente de forma negativa con la búsqueda de servicios psicológicos (Mayers et al., 2007; Rogers-Sirin et al., 2017), el cual indistintamente discrepa con los hallazgos obtenidos en esta investigación.

Se podría argumentar que esta discrepancia en los resultados se debe a que las creencias religiosas de las personas, inciden más en las actitudes negativas de búsqueda de ayuda psicológica que los niveles de religiosidad y espiritualidad. Por ejemplo, Crosby & Bossley

(2012) encontraron que existe una importante incidencia de los pensamientos y creencias (aspectos más internos de la religiosidad) en las actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. Además, la similitud de los resultados entre religiosidad y espiritualidad en relación a las actitudes de búsqueda de ayuda se pudiera explicar por los resultados que muestran una relación positiva considerablemente significativa entre religiosidad y espiritualidad; como también por la muestra, en la cual se encontraron porcentajes bastantes similares de aquellos que se consideraban a sí mismos espirituales y aquellos que pertenecían a alguna religión.

De igual forma, dentro de este estudio se planteó la hipótesis de que existe una correlación negativa significativa entre creencias religiosas sobre enfermedades mentales y actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. El hallazgo más interesante es que las creencias religiosas potencialmente estigmatizantes hacia las enfermedades mentales se correlacionaron significativamente de forma negativa con las actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. De acuerdo con estos datos, podemos inferir que los niveles más altos de respaldo de una persona a las creencias religiosas potencialmente estigmatizantes hacia la enfermedad mental, por ejemplo, la creencia de que una persona con una enfermedad mental no posee suficiente fe o la creencia de que la oración es el único medio de curación de las enfermedades mentales, entre otros; se asociaron a niveles más bajos de actitudes de búsqueda de ayuda psicológica.

De acuerdo con los presentes resultados, estudios previos han demostrado que los participantes religiosos manifiestan que los demonios, la falta de fe en Dios y la falta de oración son los causantes de la depresión y suicidio (Caplan, 2019). No se encontró un estudio cuantitativo que correlacione las creencias religiosas potencialmente estigmatizantes hacia las enfermedades mentales y las actitudes de búsqueda de ayuda psicológica. No obstante, se encontró un estudio que evidenció una correlación positiva entre en las creencias religiosas

potencialmente estigmatizantes hacia las enfermedades mentales y las creencias estigmatizantes seculares establecidas sobre las personas con enfermedades mentales, como las percepciones de peligrosidad y controlabilidad (Wesselmann & Graziano, 2010). Asimismo, se encontró que estas creencias seculares estigmatizantes en personas religiosas fueron relacionadas por el estudio de Al-Natour et al. (2021) con una menor búsqueda de asistencia psicológica.

Una posible explicación de estos resultados es que las personas religiosas, así como lo afirma Nakash et al. (2019), destacan una gran importancia en confiar en una entidad superior que es capaz de sanar, y declaran que estas creencias tienen la posibilidad de confrontarse con la composición del sistema de salud mental, donde es un psiquiatra o psicólogo, y no la entidad superior que los representa, quien al realizar un acuerdo formal ayuda a aliviar el dolor emocional del cliente. En comunidades latinas e hispanas se observa esta controversia, las enfermedades mentales o malestares emocionales tienen la posibilidad de percibirse en personas religiosas como un problema espiritual en lugar de un problema psicológico (Caplan, 2019). Asimismo, esta polémica lleva a las personas a esperar la ayuda de Dios o de cualquier objeto o persona que pueda facilitar la asistencia de Dios, ante los problemas de índoles psicológicos (Wamser et al., 2011). Por consiguiente, las personas religiosas ante los problemas psicológicos, manifiestan preferencias de búsqueda de ayuda religiosa por parte del clérigo (Crosby & Bossley, 2012; Meniru & Schwartz, 2018; Wamser et al., 2011), el cual puede producir un efecto contrario al manejo esperado y conveniente hacia la enfermedad mental de estas personas y, este efecto los puede llevar a abandonar la fe y simultáneamente a erradicar su red de apoyo eventualmente imprescindible para su recuperación (Stanford, 2007). Se consideran mecanismos de afrontamiento religioso a prácticas tales como, participación de reuniones de grupos religiosos, oración, lectura de libros espirituales y recibimiento de soporte de los grupos

religiosos (Moreno & Cardemil, 2013). Esta búsqueda de mecanismos de afrontamiento religioso, que es un predictor para una menor búsqueda de asistencia psicológica (Wamser et al., 2011), puede ser descrito por Spilka et al. (1985), quien manifiesta que los esquemas religiosos ofrecen una amplitud de explicaciones de eventos que satisfacen distintas necesidades del ser humano, según la Teoría de Atribución de Kelley (1967) explicada en la literatura, necesidades de control y autoestima (por ejemplo, fe, oración, rituales, etc.), y las necesidades de búsqueda de un significado: en modos de Dios, pecado, salvación, etc. Igualmente, este autor afirma que la religión ofrece a las personas respuestas a cuestionamientos, que de lo contrario, resultarían difíciles de contestar.

Otra explicación de estos resultados es la incertidumbre que muestra el individuo al manifestar al terapeuta sus creencias y vivencias (Nakash et al., 2019), que obstaculiza la búsqueda de ayuda de profesionales de la salud mental. En un estudio realizado por Moreno & Cardemil (2013), los participantes religiosos encuestados informaron que, al ser comprendidos por sus terapeutas, presentaron actitudes más favorables de búsqueda de ayuda de profesionales de la salud mental. Al mismo tiempo, comunican lo significativo que es que sus terapeutas puedan comprender mejor sus puntos de vistas, a través de llegar a entender y contener sus distintas creencias religiosas.

Existen varias limitaciones en este estudio dignos de mención. Entre una de ellas se encuentra que, no hubo una muestra representativa de toda la población, ya que, la muestra consistió principalmente en personas que residen en Santo Domingo y pertenecientes en su mayoría a un nivel socioeconómico medio y medio alto. Además, no hubo una muestra representativa en términos de afiliación religiosa, ya que, los participantes en su mayor parte fueron miembros de la religión católica y protestante. Asimismo, principalmente los

participantes estaban compuestos en su mayoría por mujeres, esto incide en los resultados ya que, estas poseen una mayor actitud de búsqueda de ayuda psicológica (Crosby & Bossley, 2012), lo cual, impide parcialidad en los resultados. Otra limitación es que no se evaluó la condición clínica de los participantes, la posible exposición de personas que padezcan enfermedades mentales o el contexto en que estos viven, considerando que, esto puede influir en las creencias que mantienen hacia estas enfermedades mentales y, por consiguiente, ser un predictor del comportamiento de búsqueda ayuda psicológica.

Los hallazgos de este estudio son valiosos por muchas razones. Esta es una de las pocas investigaciones conocidas que observan la coalición entre creencias religiosas estigmatizantes sobre enfermedades mentales, religiosidad, espiritualidad y actitud de búsqueda de ayuda psicológica, utilizando una muestra basada en la población de República Dominicana y a nivel general como menciona Wesselman & Graziano (2010). Asimismo, es significativo debido a los altos niveles de religiosidad conjuntamente a múltiples estigmas hacia la salud mental en República Dominicana. Esta investigación es relevante a causa de que estas creencias religiosas estigmatizantes hacia las enfermedades mentales, según la evidencia de este estudio, pueden obstaculizar la búsqueda de ayuda psicológica y por tanto la atención temprana de los individuos que padezcan de trastornos mentales, afectando que estos reciban el acompañamiento necesario para su curación o la disminución de sus síntomas. Las investigaciones futuras deberían examinar dentro la población dominicana, las diferencias entre grupos como las afiliaciones religiosas, la búsqueda previa de asistencia psicológica, la ausencia o no de religiosidad, sexo, entre otros. De este mismo modo, investigar la asociación entre las actitudes de búsqueda ayuda psicológica y actitudes de búsqueda de ayuda religiosa en esta misma población. Se recomienda favorable para la psicoterapia y otras profesiones asociadas a la salud mental, el estudio de las

diversas vertientes de la espiritualidad, la religiosidad y las creencias religiosas sobre la salud mental, de manera que estos profesionales puedan comprender lo más cabalmente posible las creencias de los pacientes. Asimismo, es recomendable que estos profesionales puedan considerar discutir más de cerca estas creencias durante las sesiones y entrevistas iniciales, para que dichas convicciones puedan servir no como impedimento, sino más bien como un recurso para adherirse hacia el proceso psicoterapéutico (Crosby & Bossley, 2012). Además, se sugiere psicoeducar a los grupos religiosos y/o espirituales sobre la búsqueda de ayuda psicológica mediante programas enfocados en la explicación de causas y tratamientos de las enfermedades mentales, con el fin de que estos conocimientos puedan traspasar las barreras del estigma hacia las enfermedades mentales y estos faciliten la búsqueda de ayuda de los profesionales de la salud mental; lo cual puede ser respaldado por los hallazgos de la presente investigación.

Referencias

- Abe-Kim, J., Gong, F., & Takeuchi, D. (2004). Religiosity, spirituality, and help-seeking among Filipino Americans: Religious clergy or mental health professionals? *Journal of Community Psychology, 32*(6), 675–689. <https://doi.org/10.1002/jcop.20026>
- Al-Natour, A., Abuhammad, S., & Al-Modallal, H. (2021). Religiosity and stigma toward patients with mental illness among undergraduate university students. *Heliyon, 7*(3), e06565. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06565>
- Caplan, S. (2019). Intersection of cultural and religious beliefs about mental health: Latinos in the faith-based setting. *Hispanic Health Care International, 17*(1), 4–10. <https://doi.org/10.1177/1540415319828265>
- Caplan, S., Little, T. v., & Garces-King, J. (2016a). Stigma about mental illness among multidisciplinary health care providers in the Dominican Republic. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation, 5*(3), 192–206. <https://doi.org/10.1037/ipp0000057>
- Caplan, S., Little, T. v., & Garces-King, J. (2016b). Stigma about mental illness among multidisciplinary health care providers in the Dominican Republic. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation, 5*(3), 192–206. <https://doi.org/10.1037/ipp0000057>
- Caplan, S., Little, T. v., Reyna, P., Sosa Lovera, A., Garces-King, J., Queen, K., & Nahar, R. (2016a). Mental health services in the Dominican Republic from the perspective of health care providers. *Global Public Health, 13*(7), 874–898. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1213308>

- Caplan, S., Little, T. v., Reyna, P., Sosa Lovera, A., Garces-King, J., Queen, K., & Nahar, R. (2016b). Mental health services in the Dominican Republic from the perspective of health care providers. *Global Public Health, 13*(7), 874–898.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1213308>
- Cervantes, J., Parham, T., & Services, H. (2005). Toward a Meaningful Spirituality for People of Color : Lessons for the Counseling. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 11*(1), 69–81. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.11.1.69>
- Chen, P., Liu, X. J., Wang, X. Q., Yang, B. X., Ruan, J., & Liu, Z. (2020). Attitude toward seeking professional psychological help among community-dwelling population in China. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00417>
- Crosby, J. W., & Bossley, N. (2012). The religiosity gap: Preferences for seeking help from religious advisors. *Mental Health, Religion & Culture, 15*(2), 141–159.
<https://doi.org/10.1080/13674676.2011.561485>
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995a). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development, 36*(4), 368–373.
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995b). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development, 36*(4), 368–373.
- Fischer, E. H., & Turner, J. L. B. (1970). “Orientations to Seeking Professional Help: Development and Research Utility of an Attitude Scale”: Erratum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*(3), 79–90. <https://doi.org/10.1037/h0020198>

- Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S. M., Baider, L., & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology*, 7(6), 460–469.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R)
- Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. *Nebraska Symposium on Motivation*, 15, 192–238.
- Lukachko, A., Myer, I., & Hankerson, S. (2015). Religiosity and mental health service utilization among African-Americans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(8), 578–582.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000334>
- Mayers, C., Leavey, G., Vallianatou, C., & Barker, C. (2007). How clients with religious or spiritual beliefs experience psychological help-seeking and therapy: A qualitative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(4), 317–327. <https://doi.org/10.1002/cpp.542>
- Meniru, M. O., & Schwartz, R. C. (2018). The influence of afrocentric spirituality on counselling stigma and help-seeking perceptions among Nigerian Americans. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 40(1), 26–38. <https://doi.org/10.1007/s10447-017-9309-8>
- Moreno, O., & Cardemil, E. (2013). Religiosity and mental health services: An exploratory study of help seeking among Latinos. *Journal of Latina/o Psychology*, 1(1), 53–67.
<https://doi.org/10.1037/a0031376>
- Nakash, O., Lambez, T., Cohen, M., & Nagar, M. (2019). Religiosity and barriers to mental healthcare: a qualitative study among clients seeking community mental health services. *Mental Health, Religion and Culture*, 22(5), 437–452.
<https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1489377>

Pingani, L., Giberti, S., Coriani, S., Ferrari, S., Fierro, L., Mattei, G., Nasi, A. M., Pinelli, G.,

Wesselmann, E. D., & Galeazzi, G. M. (2021). Translation and validation of an Italian language version of the Religious Beliefs and Mental Illness Stigma Scale (I-RBMIS).

Journal of Religion and Health, 60(5), 3530–3544. doi:10.1007/s10943-021-01195-9

Rio, C. M. del, & White, L. J. (2012). Separating Spirituality From Religiosity : A Hylomorphic Attitudinal Perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(2), 123–142.

<https://doi.org/10.1037/a0027552>

Riveros M., F., Bernal V., L., Bohórquez B., D., Vinaccia A., S., & Quiceno S., J. M. (2018).

Inventario de sistema de creencias (SBI-15 R) en Colombia: estructura factorial y confiabilidad en población universitaria y en pacientes crónicos. *Revista Colombiana de*

Enfermería, 17, 13–20. <https://doi.org/10.18270/rce.v17i13.2103>

Rodríguez-Rivera, I., Martínez-González, J., & Martínez-Taboas, A. (2020). Estudio cualitativo de la experiencia de búsqueda de ayuda en pacientes de salud mental. *Revista Caribeña de*

Psicología, 4(1), 55–69. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i1.2051>

Rogers-Sirin, L., Yanar, C., Yüksekbaş, D., Senturk, M. I., & Sirin, S. (2017). Religiosity,

cultural values, and attitudes toward seeking psychological services in Turkey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 48(10), 1587–1604.

<https://doi.org/10.1177/0022022117732532>

Spilka, B., Shaver, P. R., & Kirkpatrick, L. A. (1985). A General Attribution Theory for the Psychology of Religion. *The Psychology of Religion*, 24(1), 1–20.

<https://doi.org/10.4324/9780429495915-12>

Stanford, M. S. (2007). Demon or disorder: A survey of attitudes toward mental illness in the Christian church. *Mental Health, Religion and Culture*, 10(5), 445–449.

<https://doi.org/10.1080/13674670600903049>

Statistas. (2020). *Dominican Republic: Religion affiliation share 2020, by type*.

<https://www.statista.com/statistics/1067044/religious-affiliation-in-the-dominican-republic/>

Underwood, L. G., & Teresi, J. A. (2002). The Daily Spiritual Experience Scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 22–33.

https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_04

Wamser, R., Vandenberg, B., & Hibberd, R. (2011). Religious fundamentalism, religious coping, and preference for psychological and religious treatment. *International Journal for the Psychology of Religion*, 21(3), 228–236. <https://doi.org/10.1080/10508619.2011.581582>

Wesselmann, E. D., & Graziano, W. G. (2010). Sinful and/or possessed? Religious beliefs and mental illness stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(4), 402–437.

<https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.4.402>