

Nouhaila Jaouar Kacha

**IMPACTO DE LAS PRÁCTICAS
ESPIRITUALES EN LA SALUD MENTAL**

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Dirigido por la Dra. Anna Huguet Roselló

Grado de Psicología



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

Tarragona

2025

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
1.1 Bienestar psicológico: Definición	4
1.2 Espiritualidad.....	6
1.2.1 Espiritualidad y religiosidad: conceptos que a veces se confunden.....	6
1.2.2 Tipos de prácticas espirituales	7
1.3 Impacto de la espiritualidad en la salud mental	8
1.4 La espiritualidad como recurso olvidado en la salud mental en España	10
2. Objetivos e hipótesis	11
3. Metodología	12
3.1 Diseño del estudio	12
3.2 Procedimiento.....	12
3.3 Participantes.....	13
3.4 Instrumentos.....	13
3.5 Análisis de los resultados	16
4. Resultados	17
4.1 Descripción general de la muestra	17
4.2 Comparación de la salud mental entre practicantes y no practicantes	19
4.3 Comparación de la salud mental según frecuencia de práctica espiritual	21
5. Discusión y conclusiones.....	23
6. Bibliografía.....	28
7. Anexos	34

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo explorar la relación entre las prácticas espirituales y la salud mental (bienestar psicológico) en población española. Aunque diversos estudios internacionales sugieren una influencia positiva de la espiritualidad en el bienestar psicológico, este tema ha sido poco explorado en el contexto español.

Se analizaron distintas dimensiones de salud mental (ansiedad, depresión, bienestar subjetivo, calidad de vida y salud percibida) en función de la práctica espiritual y la frecuencia con la que se realiza. La muestra estuvo compuesta por 123 participantes residentes en España.

Los resultados muestran que las personas que practican espiritualidad presentan niveles significativamente más altos de bienestar subjetivo en comparación con quienes no practican. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables, ni diferencias entre los distintos grupos divididos por frecuencia de práctica, aunque se observaron tendencias que se podrían confirmar con una muestra más amplia. Se discuten los resultados en el marco de investigaciones anteriores señalando la necesidad de profundizar el estudio de la espiritualidad, así como integrarla como recurso para la salud mental.

Palabras clave: Espiritualidad, bienestar psicológico, salud mental

Abstract

The present study aims to explore the relationship between spiritual practices and mental health (psychological well-being) in the Spanish population. Although several international studies suggest a positive influence of spirituality on psychological well-being, this topic has been little explored in the Spanish context.

Various dimensions of mental health (anxiety, depression, subjective well-being, quality of life, and perceived health) were analysed based on spiritual practice and frequency. The sample consisted of 123 participants.

The results show that people who practice spirituality have significantly higher levels of subjective well-being compared to those who do not. No statistically significant differences were found in the remaining variables, nor were there

any differences between the different groups divided by frequency of practice, although trends were observed that could be confirmed with a larger sample. The results are discussed considering previous research, highlighting the need to further study spirituality and integrate it as a resource for mental health.

Keywords: Spirituality, psychological well-being, mental health

1. Introducción

1.1 Bienestar psicológico: Definición

El bienestar psicológico es un tema que en las últimas décadas ha despertado gran interés debido a su complejidad y las dificultades que genera su definición dentro del campo de la salud mental. En la actualidad, existe un reconocimiento gradual en torno a entender la salud mental como un concepto de naturaleza diversa que trasciende la mera ausencia de trastornos mentales y se concibe como un estado de equilibrio emocional, de funcionalidad y calidad de vida (WHO, 2005). Esta amplia perspectiva tiende a asociar el término de bienestar psicológico con el de salud mental. Es un enfoque multidimensional que incluye tanto la presencia de aspectos positivos (afecto positivo, la realización personal o la satisfacción con la vida), como la ausencia de malestar emocional (ansiedad, depresión o estrés) (Dodge et al., 2012).

Bajo esta perspectiva, la distinción que se suele hacer entre bienestar psicológico y salud mental tiende a difuminarse, ya que ambos constructos se pueden concebir e integrar como parte de un mismo continuo del funcionamiento psicológico. Diferentes concepciones teóricas proponen que el bienestar humano no puede estudiarse de forma aislada, y se vincula tanto a indicadores positivos como negativos de la salud mental (García-Vinegras & González Benítez, 2000). En esta línea, se plantea que tanto la salud mental como el bienestar psicológico abarcan dimensiones varias como la calidad de vida y bienestar subjetivo, así como la ausencia de malestar emocional manifestado en síntomas como la ansiedad o depresión.

Las investigaciones sobre el bienestar se han desarrollado principalmente desde dos tradiciones filosóficas: el paradigma hedónico y el eudaimónico (Ryan & Deci, 2001), las cuales están fundamentalmente relacionadas con la felicidad y el desarrollo del potencial humano, respectivamente (Romero Carrasco et al., 2009). Desde la perspectiva hedónica el bienestar esencialmente radica en vivir una vida con experiencias gratificantes; no obstante, desde la perspectiva eudaimónica, el bienestar no se alcanza únicamente desde el placer, sino por medio de la realización del potencial personal (Flores-Kanter et al., 2018).

A partir de estas vertientes, diversos autores han diferenciado entre bienestar subjetivo y bienestar psicológico. El bienestar subjetivo (Diener, 2000) se asocia con la tradición hedónica, mientras que el bienestar psicológico (Ryff, 1989) se vincula con la tradición eudaimónica (Navascués et al., 2016). En esta distinción, el bienestar subjetivo se relaciona con la percepción de felicidad y satisfacción con la vida, mientras que el bienestar psicológico está vinculado con el crecimiento personal y el desarrollo de capacidades.

Según Diener (2000) el bienestar subjetivo se conforma de tres elementos principales: la presencia de afectos positivos, la ausencia de afectos negativos y la satisfacción con la vida. Este concepto hace referencia a la percepción de pensamientos y emociones que presentan las personas sobre su propia vida, así como las evaluaciones cognitivas y afectivas que realizan sobre su existencia.

Por su parte, Ryff (1989) define el bienestar psicológico como un proceso basado en el desarrollo de las capacidades propias y la realización personal, lo cual genera un aumento de emociones positivas o de satisfacción. Esta visión del concepto de "bienestar" trasciende la perspectiva del "bienestar subjetivo", ya que va más allá de las emociones que se experimentan ante las vivencias e incluye las dimensiones afectivas y cognitivas (Muñoz Arroyave et al., 2022).

Desde una perspectiva integradora, el bienestar psicológico se entiende como la percepción positiva que presenta una persona sobre sí misma y su vida, definida principalmente por la naturaleza subjetiva y experiencial, que además se relacionan de forma muy estrecha con aspectos del funcionamiento físico, mental y social (Victoria García-Viniegras & González Benítez, 2000).

Consecuentemente, existen una gran variedad de instrumentos que evalúan distintas dimensiones del bienestar emocional y psicológico, en consonancia con las perspectivas teóricas mencionadas. Algunos se enfocan en la evaluación del bienestar subjetivo, centrándose en la experiencia de afectos positivos y la satisfacción con la vida, como el Satisfaction With Life Scale (SWLS) o el Well-Being Index (WHO-5), mientras que otros detectan niveles de malestar emocional que inciden en componentes tanto hedónicos como

eudaimónicos del bienestar. Por ejemplo, la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), evalúa síntomas de ansiedad y depresión, que se utilizan como indicadores de malestar emocional que interfieren con la satisfacción vital y el desarrollo personal. Por otro lado, instrumentos como el EQ-5D-5L, han demostrado ser útiles para captar el bienestar desde una perspectiva integradora, en línea con los modelos que lo entienden como una experiencia multidimensional que abarca el ámbito físico, mental y social.

Esta gran diversidad de herramientas que intentan medir el bienestar psicológico refleja la naturaleza compleja y multidimensional del concepto, y la necesidad de abordarlo desde todas sus dimensiones, considerando tanto los aspectos positivos como negativos.

1.2 Espiritualidad

1.2.1 Espiritualidad y religiosidad: conceptos que a veces se confunden

La espiritualidad y la religiosidad son dos términos que pueden suscitar a pensar en un mismo concepto por sus características convergentes, no obstante, la esencia última de su significado es distinta (Fuentes, 2018). A pesar de esta posible diferencia, Nervi Vidal (2011) señala que hay una gran carencia de investigaciones científicas que diferencien de manera rigurosa estos dos conceptos.

Por una parte, la religiosidad hace referencia a una serie de vivencias espirituales donde se realizan conductas pertenecientes a una religión formal, a través de creencias, prácticas y rituales concretos (Muñoz et al., 1999). Este concepto alude a la actitud y los comportamientos que influyen y orientan las vidas de los creyentes, dirigiéndose al propósito existencial. El factor común en este proceso es la creencia (fe) en una realidad trascendente (como el cielo, el nirvana u otras), un ser divino (ej., Dios, Allah) y se vincula con la forma en que las personas se relacionan y comprenden el mundo (Ruiz Calderón, 2013; Tinoco-Amador, 2009). Asimismo, se concibe como un sistema organizado de creencias y prácticas que orienta la relación individual con lo sagrado dentro de una doctrina compartida (Faria & Seidl, 2005).

Por otro lado, la espiritualidad se interpreta como un rasgo personal, que puede englobar o no la creencia en un dios, y consiste en la exploración

personal del sentido de la vida, el universo y las relaciones personales (Faria & Seidl, 2005). Es una vivencia personal, exclusiva y libre que tiene como finalidad alcanzar la trascendencia espiritual, no necesariamente con una entidad superior como en la religión, sino más bien con el entorno y todo lo que rodea a uno mismo (Flores Escobar, 2017). En este sentido, la religión puede entenderse como una manifestación concreta dentro de la espiritualidad.

Quiceno y Vinaccia (2009) consideran que los conceptos de religión y espiritualidad tienen diferencias fundamentales que no son fácilmente conciliables. Mientras que la religión es percibida como sustantiva, estática, institucional y objetiva (considerándola menos favorable), la espiritualidad se caracteriza por ser vista como funcional, dinámica, personal, subjetiva y basada en la experiencia (considerada más favorable).

1.2.2 Tipos de prácticas espirituales

Definir las prácticas espirituales resulta complejo debido a la subjetividad en la interpretación de estas. Pargament (1997) describe las prácticas espirituales como estrategias de afrontamiento religioso que se usan para lidiar con el estrés, encontrar sentido a la existencia y fortalecer el bienestar psicológico. Sin embargo, la definición consensuada refiere que son actividades diversas que buscan fortalecer la conexión espiritual con lo trascendental, pudiendo ser religioso o secular.

Aunque existen múltiples prácticas espirituales, en este apartado abordaremos:

- **Oración:** Se entiende como una acción por la cual la persona creyente se dirige a una "entidad" u oyente particular, mediante palabras adaptadas a una normativa religiosa, con la finalidad de manifestar emociones vinculadas a una forma de espiritualidad. Incluye plegarias y rezos (Sierra, 2019).
- **Meditación:** Es una práctica de la mente y el cuerpo que induce a los individuos a enfocar su atención en un estímulo en concreto, con la finalidad de minimizar la tensión que generan algunos pensamientos (*Instituto Nacional del Cáncer [NCI], 2011*). En el plano espiritual, esta práctica está presente en diversas tradiciones debido al ejercicio de

introspección que supone la búsqueda de conexión con lo trascendental (Goleman, 1988).

- Yoga: Hace referencia a una disciplina ancestral que tiene como objetivo unir el cuerpo con la mente y el espíritu mediante diferentes prácticas. Se basa principalmente en posturas, técnicas de respiración y meditación, para lograr una armonía y paz interior (Muñoz, 2016).

Rituales: Se definen como acciones altamente estructuradas y repetitivas, con gran precisión en los detalles, que transmiten sensación de dominio sobre uno mismo y el entorno. Desde el punto de vista psicológico buscan reducir la ansiedad y la incertidumbre (Hinde, 1999). Permiten mejorar los vínculos sociales y descargar emociones negativas de forma controlada (Hobson et al., 2017).

1.3 Impacto de la espiritualidad en la salud mental

En la literatura científica podemos encontrar estudios empíricos, tanto cualitativos como cuantitativos, que relacionan estos dos conceptos en distintas edades, e incluso alguna revisión.

Distintos autores desde diferentes vertientes de la Psicología indican que las prácticas espirituales o creencias religiosas tienen diversos beneficios e impactos positivos sobre la salud (Yoffe, 2012). Por ejemplo, un estudio en un contexto universitario en España concluyó que una orientación espiritual intrínseca puede contribuir al bienestar psicológico (García-Alandete & Bernabé-Valero, 2013). Por otro lado, en adultos, Barbosa da Silva y Guerra (2025), indicaron que el sentido de la vida y la espiritualidad son predictores importantes en diversas dimensiones relacionadas con el bienestar psicológico. En su investigación señalaron que estos elementos contribuyen al equilibrio emocional y favorecen el desarrollo personal y la percepción de control sobre la propia vida. Otra investigación llevada a cabo desde el contexto clínico con pacientes oncológicos en cuidados paliativos en Ecuador reafirma que la espiritualidad es un recurso clave para gestionar la ansiedad y la depresión, contribuyendo al refuerzo emocional en situaciones límite (Moyano et al., 2019). Asimismo, una revisión sistemática de 26 estudios de diferentes países sobre adolescentes concluyó que la espiritualidad tiene una

influencia positiva, aunque moderada, en el bienestar psicológico (Strelhow & Castellá Sarriera, 2018).

Desde esta perspectiva, se han identificado distintos mecanismos a través de los cuales la espiritualidad puede influir positivamente en el bienestar psicológico.

En primer lugar, la espiritualidad, ofrece la posibilidad de construir un sentido de propósito y significado personal. Ante la conciencia de muerte en las personas se generan preguntas existenciales y las respuestas que cada uno consigue ayudan a adquirir una dirección y motivación para vivir. Adoptar una perspectiva espiritual predispone a desarrollar un horizonte existencial más amplio, es decir, entender la vida no solo en función del presente sino también teniendo en cuenta el pasado y el futuro. Esta amplitud en la visión de la vida favorece una mayor estabilidad emocional, satisfacción personal y salud mental (Piedmont, 2012).

Desde un enfoque cognitivo conductual, identifican un primer mecanismo que señala que las creencias religiosas funcionan como marcos mentales interpretativos que permiten a las personas encontrar el significado de su vida, así como el sentido y la finalidad de los sucesos vitales. El segundo mecanismo hace referencia a la autorregulación del pensamiento por medio de prácticas espirituales vinculadas a la religión, estas contribuyen a reducir el foco personal; reduciendo así el estrés y la preocupación, lo que promueve una salud mental positiva (James y Wells, 2003).

Asimismo, la espiritualidad se relaciona con el afrontamiento religioso, que Pargament (1997) define como el proceso mediante el cual un individuo recurre al uso de las creencias o comportamientos religiosos con la finalidad de resolver problemas o afrontar situaciones estresantes. El autor sugiere dos tipos de afrontamiento; el positivo y el negativo. La espiritualidad principalmente se asocia con el positivo, que incluye el perdón, la superación, la conexión espiritual colaborativa con lo sagrado y la purificación.

También se ha observado que la realización de prácticas espirituales se vincula con mayor esperanza, optimismo y sentido de la comunidad, elementos que se consideran importantes para construir una red de apoyo

social, que a su vez es fundamental para la promoción y mantenimiento de la salud mental (Koenig et al., 2012).

No obstante, aunque en menor medida, otros autores como King et al. (2013) sugieren que la espiritualidad en ausencia de una base religiosa podría asociarse con una mayor vulnerabilidad frente a los trastornos mentales, y por tanto reportar peor estado de salud mental. Sin embargo, esta afirmación se puede matizar ya que, en ciertas culturas o contextos sociales, es relativamente fácil caer en el aislamiento social según la elección de prácticas espirituales no religiosas, como sugieren Cook y Powell (2013).

1.4 La espiritualidad como recurso olvidado en la salud mental en España

En las últimas décadas, tal y como se ha descrito en el punto anterior, se ha realizado un número creciente de estudios para examinar la relación entre la espiritualidad y la salud mental. No obstante, la investigación aún es limitada e inconcluyente. La mayoría de los autores están convencidos de que dicha relación existe y sostienen que las personas que se consideran espirituales presentan menos síntomas psicopatológicos, lo que sugiere un mayor nivel de bienestar psicológico. Sin embargo, se han observado resultados contradictorios (Simkin & Etchevers, 2014).

Además, gran parte de los estudios relacionados con este ámbito se han llevado a cabo en países anglosajones o en países con fuertes tradiciones religiosas (Quiceno & Vinaccia, 2009), lo que pone de manifiesto la escasez de estudios en el contexto español. En nuestro país hacen falta estudios, ya que las formas de espiritualidad más tradicionales, como la religiosidad, han perdido fuerza y han evolucionado hacia expresiones mucho más personales y subjetivas.

Consecuentemente, los profesionales de la salud intuyen que la dimensión espiritual podría afectar al bienestar emocional de los pacientes, pero carecen de una base empírica sólida para abordar esta dimensión en la práctica clínica (López-Tarrida et al., 2020).

En resumen, la salud mental y el bienestar psicológico son conceptos complejos que abarca diversas dimensiones. A pesar de la creciente base empírica de que espiritualidad puede tener varios beneficios para la salud

mental y el bienestar, aún existe ambivalencia y los estudios en España siguen siendo limitados y fragmentados, lo que dificulta la generalización de los resultados internacionales en nuestro contexto. Es importante determinar la relevancia que puede tener el contexto, la evolución temporal y la naturaleza del vínculo entre espiritualidad y salud mental/bienestar psicológico.

De este modo, esta investigación se propone ampliar el conocimiento sobre la relación entre la salud mental y la espiritualidad en el contexto español y ofrecer nuevas perspectivas sobre cómo la psicología puede, si es relevante, incorporar la dimensión espiritual como un recurso complementario para el bienestar emocional de las personas interesadas, proponiendo su integración en las estrategias de promoción del bienestar emocional.

2. Objetivos e hipótesis

El objetivo principal de este estudio es explorar la posible relación entre la realización de prácticas espirituales— como la oración, la meditación, los rituales religiosos, entre otras— y la salud mental, definida en términos de bienestar psicológico, niveles de ansiedad, depresión y estrés.

El estudio también tiene como objetivo secundario comparar los niveles de bienestar psicológico en función de la frecuencia con la que las personas practican actividades espirituales.

Con respecto a la hipótesis inicial, se plantea que existe una relación significativa entre la salud mental y la espiritualidad. Se espera que las personas que tienen implicación espiritual presenten niveles más bajos de ansiedad, depresión y estrés, así como un mayor bienestar psicológico, en comparación con aquellas que no se consideren espirituales.

La hipótesis secundaria, derivada de los objetivos, indica que las personas que realizan prácticas espirituales con mayor frecuencia reportarán mayor nivel de bienestar que aquellas que las realizan con menor frecuencia o no las practican.

3. Metodología

3.1 Diseño del estudio

Este estudio es de tipo transversal.

3.2 Procedimiento

Este estudio se realizó siguiendo las directrices establecidas por el Comité de Ética de Investigación en Personas, Sociedad i Medio Ambiente (CEIPSA) de la Universitat Rovira i Virgili (URV).

Los datos de este estudio se recogieron mediante un cuestionario en línea autoadministrado a partir de pruebas estandarizadas, utilizando Microsoft Forms, con una duración de aplicación máxima de diez minutos.

En un primer momento, se proporcionó a los participantes información sobre los objetivos del estudio, seguidamente se les solicitó el consentimiento informándoles de que los datos recopilados no incluyen información identificativa, por lo que serán tratados de forma anónima, dentro de una interpretación global.

Una vez dado el consentimiento, podían acceder al cuestionario. El cuestionario estaba conformado por varios apartados que combinaban instrumentos estandarizados con ítems de elaboración propia. Primero, se registraban los datos sociodemográficos (i.e., edad e identidad de género) a partir de ítems ad-hoc. Seguidamente, el cuestionario abordaba la dimensión espiritual mediante cinco ítems diseñados ad hoc. Estos se centraban en: (1) la autopercepción espiritual, (2) la existencia de vinculación religiosa, (3) la realización de prácticas espirituales, (4) el tipo de dichas prácticas, y (5) su frecuencia. Finalmente, se evaluaba el bienestar psicológico (salud mental), considerando los niveles de depresión, ansiedad, bienestar subjetivo y la calidad de vida, utilizando los instrumentos HADS, WHO-5 y EQ-5D-5L.

La difusión del cuestionario se realizó a partir de conocidos y redes sociales, durante el periodo comprendido entre el 27 de febrero y el 25 de abril.

El análisis estadístico de los datos recopilados en formato Excel, fueron importados y procesados mediante el programa SPSS Statistics.

3.3 Participantes

La muestra recogida para este estudio debía cumplir los siguientes criterios: ser un adulto residente en España, tener entre 18 y 60 años, entender el idioma con el que está hecho el cuestionario (castellano) y dar consentimiento para participar. No se utilizaron criterios de exclusión.

Durante el periodo de reclutamiento el objetivo fue conseguir el máximo de participantes posibles. Finalmente, un total de 123 personas respondieron el cuestionario.

3.4 Instrumentos

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS: Zigmond y Snaith, 1983; adaptación de Terol et al., 2007; Cabrera et al., 2015).

Se utilizó esta escala para valorar los niveles de depresión y ansiedad, es decir el malestar emocional. Este instrumento está compuesto por 14 ítems agrupados en dos subescalas: una de ansiedad (HADS-A) centrada en manifestaciones psíquicas, y otra de depresión (HADS-D) cuyos ítems están enfocados en la anhedonia. Cada subescala consta de 7 enunciados. Por cada ítem hay 4 opciones de respuesta tipo Likert, puntuadas de 0 a 3.

Según la ficha técnica del instrumento los puntos corte establecidos son: una puntuación de 0 a 7 se considera dentro de la normalidad, de 8 a 10 indica un caso probable de ansiedad o depresión, y una puntuación entre 11 y 21 se interpreta como caso de ansiedad o depresión. La referencia temporal es la semana anterior.

Según la validación en población española realizada por Herrero et al (2003), esta escala cuenta con una consistencia interna elevada, con un alfa de Cronbach de 90 para la escala completa, 0,84 para la subescala de depresión y 0,85 para la subescala de ansiedad. En cuanto a sus propiedades diagnósticas, nos encontramos con una especificidad del 87% y una sensibilidad del 72%, esta última próxima al umbral aceptado del 75%. En conjunto, el poder predictivo global de la prueba, se estima que es de 80%.

Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5 Well-Being Index), en su versión traducida al español por el WHO Collaborating Centre for Mental Health, previamente validada por Lucas Carrasco (2012).

Este instrumento se utilizó para evaluar el bienestar psicológico. Cuenta con 5 enunciados que evalúan el bienestar psicológico durante las dos últimas semanas, enfocándose en aspectos como el estado de ánimo, la vitalidad y el interés por la vida. Cada ítem se puntúa mediante una escala tipo Likert de opciones de respuesta, que va desde "0" (nunca) hasta "5" (todo el tiempo). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de los 5 ítems dando un resultado entre 0 y 25, que posteriormente se debe multiplicar por cuatro dejándonos una escala de 0 a 100. Una mayor puntuación refleja mayor bienestar.

En población española, el WHO-5 ha sido validado en personas mayores (Caballer Miedes et al., 2022); no obstante, el instrumento ha sido utilizado ampliamente en estudios con población general en distintos contextos. En cuanto a sus propiedades psicométricas, ha mostrado una estructura unidimensional y fiabilidad interna con un alfa de 0,86. En relación con las propiedades diagnósticas, una revisión sistemática que incluyó 18 estudios (n=5823) reportó una sensibilidad del 86% y especificidad media del 81% para la detección de depresión (Topp et al., 2015).

EQ-5D-5L, en su versión desarrollada por el EuroQol Group como una ampliación del EQ-5D-3L, previamente validada por Herdman et al., 2011.

Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud, que constituye una dimensión relevante del bienestar psicológico general, se ha utilizado esta herramienta autoadministrada, que está compuesta por 5 componentes que ayudan a reflejar el estado de salud general.

Se evalúa la movilidad, el autocuidado, las actividades cotidianas, el dolor/malestar y la ansiedad/depresión. Cada dimensión se evalúa mediante una escala de cinco niveles que refleja la gravedad del problema, donde 1 indica "ningún problema" y 5 representa un "problema grave/extremo".

Además de las dimensiones mencionadas, este instrumento incluye una escala visual analógica (VAS) que permite a los participantes calificar su salud general en un rango de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable), con el fin de obtener una evaluación subjetiva desde su propia perspectiva. Sin embargo, en este estudio se realizó una adaptación de dicha escala para poder incluirla en el formulario de Microsoft. La modificación consistió en solicitar a los participantes que ingresen directamente el número correspondiente en una casilla, sin marcarlo en la escala visual, como se hace en la versión original.

La corrección del cuestionario se basa en la combinación de las respuestas obtenidas en las cinco dimensiones, generando un perfil de salud de cinco dígitos, donde cada dígito representa el nivel del problema en cada dimensión para cada participante. A cada perfil se le asigna un valor numérico específico: el índice de utilidad, que resume el estado de salud en una escala que va de 1 (mejor estado posible) a valores negativos (peor que la muerte). Este índice se obtiene mediante la aplicación de un conjunto de valores de referencia (*value set*) establecidos para la población española; en este caso se ha utilizado el propuesto por Ramos-Goñi et al. (2017), que asigna un valor específico a cada perfil a partir de modelos de preferencia poblacional. La conversión se realizó aplicando esta tabla de valores mediante el código estándar propuesto por EuroQol. Según este *value set*, el rango de interpretación va -0,416 (correspondiente al perfil 55555) a 1 (correspondiente al perfil 11111).

La escala visual analógica se evalúa de forma separada, ya que no necesita ser recodificada, se valora directamente la puntuación.

Este instrumento ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en población española, con una buena validez de constructo y validez concurrente con otros instrumentos de medición de calidad de vida (Fernández de las Peñas et al., 2022). El EQ-5D-5L ha mostrado buena capacidad discriminativa entre grupos con diferentes niveles de salud (Hernandez et al., 2018). Dado sus características, no se considera una escala unidimensional. Su fiabilidad y utilidad han sido reconocidas y respaldadas por múltiples estudios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

3.5 Análisis de los resultados

En primer lugar, se realizó la descripción de la muestra. Se presentaron estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas, las dimensiones de bienestar psicológico y las variables relacionadas con espiritualidad. Para las variables continuas (ansiedad, depresión, bienestar subjetivo, calidad de vida y salud percibida), se calculó la media, la desviación estándar y los valores mínimos y máximos. Para las variables categóricas (género, religión, espiritualidad, práctica espiritual y frecuencia) se calcularon las frecuencias y porcentajes.

En segundo lugar, el propósito era comparar los niveles de bienestar psicológico (salud mental) entre las personas que realizan prácticas espirituales y aquellas que no las realizan (objetivo primario). El grupo de no practicantes incluyó a todas las personas que no realizan prácticas espirituales, independientemente de si se identifican como espirituales o no. Como punto de partida se calculó la media y la desviación estándar para cada grupo y a posteriori se aplicaron pruebas estadísticas para explorar si las diferencias observadas eran estadísticamente significativas. Con el fin de comprobar el cumplimiento del supuesto de normalidad y determinar que pruebas estadísticas utilizar, se aplicó la prueba de normalidad (Shapiro-Wilk) y se extrajeron los índices de asimetría de las variables continuas. Cuando una variable cumplía el supuesto de normalidad, o como mínimo la asimetría no era muy exagerada (coeficiente de asimetría no superior a -1 o 1), se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes. En cambio, cuando no se cumplía este supuesto o la distribución era muy asimétrica (coeficiente de asimetría superior a -1 o 1), se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney. Asimismo, cuando se encontraron diferencias estadísticamente diferentes se calcularon los tamaños del efecto (d de Cohen) para estimar la magnitud de las diferencias entre grupos.

En relación con el segundo objetivo de la investigación, para examinar si existe una asociación entre la frecuencia con la que se practican actividades espirituales y las variables de bienestar psicológico, se seleccionó únicamente al subgrupo que afirma realizar prácticas espirituales. La variable de frecuencia se recogió mediante una pregunta con opciones de respuestas

categorías (de "nunca" hasta "diariamente"), por lo que fue tratada como una variable categórica ordinal.

Para comenzar, se calcularon las medias y desviaciones estándar de las variables de bienestar psicológico para cada nivel de frecuencia, posteriormente, se aplicaron pruebas estadísticas en función del cumplimiento de los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas.

En aquellas que se cumplían dichos supuestos, se utilizó el ANOVA de un factor para comparar los niveles de bienestar entre los distintos grupos definidos según la frecuencia de práctica espiritual. En cambio, para aquellas variables que no cumplían los supuestos se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

4. Resultados

4.1 Descripción general de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 123 participantes con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años ($M=29.58$, $SD=13.02$). Del total de participantes, el 74% ($n= 91$) se identificó con el género femenino, mientras que el 26% ($n= 32$) restante se identificó con el género masculino.

En relación con las variables de salud mental, las puntuaciones medias, en general, se sitúan en niveles moderados, con una amplia variabilidad (ver Tabla 1).

En cuanto a la ansiedad, al categorizar las puntuaciones según los puntos de corte del HADS, se ha observado que el 48% de los participantes ($n= 123$) se sitúa en un rango normal, mientras que un 26,8% ($n=123$) presenta niveles compatibles con un posible caso de ansiedad, y el 25,2% ($n= 123$) restante cumple criterios para un caso de ansiedad. En relación con la depresión, el 79,7% ($n= 123$) se encuentra en un rango normal, el 15,4% ($n= 123$) se posiciona como posible caso de depresión y el 4,9% ($n= 123$) restante cumple criterios para un caso de depresión.

Respecto la espiritualidad, el 47% ($n= 123$) de los participantes reportaron considerarse personas espirituales. De estos, una gran parte, concretamente el 67% ($n= 58$) indicó que su espiritualidad está vinculada con una religión,

y el 98% (n=58) afirmó practicar alguna forma de espiritualidad, como la meditación, yoga, oración/rezos o rituales religiosos (ver Tabla 2).

Tabla 1:

Descripción del bienestar psicológico de la muestra (N=123)

Variable	Media	SD	Mínimo	Máximo
Ansiedad (HADS-A)	8,10	3,92	0	18
Depresión (HADS-D)	4,76	2,98	0	13
Bienestar subjetivo (WHO-5)	57,02	20,43	16	100
Calidad de vida (EQ-5D-5L)	0,87	0,13	0,43	1
Salud percibida (VAS EQ-5D-5L)	74,03	22,69	1	100

Tabla 2:

Descripción de la espiritualidad de la muestra

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Espiritualidad	Si	58	52,8
	No	65	47,2
Religión	Si	39	67,2
	No	19	32,8
Práctica espiritual	Si	57	98,3
	No	1	1,7
Frecuencia de práctica	Nunca	2	3,4
	Menos de una vez al mes	3	5,2
	Algunas veces en el mes	19	32,8
	Algunas veces en la semana	10	17,2
	Diariamente	24	41,4

Nota: Las variables religión, práctica espiritual y frecuencia de práctica solo se han calculado sobre quienes responden si a espiritualidad (n=58).

4.2 Comparación de la salud mental entre practicantes y no practicantes

Tal y como se muestra en la Tabla 3, no hay diferencias pronunciadas en las medias de las variables que valoran la salud mental entre los dos grupos, aunque las puntuaciones son ligeramente más favorables en el grupo de practicantes.

Tabla 3:

Medias y desviaciones estándar por grupo (practicantes vs no practicantes)

Variable	Grupo	N	Media	SD
Ansiedad (HADS-A)	Practican	57	7,44	3,25
	No practican	66	8,67	4,36
Depresión (HADS-D)	Practican	57	4,25	2,89
	No practican	66	5,20	3,01
Bienestar subjetivo (WHO-5)	Practican	56	62,64	18,97
	No practican	65	52,18	20,55
Calidad de vida (EQ-5D-5L)	Practican	57	0,89	0,11
	No practican	66	0,85	0,14
Salud percibida (VAS EQ-5D-5L)	Practican	57	73,46	26,19
	No practican	66	74,53	19,35

Tabla 4:

Resultados de la prueba de normalidad (Shapiro-Wilk) para las variables de salud mental

Variable	Estadístico	gl	P valor	Asimetría
Ansiedad (HADS-A)	0,97	121	0,02	0,41
Depresión (HADS-D)	0,96	121	<0,001	0,50
Bienestar subjetivo (WHO-5)	0,97	121	0,01	-0,08
Calidad de vida (EQ-5D-5L)	0,87	121	<0,001	-1,17
Salud percibida (VAS EQ-5D-5L)	0,81	121	<0,001	-1,72

Nota: Se considera que una variable cumple normalidad si $p > 0,05$ o, en caso contrario, si la asimetría está entre -1 y 1+.

Tal y como se muestra en la Tabla 4, las variables ansiedad, depresión y bienestar subjetivo no presentan distribuciones normales, sin embargo, los valores de asimetría están dentro del rango -1 y 1. Por tanto se considera adecuado utilizar las pruebas paramétricas T de Student.

En cambio, para las variables de calidad de vida y salud percibida es adecuado usar la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, ya que no cumplen el supuesto de normalidad ni tienen una simetría aceptable.

Tabla 5:

Prueba de homogeneidad de varianzas (Levene)

Variable	Estadístico de Levene	p valor
Ansiedad (HADS-A)	6,21	0,01
Depresión (HADS-D)	0,37	0,54
Bienestar subjetivo (WHO-5)	0,02	0,90

Nota: Se considera que existe homogeneidad de varianzas si $p > 0,05$

En la Tabla 5, se puede observar que se cumple el supuesto de homogeneidad en todas las variables, menos en ansiedad; de igual manera se ha utilizado

la T de Student con corrección de Welch, tal como permite el programa estadístico SPSS.

Tabla 6:

Comparación de variables de bienestar entre practicantes y no practicantes

Variable	Prueba aplicada	Estadístico (t/U)	gl	p valor
Ansiedad (HADS-A)	T de Student	t= 1,79	118,52	0,077
Depresión (HADS-D)	T de Student	t=1,78	121	0,077
Bienestar subjetivo (WHO-5)	T de Student	t=-2,89	119	0,005
Calidad de vida (EQ-5D-5L)	Mann-Whitney	U= 2192		0,109
Salud percibida (VAS EQ-5D-5L)	Mann-Whitney	U= 1985		0,595

Nota: Todos los valores de p corresponden a pruebas bilaterales (dos colas).

Cuando se compararon las medias entre practicantes y no practicantes solo se halló una diferencia estadísticamente significativa en la variable "bienestar subjetivo" ($t_{(119)} = -2.89$, $p < 0.01$), un tamaño del efecto moderado (d de Cohen = -0.52). En las variables de ansiedad y depresión, las diferencias no llegaron a ser estadísticamente significativas, aunque por poco (ver Tabla 6). Aunque en el resto de las variables las puntuaciones son más favorables en el grupo de practicantes, se observa cierta tendencia, pero sin significación estadística.

4.3 Comparación de la salud mental según frecuencia de práctica espiritual

La tabla 7 presenta las medias y desviaciones estándar de las variables de salud mental para cada nivel de frecuencia.

Tabla 7:

Media y desviación estándar de las variables de bienestar según frecuencia de práctica espiritual

Variable	Ansiedad (HADS- A)	Depresión (HADS-D)	Bienestar subjetivo (WHO-5)	Calidad de vida (EQ- 5D-5L)	Salud percibida (VAS)
Nunca	M=13 D=2,83	M=4,5 D=0,71	M=68 D=33,94	M=0,77 D=0,30	M=87,5 D=17,68
Menos de una vez al mes	M=7,5 D=0,71	M=4,5 D=2,12	M=54 D=2,83	M=0,92 D=0	M=75 D=7,07
Algunas veces en el mes	M=7,79 D=2,72	M=4,42 D=2,34	M=55,79 D=18,74	M=0,87 D=0,12	M=68,42 D=25,11
Algunas veces en la semana	M=6 D=2,87	M=3,2 D=2,62	M=68 D=19,6	M=0,90 D=0,08	M=72,3 D=27,18
Diariamente	M=7,29 D=3,54	M=4,5 D=3,54	M=66,33 D=18,12	M=0,92 D=0,11	M=73,46 D=28,68

Nota. M: Media y D: Desviación Estándar

Se observa que las puntuaciones de ansiedad fueron más elevadas en quienes nunca practican espiritualidad en comparación con los otros grupos. En cambio, el bienestar subjetivo fue más elevado en quienes practican algunas veces por semana, nunca o diariamente, en comparación con quienes practican menos de una vez al mes o algunas veces en el mes.

Antes de aplicar las pruebas estadísticas se evaluó la normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Solo las variables de ansiedad ($p=0,13$) y depresión ($p=0,01$ pero asimetría aceptable) se aproximaron a una distribución normal, por ello se aplicó ANOVA de un factor (también hay homogeneidad de

varianzas). El resto de las variables de salud mental no cumplían este supuesto, por lo que se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis.

En el análisis de varianza (ANOVA) para comparar los niveles de ansiedad (HADS-A) entre los distintos niveles de frecuencia de práctica espiritual, se obtuvo un resultado que se aproximó al umbral de significación ($F_{(4,52)} = 2,201, p=0,08$), lo que sugiere una posible tendencia, pero sin diferencias estadísticamente significativas. En el caso de la depresión (HADS-D) tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($F_{(4,52)} = 0,38, p=0,82$)

Para las variables bienestar subjetivo (WHO-5), calidad de vida (EQ-5D-5L), y salud percibida (VAS EQ-5D-5L), analizadas mediante Kruskal-Wallis, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con distintos niveles de frecuencia de práctica ($\chi^2_{(4)} = 4,597, p=0,33, \chi^2_{(4)} = 8,525, p= 0,07$ y $\chi^2_{(4)} = 4,502, p=0,34$ respectivamente). No obstante, en calidad de vida se observa un valor cercano al umbral de significación ($\chi^2_{(4)} = 8,525, p= 0,07$), lo que podría indicar una posible tendencia.

5. Discusión y conclusiones

El presente estudio tenía como objetivo explorar la relación entre el bienestar psicológico y la espiritualidad; buscando determinar si existen diferencias en las dimensiones de la salud mental (ansiedad, depresión, bienestar subjetivo, calidad de vida y salud percibida) en función de la práctica espiritual y su frecuencia. Los resultados obtenidos ofrecen algunas evidencias relevantes, aunque con matices, sobre el impacto de las prácticas espirituales en la salud mental.

Los resultados, en relación con las distintas variables de medición de salud mental, no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre practicantes y no practicantes; excepto en bienestar subjetivo. En el grupo de practicantes se halló una significación estadística y un efecto de tamaño moderado en esta variable, reflejando que los practicantes tienen mayores niveles de bienestar subjetivo que aquellos que no practican. Este hallazgo se alinea con los estudios de la literatura previa que señalan que la espiritualidad es un promotor y recurso protector del bienestar psicológico

(Koenig, 2012), y que las personas con mayores niveles de espiritualidad, independientemente de su afiliación religiosa, tienden a puntuar más alto en bienestar subjetivo (Villani et al., 2019). Asimismo, según García-Alandete y Bernabé-Valero (2013), la orientación espiritual intrínseca se relaciona con mayores niveles de bienestar psicológico en estudiantes universitarios españoles, un perfil similar a la muestra de este estudio.

Por otro lado, se observa que el 67% (n= 58) de las personas que han participado en el estudio y que se identifican como espirituales, vinculan dicha espiritualidad con la religión, este hecho nos podría indicar que las formas más estructuradas e institucionalizadas de espiritualidad son las predominantes en la muestra. Si bien no se ha analizado por separado el efecto de la espiritualidad religiosa en comparación a otras, estudios como el de King (2013) sugieren que la religiosidad puede ofrecer un marco más claro de sentido, lo que en ocasiones se puede asociar a mayor bienestar psicológico.

El resto de las variables, a pesar de no alcanzar efectos estadísticamente relevantes, mostraron puntuaciones ligeramente más favorables en el grupo de practicantes, lo que concuerda con los estudios que afirman que la espiritualidad tiene efecto sobre la salud mental, pero este es pequeño (Garssen et al., 2021).

El bienestar subjetivo integra aspectos emocionales y valorativos de la vida personal, lo que podría hacer a esta dimensión especialmente sensible a la influencia de factores como la espiritualidad. La ansiedad o depresión son constructos más clínicos, mientras que el bienestar subjetivo capta de manera más global cómo una persona experimenta y evalúa su propia vida (Diener, 2000).

En concreto, las variables ansiedad y depresión han sido objeto de varios estudios que destacan que estos síntomas se reducen con las prácticas espirituales o religiosas integradas en la vida cotidiana (Smith et al., 2003). Sin embargo, la discrepancia con nuestros resultados puede ser debida tanto al tamaño de la muestra como a las diferencias culturales o contextuales.

En el subgrupo que indicó realizar prácticas espirituales, se comparó si la frecuencia de realización de dichas prácticas se asociaba con mayor nivel de

bienestar psicológico. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos que reportaban distintas frecuencias, aunque sí se observaron varias tendencias que indican que las personas que realizan prácticas espirituales con mayor regularidad (varias veces por semana o diariamente) tienden a puntuar más alto en bienestar subjetivo, y concretamente en el caso de las personas que nunca practican se ha observado que los niveles de ansiedad son superiores en comparación con los otros grupos.

En la variable de calidad de vida, el hecho de aproximarse al umbral de significación sugiere que la posible tendencia se podría confirmar con una muestra más amplia.

Los resultados sugieren que no solo la práctica espiritual como tal, sino también su frecuencia podría estar relacionados con algunos beneficios. No obstante, los resultados no son concluyentes, no permiten establecer una relación clara, lo cual puede deberse a las limitaciones del tamaño de la muestra o los múltiples factores que se relacionan con la salud mental.

Limitaciones y fortalezas

Entre las principales limitaciones de este estudio está la falta de investigación en el contexto español, lo cual limita la disponibilidad de instrumentos validados que permitan medir, entre otros, la espiritualidad con precisión.

Otra limitación relevante es el tamaño relativamente reducido de la muestra, tanto a nivel general como en los subgrupos definidos por frecuencia de práctica. Este hecho podría haber limitado significativamente la potencia estadística de los análisis. Además, al tratarse de un estudio transversal con autoinforme, los resultados están sujetos a sesgos de memoria y deseabilidad social. Asimismo, el carácter transversal no permite establecer relaciones causales.

Las principales fortalezas de esta investigación son el hecho de abordar una temática poco explorada en el contexto español, y sobre todo en nuestro marco generacional. Además, se han utilizado herramientas validadas internacionalmente, lo que permite la comparación con otros contextos.

Finalmente, el hecho de incluir variables tanto clínicas como subjetivas favorece la visión completa del estado de salud mental de una persona.

Futuras líneas de estudio

Los resultados, aunque débilmente, apuntan a una posible relación entre la espiritualidad y la salud mental, por lo que en futuras investigaciones se podría explorar esta relación de forma experimental para poder observar los efectos de la espiritualidad, la variable independiente en este caso, sobre el bienestar psicológico. De la misma manera, sería muy favorable utilizar una muestra más amplia y variada.

Además, sería relevante explorar otras variables del contexto que puedan intervenir o favorecer esta relación, tales como el apoyo social o el sentido vital, entre otras.

Si bien los hallazgos no son concluyentes, podría ser útil en contextos de promoción de la salud mental, contemplar la espiritualidad como un recurso positivo para el bienestar subjetivo, siempre que se aborde respetuosamente y con consentimiento. Fomentar prácticas con significado personal o trascendental, dirigidas a personas con inclinación espiritual, podría integrarse en el contexto del cuidado psicológico.

Conclusiones

En relación con la primera hipótesis, que sugería que existe una relación significativa entre salud mental y espiritualidad, los resultados indican que al comparar a las personas que no practican espiritualidad con aquellas que sí practican, estas últimas presentan niveles significativamente más altos en bienestar subjetivo. No obstante, no se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de las variables de ansiedad, depresión, calidad de vida o salud percibida. Sin embargo, las tendencias observadas en los datos apuntan a una posible relación positiva entre las prácticas espirituales y la salud mental.

En cuanto a la hipótesis secundaria, que indicaba que las personas que realizan prácticas espirituales con mayor frecuencia reportarían mayor nivel de bienestar que aquellas que las realizan con menor frecuencia o no las

practican, los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

En conclusión, los resultados sugieren que hay dimensiones de la salud mental que pueden estar influenciadas por la espiritualidad, aunque dentro de un marco mucho más complejo en el que intervienen múltiples factores.

6. Bibliografía

- Ballesteros, B. P., Medina, A., & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(2), 239–258.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672006000200004
- Caballer Miedes, A., López Riera, A., & Castillo Hornero, A. (2022). Escala WHO-5: Validación en personas mayores de las propiedades psicométricas de la versión española. *Àgora de Salut*, 8, 1–13.
<https://doi.org/10.6035/AGORASALUT.2022.8.13>
- Cook, C. C. H., & Powell, A. (2013). Spirituality is not bad for our mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 385–386.
<https://doi.org/10.1192/bjp.202.5.385>
- Daniel Goleman. (1988). *The meditative mind*. J.P. Tarcher, Inc.
<http://archive.org/details/meditativemindva00gole>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222–235.
- EuroQol Research Foundation. (2023). *EQ-5D-5L user guide: Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument* (Version 3.1).
- Faria, J. B. de, & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 381–389. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000300012>
- Fernández de las Peñas, C., Rodríguez Jiménez, J., Moro López-Menchero, P., Cancela Cilleruelo, I., Pardo Hernández, A., Hernández Barrera, V., & Gil de Miguel, Á. (2022). Psychometric properties of the Spanish version of the EuroQol-5D-5L in previously hospitalized COVID-19 survivors with long COVID. <https://hdl.handle.net/10115/56397>
- Flores Escobar, F. L. (2017). La espiritualidad en la educación, separada de la religiosidad. *Revista Científica de la UCSA*, 4(1), 57–66.
[https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004\(01\)057-066](https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004(01)057-066)
- Flores-Kanter, P. E., Muñoz-Navarro, R., & Medrano, L. A. (2018). Concepciones de la felicidad y su relación con el bienestar subjetivo: Un estudio mediante redes semánticas naturales. *Liberabit*, 24(1), 115–130.
<https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n1.08>

- Fuentes, Leonides del C. (2018) La Religiosidad y la Espiritualidad ¿Son conceptos teóricos independientes? *Revista de Psicología*, 14(28).
- García-Alandete, J., & Bernabé-Valero, G. (2013). Orientaciones religiosas y bienestar psicológico de los estudiantes universitarios españoles. *Acción Psicológica*, 10(1), 135–148. <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7040>
- García-Viniegras, C. R., & González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586–592.
- Garssen, B., Visser ,Anja, & and Pool, G. (2021). Does Spirituality or Religion Positively Affect Mental Health? Meta-analysis of Longitudinal Studies. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 31(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/10508619.2020.1729570>
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M. F., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727–1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Hernandez, G., et al. (2018). Validity of the EQ-5D-5L and reference norms for the Spanish population. *Quality of Life Research*, 27(9), 2337–2348. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1877-5>
- Herrero, M. J., et al. (2003). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277–283. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00043-4)
- Hinde, R. A. (1999). *Why Gods Persist: A Scientific Approach to Religion* (2^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203868751>
- Hobson, N. M., et al. (2017). The Psychology of Rituals: An integrative review and process-based framework. *Personality and Social Psychology Review*. <https://doi.org/10.1177/1088868317734944>
- Instituto Nacional del Cáncer (NCI). (2011, 2 de febrero). *Definición de meditación - Diccionario de cáncer del NCI*. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/meditacion>
- James, A., & Wells, A. (2003). Religion and mental health: Towards a cognitive-behavioural framework. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 359–376.
- King, M., et al. (2013). Religion, spirituality and mental health: Results from a national study of English households. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 68–73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112003>

- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730.
<https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health* (2nd ed.). Oxford University Press.
- López-Tarrida, Á. C., Ruiz-Romero, V., & González-Martín, T. (2020). Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 202001002.
<https://www.scielosp.org/article/resp/2020.v94/202001002/>
- Lucas-Carrasco, R. (2012). Reliability and validity of the Spanish version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(6), 508–513.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02387.x>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos en España: EQ-5D-5L. Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012* (Informes monográficos, nº 1). Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Moyano, N., Cuvi, A., & Ayllón, E. (2019). Relación entre espiritualidad y bienestar emocional en pacientes oncológicos paliativos: estudio preliminar.
- Muñoz Arroyave, et al. (2022). Salud mental positiva: entre el bienestar y el desarrollo de capacidades. *Revista CES Psicología*, 15(2), 151–168.
<https://doi.org/10.21615/cesp.5275>
- Muñoz, A. C. (2016). Yoga: Una perspectiva antropológica sobre la experiencia mística. *Estudios de Asia y África*, 51(2), 465–491.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/ea/v51n2/2448-654X-eea-51-02-00465.pdf>
- Muñoz, J. A., Puente, M. M., Bimbela, A., & Holland, J. C. (1999). La incorporación de la espiritualidad en el cuidado de los enfermos y sus familias. *Revista de Sanidad Militar*, 53(5).
<https://doi.org/10.56443/p8rx0x89>
- Navascués, A., Calvo-Medel, D., Bombin-Martín, A., Navascués, A., Calvo-Medel, D., & Bombin-Martín, A. (2016). Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un hospital de día. *Acción Psicológica*, 13(2), 143-156. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.15818>
- Nervi Vidal, M. A. (2011). Espiritualidad, religiosidad y bienestar: Una aproximación empírica. *Psicología.com*, 15, 64.

- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.
- Pargament, K. I., et al. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710–724. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Piedmont, R. L. (2012). Overview and development of a trait-based measure of numinous constructs: The SPIRES Scale. En L. J. Miller (Ed.), *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199729920.013.0007>
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321–336. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-99982009000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Ramos-Goñi, J. M., et al. (2017). Handling data quality issues to estimate the Spanish EQ-5D-5L value set using a hybrid interval regression approach. *Value in Health*, 20(8), 1183–1191.
- Romero Carrasco, A. E., et al. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 2(2), 31–52.
- Romero Carrasco, A. E., García-Mas, A., & Brustad, R. J. (2009). Estado del arte y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 335–347. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-05342009000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Ruiz Calderón, J. (2013). ¿Qué es la religiosidad? En J. J. Caerols (Ed.), *Religio in labyrintho* (pp. 365–371). Escolar y Mayo.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Saldías-Ortega, F., & Moyano-Díaz, E. (2023). Influencia de la espiritualidad y religiosidad sobre la felicidad en adultos mayores. *Psykhé (Santiago)*, 32(2). <https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.29435>

- Sierra, J. D. A. (2019). Actos de habla espirituales: Las condiciones para las oraciones religiosas. *Hojas de El Bosque*, 6(10), 48-58.
<https://doi.org/10.18270/heb.v6i10.2989>
- Silva, A. B. da, & Guerra, V. M. (2025). Espiritualidade, qualidade e sentido de vida: Contribuciones para el bienestar psicológico. *Revista CES Psicología*, 18(1), 67-80.
<https://doi.org/10.21615/cesp.7353>
- Simkin, H., & Etchevers, M. (2014). Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del modelo de los cinco factores de la personalidad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60(4), 265-275.
<https://www.aacademica.org/hugo.simkin/22>
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614-636.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.614>
- Strelhow, M. R. W., & Sarriera, J. C. (2018). Bem-estar de adolescentes e sua relação com a espiritualidade e a religiosidade: Revisão sistemática da literatura recente. *Sociedade e Infancias*, 2, 233-257.
<https://doi.org/10.5209/SOCI.59473>
- Tinoco-Amador, J. R. (2009). Identificando los constructos de la religiosidad para jóvenes universitarios en México. *Universitas Psychologica*, 8(3), 807-829. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n3/v8n3a16.pdf>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-176.
<https://doi.org/10.1159/000376585>
- Torres, O. M. P., Galarza, A. N. S., Natali, N. T., & Rivera, J. A. G. (2017). Evaluando la Relación entre la Religiosidad y la Salud Mental en Puerto Rico: Una Revisión Sistemática. *Ciencias de la Conducta*, 32(1), 128-152.
<https://www.cienciasdelaconducta.org/index.php/cdc/article/view/62>
- Vielma Rangel, J., & Alonso, L. (2010). *El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica*. *Educere*, 14(49), 265-275. Universidad de los Andes.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35617102003>
- Villani, D., Sorgente, A., Iannello, P., & Antonietti, A. (2019). The Role of Spirituality and Religiosity in Subjective Well-Being of Individuals With Different Religious Status. *Frontiers in Psychology*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01525>

World Health Organization (WHO), Victorian Health Promotion Foundation, & University of Melbourne. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (H. Herrman, S. Saxena, & R. Moodie, Eds.). WHO.

Yoffe, L. (2012). Efectos positivos de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances en Psicología*, 20(1), 9-30.
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2012.v20n1.1940>

Yoffe, L. (2014). Rituales funerarios y de duelo colectivos y privados, Religiosos o laicos.
<https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/182/171>

7. Anexos

Impacto de las prácticas espirituales en la salud mental

Hola, soy Nouhaila Jaouar y curso el grado de psicología en la Universitat Rovira i Virgili.

Este cuestionario forma parte de mi Trabajo de Fin de Grado (TFG), cuyo objetivo es analizar la relación entre las prácticas espirituales y el bienestar psicológico en la población general de entre **18 y 60 años**. Para ello, se compararán los niveles de bienestar entre personas que practican alguna forma de espiritualidad, como la meditación, la oración, la religión o el yoga, entre otras, y aquellas que no realizan este tipo de actividades.

Para participar debes responder un cuestionario anónimo que recoge información sobre tu experiencia con la espiritualidad y tu bienestar psicológico mediante diferentes escalas estandarizadas. La duración aproximada es de **10 minutos** y no se recopila ningún dato personal identificativo.

Tu colaboración es completamente voluntaria. Si tienes cualquier duda, puedes contactar conmigo a través de nouhaila.jaouar@estudiants.urv.cat

¡Muchas gracias!

* Obligatoria

INFORMACIÓN ÉTICA I LEGAL

Podéis consultar toda la información ética y legal completa relacionada con este estudio a través de este enlace:

https://rovira-my.sharepoint.com/:f/r/personal/12485056-n_epp_urv_cat/Documents/Informaci%C3%B3%20%C3%A8tica?csf=1&web=1&e=m4D3vS

1. Consiento participar en este estudio *

Sí

No

DATOS PERSONALES

2. Edad *

Escriba un número mayor que o igual a 18.

3. Género *

Masculino

Femenino

Otro

Espiritualidad

4. ¿Te consideras una persona espiritual? *

Sí

No

5. ¿Tu espiritualidad está vinculada a una religión concreta? *

- Sí
- No

6. ¿Practicas alguna forma de espiritualidad como la meditación, el yoga, la oración, rituales, creencias religiosas, etc.? *

- Sí
- No

7. ¿Qué tipo de práctica espiritual realizas? *

- Oración/Rezos
- Meditación
- Yoga
- Ritual espiritual o religioso
- Otras

8. ¿Con que frecuencia practicas actividades espirituales? *

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Algunas veces en el mes
- Algunas veces en la semana
- Diariamente

Bienestar

A continuación, leerá unas frases que pueden describir cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada frase y cada una de las respuestas atentamente e indique qué respuesta coincide mejor con **CÓMO SE HA SENTIDO USTED EN LA ÚLTIMA SEMANA.**

9. Me siento Tenso/a o Nervioso/a *

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

10. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre *

- Igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

11. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder *

- Sí y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

12. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas *

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto

13. Tengo la cabeza llena de preocupaciones *

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

14. Me siento alegre

- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día
- Nunca

15. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente *

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

16. Me siento lento/a y torpe: *

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

17. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos en el estómago" *

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

18. He perdido el interés por mi aspecto personal *

- Completamente
- No me cuidó como debiera hacerlo
- Es posible que no me cuide como debiera
- Me cuidó como siempre lo he hecho

19. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme *

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

20. Tengo ilusión por las cosas *

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- En absoluto

21. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor *

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

22. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de televisión:

*

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

23. Durante las últimas dos semanas: *

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
1. Me he sentido alegre y de buen humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me he sentido tranquilo y relajado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me he sentido activo y enérgico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me he despertado fresco y descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. MOVILIDAD *

- No tengo problemas para caminar
- Tengo problemas leves para caminar
- Tengo problemas moderados para caminar
- Tengo problemas graves para caminar
- No puedo caminar

25. AUTO-CUIDADO *

- No tengo problemas para lavarme o vestirme
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- No puedo lavarme o vestirme

26. **ACTIVIDADES COTIDIANAS** (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre) *

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

27. **DOLOR / MALESTAR** *

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo dolor o malestar leve
- Tengo dolor o malestar moderado
- Tengo dolor o malestar fuerte
- Tengo dolor o malestar extremo

28. **ANSIEDAD / DEPRESIÓN** *

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy levemente ansioso o deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido

29. Me gustaría conocer lo buena o mala que es su salud **HOY**. La escala está numerada del 0 al 100, donde **100 representa la mejor salud que usted pueda imaginar y 0 la peor**. Marque el número que mejor describa su estado de salud HOY. *

El número debe estar comprendido entre 0 y 100