

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Afrontamiento religioso y ansiedad en pacientes  
diagnosticados con COVID-19 en un centro de salud  
del distrito Maras / Urubamba - Cusco 2022**

Abraham Figueroa Chavez

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Cusco, 2024

Repositorio Institucional Continental  
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

## INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TESIS

**A** : Eliana Mory Arciniega  
Decano de la Facultad de Humanidades

**DE** : Herbert Robles Mori  
Asesor de tesis

**ASUNTO** : Remito resultado de evaluación de originalidad de tesis

**FECHA** : 6 de Enero de 2024

---

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado asesor de la tesis titulada: "AFRONTAMIENTO RELIGIOSO Y ANSIEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON COVID-19 EN UN CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO MARAS / URUBAMBA - CUSCO 2022", perteneciente al/la/los/las estudiante(s) ABRAHAM FIGUEROA CHAVEZ, de la E.A.P. de Psicología; se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 18 % de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

• Filtro de exclusión de bibliografía	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (N° de palabras excluidas: 15 palabras )	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

En consecuencia, se determina que la tesis constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido de la tesis sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

**La firma del asesor obra en el archivo original**

(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

## **DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD**

Yo, ABRAHAM FIGUEROA CHAVEZ, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 42180546, de la E.A.P. de Psicología de la Facultad de Humanidades la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: "AFRONTAMIENTO RELIGIOSO Y ANSIEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON COVID-19 EN UN CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO MARAS / URUBAMBA - CUSCO 2022", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

09 de Enero del 2024.

**La firma del autor y del asesor obra en el archivo original**  
(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

# AFRONTAMIENTO RELIGIOSO Y ANSIEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON COVID-19 EN UN CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE MARAS / URUBAMBA -CUSCO – 2022

## INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Tecnologica de los  
Andes

Trabajo del estudiante

3%

2

[repositorio.ucv.edu.pe](https://repositorio.ucv.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

3

[hdl.handle.net](https://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

1%

4

[repositorio.une.edu.pe](https://repositorio.une.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

5

[repositorio.unjfsc.edu.pe](https://repositorio.unjfsc.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

6

[cybertesis.uach.cl](https://cybertesis.uach.cl)

Fuente de Internet

1%

7

[www.researchgate.net](https://www.researchgate.net)

Fuente de Internet

1%

8

[dspaceapi.uai.edu.ar](https://dspaceapi.uai.edu.ar)

Fuente de Internet

1%

9	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	1 %
10	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	<1 %
11	<a href="http://cybertesis.unmsm.edu.pe">cybertesis.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
12	<a href="http://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
13	<a href="http://repositorio.ucsm.edu.pe">repositorio.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="http://www.dspace.uce.edu.ec">www.dspace.uce.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://revistas.unc.edu.ar">revistas.unc.edu.ar</a> Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Infile Trabajo del estudiante	<1 %
17	<a href="http://renati.sunedu.gob.pe">renati.sunedu.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://repositorioacademico.upc.edu.pe">repositorioacademico.upc.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
19	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
20	<a href="http://repositorio.ulima.edu.pe">repositorio.ulima.edu.pe</a> Fuente de Internet	

<1 %

---

21 doku.pub  
Fuente de Internet

<1 %

---

22 repositorio.autonmadeica.edu.pe  
Fuente de Internet

<1 %

---

23 idoc.pub  
Fuente de Internet

<1 %

---

24 Submitted to Universidad Ricardo Palma  
Trabajo del estudiante

<1 %

---

25 es.slideshare.net  
Fuente de Internet

<1 %

---

26 repositorio.unsa.edu.pe  
Fuente de Internet

<1 %

---

27 pesquisa.bvsalud.org  
Fuente de Internet

<1 %

---

28 www.coursehero.com  
Fuente de Internet

<1 %

---

29 Submitted to Universidad Nacional de  
Tumbes  
Trabajo del estudiante

<1 %

---

30 repositorio.continental.edu.pe  
Fuente de Internet

<1 %

---

31 core.ac.uk  
Fuente de Internet

		<1 %
32	<a href="http://revistas.ces.edu.co">revistas.ces.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
33	<a href="http://imtersomayores.csic.es">imtersomayores.csic.es</a> Fuente de Internet	<1 %
34	<a href="http://vsip.info">vsip.info</a> Fuente de Internet	<1 %
35	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
36	Submitted to Universidad Autonoma de Chile Trabajo del estudiante	<1 %
37	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	<1 %
38	<a href="http://repositorio.uct.edu.pe">repositorio.uct.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
39	Submitted to Universidad de Granada Trabajo del estudiante	<1 %
40	<a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1 %
41	<a href="http://intra.uigv.edu.pe">intra.uigv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
42	<a href="http://issuu.com">issuu.com</a> Fuente de Internet	<1 %

43	<a href="https://repositorio.ug.edu.ec">repositorio.ug.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
44	<a href="https://repositorio.upeu.edu.pe">repositorio.upeu.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
45	<a href="https://upc.aws.openrepository.com">upc.aws.openrepository.com</a> Fuente de Internet	<1 %
46	<a href="https://www.tdx.cat">www.tdx.cat</a> Fuente de Internet	<1 %
47	Submitted to Universidad Nacional Jose Faustino Sanchez Carrion Trabajo del estudiante	<1 %
48	<a href="https://novascientia.delasalle.edu.mx">novascientia.delasalle.edu.mx</a> Fuente de Internet	<1 %
49	<a href="https://observatorio.campus-virtual.org">observatorio.campus-virtual.org</a> Fuente de Internet	<1 %
50	<a href="https://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
51	<a href="https://up-rid.up.ac.pa">up-rid.up.ac.pa</a> Fuente de Internet	<1 %
52	Submitted to Universidad de Las Palmas de Gran Canaria Trabajo del estudiante	<1 %
53	<a href="https://repositorio.upn.edu.pe">repositorio.upn.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %

54	<a href="https://repositorio.upse.edu.ec">repositorio.upse.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
55	<a href="http://www.infocop.es">www.infocop.es</a> Fuente de Internet	<1 %
56	Submitted to Fundación Universitaria Sanitas Trabajo del estudiante	<1 %
57	<a href="https://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1 %
58	<a href="https://repositorio.unh.edu.pe">repositorio.unh.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
59	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
60	<a href="https://repositorio.usil.edu.pe">repositorio.usil.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
61	<a href="http://www.centraltest.com">www.centraltest.com</a> Fuente de Internet	<1 %
62	<a href="http://www.tunota.com">www.tunota.com</a> Fuente de Internet	<1 %
63	Submitted to Pontificia Universidad Católica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1 %
64	Submitted to Universidad Andina Nestor Cáceres Velásquez Trabajo del estudiante	<1 %

65

doaj.org  
Fuente de Internet

<1 %

---

66

repositorio.ulasamericas.edu.pe  
Fuente de Internet

<1 %

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar o describir la relación que existió entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes que fueron diagnosticados como positivos al COVID-19. El número total de pacientes fue de 86 personas, con edades comprendidas entre los 24 y los 63 años, que fueron atendidos en el centro de Salud del distrito de Maras, provincia Urubamba, en el departamento del Cusco, considerando a todos los pacientes atendidos en el período de marzo a diciembre del 2021. Los instrumentos que fueron utilizados por el centro de salud fueron el Inventario de Escala RCOPE breve, un instrumento con alta confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0.991 en afrontamiento religioso positivo y 0.993 en afrontamiento religioso negativo; y el Inventario de Escala de Ansiedad de Beck (BAI), un instrumento con una confiabilidad de 0.994. En cuanto a la metodología, la investigación fue de enfoque cuantitativo, básico, de nivel correlacional y diseño no experimental de corte transversal. Los resultados obtenidos revelaron que el valor del estadístico de Spearman fue de -0,998, lo que indica una correlación muy significativa. Por lo tanto, se puede afirmar con un 99 % de confianza que existe una “correlación negativa casi perfecta” (el p-valor es negativo, lo que indica una correlación inversa). Se concluye que cuando el afrontamiento religioso es positivo, la presencia de la sintomatología de ansiedad es menor, por lo tanto, se puede inferir que la relación entre el afrontamiento religioso negativo y la presencia de ansiedad ratifica que la religión, en su expresión positiva conductual, contribuye a mantener una salud mental equilibrada en situaciones de crisis, enfermedad o pandemia, como se perfiló en la presente investigación.

**Palabras clave:** afrontamiento religioso, ansiedad, pacientes positivos al COVID-19

## ABSTRACT

The objective of this study was to determine or describe the relationship that existed between Religious Coping and Anxiety in patients who were diagnosed as positive for COVID-19. The total number of patients was 86 people, aged between 24 and 63 years, who were treated at the Health Center of the Maras district, Urubamba province, in the department of Cusco, considering all patients treated in the period from March to December 2021. The instruments that were used by the Health Center were the brief RCOPE Scale Inventory, an instrument with high reliability, with a Cronbach's alpha of 0.991 in positive Religious Coping and 0.993 in negative Religious Coping; and the Beck Anxiety Scale Inventory (BAI), an instrument with a reliability of 0.994. Regarding the methodology, the research had a quantitative, basic approach, correlational level and non-experimental cross-sectional design. The results obtained revealed that the value of the Spearman statistic was -0.998, which indicates a very significant correlation. Therefore, it can be stated with 99 % confidence that there is an "almost perfect negative correlation" (the p-value is negative, indicating an inverse correlation). It is concluded that when Religious Coping is positive, the presence of anxiety symptoms is lower, therefore, it can be inferred that the relationship between negative Religious Coping and the presence of anxiety confirms that religion, in its positive behavioral expression, contributes to maintaining balanced mental health in situations of crisis, illness or pandemic, as outlined in this research.

**Keywords:** religious coping, anxiety, COVID-19 positive patients

## ÍNDICE

RESUMEN	11
ABSTRACT	12
ÍNDICE	13
ÍNDICE DE TABLAS	16
ÍNDICE DE FIGURAS	17
INTRODUCCIÓN	18
CAPÍTULO I	20
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	20
Definición conceptual.	23
Definición operacional	23
Definición conceptual	24
Definición operacional	24
CAPÍTULO II	27
MARCO TEÓRICO	27
El afrontamiento	32
La religión y su definición antropológica.	33
El afrontamiento religioso y su naturaleza.	34
Estilos de afrontamiento religioso.	35
El afrontamiento religioso positivo ARP.	35
Psicología de la religión y su relación con el afrontamiento religioso.	36
Teorías destacadas de afrontamiento.	37
Definición general de la ansiedad	38

Trastorno de ansiedad.	39
Relación entre enfermedad y ansiedad.	39
Teorías de la ansiedad	40
Teoría del condicionamiento clásico	40
Teoría del condicionamiento operante	41
Teoría cognitiva.	41
Teoría biológica.	41
Teoría del procesamiento de la información.	41
Teoría del modelo biopsicosocial.	42
CAPÍTULO III	45
DISEÑO METODOLÓGICO	45
Justificación	48
Inventario de Escala breve de afrontamiento religioso RCOPE.	50
Validez de contenido.	51
Validez de constructo.	51
Validez convergente y discriminante.	51
Consistencia interna.	51
Estabilidad temporal.	51
Ficha técnica de RCOPE	52
Inventario de Escala de Ansiedad de Beck (BAI).	53
Validez de Contenido.	53
Validez de Constructo.	53
Validez discriminante.	54
Consistencia interna.	54
Estabilidad temporal	54

Validez concurrente	54
Ficha técnica BAI	54
CAPÍTULO IV	57
RESULTADOS	57
Resultados descriptivos del instrumento afrontamiento religioso	57
Alfa de Cronbach	57
Interpretación	57
Valides del instrumento	58
Medidas estadísticas	58
Interpretación	62
Resultados descriptivos del instrumento de ansiedad de Beck (BAI)	64
Alfa de Cronbach	64
Interpretación	64
Valides del instrumento	64
Medidas estadísticas	65
Interpretación	73
CAPÍTULO V	87
DISCUSIÓN	87
CONCLUSIONES	92
RECOMENDACIONES	93
REFERENCIAS	94
APÉNDICES	<b>96</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables.....	25
Tabla 2 Tabla comparativa en la justificación del Modelo de A.R. ....	32
Tabla 3 Distribución total de la muestra de estudio.....	49
Tabla 4 Medidas estadísticas del Instrumento afrontamiento religioso .....	58
Tabla 5 Medidas estadísticas del instrumento de ansiedad de A. Beck (BAI) .....	65
Tabla 6 Tipo de afrontamiento religioso Según Frecuencia y Porcentaje.....	76
Tabla 7 Nivel de ansiedad según frecuencia y porcentajes .....	77
Tabla 8 Prueba de normalidad según la cantidad de la muestra de estudio .....	79
Tabla 9 Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.....	80
Tabla 10 Coeficiente de correlación .....	80
Tabla 11 Relación entre afrontamiento religioso y ansiedad.....	81
Tabla 12 Relación entre A.R. positivo y ansiedad.....	82
Tabla 13 Relación entre A.R. Negativo y ansiedad.....	84

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Tipo de afrontamiento religioso Predominante.....	77
Figura 2 Niveles de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19.....	78
Figura 3 Relación entre afrontamiento religioso y ansiedad.....	81
Figura 4 Relación entre A.R. positivo y ansiedad .....	83
Figura 5 Relación entre afrontamiento religioso negativo y ansiedad .....	84

## INTRODUCCIÓN

La pandemia de coronavirus ha generado una crisis global con impactos profundos y variados en la vida de las personas, especialmente en aquellos diagnosticados con la enfermedad. Esta crisis ha llevado a la manifestación de síntomas dolorosos, angustia y miedo en los pacientes, quienes han mostrado resistencia y valentía frente a la incertidumbre y ansiedad. En este contexto, el afrontamiento religioso ha surgido como una estrategia importante, especialmente en contextos culturales y regionales donde la inclinación espiritual es predominante.

Esta investigación se centra en comprender la relación entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en un centro de salud específico en el distrito de Maras, provincia de Urubamba, departamento del Cusco, durante el 2022. Se utilizaron inventarios psicológicos validados aplicados en el 2021 para explorar esta relación y contribuir al conocimiento sobre el afrontamiento religioso en situaciones críticas de salud. Se hace referencia a estudios previos que han investigado la relación entre la religión, la ansiedad y el afrontamiento en diferentes contextos. Estos estudios han demostrado la influencia positiva de la religión en la reducción de la ansiedad en algunos grupos, así como su importancia en la psicoterapia y el cuidado de la salud mental.

El planteamiento del estudio, los objetivos, las hipótesis y la definición de variables se presentan con detalle. Se explica la metodología con un enfoque cuantitativo, tipo básico, nivel correlacional y diseño no experimental de corte transversal. Los capítulos posteriores incluyen la revisión teórica, los aspectos metodológicos y los resultados del análisis de datos. La investigación tiene como objetivo principal investigar si existe una relación significativa entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19. Esta cuestión

se aborda a través del análisis de la realidad de pacientes que dieron positivo por el virus en un centro de salud específico en Maras, provincia de Urubamba, departamento del Cusco.

El primer capítulo del estudio se enfoca en el planteamiento, la justificación y la importancia de la investigación, delineando el problema, estableciendo objetivos, formulando hipótesis y definiendo las variables junto con su respectiva operacionalización. En el segundo capítulo, se detallan los aspectos teóricos, conceptuales y los antecedentes relacionados con el tema de estudio. El tercer capítulo se centra en la metodología empleada, incluyendo el tipo de investigación, la población, las técnicas y los instrumentos de recopilación de datos, así como las estrategias de análisis de la información. Por último, el cuarto capítulo presenta de manera detallada y analítica los datos recolectados y analizados, comparando y contrastando los resultados con estudios similares.

Por lo que esta investigación busca contribuir al entendimiento de cómo el afrontamiento religioso impacta en la ansiedad en pacientes con COVID-19, ofreciendo evidencia científica que respalde la importancia de considerar la dimensión religiosa en el manejo de situaciones críticas de salud. Sin embargo, también reconoce ciertas limitaciones, como la exclusión de pacientes no creyentes y la falta de estrategias específicas de afrontamiento religioso.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

#### 1.1. Planteamiento y Formulación del Problema

La pandemia de coronavirus ha generado un impacto significativo en la salud física y mental de las personas, planteando desafíos adicionales a aquellos diagnosticados positivos a la enfermedad. En este contexto, el afrontamiento religioso ha surgido como una estrategia de salida que algunos individuos emplearon para lidiar con el estrés y la ansiedad que agravaba la enfermedad, que llevó a los pacientes incluso a la muerte. Sin embargo, existe una brecha en la comprensión de cómo el afrontamiento religioso se relaciona con la ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en entornos de atención médica. Esta investigación busca establecer la relación entre el afrontamiento religioso y los niveles de ansiedad en pacientes diagnosticados con SARS-CoV-2 en un centro de salud, determinar esta relación, informar a los profesionales de la salud mental y encargados, propiciar bienestar psicológico de estos pacientes durante su tratamiento y recuperación.

El afrontamiento religioso se define como la respuesta espiritual o religiosa de cualquier credo ante las demandas del entorno, sometiéndolos a ella los peligros de salud y el equilibrio emocional (Soriano, 2002). Asimismo, el afrontamiento religioso ha sido objeto de estudio científico de salud mental desde el siglo XIX hasta principios de este siglo, revelando el papel preponderante de la religión o espiritualidad en personas creyentes y su impacto en la recuperación de su salud (Koenig, 2012). Estudios recientes, como el realizado por Merino (2016) en su tesis de pregrado titulada “Actitudes hacia la Religión y su relación con la ansiedad y la Depresión en estudiantes universitarios de Huancayo” se llevaron a cabo para comprender la influencia de la religión en las personas, considerando su bienestar y calidad de vida, con el fin

de determinar la correlación entre las etapas emocionales de ansiedad, depresión y la actitud religiosa.

Por su parte, Showing y Castro (2022), en su tesis de pregrado de la Universidad de Lima, titulada “Estrategias de Afrontamiento y ansiedad en adultos en situación de pandemia por COVID-19,” tuvieron como objetivo establecer la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y la ansiedad en personas adultas en el contexto de la pandemia por COVID-19. Concluyeron que la negación, la autculpabilidad, la desvinculación conductual, la autodestrucción y el consumo de sustancias aumentan la ansiedad, mientras que las estrategias que la reducen incluyen la religión, la reinterpretación positiva, el humor y la aceptación.

La investigación lleva a formular y responder la siguiente pregunta: ¿cuál es la relación que existe entre afrontamiento religioso y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021)?

### **Problema general**

¿Cuál es la relación que existe entre afrontamiento religioso y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021)?

### **Problemas específicos**

- ¿Cuál es el tipo de afrontamiento religioso en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021)?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021)?

- ¿Cuál es la relación que existe entre afrontamiento religioso positivo y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021)?
- ¿Cuál es la relación que existe entre afrontamiento religioso negativo y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021)?

## **1.2. Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar si existe relación significativa entre afrontamiento religioso y ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en un centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021).

### **Objetivos específicos**

- Determinar el tipo de afrontamiento religioso en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021).
- Determinar el nivel de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021).
- Determinar la relación de afrontamiento religioso positivo y ansiedad en pacientes Diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021).
- Determinar la relación de afrontamiento religioso negativo y ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021).

### 1.3. Hipótesis y Variables

#### Hipótesis general

Hg. Existe relación significativa entre afrontamiento religioso y ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Urubamba, Cusco (2021).

#### Hipótesis específicas

- He1. Existe relación significativa entre afrontamiento religioso positivo y presencia de ansiedad, en pacientes con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Urubamba, Cusco (2021).
- He2. existe relación significativa entre afrontamiento religioso negativo y presencia de ansiedad, en pacientes con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Urubamba, Cusco (2021).

#### Variables

**Variable I:** afrontamiento religioso.

**Definición conceptual.** El afrontamiento religioso se define conceptualmente como la respuesta espiritual o religiosa de cualquier credo ante las demandas del entorno, sometiéndolos a ella los peligros de salud y el equilibrio emocional (Soriano, 2002 y Pargament, 1997).

**Definición operacional.** El afrontamiento religioso se define operacionalmente como la medida global de las respuestas proporcionadas en un conjunto de ítems que evalúan cómo un individuo recurre a la religión y la espiritualidad para enfrentar situaciones estresantes o desafiantes. Esta medida se obtiene sumando las respuestas de un conjunto específico de ítems que reflejan el afrontamiento religioso positivo, compuesto por los ítems 2, 4, 5, 6, 7, 10 y 14, y los ítems restantes que reflejan el afrontamiento religioso negativo. Esta definición captura la

tendencia global de una persona a utilizar recursos religiosos o espirituales, diferenciando entre estrategias de afrontamiento que se consideran positivas y aquellas que se consideran negativas dentro del contexto religioso (Pargament, 1997).

**Variable II:** ansiedad.

**Definición conceptual.** La ansiedad es un estado emocional influenciado por la interpretación cognitiva de una situación como amenazante o peligrosa. Surge de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas que amplifican la percepción de la amenaza, generando respuestas emocionales ansiosas. Esta conceptualización resalta la importancia de los pensamientos irracionales y las distorsiones cognitivas en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad, enfatizando la necesidad de identificar y modificar estos patrones cognitivos para reducir la ansiedad (Aaron T. Beck, 1985).

**Definición operacional.** La ansiedad, operacionalizada mediante el BAI (Inventario de ansiedad de Beck), se define como la medida de la gravedad de los síntomas ansiosos experimentados durante la última semana por un individuo. Esta medida se obtiene mediante la suma de las respuestas a 21 ítems que evalúan síntomas como preocupación, tensión, agitación y sensación de pánico, calificados en una escala de 0 a 3 según la gravedad experimentada (0 = nada, 3 = severo). El puntaje total del BAI refleja la magnitud global de la ansiedad experimentada por la persona evaluada, proporcionando una métrica cuantitativa de la severidad de la ansiedad (Sanz, Vallar, Guía y Hernández, 2011).

## Operacionalización de las Variables

**Tabla 1**

*Operacionalización de las variables*

Variables	Dimensiones	Indicador
Variable I afrentamiento religioso	<b>A.R. positivo.</b> Consideración positiva de la relación espiritual de la persona (creyente) con Dios y todo lo relacionado al él, en los eventos buenos o malos de toda su vida.	ítems.2
		ítems. 4
		ítems. 5
		ítems. 6
		ítems. 7
	<b>A.R. negativo.</b> Consideración negativa de la relación espiritual de la persona (creyente abrumado, inseguro y desconfiando) con Dios y todo lo relacionado al él, en los eventos malos de toda su vida.	ítems. 10
		ítems. 14
		ítems. 1
		ítems. 3
		ítems. 8
Variable II ansiedad	<b>Ansiedad.</b> “Cuando el individuo percibe a un nivel incorrecto la realidad verdadera, basándose en falsas premisas” (Beck, 1985, p. 37). Muy baja Moderada Severa	ítems. 9
		ítems. 11
		ítems. 12
		ítems. 13
		21 ítems.

### 1.4. Justificación e Importancia del Estudio

La población en general no estuvo exenta de enfrentar el contagio de virus altamente contagiosos como la COVID-19 u otros de naturaleza pandémica. La experiencia de enfrentar una enfermedad grave y potencialmente mortal conllevó una carga emocional significativa, especialmente en términos de ansiedad. Los niveles elevados de ansiedad tuvieron un impacto negativo en nuestro sistema inmunológico, lo que nos hizo más susceptibles al contagio y dificultó la recuperación una vez que se nos diagnosticó como positivos. La presente investigación fue viable, porque hubo recursos financieros, personal capacitado y fuentes de datos confiables.

Desde una perspectiva social, el hallazgo de una relación significativa entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud de Maras abrió una nueva y prometedora vía para abordar positivamente las crisis de salud graves que podían afectar a cualquier individuo. Este descubrimiento sugirió que las personas que enfrentaron el diagnóstico positivo de coronavirus u otras enfermedades graves pudieron sobrellevar y superar la crisis de salud a través de su religiosidad, lo que tenía implicaciones significativas para el bienestar de la sociedad en su conjunto.

Además, este estudio aportó un beneficio metodológico al proporcionar un modelo para investigaciones futuras que utilizaran metodologías similares. Esto abrió la puerta a análisis conjuntos, comparaciones y evaluaciones de casos similares que se estuvieran estudiando en diferentes contextos.

Desde una perspectiva disciplinaria, la presente investigación contribuyó al corpus de conocimiento en el ámbito nacional e internacional al resaltar la importancia de la relación significativa entre el afrontamiento religioso y la ansiedad. Esta contribución fue especialmente valiosa para superar enfermedades y crisis de salud graves a través de un afrontamiento religioso positivo, lo que, en última instancia, pudo haber conducido a una disminución de los niveles de ansiedad y, por lo tanto, a una mayor probabilidad de superar cualquier enfermedad.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del Estudio

##### Antecedentes nacionales

Guelac (2021) llevó a cabo su tesis de pregrado titulada “Ansiedad por coronavirus durante la pandemia COVID-19 en personas residentes en el asentamiento humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020”. Su objetivo fue determinar la ansiedad por el coronavirus durante la pandemia COVID-19 en los individuos que habitaban en el mencionado asentamiento. Utilizó un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo-transversal en el que participaron 128 individuos. Asimismo, la recolección de datos se realizó a través de encuestas y se empleó la escala de ansiedad por coronavirus como instrumento. Los resultados mostraron que el 57,8 % de los participantes, que representan un total de 74 individuos, no experimentaron ansiedad disfuncional, mientras que el 42,2 %, que corresponde a 54 de los participantes, manifestaron ansiedad disfuncional.

Por su parte, Vivanco (2020) llevó a cabo su tesis de pregrado titulada “Ansiedad por COVID-19 y salud mental en estudiantes universitarios de las ciudades de Trujillo y Chimbote”. Su propósito fue determinar la correlación entre la ansiedad por COVID-19 y la salud mental en estudiantes universitarios de estas ciudades. Asimismo, la muestra incluyó a 356 estudiantes, tanto hombres como mujeres, a quienes se les evaluó mediante el inventario de ansiedad por Coronavirus y el Inventario de Salud Mental-5 utilizando un muestreo no probabilístico. Los resultados concluyeron que existe una correlación negativa significativa desde una perspectiva estadística entre la variable de ansiedad por COVID-19 y la variable de salud mental ( $r = -0,544$ ;  $p \leq 0,01$ ). En consecuencia, se puede inferir empíricamente que cuanto mayor es la ansiedad por COVID-19, menor es la salud mental.

A su vez, Showing y Castro (2022) llevaron a cabo su tesis de pregrado en la Universidad de Lima titulada “Estrategias de Afrontamiento y ansiedad en adultos en situación de pandemia por COVID-19”. Su objetivo fue establecer la relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y la ansiedad en adultos durante la pandemia por COVID-19. Asimismo, utilizaron un enfoque de estudio sistemático basado en la guía PRISMA, empleando fuentes de datos confiables como Scopus, Ebsco, Dialnet, entre otros, para seleccionar 10 estudios realizados entre 2020 y 2022. Concluyeron que la negación, la autculpabilidad, la desvinculación conductual, la auto distracción, el desahogo emocional y el consumo de sustancias aumentaron los niveles de ansiedad, mientras que las estrategias que disminuyeron la ansiedad fueron la religión, la reinterpretación positiva, el humor y la aceptación.

A su turno, Merino (2016) realizó su tesis de pregrado titulada “Actitudes hacia la religión y su relación con la ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Huancayo”. Esta investigación tenía como objetivo explorar la influencia de la religión en las personas, considerando su bienestar y calidad de vida, con el fin de determinar la correlación entre las emociones de ansiedad, depresión y actitud religiosa. Asimismo, se obtuvieron diversos resultados, como la correlación entre la ansiedad y los comportamientos religiosos en un grupo de estudiantes protestantes evangélicos, donde se identificó un menor nivel de ansiedad.

### **Antecedentes Internacionales**

Díaz y Torres (2021) publicaron un artículo académico en la *Revista Caribeña de Psicología* titulado “Consideraciones sobre la espiritualidad y la religión como recursos de afrontamiento durante la pandemia del coronavirus”. Su objetivo fue presentar una serie de aspectos importantes relacionados con la espiritualidad y la religión como recursos de afrontamiento tanto positivos como negativos en el contexto de la pandemia por COVID-19. El artículo abordó los nuevos y fundamentales desafíos que la religión y la espiritualidad enfrentaron

en relación con el coronavirus, destacando su importancia en la integración de estas dimensiones en la psicoterapia. Además, se resaltaron hallazgos recientes y significativos sobre la relación entre religión/espiritualidad y COVID-19, junto con diferentes metodologías arraigadas en la religión que demostraron ser eficaces para abordar situaciones críticas de salud. Este enfoque subrayó la relevancia de desarrollar habilidades en las personas desde la perspectiva de la psicología de la religión. Como resultado, se concluyó que era esencial considerar la dimensión religiosa o espiritual en el ámbito del afrontamiento durante eventos de salud integral desafiantes.

Por otro lado, Quiceno y Vinaccia (2009) llevaron a cabo un estudio titulado “La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad” en la Universidad San Buenaventura de Medellín, Colombia. Su objetivo fue mostrar el impacto significativo que la psicología de la religión y la espiritualidad tuvieron en la salud. El artículo abordó el proceso histórico de este impacto a lo largo del siglo XX, llegando a construir conceptos relacionados con la conexión significativa entre la religión y la espiritualidad con la salud mental y física. En conclusión, diversas investigaciones y estudios presentaron a la religión y la espiritualidad como realidades antropológicas capaces de moderar o amortiguar situaciones críticas de salud en la vida de las personas.

Mientras que Rodríguez (2016) llevó a cabo su tesis de doctorado titulada “La religión y su influencia en las conductas de salud” en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huelva, España. El objetivo de su estudio fue examinar si la religión y sus creencias tienen un impacto positivo en el cumplimiento de hábitos saludables. Asimismo, utilizaron cuestionarios de salud y creencias religiosas relacionados con hábitos de salud y conductas de riesgo. Los participantes incluyeron tanto a personas religiosas como no religiosas. Como resultado final de su investigación, se afirmó que la única manera de evitar conductas de riesgo para la salud, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas, es formar parte de un grupo religioso.

Por su parte, Gonzales (2016) publicó un artículo titulado “Las creencias religiosas y su relación con el proceso de salud-enfermedad” en la *Revista Electrónica de Psicología-Iztacala*, México. Su estudio examinó la correlación entre la religión y la salud, destacando los beneficios favorables de las creencias y prácticas religiosas en la recuperación de la salud frente a enfermedades. Asimismo, resaltaron los aspectos psicológicos y sociales de esta influencia y se concluyó la importancia de considerar y poner en práctica la religión de los pacientes por parte de los profesionales de la salud.

A su vez, Tapia y Zúñiga (2021) realizaron su tesis de pregrado titulada “Confinamiento por COVID-19 y ansiedad en adolescentes creyentes en una parroquia de Guayaquil”. En su estudio, observaron de manera empírica que la profesión de fe en una religión específica es fundamental para manejar y reducir la ansiedad durante situaciones de confinamiento durante la pandemia. Asimismo, utilizaron recursos tecnológicos para recopilar datos y desarrollaron un instrumento validado formalmente por expertos, además de aplicar el Inventario de ansiedad de A. Beck. Sus resultados mostraron que los participantes con niveles más bajos de ansiedad eran aquellos que profesaban una mayor filiación religiosa, lo que subraya la importancia de la espiritualidad y la religión en la salud mental durante eventos críticos de la vida.

## **2.2. Justificación del Modelo de Pargament y el Instrumento de Medición**

El presente estudio se basa en la aplicación del modelo de afrontamiento religioso propuesto por Kenneth Pargament, junto con su instrumento de medición validado, para explorar cómo las creencias religiosas y espirituales influyen en el enfrentamiento del estrés y la ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19. Estos instrumentos fueron implementados y los resultados recopilados en un centro de salud específico, lo que añade una dimensión contextual y situacional relevante a la investigación.

Al emplear el instrumento validado desarrollado por Pargament y colaboradores en este entorno de atención médica, se buscó evaluar las distintas estrategias utilizadas por los pacientes para afrontar la situación de salud que enfrentaban. Este enfoque metodológico se justifica en base a:

### **Relevancia contextual**

El 2021 representó un período crítico en la pandemia del coronavirus, y la recopilación de resultados en un centro de salud proporciona una perspectiva particular sobre el afrontamiento religioso en el contexto de la atención médica a pacientes con COVID-19. El resultado de este instrumento permitió capturar las respuestas de los pacientes durante este tiempo, enriqueciendo así la comprensión del afrontamiento religioso en un contexto específico de la crisis sanitaria.

### **Amplitud de la muestra**

La aplicación del instrumento a todos los pacientes atendidos en el centro de salud ofrece una muestra representativa y exhaustiva de las experiencias de afrontamiento religioso en pacientes diagnosticados con COVID-19, proporcionando una visión más completa de las estrategias utilizadas.

### **Relación con resultados obtenidos**

Los resultados arrojaron una relación significativa y divergente entre el afrontamiento religioso positivo y negativo con los niveles de ansiedad. Se encontró una asociación negativa entre afrontamiento religioso positivo y ansiedad, mientras que el afrontamiento religioso negativo se correlacionó positivamente con altos niveles de ansiedad.

### Tabla comparativa

En la tabla N.º 2 se muestra la comparación del modelo de afrontamiento religioso y otros modelos psicológicos tradicionales, que justifican el uso clínico del instrumento.

#### Tabla 2

*Tabla comparativa en la justificación del modelo de afrontamiento religioso*

<b>Modelo de afrontamiento religioso</b>	<b>Características clave</b>	<b>Justificación de selección</b>
Modelo de Pargament.	Explora dimensiones religiosas en afrontamiento, divide estrategias en positivas y negativas.	Relevante para comprender la influencia específica de las creencias religiosas en la ansiedad de pacientes con COVID-19.
Otros modelos psicológicos tradicionales	Enfoques más genéricos sin considerar aspectos religiosos en el afrontamiento.	Limitados para capturar la influencia directa de la espiritualidad en el contexto de la pandemia y la salud.

Este enfoque metodológico proporcionó una comprensión más profunda y específica de cómo las estrategias de afrontamiento religioso se relacionan con los niveles de ansiedad en pacientes con COVID-19, señalando la relevancia y la contribución significativa del modelo de Pargament en esta investigación.

### 2.3. Bases Teóricas

#### 2.3.1. Afrontamiento religioso

**El afrontamiento como Técnica de Abordaje de las Enfermedades.** El concepto de afrontamiento ha sido abordado por varios escritores y expertos en psicología de la salud y medicina. Se define como un conjunto de estrategias utilizadas para gestionar demandas internas y externas con el propósito de reducir estrés y ansiedad, influyendo en la salud integral (Antonovsky, 1987; Lazarus y Folkman, 1984).

El afrontamiento, entonces, en el contexto de una enfermedad, se refiere a las estrategias y recursos que una persona utiliza para enfrentar y manejar los desafíos emocionales, psicológicos y prácticos que surgen como resultado de su condición de salud. Esta técnica se utiliza para ayudar a las personas a lidiar con el impacto de una enfermedad en su vida y mejorar su calidad de vida durante el proceso de tratamiento y recuperación (Taylor y Aspinwall, 1995).

**La religión y su definición antropológica.** La religión se considera un sistema cultural y una categoría antropológica esencial para comprender al hombre (Junge, 2003; Ramos, 2019). En ese sentido, podemos definir la religión como una “categoría antropológica”, siguiendo al antropólogo Talal Asad (Ramos, 2019, p. 7). La cultura y la antropología son, por lo tanto, premisas universales para hablar de religión. Es apropiado definirla como “*ordo naturalis hominis ad sacrum*”, considerando las palabras de San Agustín en el análisis de la filosofía de la religión (Ardévol, 2003).

El fenómeno religioso ha sido y es en la actualidad el punto de interés de muchas ciencias humanas, como la antropología, la psicología, la sociología y la historia de las religiones. Sin embargo, la disciplina que estudia las manifestaciones religiosas e intenta proporcionar una definición clara y precisa de la religión, así como su íntima relación con la naturaleza humana, se llama fenomenología de la religión.

Desde un punto de vista filosófico, considerando la metafísica como su primera disciplina y teniendo en cuenta el aspecto trascendental de ir más allá de lo físico, la religión fue una forma de vida, un camino hacia la integridad, que tenía su inicio en el mismo acto consciente de la existencia. Esta verdad fue confirmada por un filósofo cuando explicó que, para el ser humano, era necesario creer en un Dios, aunque no fuera necesario demostrar su existencia (Kant, 1788). Por lo tanto, podemos afirmar con seguridad que era una necesidad de la conciencia que nos obligaba a actuar de acuerdo con nuestra naturaleza o simplemente una amplia gama de

actitudes humanas ético-morales, ya fueran subjetivas u objetivas, que surgían del sentido simbólico de la unión con lo Sagrado o Divino (Guerra, 2002, p. 25-38). De ahí que también fuera espontáneo el hecho conocido de que el ser humano, en su actividad religiosa, se sintiera renovado hasta en las profundidades más metafísicas (Benedicto XVI, 2009).

**El afrontamiento religioso y su naturaleza.** El afrontamiento religioso se refiere a estrategias y recursos utilizados por personas de cualquier credo ante demandas del entorno y desafíos de salud (Soriano, 2002). Implica el uso de la religión o espiritualidad como fuente de apoyo y consuelo durante momentos difíciles, siendo personal y dependiente de creencias y valores individuales; practica ligada estrechamente a la doctrina social de la Iglesia católica que lo describe como una respuesta pragmática a la profesión de fe de cada cristiano (Gaudium et spes, 1965).

El afrontamiento religioso fue conocido como el uso de la religión o la espiritualidad como técnica para hacer frente a las enfermedades, una estrategia que muchas personas emplearon al enfrentar desafíos de salud. Esta técnica implicó recurrir a sus creencias religiosas o espirituales como fuente de apoyo y consuelo durante momentos difíciles. Sin embargo, es importante destacar que el afrontamiento religioso no era una técnica universalmente aplicable, ya que dependía de las creencias y valores individuales de cada persona. Algunas personas encontraron consuelo y fuerza en su fe, mientras que otras no tenían creencias religiosas o espirituales y utilizaron diferentes estrategias para enfrentar sus enfermedades. La elección de utilizar el afrontamiento religioso como técnica de afrontamiento a una enfermedad fue personal y varió de persona a persona. Además, era fundamental que esta técnica se utilizara de manera complementaria a la atención médica y no como un reemplazo de tratamientos médicos adecuados.

Pargament (1997), autor del Cuestionario de Afrontamiento Religioso RCOPE (que se utilizó en la investigación), desarrolló su definición desde el postulado de Lazarus y Folkman, otorgando un esencial protagonismo a la realidad integral del creyente, es decir, a su manera de ver el mundo y afrontarlo desde sus creencias particulares de cada uno. Así, el afrontamiento religioso hacía referencia a una búsqueda de sentido que daba norte a la vida en situaciones realmente difíciles, críticas o amenazadoras.

**Estilos de afrontamiento religioso.** Pargament, Koenig y Smith, al crear RCOPE (Escala Abreviada de Afrontamiento Religioso), determinaron dos estilos de afrontamiento religioso:

***El afrontamiento religioso positivo ARP.*** Implicaba el apoyo espiritual, por lo que fue llamado afrontamiento de estilo colaborador; en donde se consideraba el apoyo religioso espiritual en situaciones críticas de la vida, por lo que también era llamado el estilo colaborador. Pargament lo denominó el “reencuadre o la resignificación religiosa benevolente” (Pargament, 1996, p. 58).

***El afrontamiento religioso negativo ARN.*** Implica un sufrimiento de espíritu, un malestar y fracaso, donde se percibe un descontento con lo divino, interpretándose el acontecimiento crítico como escarmiento divino y las oraciones solo como una forma de paga Divina, refiriéndose a la insatisfacción emocional con la iglesia o su representante y hasta con la misma Divinidad, considerando la crisis vivida como un castigo o un reproche a lo divino, lo que el autor denominó, la resignificación religiosa negativa (Pargament, 1997). Pargament señaló que lo más importante en el afrontamiento, ya sea positivo o negativo, fue observar si a través de ello el individuo logró alcanzar resultados positivos frente a una situación crítica difícil de salud física o psicológica que padeció (Pargament, 1997).

**Psicología de la religión y su relación con el afrontamiento religioso.** Considerando la estrecha relación entre religión y la salud en los pacientes, fue fundamental abordar la psicología de la religión dentro del marco del AR (afrontamiento religioso) que se enfocó en el estudio de cómo la religión y la espiritualidad influyeron en el pensamiento, el comportamiento y la experiencia humana, incluyendo las enfermedades como parte de ella. Como rama de la psicología que examina la relación entre la religión, la mente y el bienestar psicológico, así como las creencias religiosas y espirituales pueden afectar la salud mental y emocional de las personas, basándose en la actitud comportamental del creyente, sin importar la verdad de la religión como tal, es decir, si una u otra era verdadera o digna de ser parte de ella; la psicología de la religión observa, describe, y analiza los fenómenos religiosos en el comportamiento de los creyentes (Vergote, 1973). De esta forma, en la psicología de la religión, Dios no es parte del debate sobre su existencia o la fundación de su grupo de seguidores, sino del comportamiento de la persona creyente en Él, en situaciones particulares a lo largo de la vida humana (Vergote, 1973).

La psicología de la religión en el espacio de la salud, le interesa de cómo las personas creyentes o religiosas lidian con acontecimientos realmente angustiantes y críticas. Por lo que Raiya y Pargament (2007) definieron el AR como una de las maneras de comprender, aceptar y luchar frente a situaciones negativas críticas de la vida, a través de caminos relacionados directamente con lo sagrado y lo divino.

Muchas personas creyentes consideraron desde sus experiencias vividas, que, para recuperarse de situaciones graves de enfermedad físicas o psicológicas, como sufrimientos, injusticias, etc.; se comprometieron más con su credo, con su Dios o con su religión (Spilka, 2005). Así la religión o los comportamientos en función a ella, hace que las personas superen

enfermedades, sufrimientos y salgan airosos de cualquier circunstancia difícil que se les haya presentado.

De esta manera, la psicología de la religión se inclinó a estudiar la conducta, actitud o comportamiento del ser humano que incluye a Dios en su vida cotidiana, modificando la forma en que percibe la integridad intrapersonal de su propia vida y su vida interpersonal en el entorno en el que se desenvuelve.

**Teorías destacadas de afrontamiento.** Entre las teorías más destacadas del afrontamiento tenemos las siguientes:

- *Teoría del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman.* Esta teoría sostiene que el estrés es una respuesta a la evaluación que hacemos de las demandas y recursos de nuestra situación. El afrontamiento, por su parte, se refiere a los esfuerzos que hacemos para controlar o manejar las demandas de la situación (Lazarus, & Folkman, 1984).
- *Teoría del afrontamiento del estrés de Carver, Scheier y Weintraub.* Esta teoría plantea que el afrontamiento se divide en dos categorías principales: el afrontamiento orientado a la solución del problema y el afrontamiento orientado a la emoción. El primero se refiere a los esfuerzos para resolver el problema que causa el estrés, mientras que el segundo se enfoca en reducir la ansiedad o el malestar emocional (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).
- *Teoría de la autorregulación del afrontamiento de Compas y sus colaboradores.* Esta teoría destaca la importancia de la autorregulación en el afrontamiento. La autorregulación se refiere a la capacidad de las personas para monitorear y ajustar sus propios pensamientos, emociones y comportamientos en respuesta a una situación estresante (Compas et al., 2001).

- *Teoría de la resiliencia de Masten y otros autores.* Esta teoría se enfoca en los factores que permiten a las personas resistir y superar situaciones de adversidad y estrés. La resiliencia se considera como un proceso dinámico que implica la interacción entre factores personales, familiares, sociales y culturales (Masten, Best, y Garmezy, 1990).

Estas teorías fueron utilizadas para el desarrollo de intervenciones terapéuticas y estrategias de prevención del estrés, ansiedad y el manejo de situaciones adversas de diferentes índoles.

### **La ansiedad**

**Definición general de la ansiedad.** Considerando a la OMS y a la APA, la ansiedad fue catalogada como reacciones emocionales dentro de lo normal que surgían como consecuencia de situaciones estresantes de la vida. Entonces, la ansiedad viene a ser una respuesta natural del cuerpo ante situaciones estresantes o amenazantes, y podía describirse como una sensación de inquietud, preocupación, miedo o tensión excesiva. Si bien era normal sentir ansiedad en ciertas situaciones, como antes de un examen o una presentación importante, si esa sensación se volvía abrumadora o persistente, podía interferir en la vida diaria y convertirse en un trastorno de ansiedad. Entonces, la diferencia fundamental entre lo normal y lo patológico se basaba en que este último hacía una valoración no real y distorsionada de una amenaza que no sabíamos si se concretaría, haciendo que el individuo lo transformara en pánico, lo que a su vez hacía que el futuro de quien lo sufría fuera incierto, limitando su realización personal (Beck, 1985).

Considerando algunas otras definiciones, mencionaremos a Lang (2002), quien refirió que vendría a ser una respuesta emocional que daba el individuo frente a situaciones que percibía o interpretaba como amenazas o peligros. De acuerdo con Sutcliffe (1987), podríamos decir que son reacciones ante situaciones inexistentes, sin conocimiento previo de su ocurrencia,

con consecuencias negativas que involucraban alteraciones fisiológicas potencialmente perjudiciales, como liberación de hormonas y aumento de la frecuencia cardíaca, entre otros.

**Trastorno de ansiedad.** Considerado un trastorno mental que se caracteriza por una ansiedad excesiva e irracional, la cual puede interferir en la vida diaria de una persona. Este trastorno puede manifestarse de diferentes formas, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, el trastorno de estrés postraumático y las fobias específicas. Muchos autores expertos en psicología y psiquiatría contribuyeron en el concepto y tratamiento de este trastorno, entre ellos Aaron T. Beck, quien hizo importantes contribuciones en el campo de la terapia cognitiva y el tratamiento de trastornos psicológicos, incluyendo el trastorno de ansiedad. En su obra *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective* (Trastornos de ansiedad y fobias: Una perspectiva cognitiva), publicada en 1985, Beck propuso una teoría cognitiva de la ansiedad.

Según Beck (1985), este trastorno de ansiedad se debe a patrones de pensamiento negativos y automáticos que surgen ante situaciones percibidas como amenazantes. Estos patrones de pensamiento pueden incluir la exageración de la probabilidad de eventos negativos, la sobrevaloración de las consecuencias negativas y la subestimación de la capacidad personal para enfrentar la situación, que afectan críticamente la salud integral de la persona; por lo que A. Beck propuso una teoría cognitiva de la ansiedad y abogó por el uso de la terapia cognitiva en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y su obra *Trastornos de ansiedad y fobias: Una perspectiva cognitiva* sigue siendo relevante en el campo de la psicología clínica en la actualidad.

**Relación entre enfermedad y ansiedad.** La enfermedad puede ser un desencadenante de la ansiedad, y a su vez, la ansiedad puede ser un síntoma de algunas enfermedades. Están interrelacionadas y pueden afectar significativamente la calidad de vida y el curso de la enfermedad. Cuando una persona se enferma, es común experimentar sentimientos de

incertidumbre, miedo y estrés debido a la incertidumbre sobre el curso de la enfermedad, la necesidad de tratamiento y el impacto que la enfermedad podía tener en la vida diaria. Estos sentimientos pueden desencadenar la ansiedad en algunas personas. Por otro lado, la ansiedad podía ser un síntoma de algunas enfermedades, como la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Alzheimer, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros. En estos casos, la ansiedad es un componente importante de la enfermedad y podía afectar significativamente la calidad de vida de la persona afectada; existen muchas investigaciones en el campo clínico que lo sustentan, como Beck (1985), David H. Barlow (2004), Roxane Cohen Silver (1994) y (2002) entre otros; que destacaban que la ansiedad afectaba al curso de la enfermedad, ya que influye en la respuesta del sistema inmunológico y empeora algunos síntomas. La ansiedad también interfiere en el tratamiento de la enfermedad, ya que dificulta la adherencia al tratamiento y aumenta el riesgo de efectos secundarios.

**Teorías de la ansiedad.** Es importante tener en cuenta que la ansiedad es un fenómeno multifactorial y que no hay una única teoría que la explique completamente. Las teorías son solo algunas de las muchas aproximaciones que se han propuesto para entender la naturaleza de la ansiedad y su desarrollo. Los enfoques de tratamiento también pueden variar según la teoría en la que se basen y la perspectiva clínica del profesional de la salud mental. Presentamos algunas de las teorías más conocidas sobre la ansiedad:

**Teoría del condicionamiento clásico.** Propuesta por Ivan Pavlov, un fisiólogo ruso, en la década de 1890; según esta teoría, la ansiedad es el resultado del aprendizaje asociativo entre un estímulo neutro y una experiencia aversiva previa. Por ejemplo, si una persona experimenta un evento traumático o aversivo en un lugar específico, ese lugar puede volverse un estímulo condicionado que provoca ansiedad en el futuro.

**Teoría del condicionamiento operante.** Respaldada por B.F. Skinner, en la década de 1930; esta teoría sostiene que la ansiedad es el resultado de un aprendizaje basado en las consecuencias de la conducta. Por ejemplo, si una persona evita situaciones ansiosas y experimenta un alivio temporal, es probable que esta conducta de evitación se refuerce y aumente la ansiedad a largo plazo.

**Teoría cognitiva.** Respaldada por varios teóricos y terapeutas cognitivo-conductuales prominentes como Aaron Beck, Albert Ellis, Donald Meichenbaum. Según esta teoría, la ansiedad está relacionada con pensamientos y creencias irracionales o disfuncionales. Las personas con ansiedad pueden tener patrones de pensamiento negativo, sesgado o catastrófico, lo que aumenta su ansiedad. La terapia cognitiva se enfoca en identificar y modificar estos patrones de pensamiento disfuncionales.

**Teoría biológica.** Varios investigadores y científicos han propuesto y respaldado la teoría biológica de la ansiedad, entre ellos tenemos a Joseph E. LeDoux, Jerome Kagan, Andrew H. Miller, Alexander H. Shulgin entre otros. Esta teoría sugiere que la ansiedad tiene una base biológica, incluyendo factores genéticos, neuroquímicos y neurofisiológicos. Por ejemplo, se ha demostrado que niveles anormales de neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina están asociados con la ansiedad.

**Teoría del procesamiento de la información.** Varios psicólogos y teóricos han propuesto la teoría del procesamiento de la información como una explicación para la ansiedad. Algunos de los principales investigadores y científicos que respaldan esta teoría son: Aaron Beck, Richard E. Zinbarg, Richard E. Zinbarg, Susan Mineka, entre muchos otros. Esta teoría propone que la ansiedad es el resultado de un procesamiento ineficiente o sesgado de la información en el cerebro. Las personas con ansiedad pueden tener una tendencia a percibir el mundo como

amenazante y a interpretar de manera negativa los estímulos y situaciones, lo que contribuye a su ansiedad.

**Teoría del modelo biopsicosocial.** Respaldada por profesionales de la salud mental, investigadores y académicos en los campos de la psicología, la psiquiatría y la medicina, así como por estudios científicos que respaldan una aproximación integral y holística para entender la ansiedad. Esta teoría destaca que la ansiedad es el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Esta perspectiva integradora reconoce que la ansiedad no es causada únicamente por un único factor, sino que es el resultado de la interacción de múltiples influencias en diferentes niveles, y puede ser útil en la comprensión y tratamiento integral de la ansiedad.

#### **2.4. Definición de Términos Básicos**

##### **Afrontamiento**

Según la OMS y el enfoque psicológico, el afrontamiento significa aplicar modos concretos para enfrentar situaciones difíciles y sobrellevarlas o superarlas. De esta manera, el afrontamiento implica poner en práctica, en beneficio personal, lo que pueda derivar de nuestra manera de pensar, ser y actuar, así como de nuestra cosmovisión personal y social, con el objetivo de buscar soluciones a los problemas de salud física o psicológica que podamos estar experimentando.

##### **Religión**

Considerando las palabras de San Agustín en el análisis de la filosofía de la religión, según Ardévol (2003), nos enfocaremos en hablar de la religión en el *ordo naturalis hominis ad sacrum* (orientación natural del hombre hacia lo sagrado), referida a lo largo de la obra del filósofo y teólogo del s. IV y V d C. como una característica innata de la naturaleza humana reflejada en la espiritualidad individual del “Dasein” de M. Heidegger (Ser – ahí, aquí, allí, ser en el mundo,

ser uno mismo).

### **Afrontamiento religioso**

Considerando el adoctrinamiento de la religión judeocristiana y la concepción de la psicología de la religión basada en diferentes estudios científicos, el afrontamiento religioso no es otra cosa que la respuesta práctica a la profesión de fe (Gaudium et spes, 1965). En conclusión, el afrontamiento religioso representa la respuesta religiosa de cualquier credo ante las demandas del entorno, abordando los peligros para la salud en busca del equilibrio emocional (Soriano, 2002).

### **Afrontamiento religioso positivo**

Pargament (1997) lo define como la inclinación al apoyo religioso espiritual, en una situación crítica de salud, al estilo colaborador, a la aceptación religiosa comprensiva o benevolente frente a la situación que se vive, es decir el individuo comprende que Dios no lo abandona, sino lo fortalece por el contrario a sobrellevar la situación que le ha tocado vivir.

### **Afrontamiento religioso negativo**

Cuando el individuo no asume benevolentemente la situación crítica de salud, es decir, lo toma como un tipo de castigo divino, asumiendo un dolor espiritual, el malestar y la frustración. Asumiendo un papel de cólera con lo divino o negarlo, estando descontento con lo que le pasa y con todo lo relacionado a la Iglesia (Pargament, 1997).

### **COVID-19**

Teniendo en cuenta el impacto global de la pandemia del coronavirus, tanto en el ámbito físico como emocional, Horesh y Brown (2020) sostienen que esta crisis pandémica debe ser abordada desde la perspectiva del trauma. El trauma se entiende de la siguiente manera:

El resultado de un evento, una serie de eventos o un conjunto de circunstancias que un individuo experimenta como física o emocionalmente dañino o potencialmente mortal y que tiene

efectos adversos duraderos en el funcionamiento mental, físico, social, emocional o bienestar espiritual del individuo (SAM-HSA, 2014, p. 7).

Por lo tanto, podemos afirmar que el coronavirus, que desencadenó la pandemia global que todos hemos experimentado a partir del 2019, con innumerables pérdidas, dolor y sufrimiento, no es otra cosa que un evento perjudicial y potencialmente letal (Griffin, 2020).

### **Ansiedad**

Según Beck (2002), la ansiedad podría ser definida como una reacción emocional que el sujeto experimenta ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas. En este sentido, se trata de una interpretación errónea por parte del individuo, fundamentada en premisas falsas; una modalidad no adaptativa que convierte a la ansiedad en perjudicial, manifestándose como excesiva y recurrente. Desde esta perspectiva, la ansiedad se clasifica como un trastorno mental que se ha convertido en una experiencia cotidiana para quienes vivimos en un mundo caracterizado por la desconfianza, la traición y una multitud de amenazas a la salud que ponen en peligro la vida que tanto valoramos.

## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Enfoque de Investigación (Enfoque Cuantitativo)**

##### **3.1.1. Justificación**

El enfoque cuantitativo fue empleado en esta investigación, debido a la naturaleza numérica de las mediciones y análisis de las variables: afrontamiento religioso y ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19. Este enfoque facilitó la objetividad y la posibilidad de establecer relaciones significativas entre las variables estudiadas.

De esta forma, se aplicó dicho enfoque porque la importancia de mostrar la relación significativa de las variables, no tendrían objetividad sin la metodología cuantitativa que guarda relación directa con los instrumentos psicológicos que se aplicaron para el recojo de datos y su correcta interpretación.

##### **3.1.2. Fundamentación**

El uso de instrumentos psicológicos específicos y cuestionarios previamente aplicados en el centro de investigación permitió obtener datos cuantitativos ya existentes. Esta metodología fue esencial para evaluar y analizar de manera objetiva la relación entre las variables mencionadas.

De esta forma en la presente investigación, el tipo de fuente de recolección de datos fue de carácter retrolectivo, es decir, que la información requerida se recopiló de dos cuestionarios ya tomados previamente en el centro de investigación, datos que se extrajeron cuantitativamente para los resultados que al final probaron la hipótesis a demostrar (Hernandez, 2006).

## 3.2. Tipo de Investigación

### 3.2.1. Justificación

Se trató de una investigación básica, orientada a comprender la relación entre afrontamiento religioso y ansiedad en pacientes con COVID-19 en un contexto específico. Respondiendo a la problemática o al objeto de estudio de la investigación, se demostró que las variables de la presente investigación interactuaron entre sí. Esta metodología permitió explorar la interacción entre variables fundamentales sin aplicar directamente los hallazgos a situaciones prácticas.

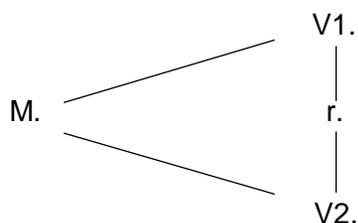
### 3.2.2. Apoyo teórico

Las características básicas de la investigación, según Hernández et al. (2006), se alinean con el objetivo de explorar cómo interactúan las variables sin necesariamente proponer una aplicación directa de los hallazgos.

### 3.2.3. Diseño de la investigación

El estudio, considerando a Hernández et al (2014), se desarrolló bajo los parámetros del diseño no experimental de corte transversal, en donde se analizó la correlación que existe entre la variable Afrontamiento religioso y la variable ansiedad en pacientes diagnosticados positivos al COVID-19 en un centro de salud del distrito de Maras, Urubamba, Cusco (2021).

Diseño que esquematizamos de esta forma:



Dónde:

**M:** Muestra.

**V1:** Variable 1: afrontamiento religioso.

**V2:** Variable 2: ansiedad.

**r:** Correlación de las variables de investigación.

### **3.3. Población y Muestra**

#### **3.3.1. Población**

Según Oseda (2008), la población se define como el grupo de personas que comparten al menos una característica en común, ya sea ciudadanía, membresía en una asociación voluntaria, pertenencia a una raza específica, la inscripción en una misma institución educativa, u otras similitudes.

La población del presente estudio estuvo compuesta por todos los pacientes que fueron atendidos por diversos motivos en el centro de salud durante el período de marzo a diciembre del 2021, siendo 86 los pacientes atendidos por COVID-19.

#### **3.3.2. Muestra (tipo y criterios)**

De acuerdo con Oseda (2008), una muestra se refiere a una porción reducida de la población o a un grupo más pequeño que comparte las características principales de la población completa. La cualidad fundamental de una muestra es su capacidad para reflejar las características primordiales de la población en su conjunto. Esta característica permite al investigador extrapolar los resultados obtenidos de la muestra hacia la totalidad de la población.

La muestra consistió en la totalidad de pacientes diagnosticados positivos al COVID-19 y atendidos en el centro de salud del distrito durante el período comprendido entre marzo y diciembre del año correspondiente. Esta técnica de muestreo exhaustivo proporcionó una representación completa de la población objetivo, permitiendo una comprensión detallada de las variables estudiadas en el contexto específico del centro de salud.

### **3.3.3. Justificación**

La elección de esta técnica de muestreo se basó en considerar a la totalidad de los pacientes diagnosticados en este período, proporcionando así una visión integral de la población objetivo en el contexto específico del centro de salud del distrito. La inclusión de todos los pacientes diagnosticados con COVID-19 durante este lapso temporal permitió capturar una muestra representativa de la realidad de este grupo dentro del entorno cultural y religioso predominante en el área de estudio.

Esta metodología de muestreo exhaustivo se alinea con el propósito de obtener una comprensión holística y representativa de la relación entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes con COVID-19, ofreciendo una perspectiva más completa de cómo estas variables se manifiestan en este contexto específico y a lo largo del tiempo.

En resumen, nuestra muestra de estudio estuvo compuesta por todos los pacientes que fueron diagnosticados como positivos por COVID-19 y atendidos durante el período de marzo a diciembre del 2021 en el centro de salud. Según Ramírez (2012), se utilizó entonces un tipo de muestreo censal, lo que implicó tomar a la totalidad de la población atendida por COVID-19. En este sentido, no fue necesario aplicar ningún tipo de criterio de exclusión o inclusión, ya que consideramos a todos los pacientes atendidos desde marzo hasta diciembre de 2021, lo que sumó un total de 86 casos confirmados como positivos de coronavirus que recibieron seguimiento médico y psicológico.

**Tabla 3***Distribución total de la muestra de estudio*

Género	Cantidad	Edad promedio
Varones	79	24 a 56 años
Mujeres	7	
Total	86	

*Nota.* En esta tabla se muestra los pacientes confirmados positivos al virus de la COVID-19 y atendidos en el centro de salud en el periodo de marzo a diciembre-2021.

### **3.4. Técnicas, Procedimiento e Instrumentos en la Cosecha de Datos**

#### **3.4.1. Técnicas**

Se trabajó, por medio del análisis y revisión de textos bibliográficos, revistas de investigación, tesis e información relacionada indagada en internet; para la información respecto a las variables se recolecto a través de los cuestionarios de evaluación psicológica de los pacientes diagnosticados positivos al COVID-19 en el centro de salud el 2021, información que se extrajo de los archivos de las historias clínico-psicológicas de los mismos.

#### **3.4.2. Procedimiento**

En la recolección de datos, relacionados directamente con las variables de investigación en el presente estudio, nos basamos en las respuestas de los inventarios o evaluaciones psicológicas que se habían tomado por el mismo centro de salud a los pacientes que resultaron positivos al COVID-19 en el 2021, durante el período de marzo a diciembre. La mayoría de estos inventarios se habían aplicado de manera presencial en el mismo centro de salud, mientras que en algunos casos se llevaron a cabo de manera virtual como parte del proceso de seguimiento a

estos pacientes. Esta información se respaldó en las historias clínicas o psicológicas de cada paciente, a las cuales tuvimos acceso documentado únicamente con fines de investigación científica.

La elección de la estrategia de evaluación, técnica de muestreo y los instrumentos específicos se basó en la necesidad de capturar de manera precisa la relación entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes con COVID-19 en un contexto cultural y social particular. Estos elementos metodológicos permitieron obtener resultados que reflejan la dinámica compleja entre estas variables en dicho entorno.

### **3.4.3. Instrumentos**

En cuanto a los instrumentos psicológicos, debe quedar claro como antes se explicó, que la fuente de recolección de datos fue de carácter retrolectivo, es decir, que se toma resultados ya existentes previas a la investigación, en función a dos instrumentos psicológicos clínicos reconocidos, estandarizados y de carácter científico que había utilizado el centro de salud antes de la investigación y que a su vez el investigador tuvo acceso autorizado, datos que fueron recogidos de los registros de evaluación psicológica archivados en las historias clínicas psicológicas de los pacientes diagnosticados positivos al virus en el 2021 que nos valieron para la investigación. Los instrumentos que se utilizó en el Centro de Salud en dicho año fueron el Inventario de Escala RCOPE breve, que según el alfa de Cronbach obtuvo la confiabilidad de 0.991 en A.R positivo y 0.993 en A.R. negativo; y el Inventario de Escala de Ansiedad de Beck (BAI) con una confiabilidad de 0.994.

**Inventario de Escala breve de afrontamiento religioso RCOPE.** El presente inventario, ha sido objeto de varios estudios de validación y confiabilidad para evaluar su calidad psicométrica. En general, la escala ha demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas en términos de validez y confiabilidad.

**Validez.** Tenemos lo siguiente:

**Validez de contenido.** El RCOPE ha sido desarrollado por Kenneth Pargament (1998), un reconocido experto en el campo de la psicología de la religión, lo que respalda su validez de contenido, es decir, que los ítems del inventario son representativos del constructo que se pretende medir, el afrontamiento religioso.

**Validez de constructo.** El RCOPE ha sido utilizado en numerosos estudios de investigación que han encontrado relaciones consistentes con otros constructos relacionados, como el bienestar psicológico, la calidad de vida, el estrés y la salud mental, lo que sugiere su validez de constructo. Además, la estructura factorial del RCOPE, con sus dimensiones de afrontamiento positivo religioso y afrontamiento negativo religioso, ha sido confirmada en varios estudios.

**Validez convergente y discriminante.** El RCOPE ha demostrado tener correlaciones adecuadas con otras medidas relacionadas con la religión, la espiritualidad y el afrontamiento, respaldando su validez convergente. Además, el RCOPE también ha demostrado tener correlaciones bajas con medidas de constructos no relacionados, lo que respalda su validez discriminante.

**Confiabilidad.** Tenemos lo siguiente:

**Consistencia interna.** El RCOPE ha mostrado tener una consistencia interna adecuada, lo que indica que los ítems del inventario miden de manera consistente el afrontamiento religioso. Los coeficientes de confiabilidad, como el alfa de Cronbach, para las subescalas de afrontamiento positivo religioso y afrontamiento negativo religioso suelen ser aceptables.

**Estabilidad temporal.** Algunos estudios han examinado la estabilidad temporal del RCOPE a lo largo del tiempo y han encontrado que las puntuaciones en el inventario son

relativamente estables en un período de tiempo moderado, lo que respalda su confiabilidad a lo largo del tiempo.

Es importante tener en cuenta que la calidad psicométrica del RCOPE puede variar según la población y el contexto cultural en el que se utilice, por lo que es recomendable considerar la adaptación y validación del inventario en diferentes contextos y poblaciones específicas. En general, sin embargo, el RCOPE ha demostrado tener una validez y confiabilidad adecuadas en la evaluación del afrontamiento religioso en diversas poblaciones y contextos. Por ejemplo, en el contexto latinoamericano, fue adaptado y validado en Argentina en 2016 y en nuestro contexto nacional en 2021. Según el autor principal, Pargament (1997), esta escala se convierte en un instrumento empírico bien contextualizado que coloca a la Religión como eje central estratégico en la búsqueda de soluciones para situaciones críticas de salud. Podemos describir este instrumento de la siguiente manera:

#### ***Ficha técnica de RCOPE***

Nombre:	Escala Sintetizada de Afrontamiento Religioso-RCOPE.
Autor:	Pargament, et al. (1998).
Adaptación:	Mezzadra y Simkin (2017).
Tipo de instrumento:	Inventario o test de auto informe de lápiz y papel; sin embargo, puede ser administrado si es necesario como una entrevista.
Objetivo:	Valorar o medir el afrontamiento religioso en circunstancias críticas de salud en poblaciones creyentes o religiosas. El inventario muestra tres rasgos esenciales; primero cuenta con catorce ítems de evaluación, segundo lo divide en dos dimensiones, afrontamiento religioso negativo ARN y afrontamiento religioso

positivo ARP; y como último rasgo describe su tipología Likert teniendo así cinco opciones de respuesta que empieza con Siempre, Casi Siempre, a Veces, Casi Nunca y Nunca, siendo sus valores de cinco a uno (5,4,3,2,1) en ese orden.

**Inventario de Escala de Ansiedad de Beck (BAI).** El Inventario de Escala de Ansiedad de Beck (BAI) es una herramienta de evaluación psicológica diseñada para medir la gravedad de los síntomas de ansiedad en adultos y adolescentes. Fue desarrollado por Aaron T. Beck y colaboradores, y se basa en la teoría cognitiva de la ansiedad de Beck, que postula que los pensamientos y las creencias irracionales contribuyen a la ansiedad. Además, el BAI consta de 21 ítems que evalúan síntomas de ansiedad, como la preocupación, la tensión, la inquietud, la irritabilidad y la sensación de peligro inminente. Cada ítem se califica en una escala de cuatro puntos que va desde “nada” hasta “mucho”, según la frecuencia e intensidad del síntoma experimentado durante la semana anterior a la evaluación.

Asimismo, el BAI ha sido ampliamente utilizado en la investigación y la práctica clínica para evaluar la ansiedad en diferentes poblaciones, incluyendo adultos y adolescentes en diversos contextos clínicos y comunitarios. Ha sido traducido a varios idiomas y ha sido validado en diferentes culturas y países (Vizioli y Pagano, 2020). En términos de validez y confiabilidad, el BAI ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en general:

**Validez.** Tenemos lo siguiente:

**Validez de Contenido.** Los ítems del BAI han sido seleccionados para evaluar una amplia gama de síntomas de ansiedad, lo que respalda su validez de contenido.

**Validez de Constructo.** El BAI ha mostrado tener una estructura unidimensional que mide la ansiedad como un constructo general, y su validez de constructo ha sido respaldada por



- Autor: Aaron T. Beck y Robert A. Steer.
- Adaptación española: Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.
- Edición en su versión original: NCS Pearson, Inc. (U.S.A.)
- Edición española: Pearson Educación, S.A
- Fecha de publicación: 1988
- Fecha de la publicación adaptada al español: 2011
- Área de aplicación: Escalas clínicas, del deporte, educativas, forense y neuropsicológicas.
- Campo de aplicación: Anteriormente hecho para población netamente clínica con pacientes adultos internos o ambulatorios con perturbaciones psicopatológicas, pero si fue estudiado y validado con pacientes clínicos (adolescentes con perturbaciones psicopatológicas, adultos y adolescentes con enfermedades y pacientes de la tercera edad) y no clínicos (adolescentes, adultos y ancianos en general).

### **3.5. Tratamiento Estadístico**

Se manejaron los subsiguientes ordenamientos estadísticos:

#### **Estadística descriptiva**

Esta nos admitió representar los datos y valores extraídos de cada variable como los gráficos, la media, distribución de frecuencias y desviación estándar.

**Estadística inferencial**

Se trabajó con el coeficiente de correlación de Spearman, que según la prueba de normalidad que se explica en el siguiente capítulo, se usará estadística no paramétrica.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1. Presentación y Análisis de los Resultados**

Presentamos los resultados de la investigación de acuerdo con el análisis estadístico realizado, organizándolos en función de los objetivos planteados en el estudio. Estos resultados se desglosan siguiendo la secuencia del objetivo general y los objetivos específicos del estudio.

#### **4.2. Análisis Descriptivo**

##### **4.2.1. Resultados descriptivos del instrumento afrontamiento religioso**

###### ***Alfa de Cronbach***

El instrumento, según el alfa de Cronbach obtuvo la confiabilidad de 0.991 en A.R positivo y 0.993 en A.R. negativo. Este coeficiente es una medida de la consistencia interna de un conjunto de ítems en un instrumento. Se mueve entre 0 y 1, donde valores más cercanos a 1 indican una mayor consistencia entre los ítems.

###### ***Interpretación***

Por consiguiente, estos valores indican una consistencia interna excepcional dentro de cada dimensión evaluada por el instrumento. En términos prácticos, esto refleja una alta correlación entre los ítems que componen tanto el aspecto positivo como el negativo del afrontamiento religioso.

Estos resultados sugieren que las preguntas que miden cada una de estas dimensiones están estrechamente relacionadas y proporcionan mediciones consistentes de los respectivos constructos. Esta consistencia robusta subraya la solidez del instrumento utilizado para evaluar los distintos aspectos del afrontamiento religioso. En consecuencia, se fortalece la validez de las

conclusiones y análisis derivados de este instrumento en el estudio, ofreciendo mayor fiabilidad a las interpretaciones realizadas a partir de estos datos.

### ***Valides del instrumento***

El presente inventario, ha sido objeto de varios estudios de validación y confiabilidad para evaluar su calidad psicométrica. En general, la escala ha demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas en términos de validez y confiabilidad. La valides que se encuentra ampliamente detallado en la sección “Técnicas, procedimiento e instrumentos en la cosecha de datos” del segundo capítulo.

### ***Medidas estadísticas***

En la tabla N.º 4 presentamos los datos estadísticos de los catorce ítems del instrumento afrontamiento religioso.

**Tabla 4**

*Medidas estadísticas del instrumento afrontamiento religioso*

Descriptivos			Estadístico	Desv. Error	
Supongo que mi Iglesia por momentos me abandona	Media		1,83	,220	
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,38		
		Límite superior	2,27		
	Media recortada al 5 %		1,69		
	Mediana		1,00		
	Varianza		1,943		
	Desv. Desviación		1,394		
	Mínimo		1		
	Máximo		5		
	Rango		4		
	Rango intercuartil		2		
	Asimetría		1,405		,374
	Curtosis		,508		,733
Trato de comprender que Dios me fortalece a través de ciertas situaciones.	Media		4,18	,220	
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,73		
		Límite superior	4,62		

	Media recortada al 5 %		4,31	
	Mediana		5,00	
	Varianza		1,943	
	Desv. Desviación		1,394	
	Mínimo		1	
	Máximo		5	
	Rango		4	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		-1,405	,374
	Curtosis		,508	,733
Pongo en entredicho el poder de Dios.	Media		1,80	,218
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,36	
		Límite superior	2,24	
	Media recortada al 5 %		1,67	
	Mediana		1,00	
	Varianza		1,908	
	Desv. Desviación		1,381	
	Mínimo		1	
	Máximo		5	
	Rango		4	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,362	,374
	Curtosis		,276	,733
Junto con Dios, intento llevar a cabo mis planes	Media		4,20	,212
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,77	
		Límite superior	4,63	
	Media recortada al 5 %		4,31	
	Mediana		5,00	
	Varianza		1,805	
	Desv. Desviación		1,344	
	Mínimo		1	
	Máximo		5	
	Rango		4	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		-1,186	,374
	Curtosis		-,416	,733
Busco la ayuda de Dios, para olvidar mi enojo.	Media		4,43	,151
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	4,12	
		Límite superior	4,73	
	Media recortada al 5 %		4,50	
	Mediana		5,00	
	Varianza		,917	
	Desv. Desviación		,958	
	Mínimo		2	
	Máximo		5	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		-1,158	,374
	Curtosis		-,438	,733
Busco el amor y el cuidado de Dios	Media		4,20	,209
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,78	

		Límite superior	4,62	
	Media recortada al 5 %		4,28	
	Mediana		5,00	
	Varianza		1,754	
	Desv. Desviación		1,324	
	Mínimo		2	
	Máximo		5	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		3	
	Asimetría		-1,085	,374
	Curtosis		-,832	,733
Pido perdón por mis faltas.	Media		4,33	,180
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,96	
		Límite superior	4,69	
	Media recortada al 5 %		4,42	
	Mediana		5,00	
	Varianza		1,302	
	Desv. Desviación		1,141	
	Mínimo		2	
	Máximo		5	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		-1,233	,374
	Curtosis		-,235	,733
Me siento castigado por Dios por mi falta de devoción.	Media		1,98	,219
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,53	
		Límite superior	2,42	
	Media recortada al 5 %		1,89	
	Mediana		1,00	
	Varianza		1,922	
	Desv. Desviación		1,387	
	Mínimo		1	
	Máximo		5	
	Rango		4	
	Rango intercuartil		3	
	Asimetría		,897	,374
	Curtosis		-1,015	,733
Pongo en duda el amor que Dios siente por mí.	Media		1,83	,214
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,39	
		Límite superior	2,26	
	Media recortada al 5 %		1,75	
	Mediana		1,00	
	Varianza		1,840	
	Desv. Desviación		1,357	
	Mínimo		1	
	Máximo		4	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		3	
	Asimetría		1,048	,374
	Curtosis		-,953	,733
	Media		4,13	,212

Me enfoco en mi religión para dejar de preocuparme por los problemas.	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,70	
		Límite superior	4,55	
	Media recortada al 5 %		4,19	
	Mediana		5,00	
	Varianza		1,804	
	Desv. Desviación		1,343	
	Mínimo		2	
	Máximo		5	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		3	
	Asimetría		-,974	,374
	Curtosis		-1,040	,733
	Me pregunto qué pude haber hecho para que Dios me castigue de esa manera.	Media		1,98
95 % de intervalo de confianza para la media		Límite inferior	1,53	
		Límite superior	2,42	
Media recortada al 5 %			1,89	
Mediana			1,00	
Varianza			1,922	
Desv. Desviación			1,387	
Mínimo			1	
Máximo			5	
Rango			4	
Rango intercuartil			3	
Asimetría			,897	,374
Curtosis			-1,015	,733
Supongo que Dios me abandona.	Media		1,88	,230
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,41	
		Límite superior	2,34	
	Media recortada al 5 %		1,75	
	Mediana		1,00	
	Varianza		2,112	
	Desv. Desviación		1,453	
	Mínimo		1	
	Máximo		5	
	Rango		4	
	Rango intercuartil		3	
	Asimetría		1,125	,374
	Curtosis		-,622	,733
Me siento convencido que el demonio hace que las cosas pasen.	Media		1,83	,214
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,39	
		Límite superior	2,26	
	Media recortada al 5 %		1,75	
	Mediana		1,00	
	Varianza		1,840	
	Desv. Desviación		1,357	
	Mínimo		1	
	Máximo		4	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		3	
	Asimetría		1,048	,374
	Curtosis		-,953	,733

Busco la cercanía de Dios.	Media		4,25	,199
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,85	
		Límite superior	4,65	
	Media recortada al 5 %		4,33	
	Mediana		5,00	
	Varianza		1,577	
	Desv. Desviación		1,256	
	Mínimo		2	
	Máximo		5	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		-1,155	,374
	Curtosis		-,581	,733

### ***Interpretación***

La interpretación por cada ítem fue la siguiente:

Item 1. “Supongo que mi Iglesia por momentos me abandona”: La media y la mediana son bajas (1.83 y 1.00 respectivamente), lo que sugiere que en promedio hay una tendencia hacia una percepción de abandono por parte de la iglesia en ciertos momentos. Además, la asimetría positiva (1.405) señala una posible distribución asimétrica hacia valores más bajos en la escala.

Item 2. “Trato de comprender que Dios me fortalece a través de ciertas situaciones”: Aquí, la media es alta (4.18) y la mediana es 5, indicando que la mayoría tiende a estar de acuerdo con la idea de que Dios les fortalece en situaciones específicas. La asimetría negativa (-1.405) podría apuntar a una distribución sesgada hacia valores más altos.

Item 3. “Pongo en entredicho el poder de Dios”: La media (1.80) y la mediana (1.00) son relativamente bajas, insinuando cierta duda en el poder de Dios. La asimetría positiva (1.362) también sugiere una distribución sesgada hacia valores más bajos.

Item 4. “Junto con Dios, intento llevar a cabo mis planes”: Los valores de media (4.20) y mediana (5.00) son altos, indicando una fuerte tendencia hacia la idea de que se intenta trabajar junto a Dios en la ejecución de los planes. La asimetría negativa (-1.186) sugiere una posible concentración en valores más altos.

Item 5. “Busco la ayuda de Dios para olvidar mi enojo”: La media (4.43) y la mediana (5.00) son altas, mostrando que la mayoría busca la ayuda de Dios para manejar el enojo. La asimetría negativa (-1.158) señala una posible concentración en valores más altos.

Item 6. “Busco el amor y el cuidado de Dios”: Aquí, la media (4.20) y la mediana (5.00) son altas, sugiriendo que la mayoría busca el amor y el cuidado de Dios. La asimetría negativa (-1.085) apunta a una posible concentración en valores más altos.

Item 7. “Pido perdón por mis faltas”: La media (4.33) y la mediana (5.00) son altas, indicando una propensión a pedir perdón por las faltas cometidas. La asimetría negativa (-1.233) sugiere una posible concentración en valores más altos.

Item 8. “Me siento castigado por Dios por mi falta de devoción”: La media (1.98) y la mediana (1.00) son relativamente bajas, señalando una percepción moderada de sentirse castigado por Dios. La asimetría positiva (0.897) sugiere una posible distribución sesgada hacia valores más bajos.

Item 9. “Pongo en duda el amor que Dios siente por mí”: La media (1.83) y la mediana (1.00) son bajas, indicando una tendencia a dudar del amor que Dios siente por la persona. La asimetría positiva (1.048) sugiere una posible concentración en valores más bajos.

Item 10. “Me enfoco en mi religión para dejar de preocuparme por los problemas”: La media (4.13) y la mediana (5.00) son relativamente altas, señalando una tendencia a enfocarse en la religión para mitigar las preocupaciones. La asimetría negativa (-0.974) sugiere una posible concentración en valores más altos.

Item 11. “Me pregunto qué pude haber hecho para que Dios me castigue de esa manera”: La media (1.98) y la mediana (1.00) son relativamente bajas, insinuando cierta tendencia a cuestionarse sobre posibles razones del castigo divino. La asimetría positiva (0.897) indica una posible distribución sesgada hacia valores más bajos.

Item 12. “Supongo que Dios me abandona”: La media (1.88) y la mediana (1.00) son bajas, indicando una percepción de abandono por parte de Dios en ciertos momentos. La asimetría positiva (1.125) sugiere una posible concentración en valores más bajos.

Item 13. “Me siento convencido que el demonio hace que las cosas pasen”: La media (1.83) y la mediana (1.00) son bajas, señalando una convicción moderada sobre la influencia del demonio en los eventos. La asimetría positiva (1.048) sugiere una posible distribución sesgada hacia valores más bajos.

Item 14. “Busco la cercanía de Dios”: La media (4.25) y la mediana (5.00)

### **4.3. Resultados descriptivos del instrumento de ansiedad de Beck (BAI)**

#### ***Alfa de Cronbach***

El instrumento, según el alfa de Cronbach, obtuvo la confiabilidad de 0.994

#### ***Interpretación***

Esta puntuación cercana a 1 indica que las preguntas dentro del inventario están altamente correlacionadas entre sí, lo que significa que el instrumento mide de manera consistente y confiable el constructo de ansiedad que pretende evaluar. En resumen, una alta confiabilidad indica que el instrumento es fiable y consistente en medir la ansiedad.

#### ***Valides del instrumento***

El BAI ha sido ampliamente utilizado en la investigación y la práctica clínica para evaluar la ansiedad en diferentes poblaciones, incluyendo adultos y adolescentes en diversos contextos clínicos y comunitarios. Ha sido traducido a varios idiomas y ha sido validado en diferentes culturas y países. En términos de validez y confiabilidad, el BAI ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en general. Valides ampliamente detallado en la sección “Técnicas, procedimiento e instrumentos en la cosecha de datos” del segundo capítulo.

### **Medidas estadísticas**

En la tabla N.º 5 se muestran los datos estadísticos por cada uno de los 21 ítems del instrumento de ansiedad de A. Beck.

**Tabla 5**

*Medidas estadísticas del Instrumento de ansiedad de A. Beck (BAI)*

Descriptivos		Estadístico	Desv. Error	
Torpe o entumecido.	Media	,55	,143	
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	,26	
		Límite superior	,84	
	Media recortada al 5 %	,50		
	Mediana	,00		
	Varianza	,818		
	Desv. Desviación	,904		
	Mínimo	0		
	Máximo	2		
	Rango	2		
	Rango intercuartil	2		
	Asimetría	1,048	,374	
	Curtosis	-,953	,733	
	Acalorado.	Media	,70	,148
95 % de intervalo de confianza para la media		Límite inferior	,40	
		Límite superior	1,00	
Media recortada al 5 %		,64		
Mediana		,00		
Varianza		,882		
Desv. Desviación		,939		
Mínimo		0		
Máximo		3		
Rango		3		
Rango intercuartil		2		

	Asimetría		,848	,374
	Curtosis		-,849	,733
Con temblor en las piernas.	Media		,55	,143
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	,26	
		Límite superior	,84	
	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	
	Varianza		,818	
	Desv. Desviación		,904	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,048	,374
	Curtosis		-,953	,733
Incapaz de relajarse	Media		,55	,143
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	,26	
		Límite superior	,84	
	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	
	Varianza		,818	
	Desv. Desviación		,904	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,048	,374
	Curtosis		-,953	,733
Con temor a que ocurra lo peor.	Media		,80	,209
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	,38	
		Límite superior	1,22	
	Media recortada al 5 %		,72	
	Mediana		,00	
	Varianza		1,754	
	Desv. Desviación		1,324	

---

	Mínimo		0	
	Máximo		3	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		3	
	Asimetría		1,085	,374
	Curtosis		-,832	,733
Mareado, o que se le va la cabeza.	Media		,68	,140
	95 % de intervalo de confianza para la	Límite inferior	,39	
	media	Límite superior	,96	
	Media recortada al 5 %		,64	
	Mediana		,00	
	Varianza		,789	
	Desv. Desviación		,888	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		,708	,374
	Curtosis		-1,375	,733
Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	Media		,55	,143
	95 % de intervalo de confianza para la	Límite inferior	,26	
	media	Límite superior	,84	
	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	
	Varianza		,818	
	Desv. Desviación		,904	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,048	,374
	Curtosis		-,953	,733
Inestable	Media		,55	,143
	95 % de intervalo de confianza para la	Límite inferior	,26	
	media	Límite superior	,84	

---

---

	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	
	Varianza		,818	
	Desv. Desviación		,904	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,048	,374
	Curtosis		-,953	,733
Atemorizado o asustado.	Media		,78	,204
	95 % de intervalo de confianza para la	Límite inferior	,36	
	media	Límite superior	1,19	
	Media recortada al 5 %		,69	
	Mediana		,00	
	Varianza		1,666	
	Desv. Desviación		1,291	
	Mínimo		0	
	Máximo		3	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,121	,374
	Curtosis		-,707	,733
Nervioso.	Media		,55	,143
	95 % de intervalo de confianza para la	Límite inferior	,26	
	media	Límite superior	,84	
	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	
	Varianza		,818	
	Desv. Desviación		,904	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,048	,374
	Curtosis		-,953	,733

---

Con sensación de bloqueo	Media		,55	,143
	95 % de intervalo de confianza para la	Límite inferior	,26	
	media	Límite superior	,84	
	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	
	Varianza		,818	
	Desv. Desviación		,904	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,048	,374
	Curtosis		-,953	,733
	Con temblores en las manos.	Media		,55
95 % de intervalo de confianza para la		Límite inferior	,26	
media		Límite superior	,84	
Media recortada al 5 %			,50	
Mediana			,00	
Varianza			,818	
Desv. Desviación			,904	
Mínimo			0	
Máximo			2	
Rango			2	
Rango intercuartil			2	
Asimetría			1,048	,374
Curtosis			-,953	,733
Inquieto, inseguro.		Media		,55
	95 % de intervalo de confianza para la	Límite inferior	,26	
	media	Límite superior	,84	
	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	
	Varianza		,818	
	Desv. Desviación		,904	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	

---

	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,048	,374
	Curtosis		-,953	,733
Con miedo a perder el control.	Media		,55	,143
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	,26	
		Límite superior	,84	
	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	
	Varianza		,818	
	Desv. Desviación		,904	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,048	,374
Con sensación de ahogo.	Curtosis		-,953	,733
	Media		,55	,143
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	,26	
		Límite superior	,84	
	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	
	Varianza		,818	
	Desv. Desviación		,904	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
Asimetría		1,048	,374	
Con temor a morir.	Curtosis		-,953	,733
	Media		,58	,151
	95 % de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	,27	
		Límite superior	,88	
	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	

---

---

	Varianza		,917	
	Desv. Desviación		,958	
	Mínimo		0	
	Máximo		3	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,158	,374
	Curtosis		-,438	,733
Con miedo.	Media		,65	,174
	95 % de intervalo de confianza para la	Límite inferior	,30	
	media	Límite superior	1,00	
	Media recortada al 5 %		,56	
	Mediana		,00	
	Varianza		1,208	
	Desv. Desviación		1,099	
	Mínimo		0	
	Máximo		3	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,244	,374
	Curtosis		-,161	,733
Con problemas digestivos.	Media		,55	,143
	95 % de intervalo de confianza para la	Límite inferior	,26	
	media	Límite superior	,84	
	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	
	Varianza		,818	
	Desv. Desviación		,904	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,048	,374
	Curtosis		-,953	,733
Con desvanecimientos.	Media		,68	,140
		Límite inferior	,39	

---

---

	95 % de intervalo de confianza para la	Límite	,96	
	media	superior		
	Media recortada al 5 %		,64	
	Mediana		,00	
	Varianza		,789	
	Desv. Desviación		,888	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		,708	,374
	Curtosis		-1,375	,733
Con rubor facial.	Media		,55	,143
	95 % de intervalo de confianza para la	Límite inferior	,26	
	media	Límite	,84	
		superior		
	Media recortada al 5 %		,50	
	Mediana		,00	
	Varianza		,818	
	Desv. Desviación		,904	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
	Rango		2	
	Rango intercuartil		2	
	Asimetría		1,048	,374
	Curtosis		-,953	,733
Con sudores, fríos o calientes.	Media		,75	,155
	95 % de intervalo de confianza para la	Límite inferior	,44	
	media	Límite	1,06	
		superior		
	Media recortada al 5 %		,67	
	Mediana		,00	
	Varianza		,962	
	Desv. Desviación		,981	
	Mínimo		0	
	Máximo		3	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		2	

---

Asimetría	,880	,374
Curtosis	-,640	,733

### ***Interpretación***

Por cada ítem, la interpretación fue la siguiente:

Item 1. Torpe o entumecido. Los participantes reflejaron en su mayoría niveles bajos de sentirse torpes o entumecidos (media de 0.55), con una moda y mediana en 0. La distribución muestra cierta variabilidad en las respuestas, algunos indican niveles más altos.

Item 2. Acalorado. A pesar de tener una moda y mediana en 0, la media de 0.70 señala que algunos participantes experimentaron niveles moderados de sentirse acalorados. Se observa variabilidad en las respuestas.

Item 3. Con temblor en las piernas. Los datos reflejan principalmente niveles bajos (media: 0.55), aunque con cierta dispersión. La moda y mediana en 0 indican que la mayoría reporta no sentir temblores en las piernas.

Item 4. Incapaz de relajarse. Predominan niveles bajos (media: 0.55) con una tendencia similar a no experimentar dificultades para relajarse, aunque se identifica cierta variabilidad en las respuestas.

Item 5. Con temor a que ocurra lo peor. Se observa una media de 0.80, lo que sugiere que algunos participantes tienen niveles moderados de temor, contrastando con la moda y mediana en 0. La distribución muestra variabilidad en las respuestas.

Item 6. Mareado, o que se le va la cabeza. Aunque la moda y mediana son 0, la media de 0.68 indica que algunos participantes reportaron niveles moderados de mareos. Existe variabilidad en las respuestas.

Item 7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados. Mayormente se informaron niveles bajos (media: 0.55) con la mayoría indicando no experimentar latidos fuertes o acelerados. La distribución refleja cierta dispersión en las respuestas.

Item 8. Inestable. Los participantes principalmente indican niveles bajos (media: 0.55) en cuanto a sentirse inestables, alineado con la moda y mediana en 0. Sin embargo, se observa variabilidad en las respuestas.

Item 9. Atemorizado o asustado. La media de 0.78 muestra que algunos tienen niveles moderados de miedo, aunque la moda y mediana en 0 reflejan una tendencia a no sentirse atemorizados.

Item 10. Nervioso. Se reflejan principalmente niveles bajos (media: 0.55) en sentirse nervioso, alineado con la moda y mediana en 0. Existe cierta variabilidad en las respuestas.

Item 11. Con sensación de bloqueo. Predominan niveles bajos (media: 0.55) en sentir bloqueo, aunque se observa variabilidad en las respuestas, lo que sugiere que algunos participantes pueden experimentar esto a niveles moderados.

Item 12. Con temblores en las manos. Los datos sugieren niveles bajos (media: 0.55) con la mayoría indicando no tener temblores en las manos. Existe variabilidad en las respuestas.

Item 13. Inquieto, inseguro. Mayormente se informan niveles bajos (media: 0.55) en sentirse inquieto o inseguro. Sin embargo, se observa cierta variabilidad en las respuestas.

Item 14. Con miedo a perder el control. Aunque la media es baja (0.55), algunos participantes indicaron niveles moderados de miedo a perder el control. Existe variabilidad en las respuestas.

Item 15. Con sensación de ahogo. Predominan niveles bajos (media: 0.55) en sentir ahogo, con la mayoría indicando no tener esta sensación. Se observa cierta variabilidad en las respuestas.

Item 16. Con temor a morir. Aunque predominan niveles bajos (media: 0.58), algunos participantes reportaron niveles moderados de temor a morir. Existe variabilidad en las respuestas.

Item 17. Con miedo. Se reflejan principalmente niveles bajos (media: 0.65) en sentir miedo, aunque se observa variabilidad en las respuestas.

Item 18. Con problemas digestivos. La mayoría de los participantes reportan niveles bajos (media: 0.55) en tener problemas digestivos, alineado con la moda y mediana en 0. Existe variabilidad en las respuestas.

Item 19. Con desvanecimientos. Mayormente se informan niveles bajos (media: 0.68) en sentir desvanecimientos, aunque se observa cierta variabilidad en las respuestas.

Item 20. Con rubor facial. Predominan niveles bajos (media: 0.55) en experimentar rubor facial, con la mayoría indicando no tener esta sensación. Existe variabilidad en las respuestas.

Item 21. Con sudores, fríos o calientes. Aunque predominan niveles bajos (media: 0.75), algunos participantes reportaron niveles moderados de sudoración. Existe variabilidad en las respuestas.

Esta interpretación detallada muestra la distribución y tendencias predominantes de cada ítem de ansiedad, reflejando niveles generales y las diferencias individuales en las respuestas. Continuando con el análisis descriptivo, en la tabla N.º 6, se identifican y describen los tipos de afrontamiento religioso en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco, durante el 2021.

**Tabla 6**

*Tipo de afrontamiento religioso según frecuencia y porcentaje*

Escala de A.R. cualitativa	F	f %
A.R. positivo	70	81
A.R. negativo	16	19
Total de la muestra	86	100

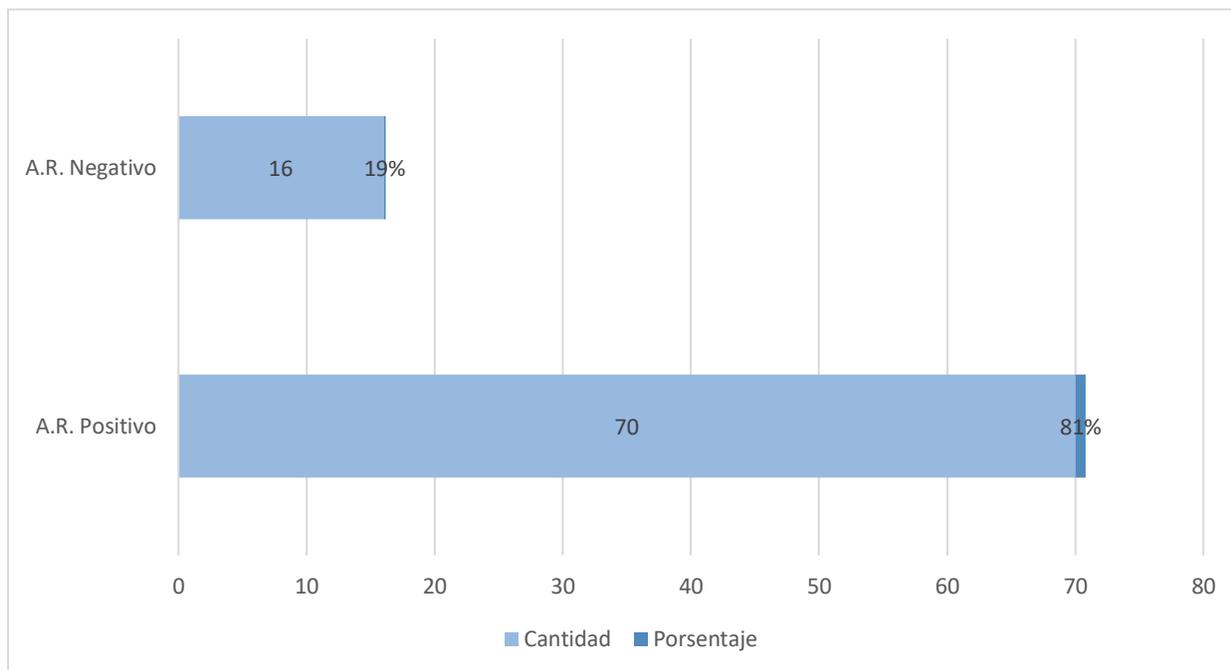
*Nota.* La tabla muestra el tipo de afrontamiento religioso en pacientes diagnosticados positivos al COVID-19.

Con respecto a la variable del afrontamiento religioso, se puede afirmar que el 81 % de los pacientes diagnosticados con COVID-19, que formaron parte de la muestra de 86 pacientes del centro de salud del distrito de Maras, Urubamba, Cusco, exhibieron un afrontamiento religioso positivo. Esto equivalente a 70 pacientes, lo que representa una proporción significativa en relación con el tamaño de la muestra. El restante 19 % de la muestra mostró un afrontamiento religioso Negativo.

Por lo tanto, podemos concluir que la mayoría de los pacientes diagnosticados con COVID-19 en este centro de salud tenían una actitud positiva hacia su relación espiritual con Dios y todo lo relacionado con Él, tanto en situaciones favorables como en momentos difíciles de sus vidas, como se refleja en la figura 1. En general, la mayoría de estos pacientes eran creyentes.

**Figura 1**

Tipo de afrontamiento religioso predominante



*Nota.* La figura muestra el A.R. positivo como preponderante.

La tabla N.º 7 presenta la identificación y descripción del nivel de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco, durante el 2021.

**Tabla 7**

*Nivel de ansiedad según frecuencia y porcentajes*

Escala cualitativa	Escala cuantitativa	F	F %
Ansiedad muy baja	00-21	68	79
Ansiedad moderada	22-35	2	2
Ansiedad severa o alta	más de 36	16	19
Total de la muestra		86	100

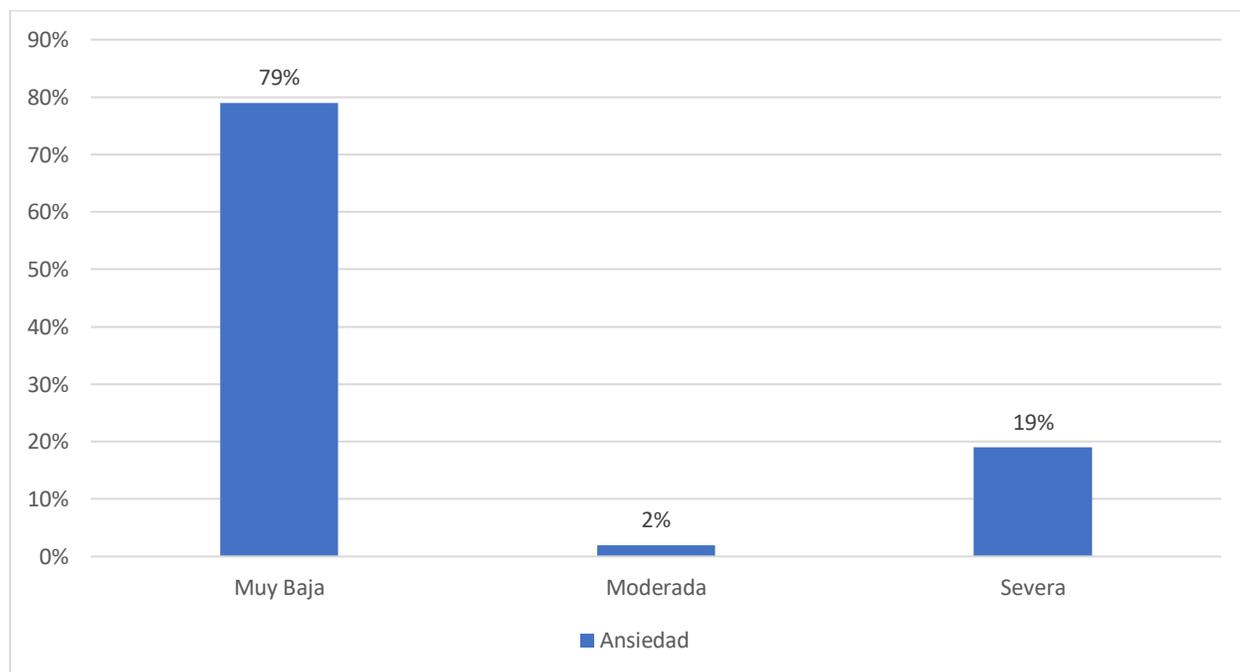
*Nota.* La tabla muestra los niveles de ansiedad en los pacientes diagnosticados con COVID-19.

En lo que respecta al nivel de ansiedad, podemos afirmar que el 79 % de los pacientes diagnosticados positivos con el virus de la COVID-19 exhibieron un nivel de ansiedad muy bajo. Esto significa que, frente a la crisis de salud, mantenían una sensación de seguridad y calma, afrontando la situación con esperanza en lugar de desesperación, lo que habría tenido un impacto negativo en su salud. Por otro lado, el 19 % de los pacientes experimentaron un nivel de ansiedad alto o severo, lo que indica que estaban consternados, lo que no contribuyó de manera positiva a su condición de salud. Además, un porcentaje más bajo, el 2 %, presentó un nivel moderado de ansiedad, lo que también podría haber afectado su recuperación.

De esta manera, se comprende que la mayoría de los pacientes diagnosticados con COVID-19 mantenían un nivel de ansiedad muy bajo y tendían a enfrentar su crítica condición de salud con esperanza, como se muestra en la figura 2.

### **Figura 2**

Niveles de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19



*Nota.* La mayoría de los pacientes positivos al virus, muestran el nivel muy bajo de ansiedad.

#### 4.4. Análisis de Correlación en Tablas y Gráficos

A continuación, procedemos a analizar la correlación entre las variables de estudio. Sin embargo, antes de llevar a cabo este análisis, aplicamos la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra de estudio.

#### Tabla 8

*Prueba de normalidad según la cantidad de la muestra de estudio*

<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>
n≤50	n>50

Según la tabla N.º 9, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, ya que nuestra muestra constaba de 86 pacientes, superando el requisito de 50. Para determinar el uso de estadística paramétrica y no paramétrica en la investigación se planteó la siguiente prueba de hipótesis:

Ho: Los datos tienen una distribución normal.

Ha: Los datos no tienen una distribución normal.

Considerando el nivel de significancia, con un nivel de confianza del 95 % y un nivel de significancia (alfa) del 5 % (0.05), nuestro criterio de decisión se basó en lo siguiente: si  $p < 0.05$ , rechazamos la Hipótesis nula (Ho) y aceptamos la Hipótesis alternativa (Ha); si  $p \geq 0.05$ , aceptamos la Ho y rechazamos la Ha. Luego de aplicar la prueba estadística mencionada, hemos obtenido la siguiente tabla de resultados utilizando el *software* SPSS versión 26.

**Tabla 9***Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Afrontamiento religioso	,421	86	,000
Ansiedad	,414	86	,000

Dado que  $p=0$  en el resultado, lo que significa que es menor que 0.05, hemos rechazado la Hipótesis nula ( $H_0$ : Los datos tienen una distribución normal) y hemos aceptado la Hipótesis alternativa. Esto indica que los datos de la investigación no siguen una distribución normal, por lo tanto, hemos optado por aplicar estadística no paramétrica. En este sentido, hemos utilizado la prueba estadística de correlación de Spearman.

**Tabla 10***Coefficiente de correlación*

<b>Paramétrica</b>	<b>No paramétrica</b>
Pearson	Coefficiente de correlación de rango de Spearman

En la tabla N.º 11, se presenta la identificación y descripción de la relación entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Urubamba, Cusco, en el 2021.

**Tabla 11***Relación entre afrontamiento religioso y ansiedad*

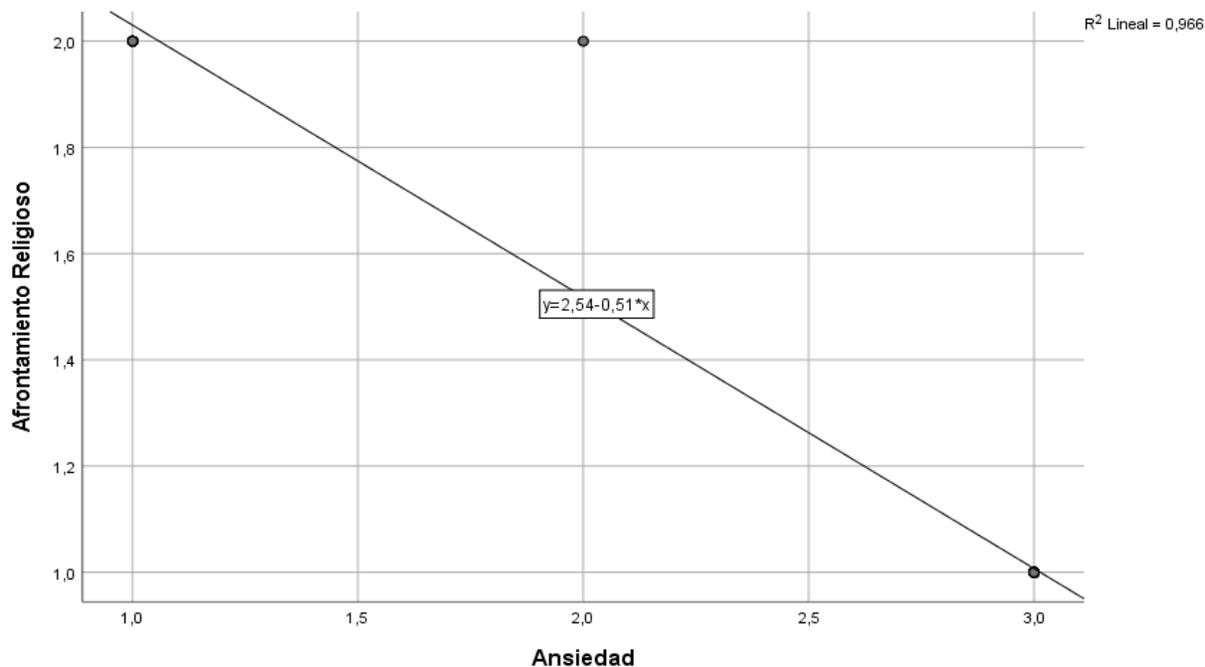
<b>Correlaciones</b>		Afrontamiento religioso	Ansiedad
	Coefficiente de correlación	1,000	-,998**
Afrontamiento religioso	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	86	86
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	-,998**	1,000
ansiedad	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	86	86

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Se observó que el coeficiente de correlación de Spearman entre las dos variables es de -0.998, lo que indica una correlación inversa muy fuerte. Dado que el nivel de significancia es menor a 0.05 ( $p = 0.000 < 0.05$ ), hemos aceptado la hipótesis que sugiere la existencia de una correlación significativa, inversa y muy fuerte entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en los pacientes diagnosticados con COVID-19 del centro de salud de Maras, Urubamba, Cusco. Por lo tanto, podemos inferir que, a mayor afrontamiento religioso, menor es la presencia de ansiedad, como se muestra en el gráfico de la figura 3, generado con el *software* SPSS.

**Figura 3**

Relación entre afrontamiento religioso y ansiedad



En la tabla N.º 12, se presenta la identificación y descripción de la relación entre la dimensión de afrontamiento religioso positivo y la ansiedad en los pacientes diagnosticados positivos al COVID-19 en el centro de salud de Maras, Urubamba, Cusco.

**Tabla 12**

Relación entre A.R. positivo y ansiedad

<b>Correlaciones</b>			
		A.R. positivo	Ansiedad
	Coeficiente de correlación	1,000	-,997**
A.R. positivo	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	86	86
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	-,997**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
Ansiedad	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	86	86

---

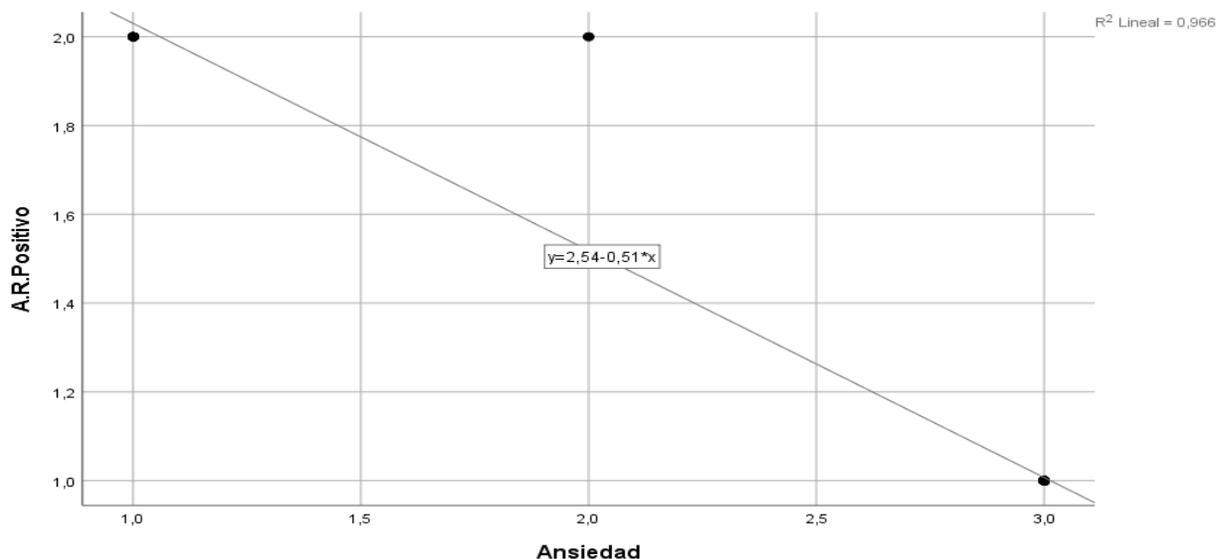
\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

---

Se pudo observar que el coeficiente de correlación de Spearman entre las dos variables es de -0.997, lo que indica una correlación inversa muy fuerte. Dado que el nivel de significancia es menor a 0.05 ( $p = 0.000 < 0.05$ ), hemos aceptado la hipótesis que sugiere que existe una correlación significativa y muy fuerte entre el afrontamiento religioso positivo y la ansiedad en los pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud de Maras, Urubamba, Cusco. Por lo tanto, se puede inferir que la presencia de afrontamiento religioso positivo está asociada a la ausencia de ansiedad, como se muestra en el gráfico de la figura 4, generado con el *software* SPSS.

#### **Figura 4**

Relación entre A.R. positivo y ansiedad



*Nota.* La figura muestra una correlación inversa o negativa muy fuerte.

En la tabla N.º 13. Se identificó y describió la relación entre la dimensión afrontamiento religioso negativo y ansiedad en los pacientes diagnosticados positivos al COVID-19 en el centro de salud de Maras, Urubamba-Cusco.

**Tabla 13***Relación entre A.R. negativo y ansiedad*

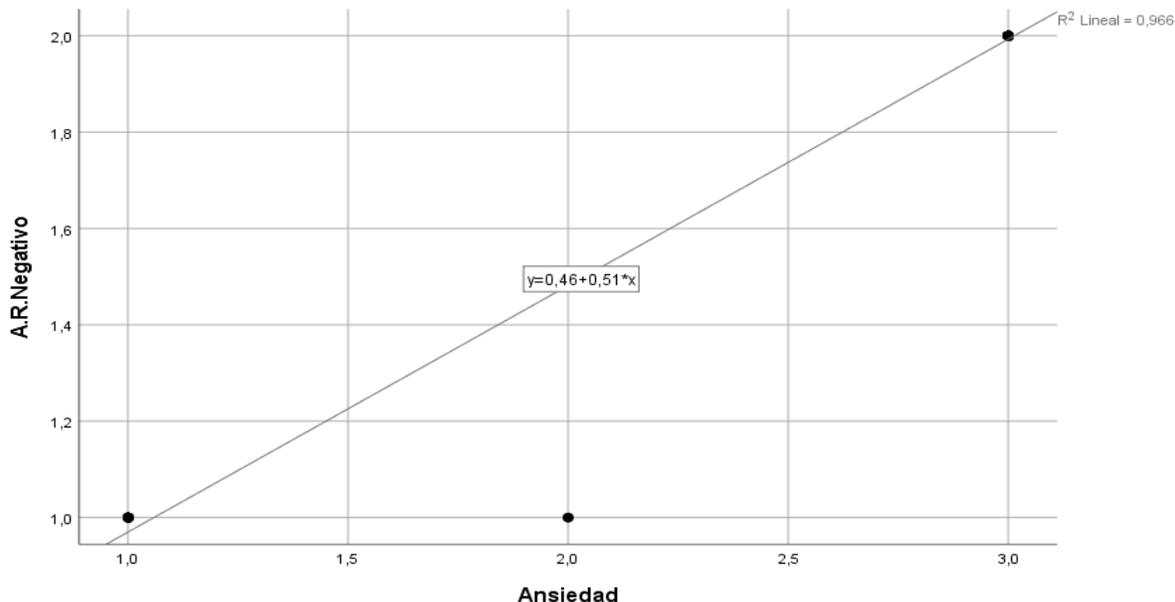
<b>Correlaciones</b>				
		A.R. Negativo	Ansiedad	
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,997**	
	A.R. Negativo	Sig. (bilateral)	,000	
	N	86	86	
	Coeficiente de correlación	,997**	1,000	
	Ansiedad	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	86	86	

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Se pudo observar que el coeficiente de correlación de Spearman entre las dos variables es de 0.997, lo que indica una correlación muy fuerte y directa. Dado que el nivel de significancia es menor a 0.05 ( $p = 0.000 < 0.05$ ), hemos aceptado la hipótesis que sugiere que existe una correlación significativa y muy fuerte entre el afrontamiento religioso negativo y la ansiedad en los pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud de Maras, Urubamba, Cusco. Por lo tanto, podemos inferir que a mayor presencia de afrontamiento religioso negativo, mayor es la presencia de ansiedad, o, dicho de otro modo, si en una situación crítica de salud predomina la presencia de afrontamiento religioso negativo, entonces predominará la presencia de ansiedad, como se muestra en la figura 5, generada con el *software* SPSS.

**Figura 5**

Relación entre afrontamiento religioso negativo y ansiedad



#### 4.5. Prueba de Hipótesis

##### Prueba de hipótesis general

Una vez obtenidos y analizados estadísticamente los datos de las pruebas aplicadas tanto para el afrontamiento religioso como para la ansiedad, se pudo confirmar la hipótesis general. Esto significa que se encontró una correlación significativa, inversa y muy fuerte entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en los pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud de Maras, Urubamba, Cusco en el 2021. Por lo tanto, se puede concluir que a medida que aumenta el afrontamiento religioso, disminuye la presencia de ansiedad.

##### Prueba de hipótesis 1

Según los resultados, se confirma la hipótesis planteada de que existe una relación significativa entre el afrontamiento religioso positivo y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco en el 2021. Esto

indica una correlación muy fuerte, inversa o negativa, entre el afrontamiento religioso positivo y la ansiedad. Por lo tanto, se puede inferir que, si hay presencia de afrontamiento religioso positivo, entonces no hay presencia de ansiedad.

### **Prueba de hipótesis 2**

De acuerdo con los resultados, se confirma la hipótesis planteada de que existe una relación significativa entre el afrontamiento religioso negativo y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco, en el 2021. Esto indica una correlación muy fuerte, directa o positiva, entre el afrontamiento religioso negativo y la ansiedad. Por lo tanto, podemos inferir que, a mayor presencia de afrontamiento religioso negativo, mayor es la presencia de ansiedad o, dicho de otra manera, si hay presencia de afrontamiento religioso Negativo, también habrá presencia de ansiedad.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación respaldan la hipótesis general que sugiere una relación significativa entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en un centro de salud del distrito de Maras, Urubamba, Cusco, en el 2021. Siendo un hallazgo de gran relevancia y profundidad. El coeficiente de correlación de  $-0.998$  entre el afrontamiento religioso y la ansiedad indica una relación inversa altamente significativa. Este resultado sugiere que a medida que el afrontamiento religioso aumenta, la presencia de ansiedad en estos pacientes tiende a disminuir de manera sustancial. Esta relación tiene implicaciones significativas para la recuperación de los pacientes, ya que la presencia de síntomas de ansiedad puede influir en las probabilidades de sanación o recuperación en situaciones de crisis de salud física o psicológica.

Contextualizando el resultado, este descubrimiento adquiere mayor relevancia al considerar el entorno sociocultural del área estudiada, donde se evidencia una marcada influencia religiosa. La asociación inversa identificada entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes con COVID-19 sugiere la posible presencia de mecanismos de afrontamiento derivados de la religión que podrían actuar como factores protectores frente a la ansiedad.

En cuanto a sus implicaciones clínicas y sociales, estos hallazgos plantean importantes consideraciones en términos de la salud mental y el abordaje clínico de pacientes con COVID-19. La comprensión de cómo el afrontamiento religioso puede modular la presencia de ansiedad ofrece una oportunidad para desarrollar estrategias de intervención más holísticas y culturalmente sensibles que integren este recurso de afrontamiento en el manejo terapéutico.

Nuestros resultados están en línea con lo que han encontrado Showing y Castro (2022) en su investigación sobre adultos en situaciones de pandemia por el coronavirus. Su estudio se basó en una revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA y utilizando fuentes de datos confiables como Scopus, Ebsco, Dialnet, entre otros, seleccionaron 10 estudios realizados entre 2020 y 2022. En dicho estudio, se encontró que una de las estrategias de afrontamiento efectivas para reducir la ansiedad en situaciones de pandemia por la COVID-19 es recurrir a la religión. Esto confirma la importancia del afrontamiento religioso como una estrategia para reducir los niveles de ansiedad generados por el coronavirus, lo cual concuerda con los hallazgos del presente estudio.

Es esencial destacar que, aunque el estudio mencionado por Showing y Castro (2022) se enfoca en adultos en situaciones de pandemia por el coronavirus, la muestra de su estudio no está compuesta exclusivamente por pacientes diagnosticados positivos al virus. Además, su investigación puede abordar diversas estrategias de afrontamiento ante la ansiedad, no necesariamente relacionadas con el coronavirus.

En contraste, el estudio que estamos discutiendo se enfoca específicamente en pacientes diagnosticados positivos con COVID-19 en un centro de salud de Maras, Urubamba, Cusco, en el 2021. Por lo tanto, se centra en una población más específica y en la relación entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en este contexto particular. Aunque ambos estudios pueden tener hallazgos relacionados con la religión y el afrontamiento de la ansiedad, es importante reconocer las diferencias en la población estudiada y el enfoque de cada investigación. Esto resalta la importancia de considerar el contexto y los detalles específicos de cada estudio al interpretar los resultados y establecer relaciones con otras investigaciones.

En cuanto a la primera hipótesis específica, que plantea una relación entre el afrontamiento religioso positivo y la variable ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-

19, este estudio ha encontrado una relación inversa o negativa muy fuerte. Esto significa que la dimensión de afrontamiento religioso positivo actúa como un factor de reducción de los niveles de ansiedad. En otras palabras, a medida que aumenta el afrontamiento religioso positivo, los niveles de ansiedad disminuyen en los pacientes diagnosticados con COVID-19. Por lo tanto, se confirma la relación inversa planteada en esta hipótesis específica.

Asimismo, es interesante notar cómo los resultados de este estudio están relacionados con investigaciones anteriores, como las de Quiceno y Vinaccia (2009), Merino (2016), Díaz y Torres (2021), y Tapia y Zuniga (2021). Estos estudios sugieren que los participantes que muestran una mayor filiación religiosa o espiritual tienden a tener menores niveles de ansiedad y mejores condiciones de recuperación en situaciones críticas, como el confinamiento durante la pandemia de COVID-19. Estos hallazgos respaldan la importancia de la espiritualidad y la religión en la salud mental y física en momentos de crisis, y esto está en consonancia con los resultados del presente estudio.

Sin embargo, es cierto que existen diferencias importantes entre el estudio actual y los trabajos de los autores mencionados. Por ejemplo, en los estudios anteriores, las muestras incluían tanto adultos como jóvenes, pero no se especificaba el tipo de afrontamiento religioso (positivo o negativo) que predominaba. Además, si bien los participantes de esos estudios pueden haber pertenecido a diferentes credos y enfrentaron situaciones relacionadas con el confinamiento por la COVID-19 y otros contextos, no se centraron en pacientes diagnosticados positivos con el virus, como lo hace el presente estudio. Esta característica distintiva, que se enfoca específicamente en pacientes con COVID-19, es una diferencia significativa entre el estudio actual y los trabajos previos.

En cuanto a la relación de la segunda hipótesis específica, que plantea una relación entre el afrontamiento religioso negativo y la variable ansiedad en pacientes diagnosticados con

COVID-19, este estudio ha encontrado una relación directa o positiva en un nivel muy fuerte. Esto significa que la dimensión de afrontamiento religioso negativo actúa como un indicador sólido de la presencia de síntomas de ansiedad en los pacientes diagnosticados positivos con el virus. En otras palabras, cuando existe presencia de afrontamiento religioso negativo, también existe la presencia de ansiedad. De esta manera, esta segunda hipótesis específica muestra una relación directa y positiva, a diferencia de las demás hipótesis específicas que se han examinado en este estudio.

Además, los resultados de este estudio están en consonancia con lo que sugieren Rodríguez (2016) y Gonzales (2016) en sus investigaciones. Ambos autores indican que la religión puede tener un impacto positivo en las conductas de salud de los pacientes, lo que es fundamental para su recuperación en casos de enfermedades físicas o psicológicas. Esto respalda la idea de que el afrontamiento religioso puede desempeñar un papel importante en la recuperación de la salud. Estos estudios, de manera análoga, demuestran congruencia con los resultados de la presente investigación.

Sin embargo, es cierto que existen diferencias entre el estudio actual y los trabajos de Rodríguez y Gonzales. Por ejemplo, aunque las muestras de estudio pueden ser similares, no se utiliza el mismo instrumento de afrontamiento en los estudios anteriores, y no se determina una relación directa entre el afrontamiento religioso negativo y la no recuperación de los pacientes. Además, aunque los autores mencionados son claros en demostrar la influencia favorable de la religión, la creencia o la espiritualidad en la modificación positiva de las conductas de salud mental de los pacientes, no se menciona específicamente la ansiedad como una variable directa en sus investigaciones.

Este estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser reconocidas. En primer lugar, el tamaño de la muestra se basó en la cantidad de pacientes atendidos en el centro de salud del

distrito durante el 2021, lo cual no constituye una muestra grande debido a la naturaleza de un centro de salud distrital. Además, la mayoría de los pacientes atendidos provienen del mismo contexto geográfico y comparten en su mayoría las mismas creencias religiosas, ya que no se consideraron pacientes de diferentes credos en el estudio.

Si bien este estudio ha identificado una fuerte correlación entre estas variables, es fundamental reconocer que existen otras posibles influencias y variables no exploradas que podrían modular esta relación. Por ende, futuras investigaciones podrían profundizar en los mecanismos precisos detrás de esta asociación e investigar cómo otros factores podrían interactuar con el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes con coronavirus.

En resumen, nuestros hallazgos respaldan la relación entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en un contexto específico. Estos resultados ofrecen valiosa información para comprender cómo la espiritualidad y la religión pueden influir en la salud mental de los pacientes en situaciones de crisis. Sin embargo, es importante tener en cuenta las diferencias en la población estudiada y el enfoque de la investigación en comparación con estudios anteriores. Estas diferencias subrayan la importancia de considerar el contexto y los detalles específicos al interpretar los resultados y establecer conexiones con otras investigaciones.

## CONCLUSIONES

En esta tesis se estableció una relación entre el afrontamiento religioso y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco en el 2021. Los resultados demostraron una correlación inversa negativa muy fuerte y altamente significativa, lo que significa que a medida que aumenta el afrontamiento religioso, disminuye la presencia de ansiedad. En consecuencia, se confirma la hipótesis de que existe una relación significativa entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en la muestra de estudio mencionada.

Estos hallazgos tienen relevancia práctica, ya que sugieren que, frente a la amenaza no controlada de la pandemia y el temor a dar positivo en la prueba del virus, que se asociaba con la imagen de la muerte durante los años 2020 y 2021, existe una vía hacia el bienestar y la recuperación de la salud. Esta vía implica la ausencia de síntomas de ansiedad y la presencia de un afrontamiento religioso positivo, lo que puede ayudar a las personas a superar situaciones críticas de salud.

Además, esta investigación contribuye al campo de la psicología de la religión al destacar el papel del afrontamiento religioso como un modificador de la conducta en situaciones de salud crítica. También, aporta a la ciencia de la salud en general al demostrar la importancia de la correlación significativa entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en pacientes diagnosticados con enfermedades graves. Esto proporciona información útil tanto en el ámbito de la salud física como en el de la salud mental, especialmente en contextos críticos como el experimentado durante la pandemia.

## RECOMENDACIONES

En función a nuestras conclusiones, podríamos considerar para futuras investigaciones o aplicaciones prácticas las siguientes:

**Investigación adicional.** Sugeriría profundizar en la relación entre el afrontamiento religioso y la ansiedad en otros contextos de salud y enfermedades graves. Ampliar la muestra a diferentes entornos geográficos o culturales podría ofrecer una visión más completa de esta relación.

**Intervenciones clínicas.** Considerar el desarrollo de intervenciones o programas de apoyo que integren estrategias de afrontamiento religioso para reducir la ansiedad en pacientes con enfermedades graves. Esto podría incluir apoyo espiritual, prácticas de meditación o programas de apoyo psicológico basados en la fe.

**Educación y sensibilización.** Educar a los profesionales de la salud sobre la importancia del afrontamiento religioso como recurso para la salud mental y física de los pacientes. Esto podría implicar capacitaciones o programas educativos para promover una comprensión más amplia de la diversidad cultural y espiritual en el ámbito de la salud.

**Seguimiento longitudinal.** Realizar un seguimiento a largo plazo de pacientes con COVID-19 u otras enfermedades graves para analizar cómo el afrontamiento religioso puede influir en la recuperación a largo plazo, la calidad de vida y la salud mental.

**Integración en prácticas de salud mental.** Explorar cómo la integración de estrategias de afrontamiento religioso puede complementar las prácticas de salud mental convencionales en el tratamiento de la ansiedad y otras condiciones de salud mental.

## REFERENCIAS

- Alvarado, E y Pagán, O. (2021). Consideraciones sobre la espiritualidad y la religión como recursos de afrontamiento durante la pandemia del coronavirus. *Revista Caribeña de Psicología*, 5, 2-12.  
[https://www.researchgate.net/publication/350612669\\_Consideraciones\\_sobre\\_la\\_Espiritualidad\\_y\\_la\\_Religion\\_como\\_Recursos\\_de\\_Afrontamiento\\_durante\\_la\\_Pandemia\\_del\\_COVID-19](https://www.researchgate.net/publication/350612669_Consideraciones_sobre_la_Espiritualidad_y_la_Religion_como_Recursos_de_Afrontamiento_durante_la_Pandemia_del_COVID-19)
- Ardévol, E (coord.) y otros. (2003). *Antropología de la religión. Una aproximación interdisciplinaria a las religiones antiguas y contemporáneas*: Editorial UOC.
- Carrasco, Y. (2016). *La religión y su influencia en las conductas de salud*. (Tesis de doctorado, Universidad de Huelva, Facultad de Ciencias de la Salud, Huelva, España).  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=48407#:~:text=Las%20creencias%20religiosas%20regulan%20conductas,entre%20creencias%20religiosas%20y%20salud.>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Caycho-Rodríguez, T., García, C. H., Reyes-Bossio, M., Cabrera-Orosco, I., Oblitas, L. A. y Arias, W. (2019). Evidencias psicométricas de una versión breve de la Mindful Awareness Attention Scale en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(3), 19–32. <http://dx.doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n3.24870>
- Coronavirus Resource Center. (2020). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU),  
<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
- Diego, R., & Guerrero, M. (2019). La influencia de la religiosidad en la salud: el caso de los hábitos saludables/no saludables. *Cultura de los Cuidados*, 0(52), 167-177.  
[doi:https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.15](https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.15)
- Fonseca, M. (2016). Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(3), 258-264.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.011>
- Franco-Jimenez, A. (2020). Traducción y análisis psicométrico del Coronavirus Anxiety Scale (CAS) en jóvenes y adultos peruanos. Extraído de  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7522742/>
- González-Rivera, J., Rosario-Rodríguez, A., y Cruz-Santos, A. (2020). Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un Nuevo Instrumento para Medir Síntomas de ansiedad Asociados al COVID-19. *Interacciones*, 6(3), e163. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.163>

- Kenneth I., Pargament, H- G. Koenig y Perez, M. (2000). Los múltiples métodos de afrontamiento religioso: Desarrollo y validación inicial del RCOPE. *Revista de Psicología Clínica*, 56(4), 519-543.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Estrés, evaluación y afrontamiento*. Martínez Roca.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.
- Ministerio de Salud. (2020). Sala situacional COVID-19 Perú, [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp).
- Nelson, B., Pettitt, A. K., Flannery, J. y Allen, N. (2020). Psychological and Epidemiological Predictors of COVID-19 Concern and Health-Related Behaviors. *PsyArXiv*, <http://dx.doi.org/10.31234/osf.io/jftze>
- Quiceno, 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\\_arttext&pid=S1794-99982009000200009&lng=en&tIng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982009000200009&lng=en&tIng=es).
- Salgado, A. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 121-159. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.55>
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2014a3>
- Silver, R. C. (1994). *Coping with Health Stress and Chronic Illness (Afrontando el estrés de la salud y la enfermedad crónica)*. Plenum Press editorial.
- Vizioli, N. y Pagano, A. (2020). Adaptación del Inventario de ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones*, 6(3), e171. <https://dx.doi.org/10.24016/2020.v6n3.171>

## APÉNDICES

### Apéndice A. Matriz de Consistencia

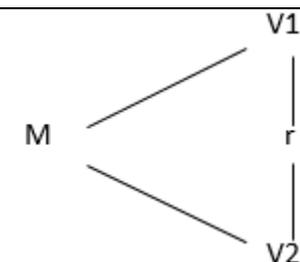
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Metodología
¿Cuál es la relación que existe entre afrontamiento religioso y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021)?	Determinar la relación que existe entre afrontamiento religioso y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021)	Existe relación significativa entre afrontamiento religioso y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021)	Enfoque: Cuantitativo, ya que los datos se recogerán a través de cuestionarios que se cuantificaran para tener los resultados de las variables a estudiar. Tipo de investigación: Correlacional.
Problema específico	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Diseño: Descriptivo correlacional.
¿Cuál es el tipo de afrontamiento religioso en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021)?	Oe1. Determinar el tipo de afrontamiento religioso en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021).	Existe relación significativa entre afrontamiento religioso positivo y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud	

¿Cuál es el nivel de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021)?

Oe.2. Determinar el nivel de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021).

del distrito de Maras, Cusco (2021).

Existe relación significativa entre afrontamiento religioso negativo y la



Población y muestra:

¿Cuál es la relación que existe entre afrontamiento religioso positivo y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras/ Cusco?

Oe.3. Determinar la relación que existe entre afrontamiento religioso positivo y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras/ Cusco-2021.

presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras, Cusco (2021).

Población:

La población objeto del presente estudio, está conformada por la totalidad de pacientes atendidos por el centro de salud del distrito de Maras.

Muestra

La muestra se conformó considerando el tipo de muestreo no probabilístico de selección directa intencionada, que quedo compuesta por pacientes diagnosticados con COVID-19 en el centro de salud del distrito de Maras. 2021

¿Cuál es la relación que existe entre afrontamiento religioso negativo y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19 en

Oe. 4. Determinar la relación que existe entre afrontamiento religioso negativo y la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con COVID-19

---

el centro de salud del distrito de	en el centro de salud del distrito	Instrumentos:
Maras/ Cusco-2021?	de Maras/ Cusco-2021	Inventario de Escala RCOPE breve.
		Inventario de ansiedad de Beck (BAI).

---

**Apéndice B.****AUTORIZACIÓN DE PERMISO EN LA INSTITUCIÓN**

Yo Abraham FIGUEROA CHAVEZ, estudiante de la universidad Continental y tesista para optar el grado profesional de licenciado en Psicología, declaro que cuento con la autorización y firma correspondiente del centro de salud, para el ingreso a los archivos o historias clínicas de los pacientes positivos al COVID-19 atendidos el 2021 en el centro de salud, y recabar la información de los resultados de las dos pruebas o instrumentos para realizar la presente investigación.

De lo cual doy fe.

Abraham FIGUEROA CHAVEZ

DNI 42180546

## **Apéndice C.**

### **Sobre el Consentimiento Informado**

La presente investigación, se realizó por medio del análisis y revisión de dos cuestionarios ya evaluados en el 2021 por el profesional de Salud Mental del centro; datos, respuestas o resultados que se recolectó por medio de las historias clínicas o psicológicas de los pacientes diagnosticados positivos al COVID-19 y atendidos en el centro de salud. Motivo por el que el presente investigador del 2022 no puede presentar el consentimiento informado por no ser el directo evaluador, sino el que utilizará los resultados de los cuestionarios del 2021 para su investigación.

**Apéndice D.**

## APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA

Yo Abraham FIGUEROA CHAVEZ, estudiante de la universidad Continental y tesista para optar el grado profesional de licenciado en Psicología, que para la presente investigación declaro contar con la aprobación del comité de ética de la universidad con Oficio N.º195-2022-CE-FH-UC de fecha 20 de septiembre del 2022.

De lo cual doy fe.

Abraham FIGUEROA CHAVEZ

DNI 42180546

## Apéndice E.

### Instrumentos que se Emplearon

#### RECOPE

(Escala Abreviada de Afrontamiento Religioso)

Nombre..... Fecha.....

Indique según corresponda a cada ítem:

1. Nunca.
2. Casi Nunca.
3. A veces.
4. Casi Siempre.
5. Siempre.

Ítems	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Supongo que mi Iglesia por momentos me abandona.	1	2	3	4	5
2. Trato de comprender que Dios me fortalece a través de ciertas situaciones.	1	2	3	4	5
3. Pongo en entredicho el poder de Dios.	1	2	3	4	5
4. Junto con Dios, intento llevar a cabo mis planes.	1	2	3	4	5
5. Busco la ayuda de Dios, para obviar mi enojo.	1	2	3	4	5
6. Busco el amor y el cuidado de Dios.	1	2	3	4	5
7. Pido perdón por mis faltas.	1	2	3	4	5
8. Me siento castigado por Dios por mi falta de devoción.	1	2	3	4	5
9. Pongo en duda el amor que Dios siente por mí.	1	2	3	4	5
10. Me enfoco en mi religión para dejar de preocuparme por los problemas.	1	2	3	4	5
11. Me pregunto qué pude haber hecho para que Dios me castigue de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Supongo que Dios me abandona.	1	2	3	4	5
13. Me siento convencido que el demonio hace que las cosas pasen.	1	2	3	4	5
14. Busco la cercanía de Dios.	1	2	3	4	5

Identificación ..... Fecha .....

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto  
 1 = Levemente, no me molesta mucho  
 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo  
 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

A.F.

A.S.