

# Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad.

Simkin, Hugo y Etchevers, Martin.

Cita:

Simkin, Hugo y Etchevers, Martin (2014). *Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad*. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60 (4), 265-275.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/hugo.simkin/22>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pnsG/9qX>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 60 - Nº 4

Buenos Aires - Diciembre 2014

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

## Editorial

### 217. Los límites de la *mnemoteca*

HUGO R. MANCUSO

## Originales. Trabajos completos

### 219. Personalidad e indicadores de riesgo psicopatológico en adolescentes de contexto rural

SILVINA VALERIA CABALLERO, ANA BETINA LACUNZA

### 227. Estudio psicométrico del *Cuestionario de Apego Parental de Kenny* en adolescentes argentinos

CINTHIA BALABANIAN, VIVIANA LEMOS, JAEL VARGAS RUBILAR

### 236. Funciones ejecutivas en niños escolarizados según el nivel de rendimiento en cálculo

VALERIA AGUER, VANESSA ARÁN FILIPPETTI

## *Acta 60 años. Antología [1954-1961]*

### 246. Presentación

ACTA NEUROPSIQUIÁTRICA ARGENTINA

### 247. El analizador periférico y la teoría de la estructura

JORGE THÉNON

### 254. El enfoque psicosocial en Psiquiatría

ACTA NEUROPSIQUIÁTRICA ARGENTINA

### 256. ¿Por qué cura un grupo?

GUILLERMO VIDAL

### 258. Anatomía funcional del lenguaje

JUAN E. AZCOAGA

# acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 60 - Nº 4

Buenos Aires - Diciembre 2014

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

## Revisiones

**265 . Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del *Modelo de los Cinco Factores***

HUGO SIMKIN, MARTÍN ETCHEVERS

**277. Organizaciones Positivas: un marco de referencia para su abordaje en Latinoamérica**

MARÍA LAURA LUPANO PERUGINI

**286. Estrategias de aprendizaje: una revisión teórica e instrumental**

JULIANA BEATRIZ STOVER, AGUSTÍN FREIBERG HOFFMANN,  
FABIANA URIEL, MERCEDES FERNÁNDEZ LIPORACE

## Informaciones

**300. XXX Congreso Argentino de Psiquiatría  
APSA  
I Congreso Nacional de Psicología  
Agradecimiento**

Índice General del Volumen 60 – 2014

Fundación **acta**  
Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro  
Personería Jurídica Nº 4863/66  
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y  
Acción Social con el Nº 1.777

### CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

**Mario Vidal:** Presidente

**Diana Vidal:** Secretaria

**Rodrigo Vidal:** Vicepresidente 1º

**Luis Meyer:** Tesorero

**Edith Serfaty:** Vicepresidente 2º

**Fernando Lolas Stepke:** Director Técnico

**Sede Social:** Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina  
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina  
(54 11) 4897 – 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

## Consejo Científico

**Roberto Canay**  
UMSA, USAL, Argentina  
**Diego Feder**  
Uni. Maimónides, Argentina  
**Pascual Gargiullo**  
IMBECU, CONICET, Argentina  
**Ana Lía Kornblit**  
UBA, CONICET, Argentina  
**María de los Á. López Geist**  
APSA, Argentina  
**Alicia Losoviz**  
FELAIBE  
**Humberto Mesones**  
Ac. Nac. de Medicina, Argentina  
**Hugo Míguez**  
CONICET, Argentina  
**Lucía Rossi**  
UBA, Argentina  
**María Lucrecia Rovalletti**  
UBA, CONICET, Argentina  
**Edith Serfaty**  
Ac. Nac. de Medicina, Argentina  
**Fernando Silberstein**  
UBA, UNR, Argentina  
**Roberto Sivak**  
Uni. Maimónides, Argentina  
**Humberto Tittarelli**  
CISM, Argentina  
**Patricia Weismann**  
UNMDP, Argentina

## Consejo Científico Internacional

**Jorge Acevedo Guerra**  
Santiago – Chile  
**Renato D. Alarcón**  
Rochester – EUA  
**Rubén Ardila**  
Bogotá – Colombia  
**Demetrio Barcia**  
Murcia – España  
**Helio Carpintero**  
Madrid – España  
**Jorge A. Costa e Silva**  
Rio de Janeiro – Brasil  
**Otto Dörr Zegers**  
Santiago – Chile  
**Héctor Fernández-Álvarez**  
Buenos Aires – Argentina  
**Alejandro Gómez**  
Santiago – Chile  
**René González Uzcátegui**  
San José - Costa Rica  
**Itzhak Levav**  
Jerusalem – Israel  
**Aliño J. José López-Ibor**  
Madrid – España  
**Facundo Manes**  
Buenos Aires – Argentina  
**Juan Mezzich**  
Pittsburgh – EUA  
**A. Rafael Parada**  
Santiago – Chile  
**Héctor Pérez-Rincón**  
México D.F. – México  
**Juan Matías Santos**  
Madrid – España  
**Hernán Silva Ibarra**  
Santiago – Chile  
**Carlos Sluzki**  
Santa Barbara – EUA  
**Tomás Ortiz**  
Madrid – España  
**Benjamín Vicente**  
Concepción – Chile  
**Sergio Villaseñor Bayardo**  
Guadalajara – México  
**Ana María Zlachevski Ojeda**  
Santiago – Chile

## Comité Honorífico

**Francisco Alonso-Fernandez**  
UCM – España.  
**Fernando Lolás Stepke**  
Universidad de Chile – Chile.  
**Luis Meyer**  
Fundación Acta F. para la SM–Argentina.



*Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* es una publicación científica sin fines de lucro, propiedad de la *Fundación ACTA Fondo para la Salud Mental*, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría, la psicología y las neurociencias en lengua española y sus relaciones interdisciplinarias, en sus varias orientaciones, con las ciencias sociales y los fundamentos epistemológicos y metodológicos de las mismas. Aparece regularmente cuatro veces al año en marzo, junio, septiembre y diciembre en versión impresa (ISSN 0001-6896) y a partir de 2014 y con la misma regularidad, en versión en línea (ISSN 2362-3829). Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas de Argentina en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indexada en las bases de datos electrónicas LATINDEX, LILACS, PSYCODOC, PsycINFO, figura en tales registros abreviada como: *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*

## Director Fundador

† **Guillermo Vidal** [1917-2000]

## Director

**Hugo R. Mancuso**  
director@acta.org.ar

## Consejo Académico

**Ricardo Aranovich.** Universidad de Flores, Argentina.  
raranovich@hotmail.com  
**Juan Azcoaga.** Universidad de Buenos Aires, Argentina.  
jazcoaga@fibertel.com.ar  
**Gustavo A. Mäusel.** Universidad del Museo Social Argentino  
gustavo.mausel@umsa.edu.ar  
**Gustavo Tafet.** Universidad Maimónides, Argentina.  
psychiatry@maimonides.edu

## Secretaría de Redacción

**Alejandra Niño Amieva.** Universidad de Buenos Aires, Argentina.  
editor@acta.org.ar

## Responsable Administrativo

**Ignacio Burgo.** Fundación Acta Fondo para la Salud Mental, Argentina.  
ignacio.burgo@acta.org.ar

## Administración

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° (Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires), C1122AAJ, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, R. Argentina Tel./Fax: (54 11) 4897-7272; fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 091317

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

© Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental

Todos los derechos reservados - Ley 11.723.

Hecho el depósito que marca la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin previo consentimiento de Fundación Acta. Los artículos y notas firmadas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Impresión: Photothell print web. Oliden 1100, B1832MIN, Lomas de Zamora, R. Argentina.

Revisión

## Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del *Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad*

HUGO SIMKIN, MARTÍN ETCHEVERS

HUGO SIMKIN  
Magister en Psicología y  
Aprendizaje. Facultad de  
Ciencias Sociales, Universidad  
de Buenos Aires (UBA);  
Becario doctoral UBACyT.  
R. Argentina.

MARTÍN ETCHEVERS  
Licenciado en Psicología.  
Facultad de Psicología,  
Universidad de Buenos Aires  
(UBA), R. Argentina.

En el marco de la Psicología de la Religión diferentes estudios han procurado evaluar los efectos positivos y/o negativos de la espiritualidad y la religiosidad en la salud mental. Sin embargo, en el creciente número de trabajos que han explorado esta relación se han observado resultados contradictorios. Mientras que algunos autores han observado que quienes se consideran a sí mismos religiosos o espirituales suelen presentar mayores síntomas psicopatológicos otros han observado que pueden presentar mayor salud mental. Por este motivo, se ha sugerido que definir ambos constructos en el marco del *Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad* puede contribuir a precisar la relación entre la religiosidad, la espiritualidad y la salud mental. El objetivo de este trabajo consiste, en primer lugar, en revisar las definiciones de la religiosidad y de la espiritualidad en el marco del *Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad*. En segundo lugar, desde este enfoque, se revisan los estudios que intentan comprender la relación entre la espiritualidad, la religiosidad y la salud mental.

**Palabras clave:** Religión □ Bienestar □ Personalidad.

### **Religiosity, Spirituality and Mental Health, within the Five Factor Model of Personality**

Several lines of research within the Psychology of Religion have attempted to assess the positive and/ or negative effects of religiosity and spirituality on mental health. However, the numerous studies that have investigated this relationship have produced conflicting results. While some authors have observed that those who consider themselves religious or spiritual tend to present more psychopathological symptoms, others have noted that they show better mental health. For this reason, it has been suggested that both constructs should be studied within the *Five Factor Model of Personality*, in order to clarify the relationship between religiosity, spirituality, and mental health. The aim of this paper is in the first place to review the definitions of religiosity and spirituality within de *Five Factor Model of Personality*. Secondly, from this perspective, review the studies aimed at the understanding of the relationship between spirituality, religiosity and mental health.

**Key Words:** Religion □ Well-Being □ Personality.

CORRESPONDENCIA  
Mg. Hugo Simkin. Serrano  
1474 Piso 7 Dpto B, C1414DFD.  
Ciudad de Buenos Aires,  
R. Argentina;  
hugosimkin@psi.uba.ar

## Introducción

Si bien la religiosidad y la espiritualidad han sido intensamente estudiadas desde los comienzos de la psicología, en los últimos años se han incrementado considerablemente la cantidad de trabajos publicados y el número de revistas especializadas en el tema, constituyéndose un área específica denominada Psicología de la Religión [24, 59]. En este marco se ha evaluado el impacto de la religiosidad y de la espiritualidad en numerosos aspectos psicológicos, como el razonamiento moral, los valores sociales, el prejuicio, la autoestima, la personalidad, el autoritarismo, el proceso de socialización o las actitudes [13, 20, 53]. En particular, una de las áreas de mayor interés ha sido su estudio en el marco de la psicología clínica, lo que ha motivado numerosos estudios que han procurado evaluar los efectos positivos y/o negativos de la espiritualidad y la religiosidad en la salud mental [7, 20, 25, 26]. Estas preocupaciones han estado presentes desde los orígenes del psicoanálisis [24] y en las últimas décadas, ha surgido un conjunto de modelos dentro de la orientación cognitivo-conductual que ha procurado presentar bases científicas a algunas de las prácticas y/o estrategias espirituales o religiosas: la *Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena*, la *Terapia Dialéctica Conductual*, la *Terapia de Aceptación y Compromiso*, la *Terapia Metacognitiva*, el *Sistema de Psicoterapia de Análisis cognitivo-conductual* y la *Psicoterapia Analítico Funcional* [27]. Sin embargo, en el creciente número de trabajos que han explorado la relación entre la espiritualidad, la religiosidad y la salud mental se han observado resultados contradictorios. Mientras que algunos autores han observado que quienes se consideran a sí mismos religiosos o espirituales suelen presentar mayores síntomas psicopatológicos [16, 23] otros han observado que pueden presentar mejor salud mental [49]. De acuerdo con Koenig, King y Carson [24], esta disparidad en los resultados puede deberse en parte a la falta de consenso en torno a una forma de definir y evaluar los constructos numinosos. En este

sentido, Piedmont [46] sugiere definir ambos constructos y estudiar esta relación en el marco del *Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad* (FFM) debido a que 1) considera la espiritualidad como un sexto factor de la personalidad y a que 2) permite conocer el desarrollo y la expresión de estos constructos a lo largo del ciclo vital, su importancia adaptativa, y el modo en que «encajan» en el sistema psíquico más amplio que llamamos «la persona».

El objetivo de este trabajo consiste, en primer lugar, en revisar las definiciones de la religiosidad y de la espiritualidad en el marco del *Modelo de los Cinco Grandes de la Personalidad*. En segundo lugar, desde este enfoque, se intenta comprender la relación entre la espiritualidad, la religiosidad y la salud mental.

## Aportes del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad en el estudio de la religiosidad y la espiritualidad

La personalidad posee su raíz etimológica en la palabra latina persona, que alude a las máscaras que los actores utilizaban en las representaciones teatrales de la Grecia clásica. Cada máscara se asociaba con un tipo de carácter específico, de modo tal que el público pudiera comprender desde un principio el papel que cada personaje iría a representar [35]. A pesar de que en psicología, la multiplicidad de enfoques existentes sobre la personalidad ha dificultado la posibilidad de establecer un consenso relativo a su definición [42, 21], en la actualidad se considera que la *Teoría de los Rasgos* (TR) es uno de los enfoques más utilizados para su estudio [35]. De acuerdo con Kassin [22], los rasgos se definen como patrones relativamente estables en el comportamiento, los pensamientos y las emociones de las personas.

Uno de los pioneros en el estudio de la TR fue Allport [2], quien define la personalidad como «la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente»

[2:48]. A partir del trabajo de Allport y Odbert [1] y de la técnica del análisis factorial, se han propuesto diversas clasificaciones de los múltiples rasgos de la personalidad en categorías que varían desde los tres [14] hasta los dieciséis [4, 39] factores. En la actualidad, el enfoque más empleado es el *Modelo de los Cinco Factores* [6, 52], a partir del cual los múltiples rasgos son agrupados en sólo cinco dimensiones: la *Apertura a la Experiencia* agrupa un conjunto de rasgos que remiten a la presencia de imaginación activa, sensibilidad estética, capacidad de introspección o curiosidad intelectual [35]. La *Responsabilidad* se refiere a aquellos rasgos ligados a la capacidad para controlar los impulsos, actuar con propósitos o metas claras, planificar, organizar y llevar adelante proyectos e ideas [6]. La *Extraversión* comprende aquellos rasgos que reflejan la tendencia a comunicarse con las demás personas, a ser asertivos, activos y verbalizadores [21]. La *Amabilidad* agrupa los rasgos que se asocian a la capacidad para establecer vínculos psicosociales, al altruismo, y a una amplia disposición a preocuparse por los demás [35]. El *Neuroticismo*, se define como un conjunto de rasgos ligados a la inestabilidad emocional o la predisposición a experimentar emociones negativas como miedos, sentimientos de culpa, tristeza o enojo.

De acuerdo con Piedmont [48], el FFM juega un rol importante para el estudio de la religión y de la espiritualidad, dado que permite conocer su desarrollo y expresión a lo largo del ciclo vital, su importancia adaptativa, y el modo en que «encajan» en el sistema psíquico más amplio que llamamos «la persona». Sin embargo, mientras que existe un fuerte consenso en torno a la definición y evaluación de la personalidad, todavía no existe acuerdo relativo a una definición unívoca respecto de la religión ni de la espiritualidad [12, 36], al punto que al momento se han identificado más de 40 definiciones diferentes para cada término [19, 24].

Inicialmente, las categorías de espiritualidad

y de religión fueron utilizadas indistintamente por los investigadores [19]. En un segundo momento, fueron planteadas en términos opuestos: una religión estática, institucional, objetiva, en oposición a una espiritualidad dinámica, personal, subjetiva [60]. Finalmente, Zinnbauer y Pargament [59] han observado que la espiritualidad y la religión no representan categorías opuestas, sino complementarias, de modo que las personas pueden considerarse a la vez religiosas y espirituales tanto como espirituales pero no religiosas.

Desde esta perspectiva, diversos autores definen a la espiritualidad como una motivación innata que orienta y guía el comportamiento humano en el esfuerzo de construir un sentido más amplio de significado personal en un contexto escatológico [46] que conduce a la búsqueda de lo trascendente [59]. Así, quienes se consideran espirituales tienden a creer que existe un orden en el universo que trasciende el pensamiento humano [49]. La religión, por su parte, remite al modo en que la espiritualidad se encuentra moldeada y se expresa a través de una organización comunitaria o social [46]. De este modo, mientras que la espiritualidad es vista como un atributo universal del individuo (como un rasgo de la personalidad), la religión remite a un conjunto específico de sistemas de creencias, prácticas y valores centrados alrededor de marcos institucionales explícitamente pautados e inmersos en determinadas tradiciones o culturas [49].

En particular, se han identificado cinco modelos de la personalidad que son frecuentemente estudiados conjuntamente con constructos religiosos y espirituales: la *Teoría de la Relación de Objetos* y el *Estilo de Apego* representan teorías de alcance intermedio porque se enfocan en fenómenos psicológicos particulares, en tanto que la tipología de Eynseck, el modelo biopsicosocial de Cloninger y el FFM representan modelos más generales de la personalidad [48].

Actualmente, numerosos estudios en el marco del FFM han observado que las escalas de espiritualidad parecen hallar asociaciones con amabilidad y apertura mientras que los comportamientos religiosos se encuentran asociados a amabilidad y responsabilidad [24]. Estos trabajos apoyarían la hipótesis de que la espiritualidad y la religiosidad tienen en común una actitud compasiva hacia los demás, aunque se diferencian en que la espiritualidad implica una búsqueda, una actitud de curiosidad hacia lo trascendente, mientras que la religiosidad se relaciona con los aspectos ligados a la obediencia y a los aspectos procedimentales de la participación religiosa [24].

Sin embargo, de acuerdo con Piedmont [47], a pesar de que la espiritualidad presenta aspectos en común con el FFM, no resulta redundante con el modelo. Por este motivo, se ha sugerido que la espiritualidad podría constituir un sexto factor de la personalidad [49]. Así, con el objeto de evaluar si la espiritualidad constituye un factor de la personalidad, diferentes estudios factorializaron de forma conjunta una serie de escalas de espiritualidad junto con los factores del FFM [47, 33]. Los autores fueron capaces de recuperar las cinco dimensiones originales de la personalidad, pero observaron que muchas de las escalas de espiritualidad definen factores independientes de los dominios del FFM, lo que ha conducido a inferir que se trata de un sexto factor.

### **La evaluación de la espiritualidad y la religiosidad en el marco del *Modelo de los Cinco Factores***

Dada la amplia diversidad de definiciones conceptuales de la religiosidad y de la espiritualidad, se han construido numerosos instrumentos para su evaluación, lo que ha dificultado su estudio [44, 50, 53]. Otro de los problemas radica en que la mayoría de los constructos existentes reflejan solamente la religiosidad y la espiritualidad de las orientaciones cristianas y occidentales [17]. De acuerdo con Piedmont y Leach [44], esto

impacta negativamente de dos maneras: (1) dificulta la posibilidad de distinguir los aspectos centrales y universales de ambos constructos y (2) resultan inadecuadas para evaluar personas de tradiciones religiosas diferentes. Por estos motivos, la Escala de Evaluación de Sentimientos Espirituales y Religiosos (ASPIRES) [46] fue desarrollada con el propósito de evaluar personas de diferentes religiones, como así también personas no religiosas o agnósticas.

Así, ASPIRES evalúa dos dimensiones: (1) Sentimientos Religiosos (SR) y (2) Trascendencia Espiritual (TE) [43]. SR se compone de dos dominios. El dominio (1) Religiosidad, refleja cuán activamente la persona participa de rituales y actividades religiosas (e.g. atender a servicios religiosos), así como el grado de importancia que estas actividades presentan para la persona. El dominio, (2) Crisis Religiosa, examina si una persona experimenta problemas, dificultades o conflictos con Dios o con su comunidad religiosa. Por su parte, TE representa un constructo motivacional que refleja el esfuerzo del individuo por crear un sentido personal más amplio para su vida. Aquellas personas que presentan altos valores de TE resultan capaces de encontrar un sentido y un propósito para la vida, más allá de su percepción inmediata del tiempo y el espacio y se sienten apegadas a la naturaleza y las comunidades. Aquellas personas con baja TE presentan una orientación más materialista, que los conduce a vivir en el aquí y ahora. Siguiendo a Piedmont [49] TE presenta tres dominios intercorrelacionados. (1) Realización en la oración se define como la habilidad para crear un espacio personal que permite sentir una conexión con una realidad más amplia. (2) Universalidad representa la creencia de que existe un sentido de la vida más amplio del que conocemos. (3) Conectividad se define como el sentimiento de pertenencia y de responsabilidad con una realidad humana más amplia que atraviesa diferentes grupos y generaciones.

Piedmont [49] observa que, en el marco del



FFM, una de las principales contribuciones de ASPIRES ha sido su impacto en el estudio de la salud mental, dado que ha sido frecuentemente administrada en diferentes contextos [45] junto a numerosas escalas relacionadas tanto con el bienestar subjetivo y psicológico como a la psicopatología, entre las que se destacan la Escala de Esperanza (Synder *et al.*, 1996), Escala de Satisfacción con la vida (Diener *et al.*, 1986), Autoestima (Rosenberg, 1979), Comportamiento prosocial (Rushton *et al.*, 1981), Propósito en la vida (Crumbaugh, 1968), individualismo (Dion & Dion, 1991) o Actitudes sexuales (Fisher, 1988) [49].

En contexto local, se han adaptado diferentes instrumentos de evaluación de los constructos religiosos y espirituales. Simkin y Etchezahar [53] presentaron una validación de la *Escala de Orientación Religiosa*. Recientemente, Lascano y Coppolillo [32] publicaron una adaptación de la *escala de Bienestar Espiritual*. Sin embargo, las adaptaciones de escalas en el área de la Psicología de la Religión aún son escasas.

### **Factores de la personalidad y salud mental**

De acuerdo con la OMS [37] la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Desde este enfoque, la salud mental no sólo se define como la ausencia de síntomas psicopatológicos (e.g. depresión, ansiedad, síntomas psicóticos) sino también por la presencia de sentimientos de bienestar [21, 58]. La importancia de la personalidad en relación a la salud mental ha sido considerada desde los orígenes de la medicina. Hipócrates distinguía entre cuatro tipos de temperamentos (sanguíneo, melancólico, colérico y flemático) con los que se encontraban asociados diversos trastornos físicos y psicológicos [21]. En la actualidad se observa que los factores de la personalidad juegan un papel fun-

damental tanto con los aspectos o cualidades positivas que presentan las personas como con problemas adaptativos que representan los trastornos mentales, tal como los describen el DSM IV y el DSM V [21, 29]. En este sentido, diversos meta-análisis han destacado la importancia del FFM en la comprensión de las diferencias individuales en la etiología, presentación, curso y tratamiento de síntomas psicopatológicos [28] y de la percepción de bienestar [8] dado que, al margen de compartir componentes biológicos y fisiológicos comunes [10, 55], la personalidad puede contribuir a crear condiciones que promuevan la salud mental [38].

En este sentido, las personas neuróticas son más sensibles al afecto negativo, generalmente interpretan acontecimientos vitales en términos adversos, lo que se asocia a una emocionalidad negativa que tiende a extenderse desde un área de vida a otra, lo que se describe como la «cascada neurótica» [9,56]. Por el contrario, los extrvertidos suelen experimentar acontecimientos vitales positivos [9, 34] mayores niveles de emociones positivas en la interacción interpersonal [41], y participar más en situaciones sociales que ayudan a aumentar su percepción de emociones positivas [57]. A su vez, una baja extraversión ha sido asociada al trastorno distímico y a la fobia social [28]. Sobre la base de un meta-análisis de 175 estudios, Kotov *et al.* [28] han identificado también bajos niveles de responsabilidad asociados a la mayoría de los trastornos mentales. Por su parte, amabilidad y apertura parecen no tener una relación tan directa con trastornos mentales [30]. De manera similar, si bien los cinco factores han sido asociados al bienestar subjetivo y al bienestar psicológico, la relación con la *Extroversión* y el *Neuroticismo* ha focalizado el mayor interés de los estudios, mientras que el resto de los factores han recibido relativamente poca atención [15,18, 21].

### **Religiosidad, espiritualidad y salud mental**

A la vez, numerosos autores han identificado

relaciones específicas entre la espiritualidad y la religiosidad y la salud mental [3]. En una reciente revisión, Koenig *et al.* [24] ubican los orígenes de estos estudios en Freud, quien consideraba que la religiosidad contribuía a la domesticación de los instintos destructivos, aunque podía presentar un impacto negativo cuando implicaba el sometimiento de unas personas sobre otras. De manera similar, para Ellis la religión resulta negativa para la salud mental dado que atenta contra la libertad del ser humano [24]. Siguiendo a Koenig [24], de acuerdo con Jung la devoción religiosa podía ser positiva para la salud mental, al punto que consideraba la «Deidad» dentro de sus arquetipos. Asimismo, Allport introdujo las categorías de religiosidad madura e inmadura para distinguir aquellas personas que presentan un interés genuino por la religión, de aquellas que la emplean para alcanzar ciertos objetivos personales, como poder, o estatus social [53]. En la actualidad, distintos autores han intentado comprender diferentes aspectos específicos de la espiritualidad y de la religiosidad que se asocian a una mejor o peor salud mental [24, 54].

### **Espiritualidad y salud mental**

De acuerdo con King *et al.* [23] las personas espirituales, en ausencia de un marco religioso, parecen presentar un peor estado de salud mental. Los autores realizaron un estudio en población general ( $n=7403$ ) con el objeto de conocer las relaciones entre la espiritualidad, la religiosidad y los síntomas y los diagnósticos psiquiátricos. Los autores informan que las personas que se consideran espirituales tienen una peor salud mental que las que no se consideran espirituales ni religiosas. Además, observaron que las personas religiosas resultan muy similares en cuanto a la prevalencia de trastornos mentales que las que no se consideran religiosas ni espirituales, excepto que resultan significativamente menos propensas a depender del consumo de drogas o alcohol.

En respuesta, Coock y Powel [5], sostuvieron

que el trabajo de King contradice la literatura en el área, que sugiere que la espiritualidad se asocia positivamente a la salud mental [31]. En el mismo sentido, a pesar de que los modelos psicoterapéuticos basados en *mindfulness* derivados de la práctica espiritual aún se encuentran lejos de alcanzar los criterios para considerarlos tratamientos con apoyo empírico, su proliferación es un hecho que puede constataarse tanto en los congresos de las asociaciones profesionales internacionales como en la formación de los terapeutas [5, 27].

De acuerdo con Piedmont [49], resulta posible de comprender la relación entre la espiritualidad y la salud mental en tanto la gestión del sentido de la mortalidad, en el marco de la construcción de un sentido más amplio de significado personal en un contexto escatológico, puede asociarse a una mayor satisfacción con la vida y una menor probabilidad de padecer patologías mentales. Para el autor, sabiendo que va a morir, cada persona necesita construir un sentido de propósito y significado para la vida. ¿Por qué estoy aquí? ¿Para qué sirve la vida? ¿Por qué debo hacer las cosas que hago? Las respuestas que cada persona encuentra a estas preguntas afectan la dirección de sus vidas, e idealmente, estas respuestas ayudan a reunir los hilos dispares de la existencia en una coherencia más significativa, que nos da voluntad de vivir y un propósito para la existencia. Para el autor, sin embargo, existen muchos tipos diferentes de respuestas a estas preguntas existenciales, y algunas de las respuestas proporcionan un mayor apoyo emocional y resiliencia psicológica que otras. Una forma de clasificar las respuestas a estas preguntas existenciales es en relación al marco temporal que la gente emplea para entender sus vidas. Por ejemplo, algunas personas pueden percibir sus vidas en el contexto inmediato en el que viven, en respuesta a las necesidades y demandas del aquí y ahora (un horizonte de sucesos relativamente corto). Otros pueden ver sus vidas como parte de una generación o cohorte

específica, y el significado personal se desarrolla en relación a la forma en que estas personas ven a sus compromisos con otros de su generación y las que les siguen (un horizonte de eventos más moderado). Por último, otros pueden ver sus vidas como parte de una vía ontológica eterna que implica responsabilidades para con los demás, en el aquí y ahora y en la otra vida (un horizonte de eventos largo). Cuanto más amplio sea el horizonte de sucesos que se utiliza para crear un significado, mayor estabilidad, satisfacción personal y salud mental puede experimentar cada persona [49].

### **Religiosidad y salud mental**

Por su parte, la relación específica entre la religiosidad y la salud mental ha presentado resultados dispares [49]. Por un lado, la religión presenta numerosas herramientas que pueden contribuir a una salud mental positiva, tales como promover la esperanza y el optimismo [51] u ofrecer un espacio de apoyo social [55]. Sin embargo, también se ha observado que puede asociarse a sintomatología ansiógena o depresiva.

Desde una perspectiva cognitivo-comportamental James y Wells [20] sugieren que la religión puede servir como un modelo mental genérico que influye en la evaluación, valoración y lectura que se hace del mundo y de los eventos de la vida. Así, dos mecanismos podrían subyacer a las fuertes asociaciones entre las dimensiones de religiosidad y salud mental: (1) las creencias religiosas proveen modelos genéricos mentales que sirven de base para la evaluación de los eventos de la vida y (2) proveen una base para la autorregulación del proceso de pensamiento. Para los autores, ambos mecanismos pueden ser tanto adaptativos como desadaptativos para lidiar con eventos estresantes de la vida, dependiendo de su forma y contenido.

La primera hipótesis cognitivo-conductual se basa en las perspectivas teóricas de Peterson y Roy y McGuire que sugieren que la religiosidad proporciona un marco interpre-

tativo que permite al individuo dar sentido a su existencia y contribuye a su autopercepción, su lugar en el mundo, y el significado y el propósito detrás de los acontecimientos vitales [20]. James y Wells [20] sugieren que la distinción entre la religiosidad intrínseca y extrínseca, y su correspondiente relación con el bienestar, se ilustra con este modelo. Así, para aquellas personas que presentan una orientación religiosa intrínseca, profundamente comprometidas con su religión, la explicación ofrecida por la religión podría ser aceptada y facilitar la comprensión de los eventos de la vida [20]. Por ejemplo, explicaciones religiosas en casos de lesiones físicas por accidentes proveen una serie de explicaciones posibles, como tener una lección que aprender o ser puesto de ejemplo para otros. Sin embargo, para las personas que presentan una orientación extrínseca, menos comprometidos a la religión, estas explicaciones no proporcionan confianza ni seguridad. En el mismo sentido, se ha observado que la religiosidad presenta un impacto positivo en los procesos de afrontamiento de sucesos vitales negativos [40]. Pargament [40] define el afrontamiento religioso como el esfuerzo por comprender y hacer frente al estrés en la vida en formas relacionadas con lo sagrado. El autor sugiere un modelo de dos factores de afrontamiento religioso positivo y negativo en respuesta a eventos estresantes de la vida que incluyen el perdón religioso, la superación, la conexión espiritual religiosa de colaboración, y la purificación religiosa.

El segundo mecanismo cognitivo-conductual sugiere que ciertos comportamientos religiosos contribuyen a la autorregulación o la metacognición, mediante la reducción de foco en el sí mismo, la preocupación y el estrés, y por lo tanto, conduce a una salud mental positiva [20]. Esta hipótesis se basa en estudios que sugieren que ciertas creencias religiosas pueden aumentar o disminuir la atención en el sí mismo, lo que se relaciona con trastornos emocionales, la obsesión, la culpa y la preocupación. En el segundo caso, comportamientos religiosos que contribuyen a la auto-regulación

o auto-control del pensamiento reduciendo el foco en uno mismo y en la preocupación se asocian positivamente con la salud mental. Por el contrario, los comportamientos religiosos que incrementan estos factores se asocian con resultados negativos. Por ejemplo, el rezo puede funcionar al igual que otras formas de meditación que se enseñan a reducir la atención focalizada en uno mismo, adquirir control mental y liberar a los individuos de síntomas de estrés como el preocuparse o la rumiación [20].

Sin embargo, Koenig, King y Carson [24] identifican algunos elementos de la religiosidad que podrían impactar negativamente en la salud mental, particularmente en aquellos sujetos con un elevado neuroticismo. En primer lugar, la devoción excesiva por la práctica religiosa puede provocar conflictos interpersonales con individuos que no profesen la misma religión e incluso dentro de una pareja si ambos miembros no son igualmente religiosos. En el mismo sentido, las escrituras religiosas pueden sacarse de contexto justificando el uso de la violencia contra otras personas o un miembro de la pareja cuando existen diferentes contextos culturales o religiosos de ambas partes [11]. A la vez, involucrarse en ciertos cultos religiosos puede ocasionar dependencia emocional de un líder y aislamiento de la familia y el entorno íntimo. En segundo lugar, la religión puede promover un pensamiento rigidizado o dogmático y una dependencia excesiva a normas y reglas, restringiendo la autonomía individual y favoreciendo tendencias obsesivo compulsivas en las personas. Finalmente, ciertas creencias religiosas ortodoxas pueden entrar en conflicto con la necesidad de recurrir a tratamientos médicos, psiquiátricos o psicológicos cuando estos son imprescindibles, obstaculizando el acceso al tratamiento [24].

Koenig, King y Carson [24] identificaron 339 estudios desde el año 2000 que evaluaron la relación entre religiosidad y espiritualidad y depresión, de los cuales 60% observaron una asociación negativa, y 7% una relación posi-

va. A la vez, los autores encontraron 222 estudios que exploraron la relación con ansiedad, de los cuales el 47% reportaron una asociación negativa, y el 10% una asociación positiva. En relación a síntomas psicóticos, de los 43 estudios relevados, el 33% reportó asociaciones negativas y el 23% asociaciones positivas. Si bien los estudios de *Trastornos de la Personalidad* son menos frecuentes, en relación al *cluster A* (paranoide/esquizotípico) dos de seis estudios hallaron relaciones inversas y uno encontró relaciones positivas. En cuanto al *Cluster B* (borderline, histriónico, narcisista, antisocial) el 50% encontró relaciones positivas y el 17% negativas. En relación al *cluster C* (evitativos, dependientes, obsesivo compulsivos) el 50% reportó asociaciones positivas, mientras que el 17% registró asociaciones negativas. Los autores, además identificaron 224 estudios que evaluaron relación entre espiritualidad, religiosidad y bienestar, de los cuales el 78% encontró asociaciones positivas.

Aunque se observan algunas investigaciones interesantes y útiles en estas áreas, las múltiples definiciones de la espiritualidad y la religiosidad, así como la enorme diversidad de escalas empleadas para la evaluación de los constructos, ha dificultado enormemente la posibilidad de establecer comparaciones precisas entre dichos estudios [24]. Entre los trabajos que han empleado específicamente ASPIRES, se han encontrado asociaciones significativas entre la faceta crisis religiosa y el eje II del DSMIV en una muestra de estudiantes universitarios y se ha observado que las facetas de TE como la faceta religiosidad se asociaron a aspectos positivos de la salud mental, como la satisfacción con la vida o el propósito en la vida [49].

Con el objetivo de sintetizar la información disponible, Koenig *et al.* [24] proponen tres modelos que integran los antecedentes que exploran la relación entre la religión, la espiritualidad y la salud mental positiva y negativa en población secular, de religiones occidentales y orientales. Para los autores, como con-

secuencia del proceso de socialización, la creencia de una relación con Dios o realidad última, constituye la fuente que orienta la práctica religiosa, los comportamientos, experiencias y estrategias de afrontamiento. De acuerdo con el modelo, esta relación depende en parte del temperamento, que afecta el modo en el que la persona experimenta su religión y los vínculos interpersonales con su comunidad religiosa. En este contexto, la religiosidad y la espiritualidad presentan efectos directos e indirectos en la salud mental positiva y negativa a través del apoyo social, las evaluaciones cognitivas de los estresores o el afrontamiento religioso. Esta relación, a su vez, se encuentra afectada directa e indirectamente por factores ambientales. Si bien no aportan mayor información, estos modelos permiten sintetizar las variables que más han sido conectadas a la salud mental y el modo en que se vinculan entre sí.

### **Discusión y conclusiones**

Desde sus inicios, la religiosidad y la espiritualidad han despertado un marcado interés que ha motivado numerosos trabajos en psicología. En los últimos años, dicho interés se fue formalizando en la medida en que su estudio se enmarcó en un creciente número de revistas especializadas en el tema, manuales y programas de estudio de grado y posgrado de diferentes universidades, tanto en el contexto internacional como en el local. Sin embargo, una de las dificultades que se han presentado en el área ha sido la marcada dificultad de establecer un consenso para una definición de ambos constructos. La amplia heterogeneidad de concepciones teóricas acerca de estas variables ha motivado una importante diversidad de instrumentos de evaluación que dificulta poder establecer comparaciones entre los diferentes estudios. Por este motivo, la relación entre la religiosidad, la espiritualidad y la salud mental ha presentado resultados diversos, a veces contradictorios y complejos de interpretar. Sin embargo, la progresiva relevancia que *el Modelo de los Cinco Grandes de la Personalidad* presentara para el estudio de

numerosas variables psicológicas, como por ejemplo, la salud mental, motivó el desarrollo de instrumentos de evaluación como ASPIRES, que pudieran contribuir a comprender la relación entre la espiritualidad y la religiosidad y la salud mental, en el contexto de la personalidad. Si bien todavía son escasos los estudios que han contribuido a examinar esta relación empleando este instrumento de evaluación, progresivamente se han podido identificar correlaciones específicas entre las diferentes facetas de ASPIRES, y la salud mental en el marco del FFM. Posiblemente, su estudio en el marco de este modelo pueda echar luz sobre los aspectos de la religiosidad y de la espiritualidad que favorecen o perjudican la salud mental.

De acuerdo a la revisión de Koenig *et al.* [24], en general, los estudios parecerían reflejar un impacto positivo de la religiosidad y de la espiritualidad en la salud mental. Esta relación podría comprenderse a partir de los aportes de James y Welles [24] según los cuales estas variables presentan un modelo mental genérico que influye la evaluación, valoración y lectura que se hace del mundo y de los eventos de la vida. Siguiendo a Piedmont [49] resulta posible que factores de la Personalidad, como el Neuroticismo, afecten el modo en que estos eventos de la vida sean interpretados desde una perspectiva religiosa. De acuerdo al autor, además, la espiritualidad constituiría un sexto factor de la personalidad que podría encontrarse asociado positivamente a la salud mental.

Por último, cabe señalar que si bien resulta posible identificar asociaciones positivas entre religiosidad y salud mental, en relación a la prevalencia de trastornos mentales, o de experimentar un mayor bienestar subjetivo y/o psicológico, es necesario señalar que ciertas experiencias, vinculadas al fundamentalismo religioso, pueden aparejar numerosos conflictos sociales e interpersonales. Por este motivo, futuras investigaciones que procuren explorar la relación entre la salud mental y la religiosidad, deberían considerar no solamen-

te su relación con trastornos mentales o el bienestar, sino también los aspectos de estos constructos que influyen en el comportamien-

to prosocial o en el autoritarismo, el prejuicio, la discriminación o la violencia, en el marco de las relaciones intergrupales.

## Referencias

1. Allport GW, Odbert HS. Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychol Monogr.* 1936; 47:211.
2. Allport GW. *Personality: a psychological interpretation.* New York: Holt, Rinehart, & Winston; 1937.
3. Brown IT, Chen T, Nathan C, Gehlert NC, Piedmont RL. Age and gender effects on the Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) scale: A cross-sectional analysis. *Psycholog Relig Spiritual.* 2013; 5 (2):90-8.
4. Cattell RB. *Personality a systematic theoretical and factual study.* New York: McGraw Hill; 1950.
5. Cook CC, Powell A. Spirituality is not bad for our mental health. *Br J Psychiatry.* 2013; 202(5):385-86.
6. Costa PT, McCrae RR. Still stable after all these years: personality as a key to some issues in adulthood and old age. In: Baltes PB. & Brim OG, editores. *Life span development and behaviour.* 3rd. ed. New York: Academic Press; 1980. p. 65-102.
7. Dalgalarondo P. Religious affiliation and mental health in Brazil. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 1994; 40 (4):325-41.
8. De Neve KM, Cooper H. The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychol Bull.* 1998; 124 (2):197-229.
9. Diener E, Oishi S, Lucas, RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol.* 2003; 54 (1):403-25.
10. Elliot AJ, Thrash TM. Approach-avoidance motivation in personality: approach and avoidance temperaments and goals. *J Pers Soc Psychol.* 2002; 82 (5):804-83.
11. Ellison, CG, Bartkowski JP, Kristin L. Anderson KL. Are there religious variations in domestic violence? *J Fam Issues.* 1999; 20 (1):87-113.
12. Emmons RA, Paloutzian RF, The psychology of religion. *Annu Rev Psycho.* 2003; 54 (1):377-402.
13. Etchezahar E, Simkin H. Religiosidad y espiritualidad: la mediación del autoritarismo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos,* 2013; 17 (2):48-58.
14. Eysenck HJ. *The measurement of personality.* Baltimore: University Park Press; 1976.
15. Gale CR, Booth T, Möttus R, Kuh D, Deary IJ. Neuroticism and Extraversion in Youth Predict Mental Wellbeing and Life Satisfaction 40 Years Later. *J Res Pers.* 2013; 47 (6):687-97.
16. Galen LW. Profile of the godless. Results of a survey of the non religious. *Free Inq.* 2009; 29: 41-5.
17. Gorsuch RL. Measurement: The boon and bane of investigating religion. *Am Psycho.* 1984; 39 (3):228-43.
18. Hayes N, Joseph S. Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Pers Individ Dif.* 2003; 34 (4):723-27.
19. Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough Jr. ME, Swyers JP, Larson DB, Zinnbauer NJ. Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *J Theory Soc Behav.* 2000; 30(1):51-77.
20. James A, Wells A. Religion and mental health: Towards a cognitive-behavioural framework. *Br J Health Psychol.* 2003; 8(3):359-76.
21. John OP, Richard R, Pervin LA. *Handbook of personality: Theory and research.* New York: Guilford Press; 2010.
22. Kassin, S. *Psychology.* USA: Prentice-Hall; 2003.
23. King M, Marston L, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Bebbington P. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *Br J Psychiatry.* 2013; 202(1):68-73.
24. Koenig H, King D, Verna BC. *Handbook of religion and health.* London: Oxford University Press; 2012.
25. Korman G, Sarudiansky M, Rosales G, Simkin H, Schinelli F, Pinto C, Cermesoni, D, Etchevers M, Garay C. *Psicología, psiquiatría y religiosidad. Exploración en profesionales de la salud mental del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina.* *Revista Fundamentos en Humanidades.* 2011; 23 (1):199-212.
26. Korman G, Simkin H. Qué debe saber un profesional de la salud mental que trabaja en contextos multiculturales en la Argentina. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 2010; 56(3); 204-12.

27. Korman GP, Garay CJ. El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2012; 21(1):5-14.
28. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2010; 136(5):768-81.
29. Kotov R, Watson D, Robles JP, Schmidt NB. Personality traits and anxiety symptoms: The multilevel trait predictor model. *Behav Res Ther*. 2007; 45(7):1485-1503.
30. Lamers S, Westerhof GJ, Kovács V, Bohlmeijer ET. Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *J Res Pers*. 2012; 46(5):517-24.
31. Lamy AB. Keeping control: relations between men's gender role conflict, spirituality and psychological well being. (Tesis Doctoral no publicada) USA: Universidad de Missouri; 2012.
32. Lascano GG, Coppolillo F. Adaptación transcultural y validación en Argentina de un cuestionario para medir el bienestar espiritual. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2010; 7(1):10-15.
33. MacDonald DA. Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *J Pers*. 2000; 68(1):153-97.
34. Magnus K, Diener ED, Fujita F, Pavot W. Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: a longitudinal analysis. *J Pers Soc Psychol*. 1993; 65(5):1046-61.
35. McCrae R, Costa PT. Personality in adulthood: A five-factor theory perspective. New York: Guilford Press; 2012.
36. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *Am Psychol*. 2003; 58(1):24.
37. O.M.S. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª edición (CIE 10). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
38. Ozer DJ, Benet-Martinez V. Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu. Rev. Psychol*. 2006; 57(1):401-21.
39. Pal-Hegedus C, Facio MF. 16PF: Diferencias de personalidad entre hombres y mujeres en una muestra Española. *Acta Psiquiátr Pscol Am Lat*. 1986; 32(1):63-68.
40. Pargament, KI. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press; 1997.
41. Pavot W, Diener Ed, Fujita F. Extraversion and happiness. *Pers Individ Dif*. 1990; 11(12):1299-1306.
42. Pervin LA. Personality theory and research: Prospects for the future. *Handbook of personality: Theory and research*. USA: John Williams & Sons; 1993.
43. Piedmont RL, Kennedy C, Sherman MF, Sherman NC, Williams JEG. "A psychometric evaluation of the Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale: Short form. *Research in the Social Scientific Study of Religion*. 2008; 19(2):163-81.
44. Piedmont RL, Leach MM. Cross-Cultural Generalizability of the Spiritual Transcendence Scale in India Spirituality as a Universal Aspect of Human Experience. *Am Behav Sci*. 2002; 45(12):1888-1901.
45. Piedmont RL, Werdel MB, Fernando M. The utility of the assessment of spirituality and religious sentiments (ASPIRES) scale with Christians and Buddhists in Sri Lanka. *Research in the Social Scientific Study of Religion*. 2000; 20(1):131-44.
46. Piedmont RL. *Assessment of spirituality and religious sentiments, technical manual*. Baltimore: Author; 2004.
47. Piedmont RL. Does Spirituality Represent the Sixth Factor of Personality? *Spiritual Transcendence and the Five-Factor Model*. *J Pers*. 1999; 67(6):985-1013.
48. Piedmont RL. The role of personality in understanding religious and spiritual constructs. In: Paloutzian, RF & Park CL, Editores. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press; 2005. p. 253-74.
49. Piedmont, R. Overview and Development of Measure of Numinous Constructs: The Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale. In: Miller LJ, Editor. *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality*. New York: Oxford University Press; 2012. p.104-22.
50. Piedmont RL. *Research in the social scientific study of religion*. Boston: Brill; 2013.
51. Powers DV, Cramer JR, Grubka JM. Spirituality, life stress, and affective well-being. *J Psychol Theol*. 2007; 35(3):235-42.
52. Simkin H, Etchezahar E, Ungaretti J. Personalidad y autoestima desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *Hologramática*. 2012; 17(2):171-93.

53. Simkin H, Etchezahar E. Las Orientaciones Religiosas Extrínseca e Intrínseca: Validación de la "Age Universal" IE Scale en el Contexto Argentino. *PSYKHE*. 2013; 22(1):97-106.
54. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull*. 2003; 129: 614-36.
55. Smits, DJM, Boeck PB. From BIS/BAS to the big five. *Eur J Pers*. 2006; 20 (4):255-70.
56. Suls J, Martin R. The daily life of the garden-variety neurotic: Reactivity, stressor exposure, mood spillover, and maladaptive coping. *J Pers*. 2005; 73 (6):1485-1510.
57. Watson, D, Clark LA, McIntyre CW, Hamaker S. Affect, personality, and social activity. *J Pers Soc Psychol*. 1992; 63 (6):1011-32.
58. WHO. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10): Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva; 1992.
59. Zinnbauer BJ & Pargament KI. Religiousness and spirituality. In: Paloutzian RF, Park CL. Editores. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press; 2005. p.21-43
60. Zinnbauer BJ, Pargament KI, Scott AB. The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *J Pers*. 1999; 67 (6):889-919.