



Ansiedad, depresión y el rol de la religiosidad y la espiritualidad en adultos durante la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática

Trabajo Final de Grado

Estudiante: Valentina Boné Amestoy C.I. 4.624.948-6

Tutor: Ismael Apud Peláez

Docente revisor: Lisandro Vales

Facultad de Psicología

Universidad de la República

Montevideo, diciembre 2025

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a mi tutor, Ismael, por su guía y acompañamiento durante todo este proceso. Su apoyo fue fundamental para enfrentar los desafíos que surgieron a lo largo del camino. También a la Facultad y a sus referentes, por brindarme los espacios y recursos necesarios para poder concluir esta formación y llevar adelante esta tesis.

A Rena, mi agradecimiento más especial, por acompañarme con paciencia y con ternura. Sin quererlo, me enseñó lo más importante: que puedo lograr todo si me animo a buscar otras formas. Gracias por transformar mi vida.

A mi hermana, que supo acompañarme con empatía y cercanía; no hay distancia entre nosotras que nos impida estar unidas. A mi familia, sobre todo a mi mamá, porque sencillamente, siempre, siempre, ha estado ahí.

A mis amigos, Vale, Max y Nat, que además de su amistad también compartieron su casa para recibirme desde el primer día.

Finalmente, me agradezco a mí misma y a las distintas versiones de mí que fui transformando a lo largo de este recorrido: gracias por recordarme el valor del esfuerzo, incluso cuando la meta parecía lejana.

“Como estudié algo de antropología he visto que todos los grupos humanos terminan creyendo en algo que no pueden demostrar. Necesitan creen en algo, el hombre necesita tener fe en algo. Inventa cosas que le sirven para agruparse. Y algunas religiones son un consuelo que ayudan a bien morir.”

José “Pepe” Mujica

Tabla de contenido

Contenido	
Introducción	6
<i>Depresión</i>	6
<i>Ansiedad</i>	8
<i>La pandemia por COVID-19</i>	9
<i>Religión y espiritualidad</i>	10
<i>Religión, espiritualidad y salud mental</i>	11
<i>Religión y espiritualidad durante el COVID-19</i>	12
Metodología	13
<i>Objetivos</i>	13
<i>Procedimiento</i>	13
Resultados	15
<i>Estudios en la región de Medio Oriente</i>	19
<i>Estudios en la región asiática</i>	22
<i>Estudios en la región de América del Sur</i>	23
<i>Estudios en la región de América del Norte</i>	24
Discusión	25
Conclusiones	30
Referencias	31

Resumen

Esta revisión sistemática analiza la relación entre religión, espiritualidad (R/E) y salud mental, particularmente ansiedad y depresión, en adultos durante la pandemia de COVID-19. Siguiendo la metodología PRISMA, se identificaron 2497 artículos en PubMed y Scopus, de los cuales se seleccionaron 11 estudios empíricos con un total de 10.070 participantes provenientes de Asia, Medio Oriente, América del Sur y América del Norte. En conjunto, los resultados indican que la R/E actuó como un factor protector frente a la depresión y la ansiedad, especialmente cuando se expresó mediante religiosidad intrínseca y afrontamiento religioso positivo. En cambio, las representaciones punitivas de lo divino y el afrontamiento religioso negativo se asociaron con mayores niveles de ansiedad y depresión. En la mayoría de los casos donde se evaluó ansiedad específica, el efecto protector fue indirecto: la R/E redujo la ansiedad general, lo que a su vez disminuyó la ansiedad específica por COVID-19. Las mujeres presentaron mayor vulnerabilidad emocional, mientras que el apoyo espiritual mostró un efecto protector más marcado en hombres. A pesar de las diferencias culturales, las tendencias fueron consistentes entre regiones, confirmando que el modo de vivir la fe tiene más peso que la frecuencia de práctica. Entre las principales limitaciones se destacan los diseños transversales y el muestreo no probabilístico. Los hallazgos subrayan la relevancia de integrar las dimensiones religiosas y espirituales en la práctica psicológica desde una perspectiva culturalmente sensible y contextualizada.

Palabras Clave: Religión, espiritualidad, ansiedad, depresión, salud mental, COVID-19.

Title: Anxiety, depression, and the role of religiosity and spirituality in adults during the COVID-19 pandemic: a systematic review.

Abstract

This systematic review analyzes the relationship between religiosity, spirituality (R/S), and mental health—particularly anxiety and depression—in adults during the COVID-19 pandemic. Following PRISMA methodology, 2,497 articles were identified in PubMed and Scopus, from which 11 empirical studies were selected, comprising a total of 10,070 participants from Asia, the Middle East, South America, and North America. Overall, the results indicate that R/S functioned as a protective factor against depression and anxiety, especially when expressed through intrinsic religiosity and positive religious coping. In contrast, punitive representations of the divine and negative religious coping were associated with higher levels of anxiety and depression. In most cases where specific anxiety was evaluated, the protective effect was indirect: R/S reduced general anxiety, which in turn decreased COVID-19-specific anxiety. Women showed greater emotional vulnerability, while spiritual support exhibited a stronger protective effect among men. Despite cultural differences, trends were consistent across regions, confirming that the way faith is experienced carries more weight than the frequency of religious practice. Major limitations include the predominance of cross-sectional designs and non-probabilistic sampling. These findings highlight the importance of integrating religious and spiritual dimensions into psychological practice from a culturally sensitive and contextually grounded perspective.

Keywords: Religion, Spirituality, Anxiety, Depression, Mental Health, COVID-19.

Introducción

La religión y la espiritualidad (de aquí en más, R/E) son centrales en la experiencia de muchas personas, tanto a nivel individual como comunitario. No solo proporciona un marco simbólico en el que lo sagrado otorga sentido a los acontecimientos, sino que además se vincula con creencias y comportamientos que afectan la vida cotidiana. Una línea de investigación en psicología de la religión ha sido explorar el papel psicológico de la fe en las personas, tanto en relación con el mundo interno de cada individuo como en la dinámica social de las comunidades (Hood, Hill, y Spilka, 2009).

A lo largo del mundo, las instituciones religiosas están altamente integradas a las comunidades locales, incluso en muchos lugares las personas recurren inicialmente a la ayuda espiritual antes que a la atención clínica (Rosmarin y Koenig, 2020). Este fenómeno se acentúa en situaciones de crisis, cuando la interrupción de la rutina, la amenaza al bienestar físico y psicológico generan la necesidad de resignificar la experiencia, buscar contención y restablecer la estabilidad. En este contexto, la religión y la espiritualidad pueden funcionar como recursos significativos para afrontar la depresión y la ansiedad que suelen surgir ante estas situaciones.

Si bien la R/E no siempre es positiva, el foco en este trabajo estará en los aspectos beneficiosos. Diversas investigaciones durante la pandemia de COVID-19 han señalado que muchas personas recurrieron a sus creencias religiosas o prácticas espirituales como formas de afrontar el sufrimiento o mitigar la ansiedad, actuando como estrategia de afrontamiento individual y ofreciendo marcos comunitarios de contención y esperanza (Lucchetti et al., 2021; Prazeres et al., 2020; Ting et al. 2021).

Conocer más sobre el papel psicológico de la R/E resulta relevante para la psicología, ya que permite comprender de qué manera las creencias y prácticas espirituales pueden funcionar como recursos psicológicos en contextos de alta vulnerabilidad y frente a trastornos como la depresión y la ansiedad. Comprender sobre la interfaz entre R/E y salud mental se vuelve una necesidad si queremos ser de ayuda tanto dentro como fuera de los entornos clínicos tradicionales y fomentar una clínica integradora, individual y culturalmente sensible.

Para el objetivo de este trabajo, es necesario comenzar definiendo que es la depresión y la ansiedad, y a qué nos referimos al hablar de religión y espiritualidad, además de contextualizar acerca de la reciente crisis global por la pandemia de COVID-19.

Depresión

Los trastornos depresivos son afecciones mentales frecuentes que se caracterizan por un estado de ánimo bajo y pérdida de interés o placer en actividades que resultaban

significativas. Estos síntomas suelen mantenerse durante períodos prolongados y afectan de manera significativa el funcionamiento diario de la persona.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5), agrupa bajo el término trastornos depresivos al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente o distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, trastorno depresivo debido a otra afección médica, y otros especificados o no (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Según dicho manual, para diagnosticar un episodio depresivo mayor, la persona debe presentar al menos cinco de los nueve síntomas que establece el Criterio A: i. estado de ánimo deprimido; ii. disminución marcada del interés o placer por casi todas las actividades; iii. cambios significativos en el apetito o el peso corporal; iv. dificultades para dormir o exceso de sueño; v. agitación o enlentecimiento psicomotor; vi. fatiga o pérdida de energía; vii. sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada; viii. dificultad para concentrarse o tomar decisiones; ix. pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intentos de suicidio o planificación concreta del mismo. Estos síntomas deben presentarse durante un período mínimo de dos semanas, siendo uno de los síntomas el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer.

Además, estos síntomas deben representar un cambio con respecto al funcionamiento habitual y generar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en áreas importantes de la vida (Criterio B). Por último, el episodio no debe atribuirse al efecto fisiológico de una sustancia u otra condición médica (Criterio C), ni explicarse mejor por otro trastorno psicótico (Criterio D) y no debe haberse presentado ningún episodio maníaco o hipomaníaco previo (Criterio E), a menos que haya sido provocado por una sustancia o una condición médica.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos y puede afectar a cualquier persona, causando dificultades en todos los aspectos de la vida. La Organización Mundial de la Salud [OMS], (2023) estimó su prevalencia a escala global en un 3,8%, lo que representa que unos 280 millones de personas aproximadamente padecen de depresión en el mundo. A su vez, la mayoría son mujeres, quienes tienen un 50% más de probabilidad de sufrir de depresión respecto a los hombres.

Aunque existen tratamientos eficaces para los trastornos depresivos, más del 75 % de las personas que los padecen en países de bajos y medianos ingresos no reciben atención adecuada, lo que se conoce como brecha en el tratamiento, debido a las limitaciones estructurales en los sistemas de salud, la escasa inversión, la falta de profesionales capacitados y el estigma social asociado (OMS, 2022).

La depresión está directamente relacionada al suicidio y el riesgo está presente durante todo el episodio depresivo mayor (APA, 2014). Según el informe “Suicide Worldwide

in 2019” (OMS, 2021), más de 700.000 personas mueren por suicidio cada año, constituyendo la cuarta causa principal de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años.

Ansiedad

Por otra parte, la ansiedad forma parte de nuestro repertorio biológico desde hace mucho tiempo y ha perdurado a lo largo de la evolución debido a su función adaptativa. Se trata de una respuesta automática que se activa ante posibles amenazas y que prepara al cuerpo para actuar ante un peligro, ya sea enfrentándolo o escapando. Este conjunto de respuestas emitidas se conoce más ampliamente como estado de ansiedad o respuesta ansiosa (Becerra-García et al., 2007). Si bien las amenazas no son las mismas a las que se enfrentaban nuestros antepasados, el cuerpo y la mente se siguen preparando y reaccionan de manera similar.

La ansiedad está relacionada con la evaluación de riesgos y aparece ante peligros potenciales, mientras que el miedo surge cuando la amenaza es inmediata. Si bien ambas reacciones comparten respuestas fisiológicas similares -como la activación del sistema nervioso, se expresan de manera diferente; el miedo lleva al impulso de escapar, mientras que la ansiedad genera tensión y estado de alerta. Es decir que un nivel moderado y adaptativo de ansiedad resulta beneficioso para la supervivencia (Becerra-García et al., 2007). Cuando esta respuesta aparece con demasiada frecuencia, sin una amenaza concreta, o de forma desproporcionada, puede dejar de ser útil, volviéndose disfuncional y contribuyendo al desarrollo de trastornos mentales, como los trastornos de ansiedad (Godoy et al., 2018).

Desde la neurociencia afectiva, esta diferenciación entre miedo y ansiedad también ha sido abordada a nivel neurobiológico. Panksepp (1998, 2012) describe al miedo como una emoción primaria asociada a la activación del sistema subcortical FEAR, cuya función principal es proteger al organismo frente a peligros inmediatos. En cambio, la ansiedad puede entenderse como una forma sostenida o anticipatoria de miedo, en la cual el mismo circuito se mantiene activado en ausencia de una amenaza inmediata, pero ante la expectativa de peligro. Por su parte, Damasio (1999, 2010) coincide en la importancia de los circuitos neurales implicados en las respuestas emocionales, pero plantea que la ansiedad corresponde a una emoción secundaria o compleja, vinculada al procesamiento del self autobiográfico y a la anticipación de consecuencias negativas futuras.

Hoy en día, muchos factores contribuyen al aumento desadaptativo de la ansiedad. Las exigencias del mundo laboral y educativo, las redes sociales, las modificaciones en la estructura familiar o la sobreexposición a la información negativa, son algunos de los elementos que influyen a su incremento (Ramírez et al., 2022).

El DSM-5 define los trastornos de ansiedad como cuadros en los que predomina el miedo y ansiedad en niveles excesivos, acompañados de conductas evitativas. Para que se considere un trastorno, estos síntomas deben mantenerse al menos seis meses y afectar el día a día de la persona que los padece. Además, es necesario descartar otras causas médicas, el consumo de sustancias u otros trastornos. Entre los principales diagnósticos dentro del grupo se encuentran la ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada y ansiedad inducida por sustancias o enfermedad médica (APA, 2014).

Los trastornos de ansiedad no solo afectan la calidad de vida, sino que también pueden aumentar el riesgo de padecer otros problemas de salud mental como la depresión, el consumo problemático de sustancias y pensamientos o actos suicidas (OMS 2023). De acuerdo con datos recientes sobre su prevalencia global anual, la OMS estimó que alrededor del 4% de las personas en todo el mundo convive con algún tipo de ansiedad. Según la OMS (2023), en 2019 se estimaba que más de 300 millones de personas en el mundo padecían trastornos de ansiedad, lo que los convierte en uno de los trastornos mentales más frecuentes a nivel global.

A pesar de que existen tratamientos eficaces, pocas personas acceden a ellos. Según la OMS (2022), solo una de cada cuatro personas con trastornos de ansiedad recibe tratamiento adecuado. El acceso a la atención se ve limitado por múltiples obstáculos, similares a los asociados a la depresión (el desconocimiento generalizado sobre la tratabilidad de estas condiciones, la insuficiente inversión en servicios de salud mental, la escasez de profesionales capacitados y el estigma social asociado a las enfermedades mentales).

La pandemia por COVID-19

El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró oficialmente al COVID-19 como una pandemia tras la aparición en China del primer caso del virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad infecciosa conocida como coronavirus. Esta decisión se basó en la rápida propagación del virus a nivel mundial, que para ese momento ya contaba con cientos de miles de casos confirmados en más de cien países y más de 4.000 muertes (OMS, 2020). Aunque la mayoría de las personas infectadas cursaron la enfermedad con síntomas respiratorios leves o moderados, muchas otras desarrollaron cuadros graves, requiriendo atención médica especializada, e incluso fallecieron.

Ante este escenario, se adoptaron medidas de emergencia en todo el mundo para contener la transmisión del virus, entre ellas, el distanciamiento social y el aislamiento preventivo. Estas restricciones, sumadas a otros problemas relacionados -por ejemplo, la interrupción de rutinas, el cierre de centros educativos y espacios de encuentro, la pérdida de

vínculos y redes de apoyo, el impacto económico y la incertidumbre generalizada, propiciaron un aumento sostenido de síntomas relacionados con la ansiedad, la depresión, el estrés, los trastornos del sueño, el consumo problemático de sustancias y la violencia intrafamiliar. Por ejemplo, el 85 % de cuidadores consultados reportó al menos un síntoma como tristeza, fatiga, miedo o insomnio en un estudio regional realizado en América Latina durante 2021 (OPS, 2021).

En 2022, la OMS recopiló y analizó la evidencia disponible con el fin de evaluar los efectos directos e indirectos de la pandemia sobre la salud mental, y propuso estrategias de acción para los gobiernos y los sistemas de salud. Según este informe, en 2020 los trastornos de ansiedad aumentaron un 26 % y los trastornos depresivos mayores un 28 %. Las poblaciones más afectadas fueron mujeres, personas jóvenes entre 15 y 29 años, personal de salud y personas con antecedentes de enfermedades mentales, quienes también presentaron mayor riesgo de infección y peores desenlaces clínicos (OMS, 2022).

Asimismo, se estima que una de cada cinco personas adultas desarrolló un probable trastorno mental durante la pandemia, considerando principalmente trastornos de ansiedad y depresión evaluados mediante cuestionarios estandarizados en encuestas poblacionales (OMS, 2022). Por ejemplo, Leung et al. (2022) realizaron un análisis que incluyó estudios de 33 países distintos publicados entre 2000 y 2022, observándose un incremento significativo en los niveles de ansiedad, depresión, estrés agudo, insomnio y consumo problemático de sustancias, en comparación con los niveles previos a la pandemia, con síntomas que persistieron incluso después del fin de la emergencia sanitaria.

La revisión de Xiong et al. (2020) reportó prevalencias muy variables de síntomas psicológicos: ansiedad entre 6,3 %-50,9 %, depresión entre 14,6 %-48,3 %, entre otros. Estas diferencias se deben principalmente a la heterogeneidad metodológica entre estudios, que incluían diversas poblaciones (general, sanitaria, estudiantes), diferentes momentos temporales dentro de la pandemia, tipos de instrumentos diagnósticos y criterios de corte, así como variaciones geográficas y culturales que afectan la expresión y reporte de síntomas.

Este escenario se vio agravado por la sobrecarga de los sistemas de salud, que enfrentaron importantes limitaciones para responder a la creciente demanda en salud mental, justo en un momento en que ésta se intensificaba. Según la OMS (2022), más del 90 % de los países informaron interrupciones en los servicios esenciales de salud mental y neurológica.

Religión y espiritualidad

Definir la R/E implica una tarea compleja y contextual. Si bien en algunos marcos culturales es posible distinguir la religión de otros aspectos de la cultura, esta separación

podría no ser válida en contextos donde ambas dimensiones se entrelazan. Esta dificultad proviene de la influencia del pensamiento dualista occidental que históricamente ha opuesto lo material a lo espiritual y lo profano a lo sagrado. Sin embargo, esta oposición no es universal; muchas cosmovisiones no occidentales han desarrollado comprensiones más integradoras, en las que lo espiritual y lo material se entrelazan. Aun así, el término “espíritu” continúa asociado en muchos entornos culturales con aquello inmaterial e intangible (Hood et al., 2009).

En la actualidad, una forma habitual de distinguir entre espiritualidad y religión es entender la primera como una dimensión más personal, subjetiva y psicológica, vinculada a experiencias individuales, que no dependen necesariamente de marcos institucionales. La religión, en cambio, se asocia a lo institucional, lo colectivo y lo normativo, y suele definirse a partir de la afiliación a una comunidad de fe o sistema organizado de creencias (Hood et al., 2009). Desde el punto de vista lingüístico, esta distinción también se refleja en el hecho de que la espiritualidad opera como un término general, que puede abarcar cualquier aspecto de la vida percibido como sagrado o dotado de una cualidad divina, mientras que la religión funciona como un término más específico, referido a prácticas y creencias compartidas dentro de un marco institucional o cultural (Rosmarin y Koenig, 2020). Esta distinción puede resultar útil para ciertos análisis, pero también presenta limitaciones, especialmente cuando se pretende aplicar a contextos culturales y sociales en los que las fronteras entre lo espiritual y lo religioso pueden ser más difusas o incluso inexistentes.

Religión, espiritualidad y salud mental

Desde comienzos de la década del 2000, investigaciones sobre R/E y salud mental evidenciaron que un mayor compromiso religioso se asociaba con mejores indicadores de bienestar psicológico y con menores niveles de depresión, especialmente en personas expuestas a altos niveles de estrés (Moreira-Almeida et al. 2006). Asimismo, una revisión sistemática más reciente que incluyó 152 estudios prospectivos encontró que en casi la mitad de ellos (49 %) existía una asociación significativa entre la R/E y una evolución más favorable de los síntomas depresivos, sugiriendo que en el período previo a la pandemia, la implicación religiosa podía contribuir a una mejoría en el curso de la depresión (Braam y Koenig, 2019).

Este vínculo se ha documentado en diferentes contextos y poblaciones. Por ejemplo, un metaanálisis que incluyó más de 147 estudios con casi 100.000 participantes encontró una correlación negativa entre religiosidad y síntomas depresivos, siendo esta asociación más fuerte entre personas que atravesaban eventos vitales estresantes (Smith, et al., 2003). Esto se explica, en parte, por el apoyo social que ofrece, la construcción de sentido, la promoción

de hábitos saludables y la práctica de actividades como la meditación, que contribuyen a la regulación emocional y fisiológica (Mosqueiro et al., 2020).

Sin embargo, no todos los aspectos de la R/E tienen el mismo efecto. La distinción entre religiosidad intrínseca y extrínseca fue propuesta inicialmente por Allport (1966) y se refiere, respectivamente, a la adhesión profunda y genuina a la fe frente a una motivación utilitaria o social para practicar la religión. Algunos estudios han señalado que la religiosidad intrínseca, entendida como una adhesión internalizada y significativa a creencias y valores espirituales, se asocia con menores niveles de sintomatología ansiosa, mayor resiliencia psicológica y una mejor evolución clínica. En contraste, la religiosidad extrínseca - caracterizada por una orientación instrumental o utilitaria de lo religioso, y el afrontamiento religioso negativo, vinculado a representaciones de culpa, castigo o abandono divino, han sido asociados con mayor conflictiva intrapsíquica, culpa patológica y aumento del malestar psicológico (Hood et al., 2009; Saroglou, 2011; Mosqueiro et al., 2020). En línea con lo anterior, la percepción de lo divino también modula el impacto de la fe en la salud mental: concebir a Dios como una figura benevolente y amorosa se relaciona con menor sufrimiento, mientras que una imagen punitiva o castigadora se asocia con mayor ansiedad (Exline y Rose, 2005; Rosmarin et al, 2009).

Más allá de su vínculo con la depresión, la R/E también ha sido estudiada en relación con el suicidio. Frente a esto, la religiosidad y la espiritualidad han sido identificadas como potenciales factores protectores, especialmente cuando las personas participan regularmente en prácticas religiosas. Chen y VanderWeele (2020) evidenciaron que la participación religiosa regular reduce significativamente el riesgo de ideación y comportamientos suicidas, atribuyéndose a factores como apoyo comunitario y sentido de propósito.

Los mecanismos de protección asociados a la R/E incluyen la integración comunitaria, el apoyo emocional, la construcción de sentido y el desaliento de conductas de riesgo, entre otros. Estos mecanismos están interrelacionados y contribuyen conjuntamente a disminuir la vulnerabilidad psicológica. Este efecto protector sería especialmente relevante en personas mayores, uno de los grupos con tasas más altas de suicidio, para quienes la religión puede ofrecer esperanza, compañía y redes de contención (Hood et al., 2009).

En síntesis, la relación entre R/E y salud mental no es unidireccionalmente protectora; mientras que muchas dimensiones de la fe contribuyen al bienestar psicológico, otras pueden incrementar la angustia (Rosmarin y Koenig, 2020). De todas maneras, el impacto de la religiosidad depende de múltiples factores: el compromiso personal con la fe, el contexto sociocultural y la trayectoria vital de cada individuo.

Religión y espiritualidad durante el COVID-19

Estudios empíricos realizados durante la pandemia de COVID-19 muestran que la R/E influyeron en la salud mental, con variaciones según el contexto y la forma de expresión. En Brasil, Lucchetti et al. (2021) realizaron un estudio transversal con una muestra de 485 adultos que evaluó la relación entre religiosidad, crecimiento espiritual y salud mental durante la pandemia. De forma similar, Prazeres et al. (2020) condujeron un estudio transversal en Portugal con 245 participantes, y Ting et al. (2021) realizaron un estudio transversal en Malasia con 258 individuos, evidenciando consistentemente la función protectora de la dimensión interna de la fe frente al estrés pandémico. A partir de estos hallazgos se puede sugerir que la dimensión interna y simbólica de la fe o la espiritualidad podría funcionar como un factor protector ante el impacto emocional de la pandemia.

Por otra parte, la revisión sistemática de David et al. (2023) analizó 137 estudios empíricos de amplia diversidad geográfica (Irán, EEUU, Turquía, América Latina, Asia y países europeos), publicados entre enero 2020 y enero 2022 sobre religiosidad individual durante el primer año de la pandemia, revelando que la religión fue ampliamente utilizada como estrategia de afrontamiento, aunque con efectos diversos sobre la salud mental y el comportamiento. En 53 estudios se encontró una relación significativa entre religiosidad y bienestar o malestar psicológico, observándose que, en muchos casos, las personas religiosas reportaron mayor esperanza, sentido de propósito y menor ansiedad. Sin embargo, también se identificaron asociaciones problemáticas: en 12 estudios se vinculó la religiosidad con menor cumplimiento de medidas sanitarias y en 15 con mayor adhesión a teorías conspirativas o desinformación relacionada con la pandemia. Además, 24 estudios abordaron la relación entre religiosidad y estrés específico por COVID-19, evidenciando que la fe funcionó como factor protector en algunos casos, pero en otros intensificó el malestar cuando se interpretaba la pandemia como castigo divino o se interrumpían prácticas religiosas habituales.

Metodología

Objetivos

Esta revisión sistemática tiene como objetivo examinar el papel de la religión y la espiritualidad en la salud mental durante la pandemia por COVID-19, con énfasis en su asociación con la ansiedad y la depresión. A diferencia de estudios previos, el análisis se centra en efectos psicosociales y clínicos durante crisis sanitarias, identificando matices culturales y sociales clave para una comprensión más precisa del fenómeno. Existe escasa sistematización de hallazgos que integren la relación de la R/E con los trastornos de ansiedad

y depresión, que fueron dos de las afecciones más prevalentes y agravadas en este contexto. Una síntesis actualizada y rigurosa de la literatura permitirá identificar patrones, matices culturales y posibles implicancias para la práctica clínica y comunitaria.

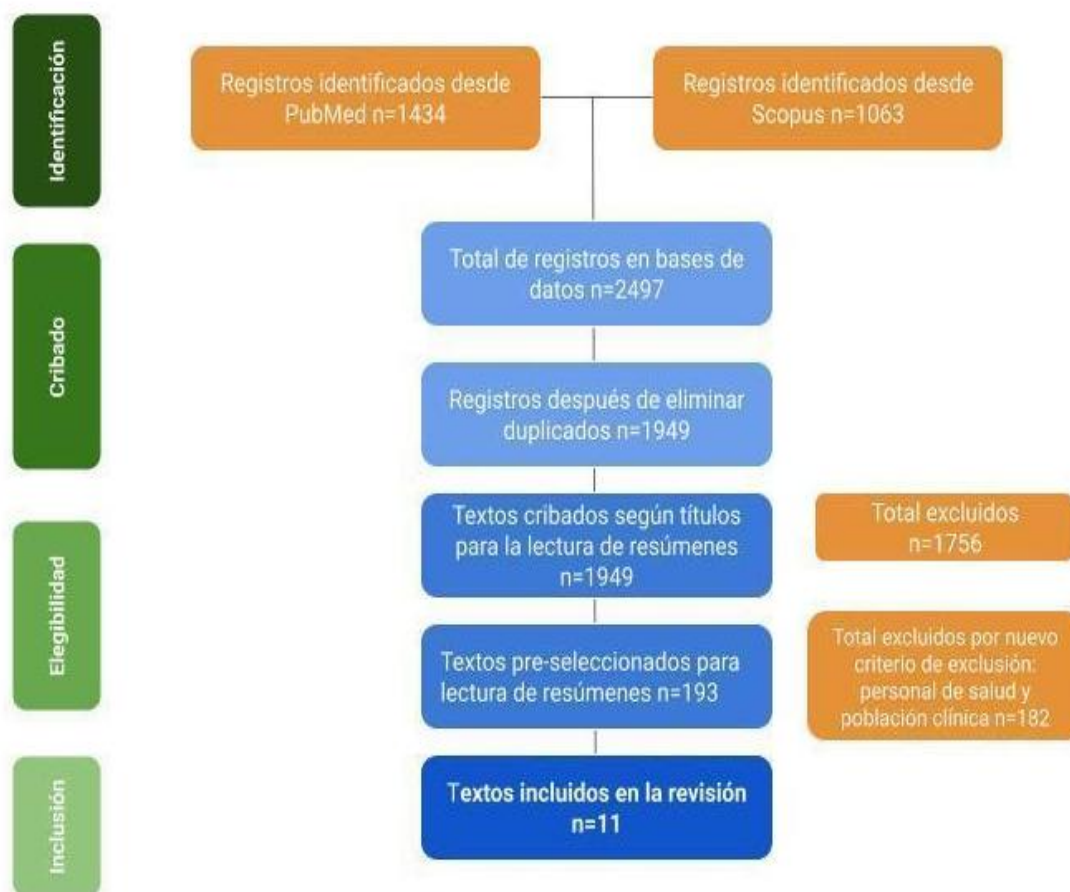
Procedimiento

La revisión se llevó a cabo siguiendo los pasos de la guía PRISMA (Liberati et al., 2009). Dicho procedimiento asegura rigor en la selección y análisis de evidencia científica actualizada, lo que contribuye a la sistematización y síntesis de hallazgos dispersos bajo un criterio confiable. La descarga de artículos se realizó en las bases de datos PubMed y Scopus el día 22 de agosto de 2025 de donde se obtuvieron 2497 artículos, de los cuales 1063 correspondieron a Scopus y 1434 de PubMed. Como criterios de inclusión se consideraron estudios originales que investigaran la relación entre variables de religión y/o espiritualidad y ansiedad y/o depresión en población adulta en el contexto de la pandemia.

Se excluyeron estudios que no abordaran directamente estas variables o que carecieran de datos empíricos. También aquellos sobre población clínica, debido a la variable confundente de la enfermedad, y personal de salud por no tratarse de una situación de aislamiento y tener una exposición directa a la enfermedad, distinta al común de la población. Se tomaron en cuenta solamente estudios con población adulta, excluyendo aquellos estudios dirigidos a adolescentes y niños/as. La cadena de búsqueda utilizada para la identificación de artículos fue la siguiente:

(Suicid*) OR (Anxi*) OR (Depress*) AND (Religio*) OR (Spiritual*) AND (COVID*)

Este código de búsqueda se mantuvo en ambas bases de datos utilizadas y se limitó a la búsqueda en títulos, resúmenes y palabras claves. La selección se realizó mediante lectura de títulos, resúmenes y posteriormente textos completos para verificar el cumplimiento de los criterios mencionados. Además, se tuvo en cuenta que los artículos seleccionados fueran representativos de cada continente para mayor relevancia transcultural.

Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión sistemática.

Resultados

Se recogieron un total de 11 estudios que investigaron la relación entre religiosidad, espiritualidad y ansiedad y/o depresión durante la pandemia de COVID-19. Las muestras de todos los estudios incluyeron adultos de la población general o grupos religiosos específicos (por ejemplo, musulmanes o adventistas), abarcando distintos contextos geográficos tales como Asia, Medio Oriente, América Latina y Estados Unidos. La diversidad geográfica elegida tuvo como objetivo garantizar que la revisión proporcione una comprensión transcultural del tema. La Tabla 1 presenta la información general de los estudios revisados, incluyendo muestra, recolección de datos, población, país, instrumentos, variables medidas y diseño.

Las mediciones se realizaron a través de escalas estandarizadas o cuestionarios específicos adaptados culturalmente. Tras la lectura, se identificaron coincidencias en el uso de instrumentos estandarizados para evaluar las variables psicológicas y religiosas o espirituales en estudio. Para ansiedad, depresión y estrés, predominó el uso de la Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21), la cual fue aplicada en diversos contextos culturales por

su brevedad y validez transcultural. En menor medida se utilizaron el Beck Depression Inventory en su versión para población clínica (BDI-PC), la Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) y la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). La Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) fue la herramienta más frecuente para evaluar la ansiedad específica ante la pandemia, complementada en algunos casos por la COVID-19 Anxiety Scale (CAS).

En cuanto a las dimensiones religiosas y espirituales, fueron utilizadas la Brief Religious Coping Scale (Brief-RCOPE), la World Health Organization Quality of Life-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs Scale (WHOQOL-SRPB) y la Spiritual Well-Being Scale (SWBS), junto con medidas específicas en contextos islámicos, como la Islamic Religious Struggle Scale (IRSS), el Cuestionario de Creencias Islámicas de Golzari (Islamic Belief Questionnaire, IBQ), la Religious Coping Scale, la IPRC y la LAMBI. La tabla 2 presenta los nombres de los instrumentos de evaluación utilizados en los artículos, tanto en su forma abreviada como su nombre completo.

Tabla 1. Codificación de resultados obtenidos

Autor y fecha	Muestra	Recolección de datos	Población	País	Variables de estudio	Instrumentos utilizados	Diseño
Mahamid, Chou y Mansour (2022)	548	Muestreo por conveniencia	Población general adulta residente en Cisjordania	Palestina	Afrontamiento religioso positivo; Ansiedad ante la muerte por COVID-19	IPRC; CDAS	Correlacional
Saraei & Johnson (2022)	552	Muestreo por bola de nieve	Población general adulta musulmana	Irán	Creencias sobre Dios; Religiosidad general; Depresión; Ansiedad; Estrés; Ansiedad por COVID-19	DASS; LAMBI; MRQ, CAS, CGS	Correlacional
Korkmaz, Ayten & Abu-Raiya (2024)	1089	Muestreo no probabilístico (autoinformado)	Población general adulta turca	Turquía	Religiosidad (prácticas religiosas, identidad religiosa, conflictos religiosos); Ansiedad generalizada; Miedo al COVID-19	FCV-19S; GAD-7; IRS; RII; RP	Correlacional
Kızılgçit & Yıldırım (2022)	390	Muestro por conveniencia	Población general adulta joven	Turquía	Miedo al COVID-19; Ansiedad ante la muerte; afrontamiento religioso	RCOPE; DDS; FCV-19S	Transversal, correlacional y de mediación
Algahtani et al. (2020)	795	Muestreo no probabilístico (autoinformado)	Población general adulta	Arabia Saudita	Espiritualidad; Religiosidad; Creencias personales; Depresión; Ansiedad; Estrés	DASS-21; WHOQOL-SRBP.	Transversal, correlacional
Iswanto et al. (2021)	3426	Muestreo aleatorio simple	Estudiantes musulmanes adultos	Malasia	Creencias islámicas; Depresión por COVID-19	IBQ; CDI	Transversal, correlacional
Hamka et al. (2022)	538	Muestreo aleatorio por conveniencia	Población general adulta musulmana	Indonesia	Bienestar espiritual; Depresión; Ansiedad; Estrés	SWB; DASS-21.	Transversal, correlacional
Yoo (2022)	210	Muestreo no probabilístico (autoinformado)	Adultos estudiantes universitarios adultos y/o miembros de diez iglesias.	Corea del Sur	Participación religiosa en línea; Apoyo espiritual; Depresión; Ansiedad	MMRI; SSS; CES-D; GAD-7.	Transversal, correlacional
Souza et al. (2021)	1293	Muestreo no probabilístico (autoinformado)	Población general adulta	Brasil	Espiritualidad; Religiosidad; Practicas religiosas personales; Asistencia a instituciones	BDI-PC; STAI-T-S; Brief RCOPE.	Transversal, correlacional
Hermosilla, A., et al. (2022)	175	Muestreo no probabilístico por conveniencia	Población general adulta residente en la comuna de Maipú	Chile	Depresión; Ansiedad; Estrés; Pertenencia religiosa	DASS-21	Transversal, correlacional

Tabla 1. Codificación de resultados obtenidos

Autor y fecha	Muestra	Recolección de datos	Población	País	Variables de estudio	Instrumentos utilizados	Diseño
Mahamid, Chou y Mansour (2022)	548	Muestreo por conveniencia	Población general adulta residente en Cisjordania	Palestina	Afrontamiento religioso positivo; Ansiedad ante la muerte por COVID-19	IPRC; CDAS	Correlacional
Saraei & Johnson (2022)	552	Muestreo por bola de nieve	Población general adulta musulmana	Irán	Creencias sobre Dios; Religiosidad general; Depresión; Ansiedad; Estrés; Ansiedad por COVID-19	DASS; LAMBI; MRQ, CAS, CGS	Correlacional
Korkmaz, Ayten & Abu-Raiya (2024)	1089	Muestreo no probabilístico (autoinformado)	Población general adulta turca	Turquía	Religiosidad (prácticas religiosas, identidad religiosa, conflictos religiosos); Ansiedad generalizada; Miedo al COVID-19	FCV-19S; GAD-7; IRS; RII; RP	Correlacional
Kızılgeçit & Yıldırım (2022)	390	Muestro por conveniencia	Población general adulta joven	Turquía	Miedo al COVID-19; Ansiedad ante la muerte; afrontamiento religioso	RCOPE; DDS; FCV-19S	Transversal, correlacional y de mediación
Algahtani et al. (2020)	795	Muestreo no probabilístico (autoinformado)	Población general adulta	Arabia Saudita	Espiritualidad; Religiosidad; Creencias personales; Depresión; Ansiedad; Estrés	DASS-21; WHOQOL-SRBP.	Transversal, correlacional
DeRossett et al. (2021)	970	Muestreo no probabilístico (autoinformado)	Población general adulta	Estados Unidos	Afrontamiento religioso; Ansiedad por COVID-19; Comportamientos *-----religiosos	CAS; Brief RCOPE; RBBQ	Transversal, correlacional

Tabla 2. Instrumentos de evaluación utilizados y sus abreviaturas

Abreviatura	Nombre completo
CGS	Closeness to God Scale
BDI-PC	Beck Depression Inventory – Primary Care version
Brief RCOPE	Brief Religious Coping Scale
CAS	COVID-19 Anxiety Scale
CDAS	COVID-19 Death Anxiety Scale
CDI	COVID-19 Depression Inventory
DASS-21	Depression Anxiety Stress Scales – 21 Items
DDS	Death Distress Scale
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
DASS	Depression Anxiety Stress Scales
FCV-19S	Fear of COVID-19 Scale
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder scale-7
IBQ	Islamic Belief Questionnaire
IPRC	Islamic Positive Religious Coping Scale
IRS	Islamic Religious Struggle (subscale of the Religious Struggle Scale)
LAMBI	Limitless, Authoritarian, Mystical, Benevolent, Ineffable
RPM	Religious Practices Measure (Ayten, 2012)
MMRI	Multidimensional Measurement of Religious Involvement
RBBQ	Religious Background and Behaviors Questionnaire
RCOPE	Religious Coping Scale
RII	Religious Identity Index
MRQ	Muslim Religiosity Questionnaire
SWBS	Spiritual Well-Being Scale
SSS	Spiritual Support Scale
STAI-T-S	State-Trait Anxiety Inventory - Trait and State subscales
WHOQOL-SRBP	World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs

La mayoría de los estudios del tema se concentraron en Medio Oriente (5), seguido por Asia (3), luego América Latina (2) y por último América del Norte (1). A continuación, presentaremos los estudios seleccionados según la región donde fueron realizados.

Estudios en la región de Medio Oriente

El estudio de Mahamid et al. (2022) analizó la relación entre religiosidad y ansiedad ante la muerte durante la pandemia de COVID-19 en Palestina. La muestra estuvo compuesta por 548 adultos de 47 años de edad promedio (67% hombres, 33% mujeres), reclutados mediante un muestreo por conveniencia entre palestinos residentes en Cisjordania. No se reportó información sobre el estado civil de los participantes, ni su percepción del estatus socioeconómico ni antecedentes de infección por COVID-19. Los criterios de inclusión fueron: ser palestino, hablante nativo de árabe, y no tener diagnóstico de alteraciones del neurodesarrollo o de salud mental. Se utilizó la *IPRC* que mide el uso de estrategias religiosas positivas para afrontar el estrés. También se utilizó la *CDAS* que evalúa la ansiedad ante la muerte relacionada con la pandemia.

Los resultados mostraron que la religiosidad se correlacionó negativamente con la ansiedad ante la muerte, indicando que la fe y las prácticas religiosas actuaron como mecanismos de afrontamiento frente a la ansiedad ante la muerte generada por la pandemia. No se encontraron diferencias significativas por edad o género, y el estudio destacó que las estrategias de afrontamiento religioso positivo contribuyeron a reducir la ansiedad ante la muerte y a proteger frente a la angustia.

Otro estudio fue el de Saraei y Johnson (2022), donde se buscó examinar cómo las creencias sobre Dios se asociaban con depresión, ansiedad, estrés y ansiedad por COVID-19 en adultos musulmanes de habla persa en Irán. Los participantes fueron un total de 563 voluntarios (17% hombres, 83% mujeres; edad media de 29 años), reclutados a través de redes sociales, utilizando el método de bola de nieve. No se reportó información sobre el estado civil de los participantes, su percepción del estatus socioeconómico ni antecedentes de infección por COVID-19. La depresión, ansiedad y estrés se midieron con la *DASS*, la ansiedad por COVID-19 con la *CAS*, las creencias sobre Dios con la *LAMBI*, la religiosidad general con la *MRQ* (escala validada localmente) y la cercanía psicológica con Dios con la *CGS*. De forma complementaria, se incluyeron medidas de bienestar, estrategias de afrontamiento y religiosidad parental.

Los resultados arrojaron que la depresión, el estrés y la ansiedad general se correlacionaron positivamente entre sí. Las representaciones de Dios como autoritario se asociaron con mayores niveles de estos síntomas, mientras que la cercanía psicológica con Dios y la percepción de Dios como benevolente se relacionaron con niveles más bajos. Solo

la dimensión de Dios como inefable y las actitudes negativas hacia Dios predijeron significativamente la ansiedad por COVID-19, controlando por religiosidad general, depresión, estrés, ansiedad general y sexo, es decir que los investigadores ajustaron el análisis para eliminar el efecto de estas variables que podrían influir. Estos resultados indican que, más allá de la religiosidad general, la incertidumbre y las emociones negativas hacia Dios están vinculadas a un mayor nivel de ansiedad específica por COVID-19.

Para el caso de Turquía encontramos dos estudios. El primero, de Korkmaz et al. (2024), examinó la relación entre religiosidad (prácticas religiosas, identidad religiosa y luchas religiosas) y ansiedad por COVID-19, evaluando también el rol mediador de la ansiedad generalizada. Participaron del estudio 1089 adultos turcos (32% hombres, 68% mujeres; edad media de 32), quienes fueron reclutados a través de distintas redes sociales y por correo electrónico. El 95% de los participantes tenía algún nivel de educación formal a partir del secundario. No se reportó información sobre el estado civil de los participantes, su percepción del estatus socioeconómico ni antecedentes de infección por COVID-19. En cuanto a los instrumentos, se utilizaron la *RP* para evaluar prácticas religiosas, el *R/I* para identidad religiosa, la subescala *IRS* para medir conflictos religiosos, la *GAD-7* para ansiedad generalizada, y la versión turca de la *FCV-19S* para ansiedad por COVID-19.

Se encontró que la ansiedad por COVID-19 estaba positivamente asociada con la ansiedad generalizada y negativamente con las prácticas religiosas y la identidad religiosa. Las luchas religiosas se vincularon positivamente con la ansiedad generalizada, pero no con la ansiedad por COVID-19. Se realizó un análisis de regresión, donde se mostró que las prácticas e identidad religiosas dejaron de predecir la ansiedad por COVID-19 al controlar la ansiedad generalizada, que medió completamente la relación entre las variables religiosas y la ansiedad por COVID-19. Se concluyó que las prácticas e identidad religiosas se asociaron negativamente con la ansiedad por COVID-19 y la ansiedad generalizada, aunque esta última mediaba completamente la relación, anulando el efecto directo sobre la ansiedad por COVID-19. Las luchas religiosas no predijeron la ansiedad por COVID-19, pero sí se relacionaron positivamente con la ansiedad generalizada.

Un segundo estudio en Turquía es el de Kızılgöç y Yıldırım (2022), que buscó examinar cómo el afrontamiento religioso podría mediar la relación entre el miedo al COVID-19 y los niveles de depresión y ansiedad ante la muerte. El estudio incluyó a 390 adultos jóvenes de habla turca, (34% hombres, 66% mujeres, edad promedio de 31 años). El 50,3% eran solteros, el 46% casados y el 1,3% divorciados/separados. El 86% percibió su estatus socioeconómico por debajo del promedio y el 14% en el promedio. Además, el 18% informó haber dado positivo en COVID-19.

Los datos se recogieron a través de un cuestionario que se administró en línea y se difundió a través de redes sociales para recopilar datos de una población diversa. En cuanto

a los instrumentos utilizados, el miedo al COVID-19 se evaluó mediante la *FCV-19S*, la angustia ante la muerte se midió con la *DDS*, que consta de tres dimensiones: depresión, ansiedad y obsesión por la muerte, de las cuales se consideraron solo depresión y ansiedad. El afrontamiento religioso se evaluó con la *RCOPE*.

Desde un marco teórico, el afrontamiento religioso positivo se entiende como el conjunto de estrategias religiosas y espirituales adaptativas mediante las cuales las personas enfrentan situaciones estresantes a partir de una relación percibida como segura y benevolente con lo sagrado (Rosmarin et al., 2009; Rosmarin & Koenig, 2020; Mosqueiro et al., 2020). En términos operacionales, la *RCOPE* evalúa este tipo de afrontamiento mediante ítems que miden la frecuencia de uso de estas estrategias adaptativas, diferenciándolas del afrontamiento religioso negativo, el cual se caracteriza por vivencias de conflicto, abandono o castigo divino (Rosmarin et al., 2009; DeRossett et al., 2021; Kızılgöç & Yıldırım, 2022; Prazeres et al., 2020).

Los datos arrojados indicaron que el miedo al COVID-19 se relacionó negativamente con el afrontamiento religioso positivo y positivamente con el afrontamiento religioso negativo, la depresión por muerte y la ansiedad por muerte. El afrontamiento religioso negativo también predijo la depresión por muerte y medió parcialmente la relación entre miedo al COVID-19 y depresión por muerte, mientras que no se encontraron efectos mediadores del afrontamiento religioso positivo ni sobre la ansiedad por muerte. Los resultados mostraron entonces que, el miedo al COVID-19 predijo tanto el afrontamiento religioso positivo como el negativo, lo que significa que los adultos jóvenes con mayor temor tienden a emplear más afrontamiento religioso negativo y menos positivo frente a la adversidad. Además, el miedo al COVID-19 predijo significativamente la depresión y la ansiedad por muerte, sugiriendo que quienes tienen dificultades para controlar este temor presentan mayores síntomas relacionados con la muerte. El afrontamiento religioso negativo mediaba parcialmente la relación entre el miedo al COVID-19 y la depresión por muerte, evidenciando que un estilo de afrontamiento religioso negativo contribuye a síntomas de depresión por muerte. Sin embargo, no se encontraron efectos mediadores del afrontamiento religioso positivo ni del afrontamiento religioso negativo sobre la ansiedad por muerte.

El último estudio en Medio Oriente es el de Algahtani et al. (2020), donde se examina la relación entre el uso de conexiones espirituales como estrategia de afrontamiento y los síntomas de ansiedad y estrés durante la pandemia de COVID-19 en Arabia Saudita. La muestra del estudio estuvo compuesta por 795 participantes (52% hombres, 48% mujeres, 35 años de edad media), la mayoría nacionales saudíes, mientras que el 25% correspondía a otras nacionalidades. El 66% tenía un nivel educativo hasta medio y 37% universitario; además, el 34% no estaba casado y el 66% sí lo estaba.

Se aplicó un cuestionario en línea para recolectar datos, distribuido a través de redes sociales y en el portal de la University of Ha'il, institución principal de la mayoría de los autores. Los instrumentos utilizados incluyen el *DASS-21* para medir síntomas de ansiedad y estrés, y el *WHOQOL-SRBP*, que mide espiritualidad, religiosidad y creencias personales.

Tras el análisis de los datos se obtuvo que el uso de conexiones espirituales se relacionaba con una reducción significativa de los síntomas de ansiedad y estrés por cada unidad de incremento en el afrontamiento espiritual. A su vez, las mujeres presentaron mayor riesgo de experimentar síntomas de ansiedad y estrés que los hombres, mientras que un mayor rango de edad se asoció con una menor probabilidad de presentar estos síntomas.

Estudios en la región asiática

Un primer estudio es el de Iswanto et al. (2021), centrado en analizar cómo las creencias religiosas islámicas podrían influir en los niveles de depresión durante la pandemia de COVID-19 en estudiantes musulmanes de Kuala Lumpur, Malasia. El estudio se realizó en con 3500 estudiantes (58% hombres, 42% mujeres), seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Todos eran mayores de 18 años, sin mencionar edad media. El 36% eran solteros y el 64% estaban casados y el 100% eran estudiantes universitarios o superior. No se proporcionó información sobre su percepción del estatus socioeconómico ni antecedentes de infección por COVID-19. Para la recolección de datos se utilizaron el *IBQ* y el *CDI*.

Los resultados mostraron que, a mayor nivel de creencias religiosas, menores eran los niveles de depresión. Al analizar los distintos componentes de las creencias islámicas, se concluyó que todos tuvieron un efecto positivo en la reducción de la depresión, destacando especialmente la acción requerida y la realización de actividades religiosas como los factores con mayor impacto. Los hallazgos sugirieron que las personas con un mayor nivel de creencias religiosas sufrieron menos depresión, confirmando que habría una correlación negativa y significativa entre las creencias islámicas y los síntomas depresivos e indicando que las características de la religiosidad de una persona influyen en la forma en que los individuos enfrentan situaciones críticas, como lo fue la pandemia.

Un segundo estudio es el de Hamka et al. (2022) donde se buscó entender cómo la espiritualidad como factor de defensa del bienestar psicológico puede ayudar a reducir la ansiedad entre musulmanes indonesios durante la pandemia de COVID-1. Para ello, se recopilaron datos de 538 participantes adultos (40% hombres, 60% mujeres, edad promedio 30 años). El 30% eran estudiantes y el resto trabajadores. No se reporta información acerca de estatus socioeconómico percibido, estado civil ni antecedentes de infección por COVID-19. Se utilizó una encuesta que incluyó la *DASS-21* y *SWBS*.

Los resultados mostraron que la espiritualidad incrementó la felicidad, el bienestar psicológico y la salud mental entre los musulmanes indonesios. La espiritualidad redujo de manera significativa la ansiedad, depresión y estrés, confirmando su papel en la mejora de la salud mental durante la pandemia. Se validó empíricamente que la religiosidad intrínseca tuvo un efecto positivo y significativo sobre depresión, ansiedad y estrés. Además, el bienestar religioso se asoció positivamente con el bienestar existencial, indicando que a mayor religiosidad, mayor bienestar existencial y menores niveles de ansiedad, estrés y depresión. La religiosidad también redujo significativamente la ansiedad, respaldando las hipótesis.

Otro estudio en la región asiática fue el de Yoo (2022), donde se estudió cómo la participación religiosa en línea influyó en la depresión y la ansiedad a través del apoyo espiritual durante la pandemia de COVID-19 en una muestra de adultos de Corea del Sur. La participación religiosa en línea se refiere a una medida adoptada por las instituciones religiosas coreanas en respuesta a la orden del gobierno de su país de restringir las reuniones presenciales durante 2020. Participaron 210 adultos (34% hombres, 66% mujeres, edad media de 26 años) que incluyeron estudiantes universitarios y miembros de diez iglesias locales (el 84% protestantes, 4% budistas, católicos y otros, y 12% sin afiliación religiosa). El 97% tenían un nivel de estudio universitario o superior, el 79% eran solteros y el 21% casados. No se reportó estatus socioeconómico percibido ni antecedentes de infección por COVID-19. En cuanto a los instrumentos, se utilizaron la *MMRI* y la *SSS*., y las escalas *CES-D* y *GAD-7*. Para el análisis se prestó especial atención a las diferencias de género.

Los resultados mostraron que los hombres presentaron mayor participación religiosa en línea y recibieron más apoyo espiritual, mientras que las mujeres reportaron niveles más altos de depresión y ansiedad. En ambos casos, la participación religiosa en línea se asoció positivamente con el apoyo espiritual. Además, el apoyo espiritual tuvo un efecto protector sobre la depresión solamente en hombres, sin influir significativamente en la ansiedad de ninguno de los dos géneros.

Estudios en la región de América del Sur

El primer estudio identificado de esta región fue el de Souza et al. (2021), donde se buscó comprender el papel de la espiritualidad y la religiosidad durante la pandemia en Brasil, analizando prácticas personales y asistencia a instituciones religiosas para conocer si funcionaron como un recurso para prevenir y enfrentar los efectos negativos en la salud mental de la población. Los participantes fueron 1293 (28% hombres, 72% mujeres, edad media 38 años). El 9% tenía hasta educación secundaria y 91% contaba con algún grado universitario o posgrado. El 49% eran solteros y 38% estaban casados. La afiliación religiosa más frecuente fue católica (38%), protestante (18%) y espiritista (16%). No se reportó

información sobre el nivel socioeconómico. Los participantes fueron contactados por correo electrónico o redes sociales.

En cuanto a los instrumentos, se utilizaron el *BDI-PC* validado para Brasil; *STAI-T* y *STAI-S* y el *Brief RCOPE*. Además, se aplicó un cuestionario sociodemográfico que también contempló aspectos vinculados con la cuarentena y la presencia de síntomas de COVID-19. Los participantes se dividieron en grupos según sus prácticas religiosas y espirituales. Para la oración y asistencia a espacios religiosos, se crearon dos grupos: quienes nunca rezaban solos ni asistían a espacios religiosos y quienes siempre rezaban solos y asistían regularmente a estos espacios (Nunca/Siempre). Además, se separaron según niveles de religiosidad y espiritualidad (No religiosos/Muy religiosos, No espirituales/Muy espirituales).

Los resultados mostraron que las personas del grupo “Siempre” y “Muy religioso/espiritual” presentaron menores síntomas de depresión y ansiedad rasgo y estado en comparación con los grupos “Nunca” y “No religioso/espiritual”. Además, el afrontamiento positivo religioso fue significativamente más alto en los grupos muy religiosos y muy espirituales, mientras que el afrontamiento negativo no mostró diferencias relevantes. En general, tanto la práctica regular de oración individual como la asistencia a espacios religiosos se relacionó con menores niveles de depresión y ansiedad y con un mayor uso de estrategias positivas de afrontamiento religioso, que confirman una correlación positiva significativa entre religiosidad y espiritualidad.

El segundo estudio latinoamericano es de Hermosilla et al (2022), cuyo objetivo del estudio fue comparar los niveles de depresión, ansiedad y estrés según la pertenencia al adventismo durante la pandemia en residentes de Maipú, Chile. Según los informes epidemiológicos, Maipú era una de las comunas más afectadas por la pandemia en todo Chile. La muestra consistió en 174 participantes residentes de la comuna de Maipú (28% hombres, 72% mujeres, edad promedio de 46 años), entre miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día (64%) y residentes en general de la comuna (36%). En cuanto al nivel educativo, el 64% contaba con educación universitaria completa, el 26% con educación media y el 10% con formación técnica. El 82% se ubicó en un nivel socioeconómico medio, el 12% en nivel bajo y el 6% en nivel alto y el 53% de los participantes reportó haber sido diagnosticado con COVID-19. La encuesta se aplicó tanto en línea como en papel y se compartió a través de redes sociales, líderes religiosos y juntas de vecinos. Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia y se utilizó la *DASS-21*.

Los resultados mostraron que los adventistas presentaron medidas significativamente más bajas en depresión y ansiedad que los no adventistas, aunque no hubo diferencias significativas en estrés. La población no adventista tuvo 3,6 veces más probabilidad de tener ansiedad que los adventistas. Además, síntomas como tensión, falta de iniciativa, tristeza,

miedos irracionales y sensación de falta de sentido en la vida ocurrieron con menor frecuencia en los adventistas.

Estudios en la región de América del Norte

El estudio de DeRossett et al (2021) examinó el uso del afrontamiento religioso durante la pandemia de COVID-19 en Estados Unidos. Para ello utilizaron una muestra nacional de 970 personas adultas (56% hombres, 43% mujeres; el resto de otras orientaciones de género, edad media de 38 años), reclutadas a través de Amazon Mechanical Turk (*MTurk*). En cuanto a identidad religiosa, el 45% se identificó como religioso, 23% como espiritual y el 16% como agnóstico. No se reportaron datos sobre nivel educativo, condición socioeconómica ni antecedentes de infección por COVID-19. Como instrumentos se utilizaron la *CAS*, *Brief RCOPE* y *RBBQ*.

En cuanto a los resultados se observó que la forma en que las personas usan la religión influye en su ansiedad por COVID-19. El afrontamiento religioso positivo ayudó a reducir la ansiedad, mientras que el afrontamiento religioso negativo la aumentó. Además, practicar rituales religiosos con mucha frecuencia se asoció con más ansiedad, pero tener una experiencia espiritual auténtica la redujo. Medir la identidad religiosa aportó en conocer que los agnósticos tuvieron más ansiedad, y los ateos y espirituales menos afrontamiento negativo. Por último, tener COVID-19 o que un familiar/amigo lo haya tenido no cambia estas relaciones. Es decir, lo que realmente afecta la ansiedad es cómo se vive la religión, más que la cantidad de práctica religiosa o la exposición directa al virus.

Discusión

El conjunto, los 11 estudios analizados comprendieron un total de 10.070 participantes, con equilibrio de género y una edad promedio cercana a los 35 años. La mayoría pertenecía a religiones institucionalizadas, principalmente cristiana e islámica, y presentaba niveles educativos medios o altos. Las variables más estudiadas fueron depresión, ansiedad, estrés, religiosidad, espiritualidad y afrontamiento religioso, evaluadas principalmente con instrumentos validados como DASS-21, CAS y Brief RCOPE, entre varios otros.

En Medio Oriente, el estudio de Mahamid et al. (2022) concluyó que la religiosidad actuó directamente como un factor protector frente a la ansiedad ante la muerte durante el COVID-19, a través del afrontamiento religioso positivo, sin diferencias significativas por edad o género. En el estudio de Algahtani et al. (2020), el afrontamiento religioso positivo también produjo una reducción significativa sobre los síntomas de ansiedad y estrés, y se observó que las mujeres presentaron más probabilidades de experimentar estos síntomas. Por otro lado,

si bien en el estudio de Korkmaz et al. (2024) inicialmente las prácticas y la identidad religiosa se asociaron de manera negativa con la ansiedad por COVID-19, al incluir la ansiedad generalizada como variable mediadora estas relaciones dejaron de ser significativas. Esto indica que no existió un efecto protector directo de las prácticas o la identidad religiosa sobre la ansiedad específica por COVID-19, sino que su influencia ocurrió de forma indirecta al reducir la ansiedad generalizada, la cual, a su vez, predijo la ansiedad por COVID-19. En los estudios de Turquía, cuyas muestras fueron participantes jóvenes y mayoritariamente mujeres, mostraron que la religiosidad no actuó uniformemente como factor protector frente a COVID-19. En Saraei & Johnson (2022), las representaciones de Dios como autoritario se asociaron con mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés, mientras que la cercanía psicológica a Dios y la visión de Dios como benevolente se relacionaron con menores niveles de estos síntomas. Sin embargo, las dudas religiosas o percepciones negativas hacia Dios predijeron significativamente la ansiedad específica por COVID-19, incluso al controlar por religiosidad general, ansiedad general, estrés y sexo. En este caso, si bien las dimensiones positivas de la religiosidad se asociaron con menor ansiedad general, solo el afrontamiento religioso negativo tuvo efecto directo sobre la ansiedad por COVID-19. En Kızılgeçit y Yıldırım (2022), la relación entre COVID-19 y religiosidad también dependió del tipo de afrontamiento religioso empleado. Se observó que los participantes con mayor miedo tendían a utilizar más afrontamiento religioso negativo y menos positivo. El miedo al COVID-19 se asoció con mayor depresión y ansiedad por muerte, mientras que el afrontamiento religioso positivo no mostró efectos mediadores sobre depresión o ansiedad por muerte.

En síntesis, en Medio Oriente la religiosidad mostró efectos diversos según el tipo de vínculo con lo sagrado y las estrategias de afrontamiento. El afrontamiento religioso positivo funcionó como factor protector frente a la ansiedad general, la depresión y el estrés, aunque su efecto sobre la ansiedad y depresión específicas por COVID-19 fue indirecto. En cambio, el afrontamiento religioso negativo se asoció directamente con mayores niveles de ansiedad y depresión por COVID-19. Un único estudio indicó que, si bien un mayor miedo se vinculaba con un uso más frecuente de estrategias negativas, asociadas a mayor depresión y ansiedad por muerte, las estrategias positivas no mediaban este efecto. En cuanto a variables sociodemográficas, un estudio indicó que las mujeres tenían más probabilidades de experimentar ansiedad y estrés que los hombres, y que estas probabilidades disminuían con la edad; y otro estudio encontró que los efectos de los diferentes tipos de afrontamiento eran los mismos independientemente de la edad o el género. Estos resultados se alinean con lo planteado en la introducción, donde se identificó a las mujeres como uno de los grupos más afectados por ansiedad y depresión durante la pandemia, y muestran que la R/E pueden actuar tanto como recurso protector o potenciando el malestar.

En la región asiática, Hamka et al. (2022) identificaron que la espiritualidad (conexión psicológica con Dios y el entorno), la religiosidad (práctica activa de la fe) y la religiosidad intrínseca (internalización de creencias religiosas) tuvieron efectos positivos sobre la salud mental general. La espiritualidad redujo significativamente los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, e incrementó la felicidad y el bienestar psicológico. Efectos similares se observaron tanto con la religiosidad intrínseca como con la práctica activa. En otro estudio, Yoo (2022) introdujo la variable de participación religiosa en línea y concluyó que esta también influyó en la depresión y la ansiedad a través del apoyo espiritual durante la pandemia. Al comparar por género, se observó que los hombres presentaron mayor participación y, por ende, recibieron más apoyo espiritual, mientras que las mujeres reportaron niveles más altos de depresión y ansiedad, resultados consistentes con los hallazgos de Algahtani et al. (2020) en Medio Oriente. La participación religiosa se asoció con mayor bienestar en ambos géneros, pero el apoyo espiritual solo mostró un efecto protector en los hombres.

Los resultados de esta región confirman que la espiritualidad y la religiosidad actuaron como recursos protectores frente a la ansiedad, depresión y estrés durante la pandemia, y que su efecto también varió según género. También ambos coincidieron en que la participación religiosa influyeron disminuyendo la depresión y la ansiedad. Al igual que en Medio Oriente, las mujeres mostraron mayor vulnerabilidad frente a los síntomas de ansiedad y depresión, mientras que los factores positivos de religiosidad y espiritualidad mitigaron estos efectos en la población general.

En la región de América del Sur, ambos estudios contaron con sobrerrepresentación femenina. En el estudio de Souza et al. (2021) se identificó que la práctica regular de la oración individual, definida como espiritualidad (búsqueda y vivencia de un sentido trascendente o conexión con lo sagrado) y la asistencia a espacios religiosos (definida como religiosidad), se asociaron con menores niveles de depresión y ansiedad, así como con un mayor uso de estrategias de afrontamiento positivas durante la pandemia. El afrontamiento religioso positivo fue significativamente más alto en los grupos altamente religiosos y espirituales, mientras que no se observaron diferencias significativas en el afrontamiento religioso negativo. Por su parte, el estudio de Hermosilla et al. (2022), los adventistas presentaron niveles significativamente más bajos de depresión y ansiedad al ser comparados con los no adventistas, aunque no se observaron diferencias en estrés. Esto podría interpretarse como una mayor capacidad para gestionar el estrés generado por la pandemia, evitando que se transforme en ansiedad desadaptativa. Además, los adventistas reportaron menos síntomas de tensión, tristeza o falta de sentido, lo que sugiere que la religiosidad y la espiritualidad actuaron como factores protectores en ambos estudios.

En síntesis, la R/E también funcionó como recurso protector frente a la ansiedad y la depresión durante la pandemia en esta región, favoreciendo el uso de afrontamiento positivo, de manera consistente con los hallazgos de Medio Oriente y Asia. La sobrerrepresentación femenina podría sugerir que estos resultados reflejan principalmente la experiencia de las mujeres, quienes mostraron mayor vulnerabilidad frente a la ansiedad y depresión en las otras regiones.

En América del Norte, DeRossett et al. (2021) encontraron que la relación entre religiosidad y ansiedad por COVID-19 era negativa pero débil: el afrontamiento religioso positivo reducía la ansiedad, mientras que el negativo la aumentaba. Esta relación fue más significativa al considerar la ansiedad general. Practicar rituales religiosos con mucha frecuencia se asoció con mayor ansiedad, interpretado como un uso reactivo frente al malestar, más que un efecto de la práctica en sí. La experiencia espiritual auténtica, asociada a un estilo de afrontamiento religioso positivo ayudó a disminuir la ansiedad. Además, los agnósticos presentaron mayor ansiedad, mientras que ateos y personas espirituales mostraron menos afrontamiento negativo, lo que sugiere que lo relevante no es la cantidad de práctica religiosa, sino cómo se vive la religión y el estilo de afrontamiento que se emplea.

Aunque no es posible generalizar los resultados a toda la región dado que se trata de un único artículo, sus hallazgos refuerzan patrones observados en Medio Oriente, Asia y América del Sur. En particular, confirma que la forma de afrontamiento religioso es lo que influyó en la ansiedad durante la pandemia, y que una disminución de la ansiedad general se traduce en una reducción de la ansiedad específica por COVID-19. Además, la experiencia espiritual auténtica (similar a la religiosidad intrínseca) y el afrontamiento positivo actuaron como factores protectores frente a la depresión, la ansiedad y el estrés, mientras que el afrontamiento negativo podía aumentarlos.

En conjunto, puede decirse que en todas las regiones la R/E actuó como un modulador de la salud mental, pero con matices culturales. El afrontamiento religioso positivo se asoció con menor ansiedad, depresión y estrés, mientras que el negativo aumentó el malestar psicológico. Es decir que, su efecto dependió menos de la frecuencia de práctica y más del tipo de vínculo con lo sagrado y del estilo de afrontamiento empleado. En la mayoría de los casos, el efecto protector de la R/E fue indirecto al reducir la ansiedad general, lo que a su vez disminuyó la ansiedad específica por COVID-19. De manera similar, la depresión se redujo cuando las creencias religiosas y espirituales se integraron de forma positiva, promoviendo efectos positivos sobre el bienestar; en cambio, cuando se vivieron desde la ambivalencia o la culpa, potenciaron el sufrimiento. Esto confirma lo planteado en la literatura disponible respecto a que la religiosidad intrínseca se asocia con menor sintomatología

ansiosa y depresiva (Hood et al., 2009; Saroglou, 2011; Mosqueiro et al., 2020). Finalmente, las mujeres mostraron mayor probabilidad de sufrir ansiedad o depresión, pero también un uso más frecuente de estrategias religiosas sobre todo en algunas regiones. Con esto se confirman tendencias señaladas por la OMS (2022), donde las mujeres presentaron mayor prevalencia de ansiedad y depresión durante la pandemia. Además, el apoyo espiritual mostró un efecto protector más evidente en hombres, lo que sugiere que las dinámicas de género también condicionan los modos de experimentar y beneficiarse de la religiosidad.

En suma, y tomando en cuenta el conjunto de las investigaciones en su totalidad, se podría decir que la R/E tuvo un papel significativo en la salud mental durante la pandemia de COVID-19, tanto como factor protector o potenciador del malestar. Es decir que la R/E no actuaron de manera uniforme, sino que su efecto dependió del significado subjetivo y del estilo de afrontamiento. Las vivencias espirituales auténticas y el afrontamiento religioso positivo se consolidaron como recursos de resiliencia, mientras que las formas negativas o punitivas potenciaron la vulnerabilidad emocional. La participación religiosa, incluso en línea, y la pertenencia a comunidades ofrecieron contención y apoyo social frente al aislamiento. Además, las creencias espirituales promovieron esperanza y sentido ante la incertidumbre y la pérdida. Sin embargo, los efectos dependieron del modo de vivencia: cuando la R/E se experimentó desde la culpa, la duda o la percepción de castigo, se vinculó con mayor vulnerabilidad emocional, mostrando que su influencia es positiva principalmente cuando se integra de manera constructiva en el afrontamiento personal.

En cuanto a las principales limitaciones de los estudios, las mismas se relacionan a las características metodológicas de cada uno de ellos. Se trataron de diseños transversales, muestreos por conveniencia y ausencia de control de variables contextuales de los estudios, que restringen la posibilidad de establecer causalidad entre las variables de religiosidad y/o espiritualidad y las relacionadas a la salud mental. Investigaciones futuras que exploren la relación entre espiritualidad, religión y ansiedad y depresión en contextos de crisis, deberían incorporar metodologías longitudinales o mixtas para explorar cómo evolucionan estas relaciones a lo largo del tiempo y en distintos contextos culturales. También la falta de grupos comparativos impide evaluar con precisión la magnitud del efecto de la R/E sobre la salud mental, mientras que la sobrerrepresentación de mujeres y jóvenes limita la generalización de los resultados. Asimismo, la medición de la R/E se basó en instrumentos autoinformados y unidimensionales, que no capturan su complejidad ni diferencian claramente entre afrontamiento positivo y negativo. En muchos casos tampoco se controlaron variables psicológicas o sociales relevantes, como soporte social previo, salud mental preexistente o condiciones socioeconómicas, y la diversidad cultural fue escasamente considerada. Para

investigaciones futuras, se recomienda emplear diseños longitudinales o mixtos, incorporar grupos comparativos, utilizar instrumentos multidimensionales que distingan distintos aspectos de la R/E y considerar variables contextuales y sociodemográficas, con el fin de analizar de manera más precisa cómo estas experiencias influyen en la ansiedad, la depresión y la resiliencia en situaciones de crisis.

Conclusiones

Durante la pandemia por COVID-19, la religiosidad y la espiritualidad se consolidaron como recursos de afrontamiento relevantes, capaces de ofrecer sentido, apoyo social y contención emocional en situaciones críticas de aislamiento y las consecuencias identificadas por ello, como síntomas de ansiedad y depresión. Las prácticas religiosas regulares, presenciales o virtuales, y la oración individual se asociaron con menores niveles de depresión y ansiedad en diferentes regiones (Souza et al., 2021; Hermosilla et al., 2022; Yoo, 2022). Sin embargo, su efecto protector depende de la orientación intrínseca de la religiosidad y del uso de estrategias de afrontamiento positivo, ya que formas rígidas, punitivas o conflictivas pueden amplificar el malestar psicológico. Este hallazgo enfatiza la necesidad de comprender la R/E desde una mirada contextual, dinámica y culturalmente sensible.

Para la psicología, estos resultados invitan a integrar las dimensiones religiosas y espirituales en la evaluación y la intervención, promoviendo abordajes que reconozcan su potencial regulador, sin perder de vista los posibles riesgos asociados a su uso disfuncional. Asimismo, abren el camino a futuras líneas de investigación que profundicen en cómo las creencias y prácticas espirituales contribuyen a la resiliencia colectiva frente a crisis globales.

Referencias

- Algahtani, F. D., Alsaif, B., Ahmed, A. A., Almishaal, A. A., Obeidat, S. T., Mohamed, R. F., Kamel, R. M., Gul, I., & Hassan, S. U. N. (2022). Using Spiritual Connections to Cope With Stress and Anxiety During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers In Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.915290>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.; trad. de la 5.ª ed. estadounidense). Editorial Médica Panamericana.
- Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. L., Dias, H., Bassi, A., Chagas-Bloes, D. A., & Morato, S. (2010). Ansiedad y Miedo: su valor adaptativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 75-81. <https://doi.org/10.14349/rlp.v39i1.571>
- Braam, A. W., & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal Of Affective Disorders*, 257, 428-438. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.063>
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Harcourt Brace.
- Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. Pantheon Books.
- DeRossett, T., LaVoie, D. J., & Brooks, D. (2021). Religious Coping Amidst a Pandemic: Impact on COVID-19-Related Anxiety. *Journal Of Religion And Health*, 60(5), 3161-3176. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01385-5>
- De Souza, A. V., Anunciação, L., & Landeira-Fernandez, J. (2023). Spirituality, religiosity and mental health during the COVID-19 pandemic. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 40. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e210206>
- Delaney, H. D., Miller, W. R., & Bisonó, A. M. (2007). Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the American Psychological Association. *Professional Psychology Research And Practice*, 38(5), 538-546. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.538>
- Exline, J. J., & Rose, E. (2005). Religious and spiritual struggles. En R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 315–330). Guilford Press.
- Godoy, L. D., Rossignoli, M. T., Delfino-Pereira, P., Garcia-Cairasco, N., & De Lima Umeoka, E. H. (2018). A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. *Frontiers In Behavioral Neuroscience*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00127>

- Hamka, Suen, M., Ramadhan, Y. A., Yusuf, M., & Wang, J. (2022). Spiritual Well-Being, Depression, Anxiety, and Stress in Indonesian Muslim Communities During COVID-19. *Psychology Research And Behavior Management*, 15, 3013-3025. <https://doi.org/10.2147/prbm.s381926>
- Hermosilla, A., Carreño, J., & Ojeda, I. A. M. (2023). Depression, anxiety and stress according to belonging to a religion during pandemic in Maipú, Chile, during 2022. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(1), 15-24. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v23i1.5289>
- Hood, R. W., Jr., Hill, P. C., & Spilka, B. (2009). *The Psychology of Religion: An Empirical Approach* (4.^a ed.). Guilford Press.
- Iswanto, A. H., Zainal, A. G., Murodov, A., El-Ebiary, Y. A. B., & Sattarova, D. G. (2022). Studying the role of Islamic religious beliefs on depression during COVID-19 in Malaysia. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*, 78(4). <https://doi.org/10.4102/hts.v78i4.7567>
- Kızılgeçit, M., & Yıldırım, M. (2022). Fear of COVID-19, death depression and death anxiety: Religious coping as a mediator. *Archive For The Psychology Of Religion*, 45(1), 23-36. <https://doi.org/10.1177/00846724221133455>
- Korkmaz, S., Ayten, A., & Abu-Raiya, H. (2023). The link between religiousness and COVID-19 anxiety among a Turkish sample: the mediating role of generalised anxiety. *Mental Health Religion & Culture*, 26(8), 725-735. <https://doi.org/10.1080/13674676.2023.2258514>
- Leung, C. M. C., Ho, M. K., Bharwani, A. A., Cogo-Moreira, H., Wang, Y., Chow, M. S. C., Fan, X., Galea, S., Leung, G. M., & Ni, M. Y. (2022). Mental disorders following COVID-19 and other epidemics: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01946-6>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Lucchetti, G., Góes, L. G., Amaral, S. G., Ganadjian, G. T., Andrade, I., De Araújo Almeida, P. O., Carmo, V. M. D., & Manso, M. E. G. (2020). Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *International Journal Of Social Psychiatry*, 67(6), 672-679. <https://doi.org/10.1177/0020764020970996>
- Mahamid, F., Chou, P., & Mansour, A. (2022). The Correlation Between Religiosity and Death Anxiety During the COVID-19 Pandemic in Palestine. *Journal of Muslim Mental Health*, 17(1). <https://doi.org/10.3998/jmmh.1553>

- Moreira-Almeida, A., Neto, F. L., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal Of Psychiatry*, 28(3). <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006000300018>
- Mosqueiro, B. P., Pinto, A. de R., & Moreira-Almeida, A. (2020). *Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health*. Elsevier eBooks. <https://doi.org/10.1016/c2017-0-04790-0>
- Organización Panamericana de la Salud (2020, 11 marzo 2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia* Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Organización Mundial de la Salud (2022, 16 junio). World mental health report: Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Organización Mundial de la Salud (2022, 2 marzo) Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022 https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Organización Mundial de la Salud (2025, 29 agosto). Trastorno depresivo (depresión). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2025, 8 septiembre). Trastornos de ansiedad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.). Boletín Desastres N.131.- Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población. <https://www.paho.org/es/boletin-desastres-n131-impacto-pandemia-covid-19-salud-mental-poblacion>
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. W.W. Norton & Company.
- Prazeres, F., Passos, L., Simões, J. A., Simões, P., Martins, C., & Teixeira, A. (2020). COVID-19-Related Fear and Anxiety: Spiritual-Religious Coping in Healthcare Workers in Portugal. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(1), 220. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010220>
- Ramírez, F. B., Misol, R. C., Del Carmen Fernández Alonso, M., & Tizón, J. L. (2022). Prevención de los trastornos de la salud mental. Hijos de familias monoparentales. *Atención Primaria*, 54, 102445. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102445>
- Rosmarin, D. H., & Koenig, H. G. (Eds.). (2020). *Handbook of spirituality, religion, and mental health* (2.^a ed.). Academic Press.

- Rosmarin, D. H., & Leidl, B. (2020). Spirituality, religion, and anxiety disorders. En D. H. Rosmarin & H. G. Koenig (Eds.), *Handbook of spirituality, religion, and mental health* (2.^a ed., pp. 41–57). Academic Press.
- Rosmarin, D. H., & Leidl, B. (2020). Religious and spiritual factors in anxiety: Clinical perspectives. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102277.
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., & Flannelly, K. J. (2009). Religious coping among persons with anxiety disorders: Main and moderating effects. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(6), 743–749.
- Saraei, M., & Johnson, K. A. (2023). Disappointment with and Uncertainty about God Predict Heightened COVID-19 Anxiety among Persian Muslims. *Religions*, 14(1), 74. <https://doi.org/10.3390/rel14010074>
- Saroglou, V. (2011). Believing, Bonding, Behaving, and Belonging. *Journal Of Cross-Cultural Psychology*, 42(8), 1320-1340. <https://doi.org/10.1177/0022022111412267>
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614-636. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.614>
- Stack, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145–162. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb00843.x>
- Ting, R. S., Yong, Y. A., Tan, M., & Yap, C. (2021). Cultural Responses to Covid-19 Pandemic: Religions, Illness Perception, and Perceived Stress. *Frontiers In Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.634863>
- Vázquez, G. H., García, M. A., & Domínguez, R. (2015). Religious beliefs and suicide prevention: A review. *Journal of Religion and Health*, 54(5), 1944–1959. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0057-x>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal Of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Yoo, J. (2022). Online Religious Involvement, Spiritual Support, Depression, and Anxiety during the COVID-19 Pandemic. *Religions*, 13(11), 1052. <https://doi.org/10.3390/rel13111052>