

LA ESPIRITUALIDAD EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SUBJETIVO EN ENFERMOS TERMINALES

EVANGELINA ALOE * 

* Universidad de Flores (Argentina)

evangelina.lujan@uflo.edu.ar



Resumen. El presente artículo se propone realizar un recorrido por diferentes trabajos que han conceptualizado y medido los constructos: Espiritualidad; Bienestar Psicológico, Bienestar Subjetivo y Enfermedad Terminal. Así como una breve mención de alguno de los trabajos de Investigación llevados a cabo para saber a cerca de la relación existente entre los constructos mencionados. Se relacionarán los conceptos a partir de las diversas posiciones que ponen de relieve aparentes oposiciones intentando sugerir las relaciones posibles entre ellos.

Palabras Claves. Espiritualidad – Bienestar psicológico – Bienestar subjetivo – Enfermos terminales

Abstract. The present article proposes to carry out a journey through different works that have conceptualized and measured the constructs: Spirituality; Psychological Wellbeing, Subjective Wellbeing and Terminal Illness. As well as a brief mention of some of the research works carried out to know about the relationship between the mentioned constructs. The concepts will be related from the different positions that highlight apparent oppositions, trying to suggest the possible relationships between them.

Keywords. Spirituality – Psychological well-being – Subjective well-being – Terminally ill

Enviado. 01-03-2018 | **Aceptado.** 22-05-2018

El volumen de la investigación en religión/espiritualidad y salud se ha incrementado desde mediados de la década de 1990 (Koenig, 2012), se han hecho estudios acerca de los efectos del estrés sobre la salud mental, hay investigaciones que demuestran que la espiritualidad puede ser positivamente asociada con sentimientos de bienestar en diferentes poblaciones (Markides y otros, 1987). Dadas las numerosas dificultades y resultados ambiguos que señalan las revisiones existentes como reflejo de la multidimensionalidad de la religión/espiritualidad y la diversidad del concepto de bienestar; es pertinente llevar a cabo más estudios y buscar evaluaciones de calidad e instrumentos de medición que permitan obtener resultados para comprender el alcance que tienen la espiritualidad en el

bienestar de personas en situación de enfermedad terminal.

Bienestar

Desde el ámbito de 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, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que expresa la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (Organización Mundial de la Salud, 2004)

Dentro del ámbito de la psicología, la felicidad y el funcionamiento óptimo del ser humano ya ha sido objeto de estudio de célebres psicólogos entre ellos, C. Rogers (1961) con su concepto de realización plena y G. W. Allport (1961) en su estudio sobre madurez psicológica, A. Maslow (2000) con su concepto de autorrealización. (Padrós, Gutiérrez y Medina, 2015)

Para Ryan y Deci (2001) los estudios llevados a cabo pueden organizarse en dos grandes tradiciones: una correspondiente al bienestar hedónico (relacionada con la felicidad) y otra al bienestar eudaimónico (relacionada con el desarrollo del potencial humano). Autores como Keyes, Ryff y Shmotkin (2002) han propuesto el constructo bienestar subjetivo (subjective Wellbeing, SWB) como representante de la tradición hedónica, y el constructo bienestar psicológico (Psychological Wellbeing, PWB) como representante de la tradición eudaimónica; en el intento de trascender esta demarcación.

Aspectos positivos, tales como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, y los beneficios que estos presentan para las personas, son el principal interés de la Psicología Positiva. Es su objetivo investigar acerca de las virtudes y fortalezas humanas y los efectos que estas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven, dejando de lado el énfasis de la psicología clásica en la enfermedad. (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

La Psicología Positiva, según Sheldon y King (2001)) es el estudio de las virtudes y fuerzas

humanas, se pregunta por la naturaleza de la eficacia del funcionamiento del ser humano, centra la atención en los potenciales, motivos y capacidades de los sujetos. Su objetivo principal es lograr que las personas alcancen una vida con mayor calidad y bienestar, realizando investigaciones científicas que permitan acceder a los aspectos positivos del vivir humano e identificar y cultivar los recursos para “ser felices”. (Palacios, 2001). La tradición del bienestar psicológico se ha centrado en la forma de promover el desarrollo de las capacidades humanas y el crecimiento personal, a las que considera las principales vías del funcionamiento psicológico positivo que lleva a la auténtica felicidad. (Oramas, Santana y Vergara, 2006).

Krikorian (2012) menciona que para Limonero y Bayés (1995), las dimensiones que conforman el bienestar son dinámicas, las personas pueden percibirlo de forma diferente, según primen una sobre otra en algún momento de la vida, de manera consciente o no, según la evolución psico-bio-social, historia previa, valores, creencias y características personales.

Si bien son muchos los autores que han tratado de dar una definición, éstas se pueden agrupar en tres grandes categorías: A- Bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en término positivo, “satisfacción con la vida”. B- La preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos. Aspecto señalado por Bradburn (1969) con el desarrollo de su Escala de Balance Afectivo, es decir que una persona es más feliz cuando en su vida hay predominio de experiencia afectiva positiva

sobre la negativa. C- La más cercana a los planteamientos filosófico-religiosos, concibe la felicidad como una virtud o “gracia” (Diener & Diener 1995)

Casullo y Solano (2002) citando a Diener, Suh y Oishi (1997) sostienen que el bienestar psicológico tiene que ser estudiado teniendo en cuenta diversos niveles de integración de los comportamientos humanos. Desde una perspectiva macroscópica, indicadores económicos de una sociedad, la desigualdad social, las libertades políticas, el respeto por los derechos humanos, los indicadores de pobreza y marginalidad, conflictos bélicos o desempleo crónico deben ser incluidos. Se sabe que el mayor o menor bienestar psicológico no está relacionado sólo con esas variables sino también con la subjetividad individual. Las investigaciones realizadas señalan que la satisfacción es un constructo triárquico formado por: (a) los estados emocionales (afecto positivo y afecto negativo), son más lábiles y momentáneos e independientes; (b) un componente cognitivo, al que se denomina bienestar y resulta del procesamiento de información que las personas realizan acerca de cómo les fue, o les está yendo en el transcurso de su vida; y (c) relaciones vinculares.

De modo que los teóricos dentro del ámbito de la psicología positiva generan neologismos como bienestar psicológico y bienestar subjetivo para aludir con mayor claridad a concepciones antiguas sobre felicidad, y lo hacen también de modo operativo, es decir de modo que pueda ser medido. (Padrós Blázquez, 2010).

García-Viniegras y González Blanco (2007), evidencian que el término bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de bienestar subjetivo. Éste, enfatiza un carácter vivencial en su sentido más amplio, aunque resulta necesario esclarecer su vínculo con otras categorías de carácter más social; ambos términos están estrechamente relacionados: el bienestar psicológico puede considerarse como la parte del bienestar que compone el nivel psicológico, siendo el bienestar subjetivo el que está compuesto por otras influencias, como la satisfacción de necesidades fisiológicas, por ejemplo. Afirman que el bienestar es una experiencia humana vinculada al presente, con proyección al futuro, ya que se produce por el logro de bienes. En este sentido, el bienestar surge del balance entre las expectativas (proyección de futuro) y los logros (valoración del presente), lo que muchos autores llaman satisfacción, en las áreas de mayor interés para el ser humano: el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales, y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja. La satisfacción con la vida se produce a partir de una transacción entre el individuo y su entorno (micro y macrosocial), aquí se incluyen las condiciones materiales y sociales, que da al hombre oportunidades para la realización personal. Las condiciones materiales de vida, son sólo un aspecto en su naturaleza plurideterminada; son aquellas condiciones materiales, espirituales y de actividad en las que transcurre la vida de las personas.

El concepto de Bienestar abarca múltiples dimensiones, tanto sociales como psicológicas, físicas y ambientales. Motivo por el cual resulta difícil conceptualizarla de modo tal que haya un total acuerdo. Aún así la definición de Carol Ryff (1989) es aceptada ampliamente por la comunidad psicológica, definiendo el bienestar psicológico como un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio. Incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida. Esta autora, ofrece una articulación de las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital; para una mayor comprensión, identifica seis dominios fundamentales del funcionamiento óptimo (autonomía, autoaceptación, control ambiental, crecimiento personal, relaciones positivas con otros, propósitos de vida). Postula el bienestar psicológico como un concepto multidimensional, definiéndolo como percepción subjetiva, estado o sentimiento; la satisfacción es entendida como la gratificación proporcionada por los proyectos personales; mientras que la calidad de vida es el grado en que la vida es percibida favorablemente (Ryff & Keyes 1995).

Espiritualidad Vs. Religión

El hecho de que hay tantas y tan diferentes definiciones sirve para probar que la palabra "religión" no puede significar ningún principio o esencia individuales, sino que es un nombre colectivo (James 1902). Las creencias religiosas, han formado parte de la cultura desde tiempos

inmemorable; y como parte "de las culturas" ha adquirido tantas definiciones y religiones como culturas existentes, motivo por el cual ha sido objeto de estudio de la filosofía (con autores como Critia, Lucrecio, Friedrich Schleiermacher), la antropología (con James Peacock y Thomas Kirsch), las ciencias sociales (con Max Weber, Émile Durkheim, Ferdinand Tönnies o Ernst Troeltsch), y de la psicología (Jung, 1933; Allport, 1950; Fromm, 1980).

En el ámbito de la psicología, distintos autores han hecho su aporte tanto en el orden de patologizar la religión, considerándola como un mecanismo de defensa, algo parecido a las neurosis infantiles (Freud 1928a/1976, 1928b/1976, 1939/1976) como de incluirla dentro de la conformación de la psicología humana como parte según Jung (1949) de "las más tempranas y universales exteriorizaciones del alma humana" (p.19). Siguiendo a este autor:

la religión es una actitud que ... podemos calificar de consideración y observancia solícitas de ciertos factores dinámicos concebidos como potencias (espíritus, demonios, dioses ideas, ideales o cualquiera sea la denominación que el hombre ha dado a dichos factores (p. 23)

Ya en 1902, James, postulaba una crítica a la tendencia de patologizar la religión, diciendo que ciertos autores han propuesto especulaciones que harían que nos sintiéramos amenazados en los orígenes de nuestra vida más íntima; como si el espíritu que debería explicar su origen tuviese que justificar simultáneamente su significado, y no darles, a ambos, más valor. Para Frankl (1979):

sólo a partir del espíritu, el ser humano es también un ser integrado: sólo la persona espiritual viene a fundar la unidad y totalidad del ente humano. Y la funda como totalidad corpóreo-anímico-espiritual (p. 26).

Kabat-Zinn (2005) señala que en los últimos años han aparecido terapias que incluyen el área religiosa- espiritual como el Mindfulness; así como también han crecido los estudios que tratan de evaluar la relación entre religión, espiritualidad y salud.

Si bien en diferentes estudios, religión y espiritualidad, parecen utilizarse como sinónimos, Rivera Ledesma y otros (2014) en una revisión de la literatura desde el año 2000 a la fecha, distingue el concepto de religión, religiosidad y espiritualidad. Menciona que según Blazer y Meador (2009) y Vahia et al. (2011) la religión es un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos, para facilitar la cercanía con lo sacro o lo trascendente; mientras que la espiritualidad, es una entidad que abarca la religión, pero que se expande hasta un entendimiento de las respuestas a las preguntas últimas acerca de la vida, su sentido y su relación con lo sacro y lo trascendente. En este sentido, Yi et al., (2006) ha apuntado que en la actualidad el término “espiritualidad” se relaciona a un contexto personal más que institucional; describe un sentido de propósito y significado en la vida, y una conexión personal con lo divino o con la verdad. En esta línea de de contemplar múltiples variables en su definición, Kaye y Raghavan (2002) señalan que la espiritualidad es un marco filosófico de vida central, nuclear en la existencia del individuo y

que guía su conducta integrando lo físico, emocional, intelectual, social y lo ético y su voluntad.

Koenig (2008) ha sugerido que los constructos religiosidad y espiritualidad deben asumirse como sinónimos en virtud de que la espiritualidad suele investigarse en un interjuego con variables tales como el soporte social o el bienestar psicológico, que suelen estar implicadas en el constructo mismo de espiritualidad, y que al poner en relación a esta última variable con aquellas, lo que se obtiene es un planteamiento tautológico que no esclarece la relación. Así mismo, planteó cuatro modelos sobre la relación de la salud mental y física con la religión y la espiritualidad o secularidad:

- a) Versión tradicional-histórica de espiritualidad: caracterizada por la profunda religiosidad, dedicados al servicio de la religión y los miembros de una comunidad y, la enseñanza de las tradiciones de la fe a través del testimonio de vida; un constructo completamente separado de las medidas de salud mental o física.
- b) Versión moderna de espiritualidad: caracterizada porque amplía el constructo de religión tradicional, ampliando el término espiritualidad, utilizándolo en la asistencia de la salud, aplicándolo tanto a personas de diversos credos religiosos como aquellas que no lo tienen.
- c) Versión tautológica moderna de espiritualidad: se caracteriza por extender el concepto hacia fuera, incluyendo en su definición la salud mental positiva y los

valores humanos; incluye los indicadores religiosos tradicionales o una búsqueda de lo sagrado y también estados psicológicos positivos como propósito y significado de la vida, la conexión con los demás (la calidad de apoyo social), tranquilidad, armonía y bienestar.

- d) Versión clínica moderna de espiritualidad: se caracteriza porque incluye las anteriores (el constructo de religión y los indicadores positivos de salud mental) y también lo secular como elementos de su definición, incluso lo agnóstico y lo ateo.

En la revisión citada, se menciona la postura de Cook (2004), para quien la espiritualidad posee tres orientaciones básicas: Es intrapersonal cuando el sujeto entra en contacto consigo mismo; con lo que se es, con lo que legítima y sinceramente se experimenta y siente; con una visión valorativa de uno mismo. Es interpersonal en la camaradería, la solidaridad, la comprensión, el amor, la admiración y aceptación de los atributos del otro; en la identifica; Es transpersonal cuando se va más allá de sí mismo, del otro y la realidad material, para buscar su referente en un mundo sobrenatural del que nadie tiene evidencia tangible.

Rivera Ledesma A. y otros (2014) señala que debe tenerse presente que los conceptos de Dios y lo divino no aluden a lo mismo

Lo divino puede ser visto como una construcción social e individual (religiosa o no religiosa) relativa a una entidad superior, a menudo sobrenatural, cósmica, incluso natural, ecológica o de otro tipo;

mientras que Dios, adquiere un significado distinto según la religión o la tradición; así un Dios puede ser una cualidad de la naturaleza, una edad, un sentimiento; puede ser un dios generador de vida y muerte, etcétera. Un Dios dado toma su sentido con referencia a la cultura que lo proclama. Lo divino, por el contrario, adquirirá significado respecto al mundo interno, singular e individual del sujeto. (p. 143)

Enfermedad terminal

El Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago (2000), señala que con el tiempo, a categorización de un enfermo como terminal ha variado, en función del progreso de la Medicina, de nuevos tratamientos y de tecnologías de apoyo vital para enfrentar enfermedades graves. Hoy se dispone de intervenciones terapéuticas que permiten prolongar la vida, por un período significativo de tiempo, en pacientes de condición patológica anteriormente considerada terminal.

La gravedad de una enfermedad es un concepto distinto al de terminalidad. Generalmente, se califica de grave a un paciente cuya enfermedad o condición representa una amenaza potencial para su vida. Tampoco la incurabilidad es sinónimo de terminalidad. Hay pacientes que padecen de enfermedades incurables pero que no los conducen a la muerte en plazos breves y, en consecuencia, no son terminales (la Enfermedad de Alzheimer).

La enfermedad terminal se encuentra entre la enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía; es de curso progresivo, gradual, con

diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, que evoluciona hacia la muerte. Se entiende por enfermedad avanzada, enfermedad en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva. Situación de agonía, es entendida como aquella situación que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días. (Navarro Sanz 2014).

Dentro de la lista de cuidados que debe recibir un paciente con enfermedad terminal, el Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago (2000), menciona preparar al enfermo para la muerte; ya que tiene relevancia que el paciente, que va a morir en un breve plazo, se prepare para la muerte y reciba la mejor ayuda de quienes participan en su tratamiento y cuidado. Esta incluye que el enfermo resuelva asuntos personales, tanto de orden familiar, económico, legal o del ámbito espiritual; tomar decisiones de orden espiritual o religioso de acuerdo a sus creencias.

Antecedentes

Como ya se ha mencionado la producción ha crecido desde los años '90 hasta la actualidad; un breve recorrido intentará ejemplificar el creciente interés en diversas partes del mundo.

En Estados Unidos, ha habido producciones respecto de la incidencia de la espiritualidad en la salud en general y también en particular en enfermos terminales. En 1987, Reed, llevó adelante una investigación con 300 pacientes hospitalizados que padecían cáncer en un estado de fase terminal. Dos hipótesis guiaron el estudio: a) los adultos enfermos terminales hospitalizados poseen una perspectiva espiritual mayor que los no hospitalizados y que los adultos sanos, b) la perspectiva espiritual se relaciona positivamente con el bienestar. Los resultados obtenidos del análisis apoyaron la primera hipótesis; la correlación fue baja pero significativa en apoyo a la segunda hipótesis.

En New York, Nelson, Rosenfeld, Breitbart, Galietta (2002), llevaron adelante una investigación que examinó el impacto de la espiritualidad y la religiosidad en los síntomas depresivos graves en ciento sesenta y dos pacientes con enfermedades terminales con cáncer y SIDA, cuya esperanza de vida rondaba los 6 meses; todos pertenecían a centros de atención paliativa de Hospitales y centros de enfermería especializados. Se indica que los individuos más espirituales obtuvieron puntuaciones más bajas en la medida de Depresión y a la inversa, las puntuaciones en el índice de la religiosidad se asociaron positivamente con la depresión. Se observó una fuerte asociación negativa entre la escala FACIT Bienestar Espiritual y la HDRS; por lo que los resultados sugieren, los aspectos beneficiosos de la religión pueden ser principalmente relacionados con el bienestar espiritual en lugar de las prácticas religiosas en sí.

Mc Clain, Rosenfeld, Breitbart, en Estados Unidos (2003) llevaron a cabo un estudio con 160 pacientes en un hospital de cuidados paliativos con una vida esperanza de vida menor de 3 meses. El bienestar espiritual fue el predictor más fuerte del resultado de cada variable y representado una contribución única significativa más allá la de la depresión y las covariables. Además, la depresión fue altamente correlacionado con el deseo de apresurar muerte en los participantes de bajos valores en bienestar espiritual, pero no en los de altos valores en el bienestar espiritual.

En New York, McClain-Jacobson, Rosenfeld, Kosinski, Pessin, Cimino, Breitbart (2004), realizaron un estudio que evaluó las creencias en vidas futuras, bienestar espiritual y el funcionamiento psicológico al final de la vida en 276 pacientes con cáncer terminal. Los resultados indicaron que cuando los niveles de espiritualidad fueron controlados, el efecto de las creencias de la vida futura desaparecieron, por ello los autores concluyeron que la espiritualidad, tiene un efecto mucho más poderoso en el funcionamiento psicológico más que las creencias que tenemos sobre otra vida.

En Boston, entre 2006 y 2008, Alcorn, Balboni, Prigerson, Reynolds, Phelps y otros, llevaron a cabo un estudio multicéntrico, de métodos mixtos. Este estudio trató de derivar inductivamente temas centrales de la religión y la espiritualidad en experiencias de cáncer avanzado de los pacientes, para el desarrollo de intervenciones de atención espiritual en el enfermo de cancer terminal. La mayoría de los

participantes declararon que la R = S había sido importante para transitar la experiencia del cáncer. Llegan a la conclusión de que la religión y la espiritualidad con frecuencia juegan un papel fundamental en el mantenimiento de bienestar del paciente terminal.

A partir de una revisión sistemática llevada a cabo por Koenig (2012) se realizó un Manual de la Religión y la salud, que señala los estudios llevados a cabo desde 2000 a 2010, sobre religión y la influencia en la salud mental y física; arribando a la conclusión de que la mayoría de los estudios reportan relaciones significativas entre Religión/espiritualidad y la salud física y mental. En el manual se señala que es a través de diferentes mecanismos, que la religión provee recursos para hacer frente al estrés y pueden aumentar la frecuencia de emociones positivas y reducir la probabilidad de que el estrés influya en la creación de trastornos emocionales. Como recursos de afrontamiento, las religiones incluyen cogniciones poderosas (creencias fuertemente arraigadas) que dan sentido a difíciles circunstancias de la vida y proporcionan un sentido de propósito. Puede mejorar la salud mental y social; pero esto no quiere decir que las creencias religiosas / espirituales siempre lo logran.

También en 2012, se llevo a cabo otra revisión, Caramelo, Jones, Varagunam, Speck, Tookman, Rey, estudiaron las Intervenciones espirituales y religiosas para el bienestar de los adultos en la fase terminal de la enfermedad con el objetivo de evaluar su eficacia en el bienestar. Se hicieron búsquedas en 14 bases de datos a

noviembre de 2011. Se incluyeron cinco ECA de 1130 participantes en cuidados paliativos. Dos estudios evaluaron la meditación, los otros evaluaron intervenciones multidisciplinares, que involucraron a un capellán o un consejero espiritual como miembro del equipo de intervención. Las conclusiones de los autores, es que han encontrado pruebas concluyentes de que las intervenciones con componentes espirituales o religiosas para los adultos en la fase terminal de una enfermedad puede o no puede mejorar el bienestar. Estas intervenciones obtienen una evaluación baja. Para estos autores, la escasez de calidad de las investigaciones indican que se necesita más rigurosidad en los estudios.

En Londres, Thune-Boyle, Stygall, Keshtgar, Newman (2006) llevaron a cabo una revisión sistemática de los estudios que analizan los potenciales efectos beneficiosos o perjudiciales de lo religioso como afrontamiento espiritual en personas con cáncer. El uso de la religión y la espiritualidad como recursos en el afrontamiento

puede ser frecuente en los pacientes con cáncer, dada la naturaleza firme sobre los posibles efectos beneficiosos o perjudiciales de los aspectos religiosos en personas con cáncer es insuficiente.

En la zona Oriental, Michiyo Ando, Akira Tsuda, Tatsuya Morita (2006), en Japón, evaluaron la eficacia del bienestar espiritual en pacientes con cáncer, y se propusieron explorar las diferencias de aquellos pacientes que obtuvieron beneficios clínicos y los que no, respecto del bienestar espiritual. Para ello, estructuraron entrevistas de revisión de vida, que fueron realizadas a doce pacientes internados en una unidad de cuidados paliativos en una clínica de Japón. Completaron el SELT-M (Skalen zur Erfassung von Lebensqualität bei Tumorpatienten-Modified) antes y después de las entrevistas. Se clasificaron los pacientes en dos grupos: efectivo (pacientes que mostraron un aumento en los puntajes SELT-M después de la intervención) y no efectivo. Concluyen que las entrevistas de revisión de la vida pueden ser eficaces en la mejora del bienestar espiritual de enfermos en situación de enfermedad terminal. Siendo los posibles predictores de éxito del tratamiento: la "visión positiva de la vida", el "Placer en las actividades diarias y las buenas relaciones humanas", y una "equilibrada evaluación de la vida".

Mok, Wong y Wong (2007) en Hong Kong, llevaron a cabo entrevistas fenomenológicas con una muestra de 15 pacientes chinos con enfermedades terminales. Los participantes consideraron que el término espiritualidad es un concepto abstracto y describen como una

creencia personal único que da fuerza y se refiere al significado de la vida, y que el Bienestar espiritual interior se logra al tener fe y conocer las posibilidades de la vida y después de la muerte. Los participantes no esperan que las enfermeras brinden atención espiritual, pero cuando se les dio, les dio fuerza y sintieron apoyo. Concluyen que si los profesionales de la salud pueden proporcionar una compasiva y amorosa atención que facilite la aceptación y la esperanza, la vida espiritual de los pacientes es mejorada.

En Taiwan, Fu-Jin Shih, Hung-Ru Lin, Meei-Ling Gau, Ching-Huey Chen, Szu-Mei Hsiao, Shaw-Nin Shih and Shuh-Jen Sheu (2009), a partir de una muestra de 35 pacientes mayores con cáncer terminal con una esperanza de vida de tres meses, tomada en los dos hospitales principales de enseñanza de dicho país; estudiaron los principales focos de necesidades espirituales desde la perspectiva del paciente, a través de una investigación hermenéutica. Los datos obtenidos revelan que los dos factores de preocupación principal de las personas en estado terminal participantes de este estudio son: sus cuerpos moribundos y la trascendencia de su ser mundano hacia la trascendencia del ser espiritual.

En Karachi, Pakistán (2012) Zeenat, junto a un grupo de estudiantes, investigó la relación entre la religiosidad y el bienestar psicológico en un grupo de musulmanes paquistaníes. La muestra fue de 65 hombres y 85 mujeres con un rango de edad de 18 a 60 años. La religiosidad fue concebida en términos de asistencia a las

reuniones religiosas, notabilidad de las creencias y la frecuencia de la oración. La ansiedad, la soledad y el cumplimiento de la vida se eligieron como variables dependientes, porque son aspectos importantes de bienestar psicológico. Confiante con investigaciones anteriores, las estadísticas de correlación sugieren que una relación fuerte y negativa existe de hecho entre la religiosidad y la soledad ($r = -0,852$) y entre la religiosidad y la ansiedad ($r = -0,511$). Una relación fuerte y positiva se encontró entre la religiosidad y la satisfacción con la vida ($r = 0.76$). Por lo tanto, los resultados de este estudio apoyan la hipotética relación entre la religiosidad y las diferentes facetas de bienestar psicológico.

En el continente europeo, en Alicante, Reig-Ferrer, Arenas, Ferrer-Cascales, Fernández-Pascual, Albaladejo-Blázquez, Gil y De la Fuente, llevaron a cabo entre 2007/2008, una investigación para evaluar el bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. Utilizaron como instrumento el Cuestionario del Sentido de la Vida (Meaning in Life Scale, MiLS). También se proporciona una puntuación global de espiritualidad. Además, se registraron variables de tipo clínico (tiempo en hemodiálisis, índice de comorbilidad de Charlson) y sociodemográfico (edad, género), así como estimaciones del estado de salud, calidad de vida (general y actual), felicidad personal, el grado de religiosidad y la creencia en la existencia de vida.

Los resultados mostraron que el bienestar espiritual se relaciona significativamente con diversas variables de calidad de vida, percepción

de salud, felicidad personal o religiosidad. Concluyendo que la espiritualidad parece desempeñar un papel importante en el bienestar psicológico, el estado de salud y la calidad de vida percibidos por el paciente en hemodiálisis. Siendo el grado de bienestar espiritual de estos pacientes relativamente bajo, los resultados sugieren que considerar y evaluar el grado de bienestar espiritual en los pacientes en hemodiálisis puede ser de utilidad para la práctica clínica.

Vilalta i Vilalta, entre los años años 2007/2008, reclutaron 50 pacientes diagnosticados con cáncer avanzado y terminal, concurrentes al servicio de Cuidados Paliativos del Institute Catalá d'Oncología d'Hospitalet de Llobregat (cercano a Barcelona), con el objetivo de evaluar las dimensiones de la necesidad espiritual que deberían ser atendidas y la valoración de la tipología de necesidades espirituales según estos pacientes. Plantean una tipología de once necesidades espirituales, que son dinámicas de acuerdo a las experiencias personales y estudian la correlación de estas variables entre sí. Concluyen señalando la relevante importancia de la espiritualidad, así como la complejidad de la misma y su incorporación en el tratamiento de pacientes terminales; sugieren la implementación de una historia espiritual en la historia clínica del paciente, y manifiestan la necesidad de seguir haciendo investigaciones en el país para ahondar en la mejor forma de implementar las necesidades espirituales en la atención de pacientes con cáncer grave y terminal.

En Portugal, Caldeira, Castelo Branco, Vieira (2011), llevaron a cabo una revisión teórica para identificar y analizar la producción científica publicada en revistas portuguesas de enfermería, bioética y salud, desde 1990 hasta julio del 2010, sobre la espiritualidad en los cuidados de enfermería. Se utilizó el método de pesquisa manual y electrónica en revistas portuguesas de enfermería, en los Cuadernos de Bioética y en los Cuadernos da Saúde, sumando un total de 21 títulos; quedando constituida la muestra por 17 artículos seleccionados de los 1217 números pesquisados. El análisis permitió categorizar la espiritualidad en dos dimensiones: la dimensión humana de la persona sana o enferma y la dimensión del cuidar. Insisten en la formación de enfermeras para atender esta necesidad, que se utilicen herramientas de evaluación del bienestar espiritual y las necesidades espirituales.

En Escocia, Scobie y Caddell (2003) con una muestra de 120 pacientes con enfermedades terminales avanzadas dentro de 2 hospicios de atención especializada del Oeste de dicho país, investigaron las evaluaciones de calidad de vida de auto-reporte de la espiritualidad y no espiritualidad orientada a pacientes al final de su vida. Los participantes se ubicaron en tres grupos los 3 dentro de los dos centros de cuidados paliativos: 1. B (Los creyentes y practicantes miembros de iglesia). 2. NPB (creyentes, sino miembros de la iglesia no practicante). 3. NB (no creyentes / no practicantes). El método utilizado fue especializada se evaluaron utilizando una versión adaptada de la escala McGill Quality of

Life Questionnaire (MQOL). Esta última es una herramienta de medición apropiado, ya que fue diseñada específicamente para su uso con los pacientes de cuidados paliativos avanzados y es uno de los pocos instrumentos para incluir un dominio existencial. Las conclusiones a las que arribaron en el presente estudio pone de relieve la premisa de que cuando la cura no es una opción, el principal objetivo de los cuidados paliativos debe ser mejorar la calidad de vida (QOL) restante de los pacientes con enfermedades terminales y donde debe incluirse para tal fin, la atención espiritual. Los resultados indicaron que los pacientes dentro de cada uno de los tres grupos estudiados, emplean cuatro estrategias con el fin de hacer frente al estrés de declive terminal. Estos fueron "creencia religiosa / espiritual", "negación", "renuncia / fatalismo" y "aceptación". Surge entonces, las recomendaciones de incluir en la consulta de rutina preguntas en relación con la orientación espiritualidad / religiosidad del paciente que ingresan al cuidado de hospicio. Esta información tiene relevancia clínica ya que establece el paciente como un individuo y no meramente un individuo con un síntoma; pudiendo brindar un marco cognitivo activo útil desde el que hacer frente a una enfermedad potencialmente mortal.

Desde el panorama Latinoamericano, Echeverri, Méndez Porras, Ballesteros (2004), investigaron la relación entre la enfermedad oncológica y las dimensiones de espiritualidad y religiosidad de las personas mayores de edad diagnosticadas con dicha enfermedad que asisten al Centro Javeriano de Oncología en Colombia. Se utilizó

un diseño descriptivo-correlacional, con una muestra intencional de 100 pacientes quienes participaron voluntariamente a través de una entrevista semiestructurada. Los resultados son consistentes con la literatura especializada en cuanto a la relación estrecha entre espiritualidad y religiosidad y en mostrar un incremento de las mismas a partir de la enfermedad. También se confirma el efecto de apoyo y de bienestar que dan la religión y la espiritualidad. La mayoría de las personas no diferenció entre estos dos conceptos.

En un estudio, realizado en Brasil; Elias, Giglio, Pimenta y EIDash (2007) desarrollaron un programa de entrenamiento sobre intervención RIME que consistió en la integración de técnicas de relajación mental y visualización de imágenes mentales con los elementos que representan la espiritualidad y con base en los relatos de EQM (experiencia de casi-muerte) En la aplicación del RIME se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) al final de las sesiones, en el que los enfermos relataron mayor nivel de bienestar en comparación con el inicio de las sesiones, lo cual fue medido a través de una escala EVA (Escala Visual Analógica). Los resultados sugirieron que el RIME (relajación, imaginación y espiritualidad) posibilita la resignificación del dolor espiritual en pacientes terminales.

Sánchez Herrera (2008) en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en el marco de un grupo de 6 estudios sobre el bienestar espiritual de personas en situación de enfermedad crónica,

que iniciaron en 2003 y finalizaron en 2008., realizó una investigación a cerca de la dimensión espiritual del cuidado de personas en situación de enfermedad Terminal, cuyos resultados afirman que el nivel del componente religioso del bienestar espiritual del grupo de pacientes con enfermedad Terminal fue alto, siendo mayor en la dimensión religiosa que en la existencial. El valor de la dimensión existencial se ubicó en un nivel medio.

En el mismo año, también en Colombia Novoa Gómez, Caycedo, Aguillón y Suárez Álvarez, en la Pontificia Universidad Javeriana-Bogotá; se llevó a cabo un estudio que evaluó la calidad de vida y el bienestar psicológico en pacientes oncológicos con diagnóstico de enfermedad avanzada. La muestra constaba de 83 personas mayores de edad de ambos sexos, con diversos tipos de enfermedad oncológica. Los instrumentos que se aplicaron fueron un Registro de Datos Sociodemográficos, Índice de Bienestar Psicológico (Dupuy, 1984) SF36 (Medical Outcomes Trust, 1992) y el McMaster Quality of Life Scale (Sterkenburg, Woodward y King, 1996). A partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar que el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes adultos de oncología, en cuidado paliativo, se ve claramente afectada. la percepción de bienestar psicológico y la calidad de vida en los pacientes, se muestra en gran parte perturbada por la presencia del dolor constante y la sensación de dependencia.

Gallegos, en el 2008, realizó en México una investigación sobre el Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama, identificado a

través de la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison, se encontraron resultados parecidos a los mencionados anteriormente, los investigadores trabajaron con una muestra de 25 pacientes, obteniendo que la mayoría de las personas encuestas (88%) tienen un bienestar espiritual bueno 88% y 12% presento un bienestar espiritual regular.

En una revisión sobre Intervenciones espirituales y religiosas para el bienestar de los adultos en la fase terminal de la enfermedad, realizada por Caramelo, Jones, Varagunam, Speck, Tookman, Rey (2012) hallaron pruebas concluyentes de que las intervenciones con componentes espirituales o religiosas para los adultos en la fase terminal de una enfermedad puede o no mejorar el bienestar. Estas intervenciones se evalúan con relación baja entre espiritualidad y bienestar, la revisión proporciona poca evidencia para guiar a los tomadores de decisiones en si las intervenciones espirituales son eficaces en pacientes con cáncer dado que hallaron falta de fundamentos teóricos claros en los estudios.

En Chile, Prado, Florenzano, Fernández, Cataldo, Torres, Ojeda (2010) describen y comparan creencias religiosas en 200 pacientes con enfermedad oncológica avanzada, un grupo de 200 pacientes sin patología oncológica y 100 profesionales de la Salud Pública de un Hospital General en Santiago de Chile. Utilizaron el Cuestionario de Religiosidad PUC-Adimark GFK, el ítem de religiosidad de la Encuesta CNAP de Barber y OQ-45.2 de Lambert, validado en Chile por De la Parra y Von Bergen. EL 95,5% de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada

presentan adherencia a una religión, mientras los profesionales que los asisten un 86,7%. La adherencia religiosa es de un 79% en los pacientes sin enfermedad oncológica avanzada en comparación con los profesionales que los atienden 92,5%. No se observan diferencias significativas entre pacientes adherentes y no adherentes, con respecto a OQ-45.2 para los dos grupos de pacientes.

En la república Argentina, Okutsu (2012) evaluó 26 pacientes que habían sido diagnosticadas con cáncer de mama en el Hospital Oncológico Marie Curie, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; con el objetivo de relacionar bienestar espiritual/religiosidad, personalidad y el apoyo social percibido. Se les administró el Cuestionario de Bienestar Espiritual -SIWB- (validada en Argentina, Giménez Lascano y Coppolillo, 2010), el Cuestionario de Personalidad para adultos -EPQ-A- (Eynseck, 1984) y el Cuestionario de Apoyo Social Funcional -Duke UNC11- (Versión validada De La Revilla, 1991). Para las variables sociodemográficas y clínicas, se confeccionó unos cuestionarios. Comprobando la relación negativa entre neuroticismo y bienestar espiritual, y la relación positiva entre extroversión y bienestar espiritual, siendo estas correlaciones estadísticamente significativas. En tanto que la asociación positiva entre extroversión y apoyo social, la significación es marginal.

Veloso (2008) llevó a cabo 50 encuestas MQOL, para una investigación en "Calidad de Vida y Cuidados Paliativos. Siendo el 58% mujeres, valoran la calidad de vida (promedio) como

bueno, el 70% señala que la vida ha sido muy valiosa y ha valido la pena. Señalan que en Cuidados Paliativos la calidad de vida no está en relación con la ausencia del problema, sino que tiene que ver con los aspectos positivos y negativos, la expresión o no de esos aspectos de la vida.

Discusión

Finalmente, siguiendo a James (1902), podemos sintetizar que la religión es básicamente una institución que promueve un cuerpo de doctrina (aspectos cognitivos socialmente consensuados), así como ritos y prácticas (aspectos conductuales) que, en conjunto (como religiosidad), tienden a fomentar, y permiten interpretar, la experiencia de lo espiritual.

En consecuencia, cuando hablamos de religión, hablamos de la relación del individuo con "lo que él considera la divinidad", el término "divinidad" lo debemos significar en un sentido amplio, denotando cualquier objeto que posea cualidades divinas, se trate de una deidad concreta o no. La religión, es una reacción total del hombre ante la vida, por esta razón la cuestión de la definición tiende a convertirse en una disputa nominalista (James, 1902) y para no estancarnos en el nominalismo es que Koenig, toma ambos términos por sinónimos, en virtud de que la espiritualidad suele investigarse en un ínter juego con variables tales como el soporte social o el bienestar psicológico, que suelen estar implicadas en el constructo mismo de espiritualidad y que la religión puede entenderse como un cuerpo de doctrina (aspectos cognitivos

socialmente consensuados), así como ritos y prácticas (aspectos conductuales) que, en conjunto (como religiosidad), tienden a fomentar, y permiten interpretar, la experiencia de lo espiritual.

Este autor, basado en las revisiones que llevó a cabo, postula que los profesionales de la salud deben estar familiarizados con la integración de la espiritualidad en el cuidado del paciente, y ser capaces de lograrlo de una manera sensata y sensible, ya que está en juego la salud y el bienestar de los pacientes y la satisfacción, como profesionales de la salud en la prestación de atención que se ocupa de toda la persona - cuerpo, mente. De manera coincidente Prado y otros (2010) concluyen que las creencias religiosas son un factor protector en el trabajo con pacientes con enfermedad oncológica avanzada, ya que brinda significación y soporte, facilitando una reacción y elaboración del duelo adecuada, haciendo más fácil la condición general del enfermo. Señalan la importancia de que la asistencia espiritual sea considerada un derecho, sugiriendo otorgarle un espacio donde sea avalada y respetada por parte de un equipo multidisciplinario de la salud, haciendo imprescindible la necesidad de contar con instrumentos que aporten a la investigación la posibilidad de realizar mediciones tales como el nivel de sufrimiento y/o sentido de vida.

Referencias

Caldeira, S.; Castelo Branco, Z.; Vieira, M. (2011) A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal

Revista de Enfermagem Referência - III - n.º - 2011

- Caramelo B, Jones L, M Varagunam, Speck P, Tookman A, Rey M. (2012). Intervenciones espirituales y religiosas para el bienestar de los adultos en la fase terminal de la enfermedad (Revisión). <http://www.thecochranelibrary.com>
- Casullo, M., y Solano, A. C. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Y Psicología Clínica* 7, 129-140. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.2.2002.3927>
- Cook, C.C.H. (2004). *Addiction and spirituality*.
- Diener, Ed (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *Journal American Psychologist* Volume 5 Issue 1 .p. 34-43
- Echeverri, Méndez Porras, Ballesteros (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Univ. Psychol*, 3(2), 231-246
- Espíndula, J. A.; Valle E. R. M.; Bello A.A.(2010). Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. nov.-dec.
- Frankl, V. (1977). *La presencia olvidada de Dios. Psicoterapia y Religión*. 1ª ed. Ed. Herder
- Freud, S. (1928a/1976). *El futuro de una ilusión*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1928b/1976). *Totem y taboo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1939/1976). *Moisés y el monoteísmo*. Buenos Aires: Amorrortu
- Shih, Fu-Jin Lin, Hung-Ru Gau, Meei-Ling Chen, Ching-Huey Hsiao, Szu-Mei Shih, Shaw-Nin Sheu, Shuh-Jen. (2009). Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer. *V. 36, I.1, E31-E38*
- García-Viniegras, C. R. V, & González Blanco, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 25(1), 72-80. <https://doi.org/10.12804/REVISTAS.UROSARIO.EDU.CO/APL/A.559>
- Gallegos M., Hernandez D. (2008). Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeria/mss/eim-2008/eim082g.pdf>
- Giovana Segura Miño (2011). Nivel de bienestar espiritual en personas adultas con cáncer en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo .Perú
- Grupo de Estudios de Etica Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago (2000). El enfermo terminal. *Rev. Médica Chile*, 128 (5)

- Herrera Sanchez. (2009). Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas... *Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. XXVII (1). <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198009.pdf>
- James, W. (1902). Las variedades de la experiencia religiosa 2ª ed. Península. Versión castellana de J. F. Yvars Prólogo de José Luis L. Aranguren. 1996. Recuperado de: <http://www.scribd.com/doc/4251083/variedades-de-la-experiencia-religiosa-william-james>
- Jung C. (1949). *Psicología y religión*. Ed. Paidós
- Kabat-Zinn J. (2005). *La práctica de la Atención Plena*.
- Krikorian, A. (2012). Factores Que Contribuyen. Tesis, 256
- Koenig. (1998). Religious beliefs and practices of hospitalized medically ill older adults, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 213–224.
- Koenig. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications.
- Limonero, J. T & Bayés, R. (1995) Medicina Paleativa V. 2, N° 2, 2° trimestre 5-9
- Markides, K; Levin, J.; Ray, L. (1987). Religion, aging, and life satisfaction: an eight-year, Three-Wave Longitudinal Study. *The Gerontologist*, 27 (5), 660–665
- McClain, Rosenfeld, Reitbart. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet* 361
- Michiyo Ando, Akira Tsuda, Tatsuya Morita (2006). Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*, 15: 225–231 DOI 10.1007/s00520-006-0121-y
- Mok E., Wong F. & Wong D. (2010) the meaning of spirituality and spiritual care among the hong kong chinese terminally ill. *Journal of advanced nursing* 66(2), 360–370.
- Novoa Gómez, Caycedo, Aguillón y Suárez Álvarez, en la P. U. J.-B. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 177–192. <http://www.redalyc.org/pdf/801/80111670012.pdf>
- Navarro Sanz. J. (2014). cuidados paliativos no oncológicos enfermedad terminal: concepto y factores pronósticos. *Guía médica sociedad española de cuidados paliativos*. http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2
- Nelson, C.; Rosenfeld, M.; Breitbart, W.; Galieta, M. (2002) Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill. *Psychosomatics* 43, 213–220
- Okutsu, M. (2012). Bienestar espiritual y religiosidad: su relación con personalidad y apoyo social percibido en pacientes con cáncer de mama. 1–107.
- Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud Y Trabajo*, 7, 34–39. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/rst06106.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Promoción de la Salud Mental. Conceptos, Evidencia emergente, Práctica, Informe Compendiado. *Promoción de La Salud Mental*, 60. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Padrós Blázquez, Martínez Medina, Gutiérrez-Hernández, Medina Calvillo (2010). La psicología positiva. *Uaricha Revista de Psicología* 14, 30-40
- Padrós, F., Gutiérrez, C. Y., & Medina, M. A. (2015). Propiedades Psicométricas de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances En Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223–232. <https://doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04>
- Prado, O.; Florenzano, U.; Fernández, R.; Cataldo, S.; Torres, G.; Ojeda, B. (2010.) Incorporación de un Componente Espiritual Religioso en el Tratamiento de Pacientes Terminales de una Unidad del Dolor en un Hospital General. *Revista El Dolor*. 53, 24-29;
- Puchalski, C.M. y Tsevat, J. (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 21-27.
- Ramas Viera, Santana López, Vergara Barrenechea. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 7(1-2) (pp. 34-39)
- Reed, P. (1987). *Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults*. DOI: 10.1002/nur.4770100507
- Reig-Ferrer, Arenas, Ferrer-Cascales, Fernández-Pascual, Albaladejo-Blázquez, Gil y De la Fuente (2012). Evaluación del bienestar. *Nefrología*, 32 (6) <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Apr.11384>
- Rivera Ledesma, A. M. M. L. L. y S. Z. J. (2014). Espiritualidad, psicología y salud. *Psicología Y Salud*, 24(55), 139–152.
- Rodríguez Carrión D., Sayers Montalvo S., Martínez-Taboas A. (2011) *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 22.
- Ryan, R. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 719-727.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi:10.1037//0022-3514.57.6.1069
- Scobie, G. y Caddell, C. (2004) Quality Of Life At End Of Life: Spirituality And Coping Mechanisms In Terminally Ill Patients. *The Internet Journal of Pain, Symptom Control and Palliative Care*. 4(1)
- Thune-Boyle, Stygal, Keshtgar, Newman (2006); Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 63, 151-170
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, Martin (2005). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Ed. Byblos
- Vahia, I.V., Depp, C.A., Palmer, B.W., Fellows, I., Golshan, S., Thompson, W., Allison, M., y Jeste, D.V. (2011). Correlates of spirituality in older women. *Aging and Mental Health*, 15, 97-102
- Valiente-Barroso C.,García-García E (2010) La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica. *Psicogeriatría* , 2 (3): 153-165
- Veloso, Verónica Inés, Tripodoro, Vilma, Carballo, Ma. Martha y Nastasi, Rosa (2008). Calidad De vida al final de la vida. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-032/203>
- Vilalta i Vilalta. (2010). Evaluación de las necesidades espirituales de pacientes diagnosticados de cáncer avanzado y cáncer terminal. Tesis. Universitat de Lleila.
- Yi, M.S., Mrus, J.M., Wade, T.J., Ho, M.L., Hornung, R.W., Cotton, S.; Peterman, A.H. (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 21-27.
- Zeenat, I. (2012). Religiosity and Psychological Well-Being. *International Journal of business and Social Science*, 3 (11).