



Doctorado en Psicología
Facultad de Psicología y Ciencias Sociales
Universidad de Flores

La Espiritualidad y el Bienestar Psicológico en enfermos terminales

Doctoranda: Lic. Evangelina L. Aloe

Director: Dr. Simkin Hugo

Tesis para obtener el título de Doctora en Psicología

Buenos Aires, abril 2021

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo indagar si la Espiritualidad incide en el Bienestar Psicológico en personas con enfermedad terminal. Para ello, se procedió a encuestar a 115 personas en dos Hospitales Públicos de CABA y en el ámbito privado. Se llevó a cabo la administración del cuestionario ASPIRES y el Cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff; ambos en sus versiones para población argentina. Los resultados obtenidos demostraron una correlación positiva de los niveles de Relaciones Positivas con Religiosidad $r(113) = .21, p < .05$ y Universalidad $r(113) = .23, p < .05$. Una correlación negativa entre la variable de Autonomía en relación a los niveles de Realización en la Oración, $r(113) = -.22, p < .05$. Una relación positiva entre el nivel de Competencia con los niveles de Religiosidad $r(113) = .28, p < .01$; Realización en la Oración $r(113) = .26, p < .01$ y Trascendencia Espiritual $r(113) = -.23, p < .05$.

Estos datos permiten afirmar que existe una relación positivamente significativa entre la Espiritualidad y el Bienestar Psicológico en personas que se hallan en finalidad de vida en la población estudiada; corroborando los hallazgos reportados en otras poblaciones estudiadas por diversos autores.

Palabras claves: Espiritualidad, Bienestar Psicológico, Enfermedad terminal.

Abstract

This research aimed to investigate whether Spirituality affects Psychological Well-being in people with terminal illness. For this, 115 people were surveyed in two Public Hospitals in CABA and in the private sphere. The administration of the ASPIRES questionnaire and the Ryff Psychological Well-being Questionnaire were carried out; both in their versions for the Argentine population. The results obtained showed a positive correlation of the levels of Positive Relationships with Religiosity $r(113) = .21, p < .05$ and Universality $r(113) = .23, p < .05$. A negative correlation between the Autonomy variable in relation to the levels of Realization in Prayer, $r(113) = -.22, p < .05$. A positive relationship between the level of Competence and the levels of Religiosity $r(113) = .28, p < .01$; Performance in Prayer $r(113) = .26, p < .01$ and Spiritual Transcendence $r(113) = -.23, p < .05$.

These data allows to affirm that there is a positively significant relationship between Spirituality and Psychological Well-being in people who are in the purpose of life in the studied population; corroborating the findings reported in other populations studied by various authors.

Keywords: Spirituality, Psychological Well-being, Terminal illness.

Agradecimientos

En primer lugar, mi más profundo agradecimiento es para las 115 personas que aun encontrándose sobre el final de sus vidas, accedieron a ser entrevistadas, sin su generosidad esta investigación no se hubiera podido realizar.

Agradezco a Hugo Simkin, por aceptar acompañarme y dirigirme en este camino nuevo para mí.

Quiero manifestar mi gratitud a la comunidad UFLO, por brindarme la posibilidad de seguir desarrollándome profesionalmente.

A Bernardo Kerman y Beatriz Labrit por incitar mi crecimiento personal y profesional.

A Marcelo Godoy por interesarse en la temática y hacer de nexo conectándome con los profesionales que han sido parte de esta investigación.

A Analía Losada, por su especial forma de alentarme.

A Diego Argentino, por sus generosos aportes y comentarios.

Mi reconocimiento especial a la Lic. Mónica Mademann, Dra. Cinthia Carrizo y Dra Betiana Casini, porque aún sin conocerme confiaron en la relevancia de esta investigación.

A Magdalena Rabini, Sabrina Rabini y Agustín Rabini por su eterno acompañamiento, escucha, sugerencias, salvatajes técnicos y lecturas permanentes.

La posibilidad de que haya efectuado el largo recorrido que dio por resultado este trabajo de investigación, es sin ninguna duda, la concatenación de muchos eslabones de una larga cadena, que desde el misterio que la vida posee han sido sincronizados.

Índice

Resumen	2
Abstract	3
Agradecimientos	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
ESTRUCTURA INTERNA DEL ESTUDIO.....	11
Espiritualidad.....	15
ESPIRITUALIDAD Y PSICOLOGÍA	15
CONCEPTO DE RELIGIÓN	17
CONCEPTO CONTEMPORÁNEO DE ESPIRITUALIDAD.....	18
ESPIRITUALIDAD Y PERSONALIDAD	27
ESPIRITUALIDAD E INTELIGENCIA.....	34
CONCEPTUALIZACIONES DE INTELIGENCIA ESPIRITUAL	35
DEBATE EN TORNO A LA ESPIRITUALIDAD COMO PROTECTORA DE SALUD MENTAL VS CAUSANTE DE PATOLOGÍA	37
ESPIRITUALIDAD Y NEUROCIENCIAS	46
MEDITACIÓN Y PSICOLOGÍA	51
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN: ESCALAS DE ESPIRITUALIDAD	53
SÍNTESIS DEL CAPÍTULO	63
Bienestar	65
ORÍGENES DEL CONCEPTO DE BIENESTAR	65
EL BIENESTAR EN LA PSICOLOGÍA	71
BIENESTAR PSICOLÓGICO Y BIENESTAR SUBJETIVO	78

<i>BIENESTAR PSICOLÓGICO</i>	80
<i>BIENESTAR SUBJETIVO</i>	86
<i>BIENESTAR ESPIRITUAL</i>	90
INSTRUMENTOS PARA MEDIR BIENESTAR	94
<i>INSTRUMENTOS PARA MEDIR BIENESTAR PSICOLÓGICO Y BIENESTAR SUBJETIVO</i>	94
<i>INSTRUMENTOS PARA MEDIR BIENESTAR ESPIRITUAL</i>	97
BIENESTAR Y NEUROCIENCIAS	99
SÍNTESIS DEL CAPÍTULO	101

Enfermedad Terminal..... 103

SALUD, ENFERMEDAD Y MUERTE	103
ENFERMEDAD TERMINAL	108
CUIDADOS PALIATIVOS	111
PSICOLOGÍA, SALUD Y ENFERMEDAD	113
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ESPIRITUALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS	117
CUIDADOS PALIATIVOS EN TIEMPOS DE COVID-19	119
ESPIRITUALIDAD, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ENFERMOS TERMINALES	120
SÍNTESIS DEL CAPÍTULO	124

Antecedentes..... 127

APORTE DE LA INVESTIGACIÓN	142
---	-----

Método 144

OBJETIVO GENERAL	144
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	144
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	145
HIPÓTESIS	145
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	145
RECOLECCIÓN DE DATOS	145
POBLACIÓN Y MUESTRA	146

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	147
<i>ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF</i>	147
<i>ESCALA ASPIRES DE PIEDMONT</i>	149
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	150
ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	151
Resultados.....	153
CONFORMACIÓN DE LA MUESTRA	153
PRUEBA T DE STUDENT	154
RESULTADO DE LAS CORRELACIONES OBTENIDAS	156
REGRESIONES	157
DISCUSIÓN.....	159
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	165
Conclusiones.....	168
Referencias	171

Índice Tablas

TABLA 1:	26
TABLA 2:	59
TABLA 3:	97
TABLA 4:	98
TABLA 5:	154
TABLA 6:	155
TABLA 7:	156
TABLA 8:	157
TABLA 9:	158

Índice Gráficos

GRÁFICO 1: 21

GRÁFICO 2: 24

GRÁFICO 3: 114

Anexos..... 216

ANEXO I: RESOLUCIÓN COMITÉ DE ÉTICA HOSPITAL PARMENIO PIÑERO 216

ANEXO II: RESOLUCIÓN COMITÉ DE ÉTICA HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS “J.M RAMOS MEJÍAS” 218

ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO 220

INVESTIGACIÓN: “LA ESPIRITUALIDAD Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SUBJETIVO EN PERSONAS CON ENFERMEDADES AVANZADAS”. SERVICIO DE ONCOLOGÍA. CUIDADOS PALIATIVOS. 220

Introducción

Planteamiento del problema

Cuando un sujeto pierde el estado de bienestar proporcionado por su salud, busca encontrar un significado a su enfermedad a partir de sus experiencias, creencias sociales, morales y religiosas, de su edad, género, constitución y personalidad. Todos ellos son factores que influyen en el modo en que lograrán enfrentarse a la muerte (Prado et al., 2010). Se ha relacionado la espiritualidad con la necesidad de hallar respuestas satisfactorias acerca de la vida, enfermedad, y el final de la vida (Brady et al., 1999).

El individuo con una enfermedad terminal es aquel que se encuentra próximo a la muerte en un corto plazo; es decir, de seis meses a un año, debido a la presencia de una dolencia que no pudo ser curada pese haber recibido el tratamiento adecuado para ello (OMS, 1986). El impacto psicológico, económico y espiritual en el paciente pueden generar gran ansiedad y estrés –con altas probabilidades de duelo patológico– influyendo negativamente en el Bienestar Psicológico de la persona. En este sentido, la Espiritualidad surge como un factor que podría facilitar la condición general del enfermo, contribuyendo en los procesos y cambios que se originan en el caso de enfermedades terminales (Mueller et al., 2001; Barreto et al., 2012; Krikorian y Limonero, 2012; Benito, 2016). Por ello, como señala Piedmont (2001) la espiritualidad y la religiosidad son dimensiones de lo psicológico que puede funcionar como una motivación que orienta a la persona a construir un sentido de significado personal amplio, en un contexto en el que el ser humano sabe que ha de morir, pudiendo observarse en conductas individuales y prácticas culturales.

Desde la década de 1990 (Koenig, 2012) se ha incrementado el volumen de la investigación en religión/espiritualidad y salud. Se han realizado distintos estudios acerca de los efectos del estrés sobre la salud mental, como investigaciones que demuestran que la

espiritualidad puede ser positivamente asociada con sentimientos de bienestar en diferentes poblaciones (Markides et al., 1987). A partir de diversos estudios (Cotton et al., 1999; Brady et al., 1999; Benito, 2016), se corroboró la importancia de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad. En ellas se encontraron correlaciones positivas entre los índices de recuperación y espiritualidad (Mueller et al., 2001; Mytko y Knight, 1999); así como también entre Bienestar Espiritual y calidad de vida; y entre Bienestar Espiritual y ajuste a las situaciones que supone la enfermedad (Martínez Echeverri, 2004). Por otro lado, también se ha reportado correlaciones negativas entre Espiritualidad y Bienestar Psicológico (Mc Clain et al., 2003; Thuné-Boyle et al., 2006; Prado et al., 2010; Thuné-Boyle et al., 2012; Koenig, 2012; Caramelo et al., 2012; King et al., 2013)

Jones (1995) ve en la espiritualidad un sentido de interconexión con el universo, con una “presencia” de la cual el lenguaje no ha podido dar cuenta, aun habiendo sido un fenómeno observable en todas las culturas y en todos los tiempos. La espiritualidad no equivale a religión ya que esta última es una forma más de acceder a la experiencia de conexión con el universo y con una consciencia superior. Las personas han recurrido a distintos modos para acceder a dicha conexión: religiones, filosofías, prácticas de meditación y otros métodos. Por lo tanto, el estudio psicológico de la espiritualidad no es aspecto indisoluble de la misma naturaleza humana. El estudio de esta dimensión no ha sido aun suficientemente profundizado (Jones, 1995) y en la actualidad diversos autores señalan la necesidad de seguir indagando acerca de ella (Prado et al., 2010; Ivtzan et al., 2011; Benito et al., 2006; Piedmont, 2001, 2020).

De lo antedicho, surge la pregunta de investigación acerca de si la espiritualidad posee o no la capacidad de impactar en el bienestar psicológico de las personas que encuentran sus vidas acechadas por alguna enfermedad.

Con el objetivo de incrementar la calidad del trabajo sobre la temática y de generar un cuerpo común de datos donde los términos sean reconocidos, Piedmont (2001) señala la importancia de estudiar las relaciones salud-religiosidad-espiritualidad con los modelos, los métodos y las medidas de la psicología. La espiritualidad –incluyendo creencias y observancia religiosa– es una dimensión poco estudiada en las estrategias para mejorar las condiciones sanitarias en Argentina, siendo un elemento importante en la vida de las personas (Okutsu, 2012). Por este motivo, esta tesis se propone indagar y profundizar acerca de la influencia de la espiritualidad -como un constructo inherentemente psicológico- en el bienestar psicológico de enfermos terminales, buscando aportar datos específicos que permitan un mejor entendimiento y posteriores estrategias de intervención para acompañar a las personas en el ciclo final de sus vidas.

Estructura interna del estudio

El siguiente estudio tiene como objetivo evaluar si existe relación entre la Espiritualidad y Bienestar Psicológico en enfermos terminales. Para ello, se llevó a cabo la administración del cuestionario ASPIRES y el Cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff; ambos en sus versiones para población argentina.

En el primer capítulo se hará una introducción general a la temática que se desarrollará en el trabajo. Asimismo, se planteará el recorrido de la investigación y qué temas serán abordados en cada uno de los apartados.

Luego, en el siguiente se revisarán los diferentes postulados sobre el concepto de Espiritualidad que se encuentran en la literatura académica, hasta la conceptualización elegida para esta investigación. Se distinguirá el concepto de Religión y Espiritualidad, ambos como dimensiones universales del funcionamiento humano y factores importantes en todas las culturas, señalando sus puntos de convergencias y diferencias. Luego se ampliará

el concepto con relación a la personalidad, a partir de la sugerencia de Piedmont (2005) de la inclusión de Espiritualidad como el sexto factor de personalidad. También se analizará la extensión de este concepto a la dimensión de la inteligencia a partir de lo que se ha dado en denominar Inteligencia Espiritual, como un constructo que abarca diferentes dimensiones del ser humano -cognitivo, emocional, conductual y motivacional-. Luego, se profundizará en el debate de la espiritualidad como protectora de la salud -tal como sugieren algunos autores- en contraposición con la visión que considera posible que la espiritualidad provoque malestar psicológico y/o patología. Se realizará una breve reseña de los aportes de las Neurociencias al estudio de la influencia de la Espiritualidad en la salud. Se concluirá este recorrido haciendo mención a algunos de los diferentes instrumentos de medición creados para evaluar la Espiritualidad en las personas y la complejidad que se manifiesta en los mismos.

En el tercer capítulo, para una comprensión profunda del constructo de Bienestar, se hará un repaso del mismo comenzando por la Antigüedad Clásica hasta llegar a la conceptualización hecha desde la Psicología por autores como Ellison (1982), Ryff (1989), Sheldon y King (2001), Seligman (2005), quienes han aportado a las definiciones conceptuales de Bienestar Psicológico. Se profundizará en las diversas explicaciones de estos conceptos, así como también, los Modelos que se han propuesto desde distintas visiones teóricas, para explicarlos. Se mencionarán los diversos instrumentos que se han creado para lograr un acercamiento empírico del Bienestar Psicológico con el objetivo de entender su origen, mantención y favorecer su desarrollo en las personas. Desde la Neurociencias se trabajarán los aportes de algunos investigadores y los estudios que sustentan el impacto que genera el bienestar en la bioquímica y activación de diferentes áreas del cerebro. Posteriormente, para terminar, se enfocará en la conjunción de ambos constructos, Espiritualidad y Bienestar tal como serán utilizados en este estudio.

En el capítulo siguiente se desarrollarán los conceptos de salud y enfermedad, haciendo especial énfasis en el grupo de personas que se hallan en potencial riesgo de vida con el propósito de propiciar una comprensión profunda a las particularidades y necesidades de la población que conforma el presente estudio. En virtud de ello, se explicitarán las propuestas de distintos autores y organizaciones a partir del surgimiento del área de Cuidados Paliativos. Se definirá con precisión este grupo de estudio, sus peculiares características y necesidades, resaltando la relevancia de una intervención multidimensional a partir de la conformación de equipos interdisciplinarios. Se expondrá brevemente alguno de los instrumentos utilizados en el área de Cuidados Paliativos para evaluar las necesidades espirituales de las personas que padecen enfermedades que acechan sus vidas. Se hará especial hincapié en la necesidad de atención multidisciplinar, donde cada agente del equipo tiene un lugar destacado; siendo el rol de los psicólogos/as, abordar el sufrimiento psicológico y emocional provocado por la enfermedad. Luego, se procederá a un acercamiento de la situación actual de pandemia por COVID-19, que vive la humanidad y las posibilidades e imposibilidades de la atención en cuidados paliativos en el contexto mencionado. Finalmente se llegará al desenlace del capítulo vinculando la espiritualidad, el bienestar psicológico y la enfermedad terminal y la relevancia de estudiar sobre esta relación, para comprender el sufrimiento y necesidades humanas frente al final de sus vidas.

El capítulo cinco se relevarán las investigaciones relacionadas con la Espiritualidad y el Bienestar –especialmente en población con enfermedad grave o estadio terminal– que se han llevado a cabo desde 1990 hasta la actualidad en diferentes países del mundo. Para ello, se organizó la información distinguiéndose geográficamente y en aparición cronológica de las publicaciones, hasta llegar a las del ámbito local. Estas últimas se revelarán como escasas y se insistirá en la necesidad de llevar adelante estudios que den cuenta de la

situación actual y la relación de los constructos Espiritualidad y Bienestar Psicológico en la población estudiada.

En tanto que en el siguiente capítulo se planteará el método utilizado para indagar acerca de la Espiritualidad y su relación con el Bienestar Psicológico. Se formulará la hipótesis de investigación, las preguntas y se detallarán los Instrumentos elegidos para evaluar si existe dicha relación. Ambos instrumentos -el Cuestionario de Bienestar Subjetivo y Psicológico de Ryff y la Evaluación de Sentimientos Espirituales y Religiosos (ASPIRES) de Piedmont- se utilizaron en las versiones adaptadas a la población argentina. Asimismo, se detallará el acercamiento a la muestra, los pasos y permisos solicitados en cada Institución donde se llevaron a cabo las entrevistas, así como también se distinguirán las particularidades de la misma al momento de la evaluación.

De esta manera se llegará al capítulo siete donde se presentarán los resultados, partiendo de un exhaustivo detalle de la conformación de la muestra hasta las correlaciones obtenidas entre los Constructos estudiados. Se analizarán los resultados obtenidos y se relacionarán con investigaciones anteriores vinculadas a la Espiritualidad y Bienestar Psicológico en poblaciones similares a la estudiada.

Finalmente, en el último capítulo se expondrán las conclusiones arribadas en esta investigación y el posible alcance de las mismas en el ámbito de la atención en finalidad de vida en relación con la Espiritualidad y Bienestar Psicológico. Se formularán las limitaciones encontradas en la presente investigación, así como las recomendaciones generales que pueden hacerse a partir de los datos que se han obtenido.

Espiritualidad

Este capítulo se centrará en la definición de las diferentes conceptualizaciones propuestas acerca de la Espiritualidad, por autores como James (1902), Jung (1933), entre otros. Así mismo, se abordará la distinción entre el concepto de Religión y Espiritualidad, según autores como Piedmont (2004), Cook (2004), Koenig (2008), Blazer y Meador (2009) y Vahia et al. (2011). También, se abordará la discrepancia hallada en los estudios acerca de considerar a la religión y espiritualidad como favorecedora de la salud tanto mental como física. Luego, se profundizará en las nuevas direcciones que ha tomado este concepto a partir de entenderlo como un factor de la personalidad (Piedmont, 2005) y de la conceptualización de Inteligencia Espiritual (Emmons, 1998). Se esbozará la vinculación entre la meditación y la oración como medios de acceso a lo espiritual. Luego se hará mención de los aportes hechos desde las Neurociencias, progresivamente más presente en el desarrollo de la psicología, cooperando con la inclusión de la realidad espiritual/religiosa humana en el campo del saber psicológico, indagando sobre las implicaciones cerebrales que se asocian a su fenomenología. Por último, se hará un repaso de los instrumentos de medición utilizados para su estudio y los desafíos que enfrenta aún la Psicología frente a este constructo.

Espiritualidad y Psicología

Si comenzamos desde la etimología de la palabra espiritualidad, nos remite al latín *spiritus*, vocablo relacionado con respiración. En este sentido, es un acto indiscutiblemente vital, en tanto que su relación con el alma hace referencia, de alguna manera, a la capacidad de trascendencia. Este concepto posee en sí mismo la percepción de la espiritualidad como un proceso de interacción entre la conciencia y la interrelación con Dios o con un poder

superior, en función de lo que se denomina fe, es decir, la certeza de algo sin evidencia material de ello (Afanador, 2007).

De igual modo, si nos remitimos a la palabra Psicología, hallaremos que refiere a la ciencia encargada del estudio del alma; compartiendo similar objetivo, con la metafísica, la moral y la religión cuando la primera todavía no era ciencia constituida (Abbagnano, 1966).

Desde los albores de la Psicología científica, alrededor de 1878, el alma dejó de existir en el plano psicológico. Ésta quedó como objeto de estudio y atención de otros sistemas culturales. Así, el objeto de estudio de la Psicología pasó a ser el pensar, el sentir y el actuar de los seres humanos; y a estas dimensiones se abocó la investigación. Desde las distintas corrientes de la Psicología se buscó analizar y comprender las conductas; dando a las creencias, un lugar primordial (Valdés, 2005).

Las creencias religiosas, han formado parte de la cultura desde tiempos inmemorables. Como parte de ellas, han adquirido tantas definiciones y gestado religiones como culturas existentes. Por ello, ha sido objeto de estudio de diferentes disciplinas tal como lo señalan García-Alandete y Pérez (2005): en la Filosofía (Ciritias; Lucrecio; Friedrich Schleiermacher); en la antropología (James Peacock y Thomas Kirsch); y en ciencias sociales (Max Weber, Émile Durkheim, Ferdinand Tönnies o Ernst Troeltsch). Mientras que, en la Psicología, se encuentran autores como James (1902), Freud (1928), Adler (1933), Jung (1933), Allport (1967), Fromm (1966), Frankl (1946), entre otros. Todo ellos han demostrado que la religión desarrolla funciones esenciales en la vida de los seres humanos (Teran, 2013), aunque la han interpretado de diferentes maneras, como se desarrollará a lo largo de este trabajo. En este sentido, la multiplicidad de definiciones y el interés que han demostrado tantos teóricos, da cuenta de que la palabra religión/espiritualidad no puede referirse a un principio o esencia individual, sino que es un nombre colectivo (James, 1902).

Concepto de Religión

Dada la íntima relación entre la Espiritualidad y la Religión, es necesario realizar algunas puntualizaciones sobre este último concepto. En este sentido, Salgado-Lévano (2015) menciona que en las diferentes definiciones sobre la Religión hay un patrón conductor que son las prácticas, las creencias, los rituales, los símbolos que se llevan a cabo a nivel institucional y tienen como cimiento la relación con Dios, el modo de percibirlo y el tipo de actitudes que se tienen frente a Él. Esto servirá para definir el estilo religioso que vive una persona, pudiendo estar basado sólo en lo superficial -el mero cumplimiento de normas y prácticas propias de una religión- o cómo la demostración de una relación profunda de amor a Dios, alimentada por el amor que proviene de Él y la fe.

Así, tal como manifiesta Pinto (2007) la religión hace referencia a una institución cultural u organización grupal, nucleada alrededor de un culto, que se lleva a cabo en un lugar y un tiempo específico; ofreciendo consuelo, favoreciendo la autoaceptación y disminuyendo los sentimientos de culpa. Concordantemente, Solimine y Hoemman (1996) señalan que la religión es un sistema de adoración, donde las creencias y normas morales son parte de rituales formales y tienen una serie de observaciones, surgidas de la práctica, que pueden ser la manifestación de la espiritualidad de un individuo, pero no su núcleo. En un sentido similar, para Cabestrero (citado en Salgado-Lévano, 2015), es el conjunto de instituciones que formulan, organizan, administran o coordinan las teorías, las doctrinas, los dogmas, los preceptos, las normas, los signos, los ritos, los símbolos, las celebraciones y las devociones, en virtud de una creencia trascendental; desde ellas se conservan y agrupan las experiencias espirituales personales. Desde la visión de la persona como miembro de un sistema cultural, la religión sirve como un monóculo para observar el mundo, el yo y sus relaciones (Korman, et al., 2008).

Desde el aporte de Jiménez (2005), encontramos un énfasis en la idea de divinidad, la existencia de un poder sobrenatural, creador y controlador del universo, que ha dotado al ser humano de una naturaleza espiritual y que continúa existiendo después de la muerte del cuerpo.

Mientras que, con un enfoque cultural, Rodríguez (2007) señala que puede pensarse como una manifestación grupal, siendo una forma de interacción y de comunicaciones entre individuos, donde hay metas y normas compartidas, hay roles, un sistema de status, y se desarrolla la identificación con el grupo centrado en lo sobrenatural o lo sagrado, sobre lo cual desarrolla creencias, prácticas y prescripciones morales.

Finalmente, se hace evidente en las diferentes definiciones que la religión posee numerosas variables y que no siempre se vinculan entre sí, motivo por el que no es posible ver la religión como una dimensión única de la existencia humana, sino que deberíamos abordarlo desde una visión multidimensional (Salgado-Lévano, 2015).

Concepto Contemporáneo de Espiritualidad

Como se señaló previamente, las inquietudes sobre la Espiritualidad en la Psicología datan desde los inicios de la disciplina, aunque los estudios científicos sobre estos temas fueron posteriores. A partir de ellos, se hizo necesario redefinir y delimitar algunos conceptos utilizados en dichas investigaciones (Rivera Ledesma, 2014). En este sentido, podemos distinguir dos líneas de pensamiento. Por un lado, en diferentes estudios la Religión y la Espiritualidad, parecen utilizarse como sinónimo (Rivera Ledesma, 2014), y por otro, en una revisión de la literatura desde el año 2000 a la fecha, se distingue el concepto de Religión, Religiosidad y Espiritualidad.

Dentro de esta segunda línea, se encuentran Blazer y Meador (2009) y Vahia et al. (2011), para quienes la religión es un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos, utilizado 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 consecuencia, cuando hablamos de religión, referimos a 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 ello la cuestión de la definición tiende a convertirse en una disputa nominalista (James, 1902). Puede entenderse como un cuerpo de doctrinas -aspectos cognitivos socialmente consensuados-; así como también ritos y prácticas -aspectos conductuales-; que, tomados en conjunto como religiosidad, tienden a fomentar y permiten interpretar, la experiencia de lo espiritual (Koenig, 2012).

Por otro lado, hallamos investigadores como Koenig (2008) quien ha sugerido que los constructos Religiosidad y Espiritualidad deben asumirse como sinónimos, ya que en la Espiritualidad suele investigarse en un interjuego con variables tales como el soporte social o el Bienestar Psicológico -las cuales 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. En la misma línea, Peterson y Seligman (2004) manifiestan que para ellos no habría diferencia entre Espiritualidad y Religiosidad. Entienden a ambas como el conjunto de creencias y prácticas fundadas en la seguridad de que existe una dimensión trascendente de la vida. Éstas son persuasivas, abarcadoras y estables. A su vez transmiten información sobre las atribuciones

que dan las personas, las construcciones de significados y las formas en que se interrelacionan con los demás

Koenig (2008) agrupó en cuatro modelos la relación de la salud mental y física con la Religión y la Espiritualidad o secularidad. En primer lugar, está la “versión tradicional-histórica de espiritualidad”, caracterizada por la profunda religiosidad donde los miembros de una comunidad se encuentran dedicados al servicio de la religión, y a la enseñanza de las tradiciones de la fe a través del testimonio de vida. Este es un constructo completamente separado de las medidas de salud mental o física. El segundo modelo llamado “versión moderna de espiritualidad” expande el constructo de religión tradicional, ampliando el término espiritualidad para utilizarlo en la asistencia de la salud, aplicándolo tanto a personas de diversos credos religiosos, como aquellas que no lo tienen. La tercera es la “versión tautológica moderna de espiritualidad” que 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. Finalmente, el cuarto modelo se refiere a la “versión clínica moderna de espiritualidad” que 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 sus investigaciones, Yi et al. (2006) han apuntado que en la actualidad el término “Espiritualidad” se relaciona a un contexto personal más que institucional. Este describe un sentido de propósito y significado en la vida, y una conexión personal con lo divino o con la verdad. En esta línea, con el objetivo de contemplar múltiples variables de la definición de este constructo, 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.

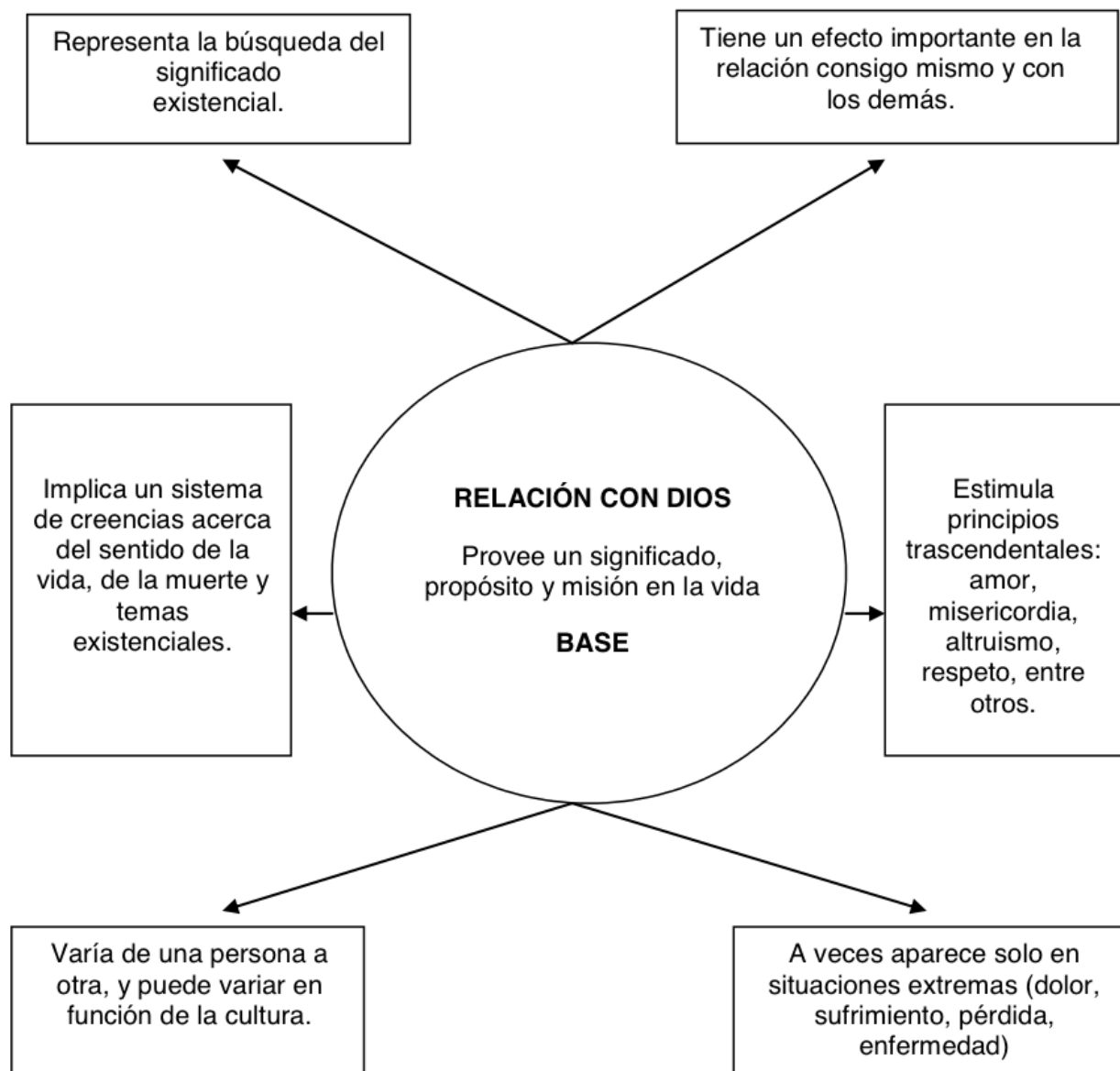
Cook (2004), señala que la Espiritualidad posee tres dimensiones básicas: es *intrapersonal* cuando el sujeto entra en contacto consigo mismo; con lo que se es, con lo que legítima y sinceramente se experimenta y siente, con una visión valorativa de uno mismo. Es *interpersonal* en la camaradería, la solidaridad, la comprensión, el amor, la admiración y aceptación de los atributos del otro; en la identificación. Y 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 (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. Como señalan los investigadores, “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).

Salgado-Lévano (2012) señala algunas de las principales características de la espiritualidad como se observa a continuación en el Gráfico 1. En ellas se expresa que la base de todo es la relación que se establece con Dios, quien provee un significado, propósito y misión en la vida.

Gráfico 1:

Características principales de la Espiritualidad



Nota: Citado en Salgado-Lévano, 2012, Características principales de la espiritualidad de “Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes Universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana”.

Como destaca Piedmont (2004) la Espiritualidad y la Religiosidad se presentan como constructos diferentes, aunque fuertemente relacionados. Así mismo, identifica un aspecto general -al que llamó Trascendencia Espiritual (ST)- que correspondería a una motivación constitutiva que lleva a las personas a construir un sentido personal dentro de un contexto en el que se sabe finito. Esto alude a la capacidad de las personas de distanciarse de su existencia cercana, del sentido de espacio-temporal, ver la vida desde una perspectiva más

amplia, donde observan una unidad tal entre la naturaleza y las cosas que no terminan con la muerte (Piedmont, 2009; 2011).

Por otro lado, Piedmont (2009), piensa a la Espiritualidad como un constructo universal en la experiencia humana y más allá de que se exprese de diferentes formas -según la cultura- se puede identificar un aspecto general, al que denominó Trascendencia Espiritual. Para el autor (2012), es dable considerar la Espiritualidad como una motivación que se orienta a construir un sentido de significado personal amplio, en un contexto en el que el ser humano sabe que ha de morir. Postula que se puede categorizar las respuestas de los individuos frente a preguntas existenciales como la muerte según:

- a. Perciban su vida dentro de un contexto en el que responden a las necesidades del aquí y ahora (eventos cortos).
- b. Perciban su vida en conexión con sus coetáneos, experimentando un vínculo emocional con otras personas de su tiempo y de otros tiempos (evento medio).
- c. Perciban su vida como parte de una existencia eterna, con compromisos con quienes comparten la existencia y con quienes los antecedieron y a quienes antecedieron (evento largo).

El investigador sugiere que, a mayor amplitud de evento, es posible crear un significado mayor de experiencia de bienestar. En su enfoque, la ya mencionada Trascendencia Espiritual representa una visión interconectada, holística, donde hay un mayor compromiso con los demás y con una percepción de sincronicidad en la vida. Ésta es una capacidad de las personas para tomar distancia de su existencia inmediata y observar la vida desde una cosmovisión de mayor amplitud. La postula como un constructo jerárquico, donde desde lo general provee un índice integral que aporta conocimiento acerca del nivel de compromiso del individuo con realidades no tangibles y de la experiencia de apoyo emocional. Asimismo, menciona facetas, que permiten comprender con mayor precisión el

modo en que la persona negocia su búsqueda de significado. Distingue tres dimensiones de la misma (Piedmont, 1999):

- a. Conectividad: Se refiere a creer que se forma parte de una comunidad amplia para la cual es fundamental su participación.
- b. Universalidad: considerar formar parte de un orden universal que une a todos los seres.
- c. Realización en la oración: refiere a sentir bienestar a partir de la conexión con un ser superior, trascendente.

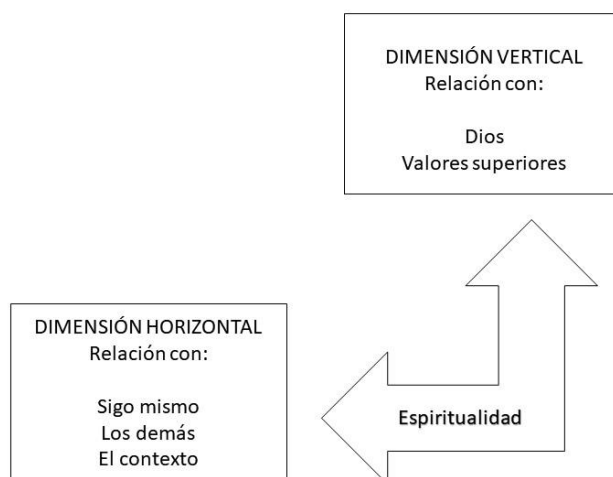
Sánchez (2004) también conceptualiza la Trascendencia Espiritual, y la distingue en dos planos o dimensiones:

- a. Dimensión vertical: la que hace mención a una la relación con Dios, un ser superior, una fuerza superior o los valores supremos.
- b. Dimensión horizontal: aludiendo a la relación del individuo consigo mismo y su relación con los demás, el contexto y la naturaleza. En esta línea, el bienestar espiritual refleja una armonía entre los diferentes significados y niveles de trascendencia.

A continuación, en el Gráfico 2, se puede observar las dimensiones de la espiritualidad propuestas por Sanchez (2008) para el estudio de Bienestar Espiritual en personas con enfermedades crónicas.

Gráfico 2:

Dimensiones de la Espiritualidad (Sanchez, 2008)



Nota: Dimensiones de la espiritualidad de “Bienestar espiritual en personas que viven situaciones de enfermedad crónica (pacientes - cuidadores)” por Sánchez (2008) modificado por Salgado, 2012.

Otro aspecto importante es que lo espiritual ha sido largamente asociado a lo religioso, cuando al parecer trasciende ese paradigma. Si bien lo religioso constituye una de las expresiones de lo espiritual, parece claro que no puede circunscribirse solamente a aquél. Si bien han sido planteadas históricamente en términos opuestos: una religiosidad estática, institucional, objetiva, en oposición a una espiritualidad funcional, dinámica, personal, subjetiva, basada en la experiencia personal (Zinnbauer et al., 1999), en la actualidad se los considera complementarios, de modo que una persona puede ser espiritual y religiosa, tanto como espiritual, pero no religiosa (Paloutzian y Park, 2005).

Finalmente, con el objetivo de sintetizar las diferentes conceptualizaciones de la Religión y la Espiritualidad, se presenta en la Tabla 1, un resumen propuesto por Simkin (2016, pp.84-85).

Tabla 1:*Conceptualizaciones de Religión y Espiritualidad*

Autores	Año	Definición
<i>Religión</i>		
1. Piedmont	(2004a)	El modo en que la espiritualidad se encuentra moldeada y se expresa a través de una organización comunitaria o social.
2. Dollahite	(1998)	Una comunidad de fe cuyas enseñanzas y narraciones buscan fortalecer la relación con lo sagrado
3. Peteet	(1994)	Compromisos con las creencias y prácticas propias de las tradiciones particulares
4. Batson et al.	(1993)	Aquello que hacemos las personas para enfrentarnos a ciertas preguntas ligadas a la conciencia de que estamos vivos y de que vamos a morir
5. O'Collins	(1991)	Sistemas de creencias relativos a la voluntad divina: libros sagrados, rituales de culto y las prácticas éticas de los adherentes.
6. Argyle	(1975)	Un sistema de creencias en un poder divino o sobrehumano, y prácticas de culto o rituales hacia dicho poder
7. Bellah	(1970)	Un conjunto prácticas simbólicas y actos que relacionan al hombre a las condiciones últimas de su existencia
8. Clark	(1958)	La experiencia interna del individuo cuando siente un <i>más allá</i> , especialmente como lo demuestra el efecto de esta experiencia en su comportamiento cuando se activa en el intento de armonizar su vida con el más allá.
9. James	(1902)	Sentimientos, actos y experiencias de cada hombre en su soledad, en su relación y posicionamiento respecto de lo que cada uno considere divino.
<i>Espiritualidad</i>		
1. Piedmont	(2004a)	Constructo motivacional que refleja los esfuerzos de un individuo para crear un amplio sentido de significado personal para su vida.
2. Shafranske	(1996)	Una dimensión trascendente de la experiencia humana descubierta en momentos en el que las preguntas individuales sobre el sentido de la existencia personal y las personas se ubican en un contexto ontológico más amplio.
3. Armstrong	(1996)	La presencia de una relación con un Poder Superior, que afecta la forma en el que se opera en el mundo.
4. Hart	(1994)	La manera en que uno vive la fe en la vida cotidiana, la manera en que una persona se relaciona con las condiciones últimas de la existencia.
5. Doyle	(1992)	La búsqueda de un sentido existencial.
6. Fahlberg et al.	(1991)	Lo que está implicado en contacto con lo divino dentro del sí mismo.
7. Vaughan	(1991)	Una experiencia subjetiva de lo sagrado
8. Banner	(1989)	La respuesta humana a la llamada de Dios en relación con uno mismo.
9. Elkins et al.	(1988)	Una forma de ser y experimentar aquello que se produce a través de la conciencia de una dimensión de lo trascendente y que se caracteriza por ciertos valores identificables en relación al sí mismo, la vida, y todo lo que se considera esencial.

Nota: Conceptualizaciones de Religión y espiritualidad de “Adaptación y Validación al Español de la Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES): la trascendencia espiritual en el modelo de los cinco factores” de Simkin (2017).

Por otra parte, la Espiritualidad puede ser conceptualizada como un constructo multifactorial, tal como lo son los constructos inteligencia o personalidad, dando lugar a una entidad psicológica superior que surge como resultado de la reunión de un conjunto de funciones cognitivo-afectivas, que pueden o no ser dependientes de lo religioso (Rivera Ledesma, 2014). Esto ha llevado -con el objetivo de dar una explicación acerca del cómo, el por qué, el para qué y de las diferentes formas en que influyen en el comportamiento de cada individuo- a estudiar la relación e interconexión de lo espiritual con la personalidad y la inteligencia.

Espiritualidad y Personalidad

Aunque el constructo de personalidad es empleado con múltiples acepciones, la mayor parte de las definiciones coinciden en que se refiere a las tendencias estables de una persona a comportarse de una forma determinada en diferentes situaciones (Del Barrio, 1992). El estudio de la personalidad se ha centrado en dos grandes temas: la personalidad actual y los factores que la originan.

La personalidad se forma en función del desarrollo del individuo, a partir de las características ambientales, biológicas y sociales que explican, modulan y mantienen su comportamiento (Allport, 1975). Brevemente, para la comprensión de este concepto, hay que señalar algunos términos que son primordiales en su estudio: el temperamento y el carácter. El primero, es un fenómeno naturalmente emocional, es decir, que se puede presentar a causa de factores genéticos o hereditarios; los individuos reaccionan de manera rápida e intensa ante la estimulación ambiental y por tanto su estado puede fluctuar de acuerdo a las exigencias del medio. Las necesidades de adaptación impulsaron el desarrollo de los instintos básicos -huida, defensa y reproducción-. A partir de estos tres instintos se conformaron tres tipos de temperamento, que es posible distinguir

desde tres dimensiones -ansiedad, hostilidad y extraversión-. Cada una de estas dimensiones o temperamentos están vinculadas con el desarrollo de estrategias cognitivas propias (Lluís, 2002). En cuanto al carácter, es el grado de organización moral que tiene un individuo y que se fundamenta a través de los juicios de valor y de una evaluación ética que depende de las propias experiencias. Es conjugación de sentimientos, valores y sentimientos que un individuo va adquiriendo en su desarrollo a través de la interacción, condiciones y circunstancias externas (Lluís, 2002).

Es posible distinguir -a modo de situarse en la temática brevemente- diversas teorías para explicar este concepto, las cuales constituyen una forma diferente de abordar este fenómeno. Así, como señala Montaña Sinisterra (2009), podemos distinguir:

- a. Teoría psicodinámica de la personalidad: el teórico más importante de este paradigma de la psicología (Sigmund Freud, 1856-1939), señala que la conducta de una persona es el resultado de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo y que por lo general se dan fuera de la conciencia.
- b. Teoría Fenomenológica de la personalidad: dos de los teóricos importantes de esta comprensión de la personalidad son Carl Rogers -la persona desde que nace viene con una serie de capacidades y potenciales los cuales tiene que seguir cultivando a través de la adquisición de nuevas destrezas; esta capacidad se ha denominado tendencia a la realización-; y Gordon Allport -los motivos de una persona para actuar son autónomos, determina su nivel de madurez, señalando así la importancia del yo-. Esta teoría considera que el ser humano no debe ser comprendido como resultado de conflictos ocultos e inconscientes, sino que tiene una motivación positiva y que, conforme a cómo evoluciona en la vida, el ser humano va logrando obtener niveles superiores de funcionamiento, teniendo en

cuenta que la persona es responsable de sus propias acciones y por ende de las consecuencias que le sobrevienen.

- c. Teoría de los rasgos: se refieren a las características particulares de cada individuo tal como el temperamento, la adaptación, la labilidad emocional y los valores que le permiten al individuo girar en torno a una característica en particular. Dos autores se destacan, uno de los teóricos, Raymond Cattell, agrupó los rasgos en cuatro categorías: a) comunes -propios de todas las personas- contra únicos -son característicos de individuo-; b) superficiales -fáciles de observar- contra fuentes -pueden observarse mediante un análisis factorial-; c) constitucionales -dependen de la herencia- contra moldeados por el ambiente -dependen del entorno-; d) los dinámicos -motivan a la persona hacia la meta- contra habilidad -capacidad para alcanzar la meta- contra temperamento -aspectos emocionales de la actividad dirigida hacia la meta- (Aiken, 2003). El otro teórico, Hans Eysenck (1970), busca comprender las respuestas específicas y habituales de conductas, y los factores que la integran; distingue tres dimensiones: a) introversión-extroversión, b) neuroticismo -síntomas relacionados con la ansiedad- y c) psicoticismo -conducta desorganizada-
- d. Teoría conductual de la personalidad: el primer autor de ésta, Watson, señala que el recién nacido viene en blanco y es el ambiente el que determinará la personalidad debido a la moldeabilidad de este, no solo en la infancia sino también en la etapa adulta. Luego, Skinner concluyó que lo que una persona establece la conducta como un producto elicitado por el ambiente, donde se presentan estímulos que pueden actuar como reforzadores que incrementan la incidencia conductual. De este modo, la personalidad resulta de la especificidad situacional restándole importancia a las manifestaciones internas. Finalmente, Hull (1943) sostiene que los estímulos llegan a conectarse a las respuestas para formar

lazos E-R; y es partir de esta asociación entre que se establecen hábitos; que darán por resultado la estructura de la personalidad.

- e. Teoría cognitiva de la personalidad: la conducta está guiada por la manera como se piensa y se actúa frente a una situación; pero no deja de lado las contingencias que ofrece el ambiente inmediato ante cualquier situación. Uno de los autores es Bandura (1977), desde una mirada contextual, postula la personalidad como la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente; donde también juegan un papel importante las expectativas internas de los individuos, ya que el ambiente influye en la manera de comportarse y por tanto modifica las expectativas del individuo ante otras situaciones. Rotter (1954), sostiene que la conducta de las personas está orientada a metas, dado que las personas se pueden regular a sí mismos; además tienen un grado de libertad y capacidad de cambiar durante toda la vida. Por otra parte, Kelly (1955) postulo lo que denominó el Constructo, que sería la manera de construir o interpretar el mundo; utilizado por las personas para anticipar o experimentar sucesos, ya que lo interpreta, les da estructura y significado.
- f. Teoría integradora de la personalidad: la personalidad no puede limitarse a describir o explicar el temperamento, el carácter o la inteligencia, sino que tiene que incluir las tres dimensiones. No puede limitarse a lo consciente o al inconsciente, como tampoco a las conductas observables o a las internas, debe tener los dos factores en cuenta; tampoco debe orientarse solo a la conducta normal; tiene que considerar la psicopatología y por lo tanto aportar posibles estrategias de cambio. Millon (1990) propone que, además de incluir aspectos cognitivos, conductuales y biológicos, es necesario incluir algunos aspectos interpersonales. Incluye las perspectivas psicodinámica cognitiva, interpersonal y biológica Define diferentes ámbitos de manifestación de la personalidad, que serían: mecanismos de defensa,

representaciones objetales, autoimagen, estilo cognitivo, comportamiento interpersonal y estado de ánimo/temperamento Caprara et al. (1993). Con sus bases provenientes del análisis del lenguaje, de los términos que han sido usados para describir los rasgos de la personalidad, distinguen cinco factores o dimensiones: extroversión, agradabilidad, escrupulosidad, estabilidad emocional y apertura a la experiencia dando origen a lo que se denominó el modelo de los Cinco Grandes o Factores.

Retomando la relación de la Espiritualidad y la Personalidad, Piedmont (2004) recomienda estudiar y definir los constructos Religiosidad y Espiritualidad dentro del marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad (Five Factor Model of Personality FFM; Costa y Mc Crae, 1980). De esta manera, entiende a la Espiritualidad como parte de la personalidad, siendo el sexto factor que la integra. Así, incluir la trascendencia como una sexta dimensión de la personalidad, facilitará la explicación de la forma en que las personas interactúan con sí misma y con los demás; cómo entender las percepciones que el individuo tiene del contexto y definir sus objetivos. La inclusión de esta dimensión independiente de otros factores de personalidad ayudaría a comprender las diferencias que se observa en los individuos acerca de su búsqueda de metas trascendentes en diferentes ambientes, y dispares entre sí. El autor también señala el desarrollo evolutivo de una persona, como una característica que permitiría discriminar la trascendencia de los otros cinco factores de la personalidad.

Este investigador propone un modelo circunplejo, con el objetivo de avanzar en la explicación de la relación entre el significado que las personas dan a sus vidas y la Espiritualidad. Así, habría dos aspectos: por un lado, la dimensión Transpersonalismo -que permite a las personas dar un significado que trasciende su propio self-; vs Materialismo - interés en lo inmediato y lo concreto-. Por otro lado, la dimensión Relacionalismo -interés

en formar parte de grupos sociales e instituciones-; vs Intencionalismo -anteponer los propios intereses sobre los proyectos colectivos-.

Es importante notar que estas dimensiones pueden combinarse dando lugar a cuatro cuadrantes:

1. Solipsismo: refleja la combinación Material-Intencional. Las personas dan sentido a sus vidas a partir de las experiencias inmediatas, poseen un horizonte de eventos corto y tendrían dificultad para afrontar eventos estresantes, así como para formar parte de grupos sociales.
2. Humanismo Secular: refleja la combinación Material-Intencional. Similar al anterior, pero las personas que pertenecerían a esta dimensión, encontrarían satisfacción en la pertenencia a grupos sociales e instituciones, donde desarrollarían un sentido de responsabilidad y dedicación.
3. Ascetismo: refleja la orientación Intencional-Transpersonal. Las personas agrupadas en ésta desarrollarían un propósito personal en el marco de una realidad trascendental pero no formarían parte de grupos e instituciones.
4. Transpersonal-Relacional: aquí los individuos desarrollarían un sentido trascendental dentro de un grupo o institución desde la cual forman valores personales.

A partir de este modelo propuesto por Piedmont (2004) es posible distinguir, por un lado, una espiritualidad ascética, apartada de las relaciones interpersonales y sociales; mientras que, por otro lado, habría una espiritualidad transpersonal social, desarrollada en un contexto comunitario.

Es dable destacar el esfuerzo de los autores en desarrollar modelos que proporcionen conocimientos conceptuales sobre la naturaleza y función del constructo Espiritualidad. En virtud de ello (Piedmont, 2015; Piedmont y Wilkins, 2020) ha desarrollado un modelo

ontológico que examina los orígenes físicos y analiza la naturaleza psicológica y su importancia para el funcionamiento en el ser humano de la Espiritualidad y Religiosidad.

Este modelo se basa en tres observaciones:

- a. La Espiritualidad y Religiosidad son dimensiones universales del funcionamiento humano, son factores importantes en todas las culturas y en todas las edades.
- b. Existen diferencias individuales en la medida en que los individuos son sensibles a estos factores, lo que indica que estas dimensiones son inherentes a las personas y evidencian propiedades de diferencia individual, tal como sucede con otros tipos de constructos.
- c. La dinámica Espiritualidad/ Religiosidad es exclusiva de la especie humana; no hay modelos animales para estos constructos, por lo que la existencia de estas cualidades tiene sus raíces en el núcleo de nuestra humanidad.

Piedmont (2020), denominó a los constructos Espiritualidad y Religiosidad como motivaciones numinosas -las cuales son una construcción estrictamente psicológica- y aunque puede incluir otros fenómenos como el misticismo y la trascendencia, representa sólo cualidades psicológicas que se hipotetizan para definir de manera única la especie humana. Señala que su origen se encuentra en la neocorteza, aspecto del funcionamiento del cerebro que es responsable de los poderes cognitivos únicos que caracterizan a los humanos.

Identificó tres motivaciones numinosas centrales:

- a. La infinitud: necesidad de encontrar durabilidad para nuestros esfuerzos en la vida.
- b. El significado: necesidad de desarrollar un propósito y una dirección para nuestras vidas.
- c. La dignidad: encontrar aceptación personal de uno mismo dentro de una perspectiva trascendente.

Lo importante es que todas estas cualidades son de naturaleza estrictamente psicológica y que estos motivadores son los que hacen que la espiritualidad y la religiosidad sean tan importante para todos los humanos (Piedmont y Wilkins, 2020).

Espiritualidad e Inteligencia

Como ya fue mencionado y reafirma Krzypińska (2021), la creciente investigación acerca de la Espiritualidad -por investigadores como Hood et al. 2009; Omán 2013; Paloutzian y Parque 2013; Streib y Hood 2016- han dado por resultado la formulación del constructo de Inteligencia Espiritual. Fueron Zohar y Marshall, quienes acuñaron el término Inteligencia Espiritual en 1997 y a partir de allí Krzypińska (2021), señala que han surgido trabajos llevados a cabo, por ejemplo, por autores como Amram 2007; Halama y Striženec 2004; Mayer 2000; Noble 2000; Zohar y Marshall 2000 (citado en Krzypińska, 2021).

Por su parte, Gardner (1994) señaló que la Inteligencia es “una competencia intelectual humana debe dominar un conjunto de habilidades para la solución de problemas, permitiendo al individuo resolver los problemas genuinos o las dificultades que encuentre y, cuando sea apropiado, crear un producto efectivo” (p. 96). Desde las investigaciones de este autor en la década de los 80’ surgieron estudios acerca de este constructo que dieron lugar a una teoría revolucionaria: la de las Inteligencias Múltiples. Partiendo originariamente de una concepción de Inteligencia como un atributo unidimensional y cuantificable con un número, hacia una concepción de una teoría de Inteligencia Multidimensional (Arias y Lemos, 2015).

En este sentido, desde la comprensión de la inteligencia como un potencial biosociológico, Gardner (1994) propone ocho criterios a tener en cuenta para sopesar como inteligencia a un conjunto de habilidades:

- a. posible aislamiento por daño cerebral,
- b. existencia de individuos excepcionales,
- c. identificación de una o más operaciones medulares,
- d. desarrollo bien diferenciado y un conjunto definible de actuaciones que indiquen un “estado final”,
- e. una historia evolutiva plausible,
- f. apoyo de la psicología experimental,
- g. apoyo de datos psicométricos,
- h. posibilidad de codificación en un sistema de símbolos (citado en Arias y Lemos, 2015).

Desde estos criterios el autor postula siete inteligencias: la lingüística, musical, lógico-matemática, espacial, cinestésico-corporal, intrapersonal e interpersonal. Gardner (2000), manifestó como plausible la existencia de una Inteligencia Espiritual o Existencial, pero desde sus estudios no avanzó en estas investigaciones dado que consideró que aún no le era posible abogar a una descripción de ella. Aun así, consideró que las capacidades humanas dentro del ámbito espiritual merecen atención en el contexto de una teoría de las Inteligencias.

Conceptualizaciones de Inteligencia Espiritual

Desde la perspectiva de la inteligencia mencionada en el apartado anterior, han surgido diversas conceptualizaciones de este constructo. Emmons (1999) la explica como un instrumento de la personalidad madura, que daría lugar al cumplimiento de metas o esfuerzos espirituales pensamiento. Desde un nivel óptimo de autoconciencia y sabiduría, podría ser facilitador de la búsqueda de un significado en la vida de un individuo y podría ayudar a lograr metas espirituales complejas, como lidiar con una crisis.

Este autor afirma que la Inteligencia Espiritual estaría formada por capacidades y habilidades que permitirían resolver problemas y alcanzar metas en la vida diaria de las personas. Ello hace alusión a la inclusión de términos adaptativos, cognitivo-motivacionales, que podrían incluirse dentro de las habilidades y competencias que un individuo necesita en la resolución de conflictos. De esta manera, Emmons (2000a) menciona los siguientes elementos de la Inteligencia Espiritual:

- a. La capacidad de trascender lo físico y lo material;
- b. la capacidad de experimentar estados elevados de conciencia;
- c. la capacidad de santificar la experiencia cotidiana;
- d. la capacidad de utilizar recursos espirituales para resolver problemas.

Por otro lado, para Griffiths (2017) la Inteligencia Espiritual es una dimensión superior de inteligencia que impulsa las cualidades y capacidades del yo auténtico hacia la sabiduría, la compasión, la integridad, la alegría, el amor, la creatividad y la paz. Estaría dado por un sentido más profundo de significado y propósito. Así, para este autor, sería una dimensión superior de la inteligencia, mientras que la conceptualización de este constructo hecha por Emmons (2000a) es menos general y más precisa.

Para King (2008) la Inteligencia Espiritual está formada por aptitudes mentales que dan soporte a la conciencia, a la integración y a la aplicación de los aspectos inmateriales y trascendentes de la propia existencia. Ello lleva a la reflexión existencial, a la mejora del significado, del reconocimiento de un yo trascendente y del dominio de facetas espirituales.

Sisk (2009) describiendo a la Inteligencia Espiritual, piensa a la Espiritualidad como un constructo universal en la experiencia humana y más allá de que se exprese de diferentes formas -según la cultura- se puede identificar un aspecto general, al que denominó Trascendencia Espiritual. Para Sisk (2012), es dable considerar la Espiritualidad como una motivación que se orienta a construir un sentido de significado personal amplio

Desde un modelo integrador, estos autores señalan que la Inteligencia Espiritual es un constructo conformado por tres dimensiones: el Conocimiento espiritual, la Vivencia espiritual y la Contingencia. A partir de este nuevo constructo en el ámbito de las denominadas Inteligencias Múltiples, Gardner (2000) propone el concepto de Inteligencia Existencial (ExI). Lo presenta como una alternativa a la Inteligencia Emocional, pero, aun así, señala que todavía carece de criterios científicos cuantificables, sugiriendo que es un criterio polémico dentro de las discusiones en el ámbito de la psicología.

Krzypióńska (2021), postula que tanto la definición de Inteligencia Espiritual propuesta por Zohar y Marshall (2000) entendida como -una capacidad para resolver los problemas, para buscar significado y expresar valores- es en apariencia idéntica a la inteligencia existencial desarrollada por Halama y Striženec (2004); esta última la postula como una capacidad de desarrollar un sistema de creencias y valores que dan lugar al reconocimiento del sentido existencial de la vida y de las situaciones que en ella se presentan. Sin embargo, para Skrzypióńska (2008) la Inteligencia Existencial sería un término más abarcativo que la Inteligencia Espiritual, ya que ésta controlaría acciones más especializadas. En este sentido podría verse como un aspecto dentro de la Inteligencia Emocional (Zohar, 1997; 2004), como una faceta de ésta que se halla en el nivel consciente de significado y propósito.

Debate en torno a la espiritualidad como protectora de salud mental vs causante de patología

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- similar a las neurosis infantiles (Freud, 1928a/1976, 1928b/1976, 1939/1976); como así también

incluyéndola dentro de la conformación de la psicología humana, como parte de "las más tempranas y universales exteriorizaciones del alma humana" (Jung, 1949 p. 19).

Por un lado, comenzando con Freud -quien era ateo- tenía una postura negativa y patológica de lo religioso. Consideraba que ésta era una proyección paranoica en el mundo exterior. Lo concebía como un fenómeno de "desplazamiento" relacionado con una concepción mitológica de la vida propia de los pueblos primitivos. Para este autor, lo religioso sería un mecanismo inconsciente que proyecta en el mundo externo el deseo de eternidad y trascendencia, frente a los temores que la finitud produce en el sujeto. Relaciona los actos obsesivos de los neuróticos y los ceremoniales y prácticas religiosas que intentarían -según su visión- expiar los impulsos inconscientes molestos y angustiosos para la conciencia. También relaciona la religión con una representación del Complejo del Padre derivado del Complejo de Edipo; ya que, para él, tanto la cultura como la religión surgen sobre la represión y la renuncia a los instintos (Ruiz Sánchez, 2002).

En esta línea de pensamiento, algunos investigadores (Pargament, et al., 1998; Pargament et al, 2000) sugieren que cuando las personas transitan experiencias muy estresantes, como ser, enfermedades que acechan la vida, pueden presentar un tipo de afrontamiento denominaron como luchas espirituales. Hay investigaciones que asocian positivamente las luchas espirituales con depresión y distrés (Smith, et al., 2003; Ano y Vasconcelles, 2005). Para Pargament et al. (2005), estas luchas son esfuerzos para conservar o transformar una espiritualidad que ha sido amenazada o dañada (Mc Connell, et al., 2006), son cuestionamientos y dudas respecto a la fe, Dios y las relaciones sociales religiosas. (Exline 2013). Han distinguido tres tipos:

- a. Luchas espirituales interpersonales: son los conflictos espirituales relacionados con la familia;

- b. Luchas espirituales intrapersonales: se caracterizan por preguntas y dudas sobre temas relacionados a creencias espirituales,
- c. Luchas espirituales divinas: son aquellas que la persona mantiene con aquello que es su sujeto de divinidad.

Exline (2013) manifiesta que hay un cuerpo teórico en crecimiento de evidencia que apoya el vínculo entre las luchas religiosas/espirituales y la angustia psicológica; también hay una creciente evidencia que revela una conexión entre las luchas religiosas/espirituales y la personalidad. Esto señala que es importante establecer si las luchas contribuyen de manera única a la capacidad de predecir la angustia psicológica más allá de lo que es explicado por la personalidad (Wilt et al., 2016). Según Fox y Piedmont (2020), la investigación actual amplía la investigación previa sobre la viabilidad de un modelo conceptual que entiende que las luchas religiosas/espirituales tienen un impacto causal único en angustia psicológica que sería independiente de la personalidad.

En su primer modelo, Piedmont (2004), postula que las puntuaciones elevadas en crisis religiosas predicen una mayor angustia psicológica; en su refinamiento de este modelo, Piedmont y Wilkins (2020) reformularon la crisis religiosa como una forma de baja Dignidad. Han demostrado cómo las puntuaciones bajas en Dignidad se relacionan de forma única con la depresión síntomas, afecto negativo y niveles más bajos de resiliencia, autocompasión y satisfacción laboral. Las motivaciones numinosas, incluida la Dignidad, proporcionan el núcleo de las aspiraciones humanas y el lugar percibido en el mundo. Es importante destacar que estas fuerzas son independientes de todas las demás variables motivacionales, aunque se involucran de manera constructiva con todos los demás aspectos psicológicos de la persona. Piedmont (2020), ha demostrado recientemente que los constructos numinosos son independientes de los modelos de personalidad existentes. Señala que, aunque se ha centrado gran atención en cómo la personalidad se relaciona con

la espiritualidad/religiosidad, menos se ha profundizado en cómo estas luchas influyen en el funcionamiento psicológico independientemente de la personalidad. Este modelo postula que las deficiencias dentro de las motivaciones numinosas pueden tener graves consecuencias para el funcionamiento psicosocial de la persona. Estas influencias disfóricas operan independientemente de otros aspectos de la personalidad (como ser, neuroticismo). Esto implica que las deficiencias en las motivaciones numinosas crean una nueva vía para el desarrollo de la psicopatología. Así, cabe preguntarse si las luchas son meramente un subproducto de aspectos más básicos de la angustia emocional (es decir, los niveles de Neuroticismo) o no, el autor se pregunta si las luchas espirituales/religiosas representan un constructo independiente de Neuroticismo. El modelo ontológico (Piedmont, 2015) argumenta a favor de lo último, considerando que la superposición correlacional observada refleja el interés común de estas medidas en la angustia emocional. Desenredar esta superposición conlleva, por tanto, importantes implicaciones para ambos constructos. Con la intención de dar respuesta a esta pregunta, se investigó el posible papel causal de la crisis religiosa (RC), una métrica de la lucha religiosa/espiritual, sobre el bienestar emocional. La hipótesis que se estableció fue que RC representaría una vía independiente que potencialmente impactaría el funcionamiento psicológico independiente de todos los Dominios de personalidad de FFM (Piedmont y Wilkins 2020). Los resultados presentados es que la angustia emocional que subyace a los sentimientos de crisis existencial puede considerarse como independiente de los sentimientos de angustia psíquica que son característica de la dimensión de personalidad de Neuroticismo.

Así, la satisfacción incompleta o infructuosa de estas motivaciones puede conducir a sentimientos muy poderosos de pavor, vacío y angustia emocional. Como demostraron los resultados de este estudio, cuando los individuos experimentan serias perturbaciones en su

relación con lo trascendente, experimentan una amplia sensación de angustia emocional que puede crear profundos sentimientos de vacío e inutilidad.

Fox y Piedmont (2020) ponen énfasis en señalar que cuando los puntajes en las medidas de crisis religiosa se separaron de Neuroticismo continuaron siendo significativamente relacionados con el deterioro psicológico. La capacidad de predicción única de la crisis religiosa como predictor de psicopatología plantea la posibilidad de que pueda haber un nuevo camino hacia la patología que aún no se ha trazado. Esto tiene una enorme importancia para el campo de la psicopatología, ya que, primero, tal dimensión abre la puerta al descubrimiento de nuevos tipos de patología que son consecuencia de la disfuncionalidad en las motivaciones numinosas de una persona. En segundo lugar, puede proporcionar información adicional sobre los trastornos que parecen resistentes a los tratamientos estándar que abordan el afecto negativo.

Pargament (1997) plantea el interrogante de si el tipo de afrontamiento religioso espiritual tiene algún elemento singular que funcione como un factor que contribuiría a la adaptación, más allá de los métodos y actividades de afrontamiento no religiosos utilizados.

Menciona dos tipos de formas o métodos de afrontamiento religioso:

- a. Métodos de afrontamiento positivo: incluyen el apoyo religioso espiritual, el estilo colaborador, el reencuadre o la resignación religiosa benevolente. la apreciación de Dios como benevolente, la tentativa de colaborar con Dios, la búsqueda de una relación de mayor contacto con Dios, la búsqueda de apoyo parte de la congregación religiosa y/o del representante de la misma, la confianza en Dios, el ofrecer ayuda espiritual a otras personas, obtener la purificación a través de plegarias, oraciones, como pedir y dar perdón.
- b. Métodos de afrontamiento negativo: referidos al descontento con la congregación, con los pares religiosos y/o con el representante del credo y con la resignación religiosa

negativa, a luchas espirituales divinas. También surgen creencias a cerca de Dios como un ser que castiga por medio de enfermedades, o creencias en relación a las fuerzas demoníacas vinculadas con una salud pobre, las experiencias de descontento emocional y la sensación de interferencias en la relación con Dios

Hay investigaciones que sugieren que las creencias religiosas y espirituales no están vinculadas en la mejora de la salud física (King et al., 1994;1999) y que algunas personas que tenían una comprensión espiritual de la vida poseían peor salud mental que las que tenían una comprensión que no era ni religiosa ni espiritual (King, 2013). En este sentido, Korman et al. (2008) -desde una concepción social- postulan que se hace evidente en la actualidad la necesidad de que los profesionales de la salud mental conozcan y entiendan las características sociales y el contexto en el cual se desarrolla la religión. Ello les permitiría dilucidar cuándo puede haber patología y cuándo no, dado que en algunas corrientes religiosas hay algunas prácticas que pueden ser consideradas disfuncionales, si no es tenido en cuenta el entorno. También se ha señalado que la que las creencias espirituales en ausencia de un marco religioso pueden ser asociados con una peor salud mental (King, 2006). El desarrollo religioso de la persona hace mención a la aceptación de determinadas creencias, valores, normas de conducta o rituales; esto puede ir acompañado de desarrollo espiritual o no. De esta manera, una persona podría seguir ciertas prácticas religiosas, pero no interiorizar el significado simbólico que hay detrás de las prácticas (Goldberg, 1998).

Asimismo, en una revisión realizada por Koenig et al. (2012) se señalan aspectos de la religiosidad que podrían impactar negativamente en el Bienestar Subjetivo y el Bienestar Psicológico, dado que algunas personas presentan creencias rígidas y niveles altos de Neuroticismo. De manera semejante la inflexibilidad cognitiva y el pensamiento dogmático -que presentan algunos individuos fundamentalistas religiosos- pueden promover numerosos conflictos interpersonales e intergrupales con otros miembros de la sociedad

(Simkin y Etchevers, 2014). También modos de interpretar las Escrituras Sagradas podrían ser causas de odio, violencia o sometimiento (Ellison et al., 1999).

Por otro lado, hallamos que autores como Jung (1949), quien sostiene que la experiencia religiosa deriva del inconsciente colectivo y responde a una necesidad universal de toda la humanidad. Es una necesidad de dar sentido a la vida, de trascendencia. Asimismo, señala que este sentido es buscado por las personas más allá de que se consideran ateas o creyentes. Por ello, los simbolismos de las religiones son similares entre sí, y aunque en apariencia obedezcan a fenómenos diferentes, tiene un origen común ya que se encuentran relacionados a los arquetipos comunes del inconsciente colectivo (Ruiz Sánchez, 2002). Jung (1949) define a la religión como “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).

En esta sintonía, desde principios del siglo XX, James (1902) postulaba una crítica a la tendencia de patologizar la religión, señalando que ciertos autores habían propuesto especulaciones que podrían hacer que nos sintiéramos amenazados en los orígenes de nuestra vida más íntima. Manifiesta que el espíritu no debe explicar su origen ni tiene que justificar su significado, sino que deberíamos darles a ambos más valores. Continuando esta línea de pensamiento, Frankl (1977) señala que 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” (p.26). El autor señala que esta unidad es fundada como una totalidad corpóreo-anímico-espiritual.

Este último autor –que era judío creyente– considera que la psicoterapia y la religión pueden ser complementarias. La primera tiene que tener en cuenta la dimensión espiritual del hombre y su búsqueda de sentido en la vida. Dado que los psicoterapeutas tienen que

atender a las demandas espirituales de sus consultantes, deben estar preparados para responder a ellas. Por esto, la psicoterapia creada por él –la Logoterapia– no reduce la religión a lo patológico, como una neurosis, ni al complejo de Edipo, tal como mencionara Freud. Tanto la Logoterapia como la religión, se focalizan en la dimensión de la búsqueda responsable de sentido de la vida. Ambas ayudan al paciente a encontrar su sentido, que a veces se haya en una actitud religiosa reprimida, tanto en personas ateas como religiosas.

Adler (Adler y Jahn; 1933) describe a la religión desde una visión positiva, como un movimiento dirigido al bienestar común. En su visión humanista, era respetuoso con ésta, ya que tanto los ateos como los creyentes podían mejorar las condiciones de vida de la humanidad. Esto sería posible si prevalecían los intereses sociales y por el prójimo, por sobre el interés egoísta y personal. Considera que la idea de Dios, si bien es una creación humana, refleja la meta de perfección y posee un gran poder motivante para la mejora de la condición humana.

Ruiz Sánchez (2002) menciona que las psicoterapias clásicas (Freud, Adler y Jung) suelen ser reduccionistas al tener una visión del ser humano motivado unidimensionalmente por un tipo de fuerzas, perdiendo de vista la dimensión de sentido de la vida. Este parece estar asociado a la espiritualidad (Frankl, 1992) y puede ser entendido como un sentido personal/existencial o sentido de la vida, por un lado; y, por otro, como un sentido trascendente, denominado sentido espiritual, como un sentido de propósito o un llamado que proviene de creencias acerca de fuerzas espirituales que estarían dando origen a la propia vida - “Dios me ha puesto aquí para algo... por alguna razón”-. El sentido existencial es un sentido de propósito acerca de la propia vida, independientemente de consideraciones religiosas - “Lucho en la vida por mi esposa y mis hijos; ellos llenan mi vida”- (Sorajjakool, et al., 2008).

Durante muchas décadas se ha evitado investigar sobre la Espiritualidad, por ser considerada no científica (Rivera, 2007), si bien ésta se hallaba entre los intereses de la Psicología en sus inicios (Pargament y Mahoney, 2002). De la necesidad de reasignarle nuevamente un lugar es que surgió la “Psicología de la Religión” -rama de la psicología aplicada y de la ciencia de la religión- que abarca las manifestaciones psicológicas vinculadas a la práctica religiosa y que se dedica al estudio de las creencias, actividades y experiencias religiosas desde esta ciencia (Salgado Lévano, 2016). A mediados del siglo XX, se comienzan a llevar a cabo investigaciones que buscaban la vinculación entre religión, espiritualidad y salud (González, 2004). Esto permitió que el estudio de la Espiritualidad se incluyera en el ámbito académico, pasando a formar parte de la denominada “Psicología de la Religión y la Espiritualidad”. Ésta abarcaba los estudios de las experiencias, la participación religiosa, las creencias y las prácticas espirituales-religiosas, el afrontamiento religioso, la conversión y la Fe (Salgado Lévano, 2016).

En este sentido, hay investigaciones que sugieren que cuando las personas experimentan situaciones críticas, suelen recurrir con mayor frecuencia a Dios y a ciertas conductas religiosas como la oración (Coleman et al. 2011; Kelley y Chan, 2012), ya que los consideran recursos eficaces. De este modo, el afrontamiento religioso puede verse como un recurso adaptativo (Bussema y Bussema, 2000; McConnell, et al., 2006), que facilitaría el afrontamiento de manera positiva en situaciones de estrés (Bussema y Bussema, 2000; Koenig, 2009); favorecería la resiliencia frente a pérdidas significativas (Kelley y Chan, 2012); y contribuiría positivamente en la salud física (Ironson et al., 2006). Asimismo, se hallaron correlaciones negativas entre síntomas depresivos y espiritualidad (Hackney y Sanders, 2003). Muchos pacientes han reportado la importancia de la espiritualidad y lo religioso para poder lidiar con el cáncer (Hills, et al., 2005; Kershaw, et al., 2004; Krupski, et al., 2006).

A partir de las investigaciones existentes, se evidencia que una de las dificultades mayores reside en la necesidad de promover una mayor claridad y consenso en la comunidad científica del quehacer psicológico respecto a las definiciones y la operacionalización de los constructos relacionados con la vida espiritual de las personas, ya que ello facilitaría la comparación entre los resultados de las investigaciones (Rivera Ledesma, 2012).

Espiritualidad y Neurociencias

Dossey (1993) afirma que la oración y el trabajo de visualización mental como forma de meditación son recursos espirituales que producen efectos positivos en los enfermos. Asimismo, Yoffe (2006) menciona que en sus entrevistas los sujetos religiosos reportaron el uso de prácticas de meditación en el duelo anticipado y/o luego de una pérdida, destacando la utilidad y la eficacia de dicha actividad como promotora de sensaciones de bienestar y tranquilidad. De este modo, al producir estados positivos, la meditación serviría como herramienta eficaz de protección frente al estrés cotidiano, y también sería útil para el tratamiento de problemas de estrés crónico que padecen las personas frente a situaciones de salud y/o pérdidas.

Desde el año 2000, en el área de las Neurociencias se han producido estudios e investigaciones sobre emociones como el bienestar, la felicidad, la satisfacción y la paz, pasando a ser objeto de estudio de esta disciplina. La importancia de estos desarrollos, radica en el descubrimiento de la influencia que éstas tienen en la vida de los seres humanos. Actualmente, se continúan realizando estudios sobre plasticidad cerebral y la neuropsicología cognitiva, experimentando la interconexión entre la meditación, los circuitos del cerebro, y el circuito emocional (Caro, 2011).

Valiente- Barroso (2013), señala que, en la actualidad, los puntos actuales que acercan a la psicología y la espiritualidad/religiosidad pueden observarse desde dos

perspectivas: por un lado, aquella ligada a la praxis psicoterapéutica, que se centra en los efectos positivos que tiene la espiritualidad/religiosidad sobre la salud (Hayes, 2004); y otra perspectiva, eminentemente neurocientífica, que se enfoca en comprender los mecanismos cerebrales asociados a experiencias espirituales.

En este sentido, algunos autores manifiestan que el anhelo/deseo/inquietud están relacionadas a las actividades del neurotransmisor dopamina -agente neuroquímico más destacado-, y otros neuroquímicos como la acetilcolina, Gaba, el glutamato, la serotonina, los opioides, la orexina y varios péptidos (Zellner et al.,2011). El sistema dopaminérgico puede considerarse como un motor de la motivación, impulsa operaciones mentales complejas como los sentimientos de interés, curiosidad, búsqueda de sensaciones, y desde su vinculación con la corteza cerebral, la búsqueda de significado en la vida (Alarcón, et al., 2007).

Para Newberg y Waldman (2009) -neurocientíficos- la dopamina tiene un papel relevante en la espiritualidad:

Efectivamente, la capacidad de creer en lo espiritual puede depender de la cantidad de dopamina que es depositada en los lóbulos frontales; y niveles bajos de dopamina puede crear un sesgo hacia el escepticismo y la falta de fe. Por otro lado, niveles muy altos de dopamina pueden crear un sesgo a tener creencias en lo paranormal (p.56).

McNamara y sus colaboradores (2006) también señalan la importancia del sistema dopaminérgico en la experiencia religiosa. Así lo indica la correlación obtenida entre un alelo del gen del receptor de la dopamina -el DRD4- y un inventario que mide la espiritualidad en pacientes diagnosticados con la enfermedad de Parkinson. Fayard (2013) señala otras investigaciones (Blum et al., 2009) que indagaron sobre la denominada “experiencia de Dios”, en la cual ha resultado significativo el papel de la dopamina. Schojdt et al., (2008) encontraron que el sistema de la dopamina fue activado cuando cristianos

practicantes rezaban. Ellos sugieren que la expectativa de reciprocidad -como recompensa a la fidelidad o como expresión de gozo en la relación con Dios- puede explicar estos.

Navas y Villegas (2006) señalan que Benson (2000) -en la Universidad de Harvard- ha estudiado el poder de la oración y el efecto que tiene la meditación sobre el cuerpo. Este último autor menciona que la oración -en cualquiera de sus formas- produce relajación, combatiendo el estrés, aportando calma corporal y ayudando a la sanación. En sus estudios manifiesta que a medida que se produce la relajación, comienza una intensa actividad en los lóbulos temporal y parietal -encargados de controlar la orientación espacial y hacer la distinción entre el sí mismo y el mundo-. Simultáneamente, los lóbulos frontal y temporal se liberan y la conexión mente cuerpo, se disuelve. El sistema límbico -responsable de las emociones- se activa. Al igual que otros estudios ya mencionados, encontró que la liberación de la dopamina en el cuerpo estriado ventral aumentaba durante la meditación. Al estar en un estado de meditación consciente, se suprime la transmisión corticoestriada glutaminérgica (Kjaer et al., 2002).

De manera similar en Rusia (Aftanas y Golocheikine, 2001), compararon la actividad electroencefalográfica de meditadores expertos e inexpertos, demostrándose una serie de cambios entre ambos. Se observó en los primeros una alta coherencia en el lóbulo frontal izquierdo con otras varias áreas cerebrales; hubo correlación positiva entre la actividad frontal *theta* -ondas eléctricas cerebrales de baja frecuencia producidas también durante el período inicial del sueño- y los sentimientos de bendición. Así como también una correlación negativa entre la aparición de pensamientos y la actividad frontal *theta*. Esto llevó a concluir que tanto la reducción de pensamientos, como el experimentar sentimientos de bendición, están relacionados con la actividad frontal *theta*.

Davidson (2012), desde el Laboratorio de Neurociencias Afectiva de la Universidad de Wisconsin, llevó a cabo investigaciones que manifiestan que la mente es un órgano en

constante evolución y que es moldeable. Postula un Perfil Emocional de la mente que es producto de las funciones cerebrales como conexiones, circuitos, relaciones de estructura-función, y neuroquímica. Dado que en el cerebro se encuentran las claves físicas del estilo social, el Perfil Emocional también puede cambiar. Fue uno de los primeros investigadores en 1992, en estudiar el efecto de la meditación en el cerebro de meditadores y las cualidades virtuosas como la bondad y la compasión. En 2001, fue pionero en indagar sobre el funcionamiento del cerebro de Matthieu Ricard en la Universidad de Wisconsin, a través de IRM. Asimismo, llevó a cabo diferentes tipos de meditaciones, alternando entre la meditación de compasión, la meditación de presencia abierta y la devocional. Obtuvieron pruebas concluyentes acerca de que la meditación produce distintos patrones de actividad cerebral en tiempo real y deja cambios duraderos en esa actividad. En el año 2007 llevó a cabo junto con un equipo de colaboradores, una investigación en la cual se enseñaba a los participantes meditación. Los resultados obtenidos fueron que la meditación en la compasión producía una tríada de cambios: en primer lugar, disminuye el estrés personal, reflejado en la disminución en la activación de la amígdala; en segundo lugar, aumentaba la actividad en regiones del cerebro asociadas con la conducta orientada a metas, reflejado en el aumento en la activación de la parte dorsolateral de la corteza prefrontal; y por último, aumentaba la conectividad entre la corteza prefrontal, la ínsula -donde se producen las representaciones del cuerpo- y el núcleo *accumbens* -región en la que se procesan la recompensa y la motivación-. Se ha encontrado evidencia del aumento de la lateralidad izquierda, lo que se asocia a estados y disposición afectiva más positivos; también con una mayor sensibilidad a los estímulos positivos y mayor habilidad para afrontar estados de ánimo negativos. Asimismo, ha hallado evidencia de la influencia de la práctica en los mecanismos inmunitarios, al comprobar que la meditación potenciaba la producción de anticuerpos. Distintos ensayos clínicos (Siegel, 2010; Davidson, 2011; Sarmiento Bolaños y Gómez

Acosta, 2013; André, 2013) han demostrado que la Meditación de la Conciencia y la Atención Plena para la Reducción del Estrés (MBSR) puede aliviar el sufrimiento de personas con diferentes enfermedades.

Davidson y Kabat-Zinn (2003), también midieron el impacto inmunológico de la meditación. Descubriendo que la función inmune se fortalecía con el programa de ocho semanas utilizado en meditación de atención plena, cuando fue aplicado en un ambiente laboral con empleados saludables. En la misma, luego de entrenarlos en meditación, se les aplicó la vacuna contra la Influenza, reportaron incrementos significativos en la activación anterior del lado izquierdo del cerebro -un patrón previamente asociado con el afecto positivo-, en los meditadores en comparación con los no meditadores. Hallaron aumentos significativos en los títulos de anticuerpos contra la vacuna de la influenza entre los sujetos meditativos en comparación con los del grupo de control de la lista de espera. Finalmente, la magnitud del aumento en la activación del lado izquierdo predijo la magnitud de anticuerpos aumento de títulos a la vacuna. Estos hallazgos demuestran que un programa corto de meditación de atención plena puede producir efectos demostrables sobre el cerebro y la función inmunológica, sugiriendo que la meditación puede cambiar la función inmunológica y cerebral de manera positiva.

Lazar (2005), realizó un estudio en el Hospital General de Massachusetts, con veinte participantes que poseían una amplia formación en meditación Insight de las comunidades de meditación locales. Dichos voluntarios no eran monjes, sino practicantes de meditación occidentales típicos, que incorporan su práctica en una rutina diaria que involucra su carrera, familia, amigos e intereses externos. Concluyen que la mayoría de las regiones identificadas en este estudio se encuentran en el hemisferio derecho. Este hemisferio es esencial para mantener la atención, que es una práctica central de la meditación Insight. La mayor diferencia entre los grupos fue en el grosor de la ínsula anterior

derecha. Los estudios de imágenes funcionales y electrofisiológicas en humanos y monos han implicado a la ínsula anterior derecha en tareas relacionadas con la atención corporal y el aumento de la conciencia visceral. Las medidas estructurales del volumen de materia gris de la ínsula anterior derecha predicen la precisión de las medidas objetivas del rendimiento interoceptivo, así como las valoraciones subjetivas de la conciencia visceral global. El grosor diferencial entre los grupos en esta región es consistente con una mayor capacidad de conciencia de los estados internos por parte de los meditadores, particularmente la conciencia de las sensaciones respiratorias. La meditación puede estar asociada con cambios estructurales en áreas del cerebro que son importantes para el procesamiento sensorial, cognitivo y emocional. Los datos sugieren además que la meditación puede afectar la disminución de la estructura cortical relacionada con la edad.

Meditación y Psicología

La meditación es una práctica que por más de 5.000 años ha sido llevada a cabo en distintos lugares del mundo (Walters, 2002). Tal como señala Valiente-Barroso (2013) en su origen, esta práctica era inherente a lo religioso. Respecto de ello, se presenta como un método desarrollado tanto por razones espirituales como por motivaciones vinculadas a la salud. En la actualidad, aunque sostiene estrechos vínculos con lo espiritual -alojando conceptos como iluminación, compasión, crecimiento espiritual, transformación personal o experiencia trascendental (Pérez de Albéniz y Holmes, 2000)- se ha introducido en las sociedades occidentales con un enfoque destinado a la mejora de la salud y la calidad de vida. Esta práctica se despliega principalmente en ámbitos como la medicina y la psicología clínica (Águila, 2020). Tanto en este último campo como en la investigación, se ha incluido como una técnica que permite gestionar mejores procesos mentales relacionados con diferentes trastornos psicológicos (Bishop et al., 2004; Hervás et al., 2016). La meditación

y la práctica de la atención plena son comunes en diversas corrientes orientales como el hinduismo, el tantra o el taoísmo y el budismo. Sobre este último -partiendo de la meditación vipassana- se generó un método que ha estimulado el interés de los científicos occidentales (Cebolla y Campos, 2016). El mismo se ha utilizado en el campo de la psicología (Miró, 2006), específicamente en la corriente de terapia cognitiva de tercera generación (Águila, 2020).

Lo mencionado, ha dado por resultado numerosas y variadas investigaciones. En los últimos diez años, como se cita en Águila (2020) se estudió su eficacia en problemas como estrés, depresión, ansiedad y déficit de atención (Chiesa et al., 2011; Goleman y Davidson, 2017; Keng et al., 2011; Linares et al., 2016; Ruiz y Callejón, 2014; Sansó et al., 2018; Spijkerman et al., 2016; Strauss et al., 2014; Yagüe et al., 2016). También se estudió su incidencia en pacientes en estadios finales de vida y sus cónyuges (Cho et al., 2020).

De esta manera, aunque aún no hay un consenso total sobre la en la definición de meditación dentro de la comunidad científica, sí suelen coincidir en que es una forma de ejercitación mental cuyo objetivo es lograr un estado de “observación individual”. En éste, las personas son conscientes de su entorno y logran calmar la mente para diferenciar su persona de los pensamientos. Sin embargo, no se involucran en el entregar a ello su pensamiento, cultivando una actitud de aceptación del proceso en detrimento del propio contenido mental (Pérez de Albéniz y Holmes, 2000).

Kabat –Zinn (1994) sostiene que, dado que la mayor parte del estrés es mental, y una muerte en la familia supone un gran nivel de estrés y malestar, el uso de la meditación resulta ser un recurso efectivo para el reestablecimiento de la armonía y el equilibrio interior del sujeto en duelo. Al producir estados positivos, la meditación sirve como modo eficaz de protección frente al estrés cotidiano, y también es útil para el tratamiento de problemas de estrés crónico.

Valiente- Barroso (2013), señala la necesidad de consensuar en la comunidad científica, un constructo para definir a esta técnica -la de la meditación tal y como se la entiende en occidente- así como también definir en qué consiste exactamente su práctica como medio terapéutico, y para poder ser estudiada empíricamente con mayor precisión.

Instrumentos de evaluación: escalas de Espiritualidad

La medición de los resultados espirituales es esencial para detectar la angustia espiritual, identificar la salud espiritual y proporcionar el apoyo espiritual adecuado. Probar intervenciones e investigar la relación entre las variables espirituales y otras variables de salud es relevante. En los últimos años, con el crecimiento de la investigación en esta temática asociada al cuidado de la salud, ha proliferado el número de herramientas de medición de resultados. Sin embargo, las medidas existentes han sido criticadas por prejuicios culturales y religiosos, así como también por sus limitaciones psicométricas (Selman et al., 2011).

Tal como señalan Martínez Ortiz et al. (2011), hay diferentes perspectivas desde las que se ha intentado evaluar el sentido de vida de las personas. Para ello, se han desarrollado pruebas psicométricas como: el PIL Test “Purpose in Life Test” (Crumbaugh y Maholick, 1964), siendo el test logoterapéutico de mayor uso y difusión en el mundo (Halama, 2009; Reker, 2000); el Logotest (Lukas, 1996); el Life Purpose Questionnaire (Hablas y Hutzell, 1982; Hutzell, 1989); el Spiritual Well-Being Scale (SWBS; Ellison, 1983) que mide la percepción de calidad de vida espiritual, el Bienestar Religioso y el Bienestar Existencial; la Escala Existencial (Länge et al., 2003), cuyo objetivo es documentar la dimensión espiritual de la persona; el Life Regard Index (Battista y Almond, 1973), que intenta medir el “sentido existencial”; el Personal Meaning Index (Reker, 1992), que busca evaluar el sentido personal el tener metas en la vida, una misión, un sentido de dirección y un

entendimiento lógico e integrado de sí mismo, los demás y la vida en general; el Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality del Fetzer Institute (1999), diseñado para medir cuánto impacta a la salud factores como: las experiencias espirituales diarias, el sentido de vida, los valores y creencias, el perdón, las prácticas religiosas privadas, el afrontamiento religioso, el apoyo religioso, el compromiso y la dedicación y la organización religiosa (Benito et al., 2016); el Spiritual Coping Strategies (Baldacchino y Buhagiar, 2003), constituido por dos subescalas que examinan las estrategias de afrontamiento espiritual-religioso y las estrategias de afrontamiento no espiritual religioso; la Life Meaningfulness Scale, que evalúa los aspectos cognitivos, afectivos y motivacionales del sentido (Halama, 2009); la Spiritual Meaning Scale (Mascaro et al., 2004), evalúa la creencia en una fuerza espiritual que guía el propósito; el Spirituality Scale (Delaney, 2005), pretende evaluar la espiritualidad holísticamente desde tres dominios centrales: a) autodescubrimiento, b) relaciones con otros, y c) conciencia del eco; la SMILE (Schedule for Meaning in Life Evaluation) de Fegg et al. (2008), que busca saber sobre el “sentido individual de la vida”; y el Belfast Test (Giorgi, 1982), evalúa la dificultad para alcanzar el sentido en estados de frustración existencial o alienación.

En una revisión sistemática llevada a cabo por Monod et al. (2011), señalan que, en el año 2011, había 35 escalas de espiritualidad. Los autores las agruparon de la siguiente forma: medidas de espiritualidad general (n = 22), medidas de bienestar espiritual (n = 5), medidas de afrontamiento espiritual (n = 4) y medidas de necesidades espirituales (n = 4). Aun así, los autores enfatizaron en la escasez de instrumentos que midan el estado actual de la espiritualidad del paciente (Gonzalez Rivera, 2018).

En el año 2013, Benito et al., señalaron que se han creado una variedad de instrumentos para el estudio de la espiritualidad como: la Escala de Resultados de Cuidados Paliativos; la Escala de significado existencial; la Evaluación funcional de la terapia de

enfermedades crónicas-Bienestar espiritual (FACIT-Sp); el Formulario abreviado del Índice de espiritualidad/religiosidad de Woods; la Medida de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud de Creencias espirituales, religiosas y personales; y la Evaluación de las necesidades espirituales de los pacientes. El Grupo de Espiritualidad de la SECPAL formuló un cuestionario desarrollado a la luz de algunas de las limitaciones que se han hallado en los diferentes instrumentos mencionados, tratando de mejorar las propiedades psicométricas de las herramientas existentes. De esta manera, desarrollaron y validaron una nueva medida breve, que simultáneamente tiene aplicabilidad clínica y adecuadas propiedades psicométricas. La herramienta utiliza seis preguntas iniciales para establecer un clima de confianza con los pacientes antes de que completen una escala Likert de cinco puntos y ocho ítems. El cuestionario se basa en un modelo de espiritualidad generado por dicho grupo de trabajo, cuyo objetivo es reconocer, compartir y evaluar los recursos y necesidades espirituales de atención a los pacientes.

Asimismo, muchos de los instrumentos ya mencionados presentan diversas limitaciones (González-Rivera et al., 2017), que responden a que los reactivos están asociados más a salud mental positiva como es el caso del Spiritual Well-Being Scale (SWBS; Ellison, 1983); o se asocian a Bienestar Psicológico general como el Spirituality Index of Well-Being (Daaleman y Frey, 2004). Otros instrumentos tienen sus limitaciones al mostrar en sus factores la integración de elementos religiosos y espirituales como es el caso del Spiritual Coping Strategies (Baldacchino y Buhagiar, 2003).

Se han creado instrumentos con la intención de evaluar la Espiritualidad partiendo de diferentes postulaciones y definiciones (Benito et al., 2016). Estos se iniciaron mayoritariamente con conceptos propios de religiones occidentales y cristianas (Simkin, 2015). La mayoría de las herramientas se han desarrollado y probado en muestras étnica y religiosamente homogéneas en los Estados Unidos, principalmente caucásicas y protestante.

Esto ha dado por resultado un sesgo, que es el resultado de una falta de ajuste entre la "visión del mundo" incorporada en la medida y la de la población encuestada, conllevando implicaciones para la validez y adecuación de las medidas de resultado en diversas poblaciones (Selman et al., 2011).

Con la necesidad de consolidar un instrumento que abarcara a personas con diferentes religiones y/o agnósticas, Piedmont (2004) crea la Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES), buscando mostrar los aspectos centrales subyacentes de la Espiritualidad en las diferentes tradiciones religiosas.

La escala cuenta con dos dimensiones:

1. Sentimientos religiosos: éstos, pueden ejercer una poderosa influencia sobre los pensamientos y comportamientos, pero no representan cualidades innatas genotípicas, puede variar lo largo del tiempo, diferir de acuerdo a cada cultura que se encuentra. Está conformada por dos dominios:
 - a. Participación religiosa, que se refiere a la participación en rituales y actividades religiosas, como pueden ser orar o asistir a oficios religiosos.
 - b. Crisis religiosa, que se refiere a la percepción de problemas, dificultades o conflictos con Dios o con la comunidad religiosa de referencia.
2. Trascendencia Espiritual: se refiere a la capacidad de las personas de distanciarse de su existencia inmediata, de su sentido del tiempo y espacio, para observar la vida desde una perspectiva más amplia, donde perciben una unidad fundamental entre las diferentes "cosas" de la naturaleza y encuentran un vínculo con los demás que no puede ser cortado ni siquiera por la muerte. Las personas con alta Trascendencia Espiritual presentan una perspectiva más holística, interconectada, perciben una sincronicidad en la vida y desarrollan un compromiso hacia los demás. Se manifiesta el

esfuerzo del individuo por crear un sentido más amplio para su vida, conformando una dimensión motivacional (Piedmont, 1999). Está formada por:

- a. La realización en la oración: sería la habilidad para crear un área personal que permite sentir una conexión con una realidad más amplia. Esta conexión suele tener lugar a partir de prácticas como el rezo o la meditación, que contribuyen a que las personas puedan encontrar fuerza o paz interior, experimentar unas sensaciones de plenitud y felicidad, crecer como personas y alcanzar un plano espiritual más elevado. Si bien las personas espirituales no necesariamente creen en un Dios en particular, consideran que la práctica de la oración o de la meditación las acerca a aquello que perciben como entidad o energía superior.
- b. La universalidad: que refiere a la creencia de que existe un sentido de la vida más amplio del que conocemos. Las personas que consideran que existe un orden en el universo que trasciende el pensamiento humano. Tal orden implica que toda la vida se encuentra interconectada, por lo que en un nivel superior todos los seres humanos comparten un vínculo común. A pesar de que existe bien y mal en las personas, consideran que la humanidad en su conjunto es particularmente buena. Esta creencia los conduce a sentir un vínculo emocional con toda la humanidad, incluso con aquellos que puedan resultar difíciles o problemáticos.
- c. La conectividad: entendida como un sentimiento de pertenencia y de responsabilidad con una realidad humana más trascendente, que enlaza a los diferentes grupos sociales de pertenencia. Refieren a recuerdos y pensamientos de algunos parientes o amigos fallecidos que continúan influenciando en la vida, en la toma de ciertas decisiones en función de aquello que podría agradar a un pariente o amigo ya fallecido. La muerte de alguien querido no pone fin al vínculo con ese ser.

Para Galiana et al. (2016) la Espiritualidad juega un papel clave en el afrontamiento de la salud. También las variables de religiosidad, afrontamiento religioso positivo y afrontamiento religioso negativo como predictores del bienestar subjetivo (Utami, 2014). Por ello, para esta autora, es uno de los enfoques de investigación actuales. Sin embargo, su incorporación a la literatura científica es ardua y lenta, hecho que se debe en parte a la ausencia de herramientas de medición desarrolladas y validadas, particularmente, en el área de habla hispana. En este sentido, en Argentina, Simkin (2017), ha realizado un aporte valioso llevando a cabo la validación de la escala ASPIRES de Piedmont.

Como se mencionó previamente, resulta indispensable la creación de instrumentos que contribuyan en el estudio y medición de la Espiritualidad, dado que podemos considerarlo un constructo estrictamente psicológico (Piedmont, 2020); y conduce a la construcción de significado personal dentro de las experiencias escatológicas que las personas deben vivir (Piedmont, 2001).

A modo de síntesis se presentará en la Tabla 2 un listado de Instrumentos de medición para Espiritualidad, extraída del estudio de Simkin (2017).

Tabla 2*Resumen de Instrumentos/Escala de medición de la Espiritualidad*

Año	Autor/es	Escala
1964	Crumbauught y Maholick	Test de Propósito en la Vida
1973	Battista y Almond	Life Regard Index
1976	Batson	Escala de Orientación Religiosa de Búsqueda
1982	Hablas y Hutzell	Cuestionario de Propósito de Vida
1982	Giorgi	Test de Belfast
1983	Gorsuch et al.	Age universal I/E
1983	Ellison	Escala de Bienestar Espiritual
1987	Braaverman	Inventario de Comportamiento Espiritual
1988	Pargament et al.	Escala de Resolución Religiosa de Problemas
1989	Maton	Escala de Apoyo Espiritual
1991	Kass et al.	Índice de Experiencias Espirituales Centrales
1992	Reker	Índice de Sentido Personal
1993	Ryan et al.	Escala de Internalización de la Religión
1996	Hall y Edwards	Inventario de Evaluación de la Espiritualidad
1996	Lukas	Logotest
1998	Holland et al.	Inventario Breve de Creencias Espirituales

1998	Trenholm et al.	Conflictos Interpersonales Religiosos
1999	Instituto Fetzer	Cuestionario de Medida Multidimensional de la Religiosidad/Espiritualidad
2000	Duriez et al.	Escala de Creencias Post-Críticas
2000	Pargament	Escala de Afrontamiento Religioso
2000	Exline et al.	Escala de Tensión Religiosa
2002	Hall y Edwards	Inventario de Evaluación de la Espiritualidad
2002	McSherry et al.	Escala de Espiritualidad y Atención Espiritual
2002	Krause	Escala de Apoyo Religioso
2002	Fiala et al.	Escala de Apoyo Religioso Percibido
2003	Hodge	Escala de Espiritualidad Intrínseca
2003	Baldacchino et al.	Escala de Afrontamiento Espiritual
2003	Länge et al.	Escala Existencial
2004	Miller et al.	Escala de Problemas Espirituales en Supervisión
2004a	Piedmont	Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos
2004	Mascaro et al.	Escala de Propósito Espiritual
2004	Daaleman y Fray	Índice de Bienestar Espiritual
2005	Delaney	Escala de Espiritualidad
2005	Horn et al.	Escala de Expresión de la Espiritualidad

2005	King et al.	Escala de Creencias y Valores
2005	<u>Nasel et al.</u>	Escala de Dimensiones Espirituales y Religiosas
2005	<u>Levenson et al.</u>	Escala de Autotrascendencia Espiritual para Adultos
2006	Hermann	Inventario de Necesidades Espirituales
2006	<u>Flannelly et al.</u>	Escala de Necesidades Espirituales del Paciente
2006	<u>Nokelainen et al.</u>	Escala de Sensibilidad Espiritual
2006	Underwood	Escala de Experiencias Espirituales Cotidianas
2007	Hodge	Escala de Competencia Espiritual
2007	Holt et al.	Escala de Locus de Control en la Salud Espiritual
2007	<u>Bresnahan et al.</u>	Escala de Sensibilidad Espiritual a la Donación de Órganos
2008	Dunn	Escala de Bienestar Espiritual Geriátrico
2008	Green	Escala de Bienestar Mental, Físico y Espiritual
2008	Cole et al.	Escala de Transformación Espiritual
2008	<u>Lillis et al.</u>	Escala de Espiritualidad/Religiosidad en el Tratamiento
2008	Wheeler et al.	Cuestionario de Conexión Espiritual
2008	<u>Fegg et al.</u>	Programa de Evaluación del Significado de la Vida
2009	Davis et al.	Escala de Similitud con la Espiritualidad del Atacante
2009	<u>Kreitzer et al.</u>	Escala de Serenidad Breve

2009	<u>Chamiec-Case</u>	Escala de Integración de la Espiritualidad al lugar de Trabajo
2009	Davis et al.	Escala de Dedicación a lo Sagrado
2009	<u>Halama</u>	Escala de Significado de la Vida
2010	Davis et al.	Escala de Humildad Espiritual
2010	Robertson	Escala de Competencia Espiritual
2010	Davis et al.	Relación con lo Sagrado en la Transgresión
2011	<u>Bredle et al.</u>	Escala de Evaluación Funcional de Terapia del Dolor Crónico-Bienestar Espiritual
2012	<u>Tiew y Creedy</u>	Escala de Cuidado Espiritual
2013	<u>Othman et al.</u>	Escala de Experiencias en la Iglesia
2013	<u>Goretzki et al.</u>	Escala de Emergencia Espiritual
2013	<u>Jaroslav et al.</u>	Escala de Trascendencia Espiritual
2013	<u>Kinjerski et al.</u>	Escala de Espiritualidad en el Trabajo
2014	<u>Daaleman et al.</u>	Escala de Evaluación del Cuidado Espiritual
2014	Garfield et al.	Escala de Creencias en la Unicidad
2014	Carlson et al.	Escala de Espiritualidad en el Entrenamiento Clínico
2014	<u>Exline et al.</u>	Escala de Conflictos Religiosos y Espirituales
2015	Davis et al.	Escala de Fuentes de la Espiritualidad

Nota: Adaptado de Simkin, (2017)

Síntesis del capítulo

En este capítulo se ha abordado la diferencia entre los conceptos de Religión y Espiritualidad. La religión fue definida como un constructo que refiere a las prácticas, las creencias, los rituales, los símbolos que se llevan a cabo a nivel institucional y tienen como cimiento la relación con Dios. Luego de recorrer numerosas y diferentes apreciaciones del concepto de Espiritualidad -donde mayoritariamente todas coinciden con la multidimensionalidad que abarca el concepto para ser definido- se arribó a la conceptualización de Espiritualidad dada por Piedmont (2009), quien la piensa como un constructo universal en la experiencia humana y más allá de que se exprese de diferentes formas –según la cultura– se puede identificar un aspecto general, al que denominó Trascendencia Espiritual. Asimismo, se señala que es dable considerar la Espiritualidad como una motivación que se orienta a construir un sentido de significado personal amplio. (Piedmont, 2012).

Para profundizar aún más en la complejidad del estudio de este constructo, se menciona las dos posturas en torno a la cual se ha generado un debate entre los investigadores. Por un lado, investigaciones y teorizaciones en torno a la espiritualidad como predictor de salud mental, en contraposición con los estudios que analizan la posible contribución a la psicopatología y sufrimiento psíquico.

Se abordaron conceptos que surgen desde el ámbito de la Psicología con el objetivo de aproximarse al tema desde una mirada estrictamente psicológica. De esta manera se observa el surgimiento nuevos constructos como la denominada Inteligencia Espiritual, formada por aptitudes mentales que dan soporte a la conciencia, a la integración y a la aplicación de los aspectos inmatrimales y trascendentes de la propia existencia (King, 2008); para luego mostrar las diferentes conceptualizaciones que proponen diversos autores.

Continuando con el desarrollo del capítulo, se realizó un relevamiento de los diferentes Instrumentos de medición que se han creado para intentar acercarse empíricamente a la Espiritualidad. Allí también se visualizan las limitaciones encontradas en las diversas escalas. Finalmente, se llevó a cabo un breve recorrido por los diferentes aportes que las Neurociencias han hecho a través de las numerosas investigaciones sobre el efecto de la oración y meditación -como modos de acceder a estados espirituales- en el cerebro humano y por ende en todo su sistema, salud y relación con los otros.

Bienestar

En este capítulo se realizará un breve recorrido de este concepto desde la Antigüedad clásica hasta la actualidad, tomando los diferentes filósofos que han hecho aportes en el estudio de este constructo. Por una parte, se revisará el aporte de Aristóteles desde una visión eudaimónica; y por la otra la de Epicuro de Santos, desde una hedónica. Ambos han sentado las bases de las que han derivado los constructos de Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico.

Luego, para comprender con mayor profundidad la complejidad de este constructo - así como el debate en torno a él llevado a cabo por los investigadores- se pondrá atención en los aspectos dispares de cada teoría y se expondrán los modelos que dan cuenta de las dimensiones a considerar en el momento de estudiar a las personas y su bienestar.

Se hará hincapié en la distinción entre los términos -Bienestar Psicológico y Bienestar Subjetivo- lo que permitirá identificar dos dimensiones diferentes del constructo Bienestar y también se hará una descripción del Bienestar Espiritual.

Finalmente, se hará un repaso de los diferentes instrumentos creados a los fines de poder evaluar este constructo, así como los aportes de las Neurociencias a la comprensión de procesos biológicos que influyen en el mismo.

Orígenes del concepto de Bienestar

Comenzando con la conceptualización de Bienestar, es importante destacar que se combinan características de dos tipos diferentes: por un lado, aquellas que refieren a circunstancias externas de la persona -como acceso a ciertos bienes materiales o externos, poder, riquezas, tiempo libre, comodidades materiales y físicas, acceso a educación, salud-; y por otro, aquellas que refieren a ciertos estados internos de la persona o estados de ánimo considerados como valiosos -como placer, felicidad esperanza, realización de deseos, plan

de vida, sentimiento de dignidad-. Dependiendo del tipo de combinación que se den entre estos factores se obtendrán concepciones variadas del bienestar en el ser humano (Valdés, 1991).

Remontándonos a los orígenes del Bienestar, encontramos sus primeros desarrollos en la Antigüedad Clásica. Este recorrido facilita la comprensión de este concepto, el cual -según las definiciones que se han realizado- parece ser un concepto mixto. En esa época se encuentra al bienestar asociado a lo social y no a lo individual. Así, para Platón (427 a C - 347 a C) éste consiste en someter el apetito a las determinaciones de la voluntad, y a la voluntad, a las deliberaciones de la razón orientada por la contemplación de las ideas y sobre todo a la idea suprema del Bien.

Mientras que Aristóteles (384 a C – 322 a C) plantea tres tipos de bienes para que una persona pueda alcanzar el bienestar: los bienes del exterior, los bienes del cuerpo y los bienes del alma. Todos ellos deben estar presentes y cada uno da lugar a diferentes tipos de bienestar: el bienestar exterior, el del cuerpo y el del alma o anímico; éstos son independientes entre sí. Considera el bienestar anímico como el único deseable en sí mismo y el más valioso; es el propio del alma, para alcanzar la Eudemonia. Ahora bien, es sólo con la razón que el hombre puede elegir satisfacer sus deseos racionalmente, en todas las esferas de la vida para lograr el bienestar. De este modo pone el acento en la conducta humana como indispensable para alcanzar dicho estado.

Para este último autor, los bienes no poseen toda la misma jerarquía, sino que los anímicos son superiores a los externos y corporales, considerados inferiores, como medios para alcanzar otros fines, ya que no los deseamos en sí mismos sino por lo que podemos alcanzar a través de ellos. También jerarquiza los bienes anímicos, de modo tal que, considera que hay bienes que pertenecen a distintas partes del alma. Siguiendo a este filósofo, (Valdés, 1991) la versión del Bienestar tendría características como:

- a. Para designar a una persona como poseedora de Bienestar hay que tener en cuenta qué hace y cómo lo hace. Es necesario poner atención en cómo actúa o cómo funciona. La felicidad es un modo de actividad - racionalmente dirigida-. Las virtudes son hábitos de operación, formas efectivas de comportamiento, en los diferentes ámbitos de nuestra experiencia.
- b. La felicidad, es un atributo natural en la persona, cuando ella logra el hábito de llevar adelante una conducta que posea acciones virtuosas; no puede verse independientemente de la moralidad de la actividad que el ser humano realiza. Así, no dependería de la obtención de bienes materiales o placeres externos, es el bien más deseable.
- c. La acción implica la realización de deseos por parte de la persona, siendo entonces la virtud placentera. El hombre virtuoso tiene el deseo de realizar nobles acciones y -teniendo en cuenta que las virtudes son hábitos-, aquel que tiene deseos de llevar a cabo acciones virtuosas, siente placer en esas acciones en sí mismas. Por ello, para estas personas su vida misma es placentera, siendo el placer una parte comprendida en la felicidad.
- d. La felicidad no depende de la buena suerte, ni del estado de ánimo pasajero como puede serlo el placer, sino que es una manera de ser de la persona, de poseer un conjunto de virtudes, un carácter, que acompaña al hombre toda la vida.

Como ya se señaló, en la concepción Aristotélica -llamada eudemónica- los bienes inciden en el bienestar de las personas. En la segunda categoría, se encuentran los bienes externos, que funcionan como instrumentos para alcanzar el placer, pero, aunque se haga acopio de ellos no se alcanzará el auténtico bienestar. Éste se alcanza a partir de llevar a cabo acciones que -informadas por la razón- satisfacen los deseos; arribando al cumplimiento de una actuación virtuosa, con el concomitante e intrínseco placer que ello

posee. Este sería el auténtico bienestar -el primario- que no excluye la posesión de bienes ni el placer que ellos proveen, pero no son la causante de la felicidad. Podemos observar una cierta tensión en la concepción aristotélica de la felicidad, ya que por un lado insiste en la capacidad del ser humano para lograrla por sí mismo; y por otro, incluye cierta suerte como factor que facilita la felicidad, ya que cuando los bienes externos no son favorables, portan tristeza y obstaculizan actividades del ser humano. El genuino bienestar es una combinación de factores externos e internos y son los actos humanos en los que hay que fijarse si queremos evaluar el bienestar de una persona (Valdés, 1991).

Otra propuesta de explicación del Bienestar la podemos hallar en los Estoicos. Ellos plantean que el bienestar es interno. El hombre sabio es el que mediante la razón conoce la ley que rige a la naturaleza y se somete de buen grado a esas las leyes, comprendiendo que todo sucede acorde a un plan supremo. El Bienestar estaría dado por aceptar y vivir acorde a las leyes universales, y de este modo, no nos perturbaría lo que suceda. Es el estado interno de la persona la que atribuye que algo sea bueno o malo; no son los hechos en sí mismo los que poseen un valor. En consecuencia, llevar una vida virtuosa, es aceptar sin que nada nos perturbe cualquier cosa que acontezca. Esto es posible a partir de conocer la razón universal y vivir acorde a ella. Ésta permitirá al ser humano deshacerse de sus deseos y temores para así alcanzar la imperturbabilidad. La razón es aquella que gobierna el universo y la virtud está en la armonía con la naturaleza.

El bienestar para el estoicismo estaría dado por:

- a. un estado interior totalmente independiente de la posesión o el disfrute de bienes materiales; de ocupar un lugar en la sociedad; tampoco de la historia o la suerte personal, ni de lo que suceda exteriormente.

- b. un estado anímico que se puede lograr mediante la disciplina personal y que no depende de la historia individual o el contexto sociocultural en el que se despliega la vida de la persona.

Para ellos, el Bienestar, puede ser logrado por cualquier persona –tras aplicar una disciplina personal– ya que este es un estado interno que no depende de factores ni bienes exteriores a la persona. El Bienestar está dado fundamentalmente por la interioridad del ser humano (Valdés, 1991).

Por otro lado, Alcalá y Ariza (2013) señalan otra propuesta de Bienestar, que fue postulada por Epicuro de Santos (período V y III a C) –impulsor del hedonismo–, para quien la máxima meta de todo ser humano debe ser alcanzar la felicidad. El ser humano tiene la necesidad de ausencia de dolor en el cuerpo y la existencia del placer en el alma; de esta manera podrá convertirse en un ser sabio y alcanzar la felicidad. De lo contrario, sería un ser necio. Para lograr ser sabio, este filósofo se centra en la tranquilidad del placer individual y no en las relaciones humanas, ya que en ellas no puede lograrse la serenidad. La filosofía epicúrea busca la salud individual de cada ser humano más que la salvación de la humanidad. La calma, el estar libre de las preocupaciones y de angustias, la ausencia de necesidades físicas y el ejercitar la mente, podían llevar a lograr el placer a largo plazo. Éste es el fin máximo de la ética de los epicúreos, se sustenta en erradicar el dolor provocado por la búsqueda de la satisfacción de las necesidades; por ello, el verdadero placer es en reposo, un placer tranquilo que es el ideal de la vida que se halla en la calma del espíritu, en una serenidad permanente.

Epicuro, instauró el término hedoné, dándole cuatro acepciones diferentes:

- a. significa el placer del cuerpo o bien del espíritu.
- b. puede ser cinético, producido por un estímulo exterior.
- c. puede ser catastemático, originado en sí mismo.

- d. para referir el placer del cuerpo.

El bienestar debe estar por encima del dolor y la felicidad se define en términos de placer, esto es lo único que es naturalmente bueno. Epicuro da importancia a la *phrónesis* - la virtud encargada de calcular los placeres- incluyendo un elemento racional en su concepción hedonista. La *phrónesis* permite guiar la elección correcta de los placeres, los cuales pueden ser de dos clases: a- las no naturales, son aquellas que producen mayores dolores; y b- las naturales, que a su vez se distinguen en innecesarias y necesarias.

Los epicúreos, no buscaban sólo el placer físico, sino que se interesaban también por la satisfacción intelectual. Sin embargo, el placer y la felicidad eran consecuencia de la ausencia de dolor y de aflicciones. El placer genera lo básico, lo demás es exceso y es contrario a la calma, serenidad; ésta es la esencia del bienestar.

Sintetizando, se hace evidente que los constructos Bienestar Psicológico y Bienestar Subjetivo hacen mención a dos tradiciones en el estudio del Bienestar: una centrada en el crecimiento personal, el propósito en la vida y la autorrealización –Bienestar Psicológico: perspectiva eudaimónica–; y la otra, centrada en la experiencia de satisfacción con la propia vida (factor cognitivo), nivel elevado de afecto positivo y nivel bajo de afecto negativo (factores afectivos) –Bienestar Subjetivo: perspectiva hedonista– (Diener, 1984).

Como se advierte hasta aquí hay diferentes posiciones acerca de la implicancia de este concepto. Esto lo hace complejo y difícil de definir –o mejor dicho– de hacer una definición única y general, ya que también como veremos a continuación y planteado desde Aristóteles, en el Bienestar se conjugan múltiples aspectos a tener en cuenta. Así, continuando el recorrido, podemos ver que este concepto se amplía con la modernidad, donde emerge la concepción de individuo, que luego la psicología va a tratar (Valdés, 1991).

El Bienestar en la Psicología

Desde el ámbito de la salud mental, el Bienestar se define como un estado en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en 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” (1946). En psicología, la felicidad y el funcionamiento óptimo del ser humano ya ha sido objeto de estudio de célebres psicólogos, entre ellos, A. Maslow (2000) con su concepto de autorrealización, C. Rogers (1961) con su concepto de realización plena y G. W. Allport (1961) en su estudio sobre madurez psicológica (Padrós Blázquez et al. 2010).

Desde la década de los 60’ surgieron diversos intentos de definir el Bienestar y comprender cuál era su procedencia. Algunos autores la ubicaban dentro de la persona (Cummings y Henry 1961); mientras que otros como Cantril (1965) la consideraban proveniente de factores contextuales que influían en la percepción de la satisfacción con la vida, siendo esta variable -según cada persona- dependiendo el logro de metas propuestas, haciendo hincapié en la satisfacción personal. Bradburn y Caplovitz (1969) se enfocaron en la disposición de ánimo y afecto-felicidad para dar cuenta del Bienestar; la felicidad fue pensada por estos autores como equilibrio justo y positivo entre las experiencias buenas y malas de la vida cotidiana.

Fueron Campbell et al. (1976) quienes propusieron una dimensión cognitiva y valorativa del Bienestar, basado en la satisfacción -entendida como la expresión de la percepción de las expectativas y aspiraciones alcanzadas-; y una dimensión afectiva, basada en el equilibrio entre los componentes positivos y negativos de la disposición de ánimo. Así, la satisfacción y la felicidad formarían parte de la percepción de bienestar. Señalaron que

ambos conceptos no son idénticos, sino que podrían identificarse como dimensiones de la vida que, conjuntamente con otros aspectos, darían sentido a la calidad de vida de cada persona.

Limonero y Bayés (1995), señalan que 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 psicobiosocial, historia previa, valores, creencias y características personales.

Según Diener y Diener (1995) son muchos los autores que han tratado de dar una definición, éstas se pueden agrupar en tres grandes categorías:

1. Bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en término positivo, “satisfacción con la vida”.
2. 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.
3. La más cercana a los planteamientos filosófico-religiosos, concibe la felicidad como una virtud o gracia (Citados en García Martín, 2002, p. 21).

Para Längle (2000), parte de Bienestar es la posibilidad de dar Sentido. Éste representa una ayuda para orientar a los seres humanos en dirección hacia una vida plena y lograda. La misma comienza cuando hay una aprobación por parte de la persona, es vivir diciendo “Sí” al Ser, al Vivir, a Uno Mismo como persona y al Sentido, a llegar a Ser. Esta aprobación sólo puede pensarse si está en contacto con el mundo, con los otros, con los hechos, en un diálogo permanente. El autor manifiesta Cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia:

1. El Ser: el mundo aparece como Sostén, como punto de apoyo.

2. La Relación con la Vida: se manifiesta en el mundo como Valor.
3. El Ser Sí Mismo (Unicidad): el mundo aparece como Otredad.
4. El Devenir: el mundo se revela como Sentido.

En este mismo ámbito, surge una corriente que se aboca principalmente al estudio del bienestar. Ella es la Psicología Positiva, que según Sheldon y King (2001) investiga principalmente las fuerzas y virtudes humanas naturales. Se pregunta sobre la naturaleza de la eficacia del funcionamiento del ser humano, centrandó la atención en los potenciales, motivos y capacidades del individuo. 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 vivenciar humano, identificando y cultivando los recursos para “ser felices”.

En este sentido, Seligman (2005) señala que

“parece ser que el alivio de los estados que hacen que la vida resulte espantosa ha relegado a segundo plano el desarrollo de los estados que hacen que merezca la pena vivir. No obstante, las personas desean algo más que corregir sus debilidades. Quieren que la vida tenga sentido y no sólo dedicarse a ir tirando a trancas y a barrancas hasta el día de su muerte” (p. 11).

La Psicología Positiva surge desde una perspectiva complementaria al modelo médico-clínico -más centrado en la psicopatología-. Ésta se basa en un modelo salutogénico que se orienta a la promoción y el desarrollo personal (Seligman, 1990; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Dentro de esta perspectiva, el foco está puesto en promocionar y fortalecer lo saludable, positivo y adaptativo que hay en el ser humano, tanto desde el punto de vista cognitivo, como emocional y comportamental (García-Alandete, 2014).

Como es señalado por Peterson et. al. (2005), la felicidad se lograría a través de tres vías:

1. Lo que podríamos denominar la buena vida -pleasant life-;
2. el compromiso -engagement life-; y
3. la vida plena de sentido -meaningful life-.

Asimismo, distinguen tres tipos de emociones positivas, relacionadas con la felicidad:

1. Las relativas al pasado (satisfacción, complacencia, realización personal, orgullo y serenidad). Estas emociones serían generadas y fortalecidas por el ejercicio de la gratitud, el perdón y el arrepentimiento; cambiando creencias deterministas por otras optimistas, que favorecen la resolución de crisis existenciales de manera positiva.
2. Las relativas al presente (alegría, éxtasis, tranquilidad, entusiasmo, euforia, placer y fluidez). Éstas se desarrollan a través del disfrute de placeres y gratificaciones derivados de las sensaciones y las emociones que surgen de ellas, asociadas a la satisfacción biológica. Se vinculan con el ejercicio de fortalezas y virtudes, y se orienta hacia el crecimiento psicológico.
3. Las relativas al futuro (esperanza, fe, confianza y seguridad). Estas emociones se generan y/o fortalecen desde un estilo atribucional optimista y una disposición de esperanza. Éstas facilitan hacer frente a las situaciones que han de acontecer y asumir las consecuencias de las crisis con expectativas positivas.

De esta manera, parecería que estas características de las emociones positivas y las aptitudes subyacentes que conllevarían al Bienestar, darían buenos recursos para afrontar positivamente situaciones existencialmente críticas, como lo demuestran las investigaciones que se han desarrollado en torno a esta temática (Mc Culloch et al., 2000).

El término Bienestar cuenta con diversas teorías explicativas, que hacen foco en diferentes aspectos, generando modelos que intentan explicar su complejidad. Uno de ellos, el Modelo Multidimensional está basado en la literatura sobre desarrollo humano, y postula

que el concepto de Bienestar abarca múltiples dimensiones, tanto sociales como psicológicas, físicas y ambientales.

Un modelo es el de Acercamiento a la Meta, en este se considera las diferencias individuales y los cambios de desarrollo como moduladores del Bienestar. Aquí las metas - estados deseados por las personas- y los valores son las principales orientaciones de la vida, y las luchas personales -aquello que las personas hacen característicamente en la vida diaria- son metas inferiores. Éste plantea que los moduladores del bienestar varían en las personas dependiendo de sus metas y sus valores (Oishi, 2000). Según este modelo las personas obtienen y mantienen su bienestar básicamente en el área en que ellas dan importancia y en la medida en que las personas difieren en sus metas y valores, también serán diferentes sus fuentes de satisfacción. Así, las personas pueden lograr a menudo su Bienestar Psicológico nivelando sus metas con los recursos que ellos poseen. Los predictores cambian según las culturas, dependiendo de las necesidades y valores que predominan en ellas.

Por otro lado, en la Teoría del Flujo de Csikszentmihalyi (1999), se entiende por flow o flujo, al estado en el cual las personas se hallan tan inmersas en una actividad que ninguna otra cosa parece tener importancia o existir. La felicidad es una condición vital que hay que cultivar para llegar a ella. Según este enfoque, las personas que aprenden cómo controlar sus vivencias interiores para obtener calidad de vida, son más felices. Cuando un individuo logra focalizar su energía psíquica en una meta, alcanzando un orden en su conciencia, es cuando advierte el estado óptimo. De esta manera, a través de experiencias de flujo, la calidad de vida mejora y la personalidad se diferencia y complejiza.

Este último autor, señala que el Bienestar estaría dado por la actividad humana en sí y no en la satisfacción o logro de metas. La actividad o el comportamiento de las personas produce un sentimiento particular de flujo; es ella la que provoca el sentimiento de flujo, y está relacionado al descubrimiento permanente y constante que hace la persona acerca de lo

que significa para ellas “vivir”. De este modo, el individuo expresa su singularidad y al mismo tiempo va reconociendo y experimentando las vicisitudes del mundo en que vive.

Por otro lado, los Modelos Situacionales (Bottom up), postulan que la sumatoria de vivencias felices que una persona experimente en su vida darán como resultado la satisfacción (Diener et al., 1991). En este modelo las circunstancias en las que vive el individuo son fundamentales para su satisfacción; y éstas son un efecto del bienestar percibido en cada una de las áreas vitales de la persona (Castro Solano, 2009).

En contraposición, los Modelos Top-down, sostienen que el Bienestar radica en una disposición general de la personalidad -y como la personalidad es estable- también lo es el bienestar. Habría una predisposición a experimentar satisfacción en distintas áreas de la vida de las personas que pueden denominarse como “felices por naturaleza” (Lyubomirsky, 2007). Si el Bienestar está ligado a los rasgos psicológicos de la personalidad, sería estable en el tiempo y también podría generalizarse a otros contextos. La satisfacción dependería de variables temperamentales (Castro Solano, 2009).

Desde las Teorías de la Adaptación, manifiestan que la clave para comprender la felicidad está en la adaptación. Esta última permite que frente al impacto de hechos estresantes las personas sean capaces de regresar al nivel de bienestar previo al hecho (Myers, 1992). Fredick y Lewenstein (1999) hablan de una adaptación automática, donde a partir de la habituación, las personas reaccionan a las diferentes desviaciones que se producen en la adaptación vigente. Así, los procesos automáticos de habituación son adaptativos, generando la disolución del impacto del evento que produciría el estrés.

En las Teorías de las Discrepancias, Michalos (1986) se plantea una integración de enfoques diversos sobre la satisfacción. La autopercepción del Bienestar está multideterminada y es multicausal. A partir de las divergentes teorías sobre la satisfacción, registra seis tipos de enfoques que se basan en hipótesis de comparación:

- a. Teoría del objetivo-logro: refiere a aquello que las personas tienen y el objetivo que quieren lograr.
- b. Teoría del ideal-realidad: señala aquello que las personas tienen y su ideal a lograr.
- c. Teoría de la mejor comparación previa: referido a aquello que se tiene en el momento y lo mejor que se obtuvo del pasado.
- d. Teoría de la comparación social: en referencia a aquello que uno obtiene y lo que otro grupo social significativo tiene.
- e. Teoría de la congruencia: en relación a la adaptación entre el medio y la persona.

En estos modelos, el Bienestar es explicado por la comparación que hacen los individuos entre sus estándares personales y el nivel de condiciones actuales. Así, si el nivel de los estándares es inferior al nivel de logros, el resultado es la satisfacción; y si el estándar es alto y el logro es menor, el resultado es la insatisfacción (Castros Solano, 2009).

Bryant y Veroff (1984) proponen considerar otra dimensión: la temporal. Continuando con ésta, para Montorio e Izal (1992), la satisfacción con la vida está principalmente compuesta de elementos cognitivos. Es un proceso de valoración que la persona realiza sobre el grado en que ha conseguido los objetivos deseados en su vida; así el margen o extensión temporal es más extenso que el que se obtiene en el afecto positivo o negativo. En esta perspectiva cognitivo-afectivo-temporal, la felicidad es considerada como un estado afectivo positivo duradero y como una evaluación cognitiva del estado durante un tiempo prolongado.

El modelo Universalista del Bienestar plantea que la autonomía y las relaciones de calidad funcionan como índices predictores de Bienestar a través de las culturas. La meta como modelo moderador postula que la autonomía podría ser un predictor del bienestar de las personas en las culturas individualistas; siendo que, en las culturas colectivistas, la

calidad de las relaciones con los otros es lo que funcionaría como predictor del bienestar en las personas (Cuadra y Florenzano, 2003).

En el intento de reducir las controversias y unificar los aspectos en común de los diferentes modelos planteados, Cuadra y Florenzano (2003) mencionan que hay tres criterios acerca del Bienestar que son aceptados por la comunidad científica:

1. El subjetivo: es la dimensión básica y general.
2. El afectivo-emocional: está relacionado con el estado de ánimo de la persona.
3. El cognitivo-valorativo: se relaciona con la evaluación de satisfacción que la persona hace de su vida.

Bienestar Psicológico y Bienestar Subjetivo

Oramas Viera et al. (2006) señalan que, para comprender las relaciones entre el Bienestar general o Subjetivo y el Bienestar Psicológico o Salud Mental Positiva, hay que remitirse al concepto de sí mismo y su papel regulador de la personalidad. Asimismo, teniendo en cuenta el esquema social, que incluye la aceptación social y el compromiso, como una forma de amortiguar los problemas y dificultades que se presentan en la vida.

La Psicología Positiva, apuesta por una psicología orientada al Bienestar Subjetivo y Psicológico, al crecimiento y la autorrealización personal y a la salud. Asimismo, da lugar a un campo de investigación empírica, aportando aval a las investigaciones y aplicaciones específicas para la prevención de trastornos mentales, físicos, y en la intervención psicoterapéutica (García-Alandete, 2014).

Desde que Wilson (1967) hizo una exhaustiva revisión del Bienestar Subjetivo, hasta ahora, las investigaciones sobre este constructo han ido evolucionando. Al comienzo, los estudios se centraron en correlacionar el Bienestar con características demográficas,

mientras que en la actualidad las investigaciones se centran en entender los procesos que subyacen al Bienestar (Cuadra y Florenzano, 2003).

Los numerosos estudios sobre Bienestar que se han llevado a cabo, manifiestan el interés por este concepto en diferentes ámbitos en la Psicología. Dentro de ellos -sólo a modo de dar algunos ejemplos- encontramos investigaciones que relacionaron a éste con la capacidad para mantenerse optimista, aunque sea de forma poco realista (Reed et al., 1999; Reed, et al. 1994; Taylor et al., 1992); así como la capacidad de encontrar un significado ante la adversidad (Bower et al., 1998). Otras investigaciones muestran que el Bienestar puede incluirse dentro de los factores protectores de la salud física (citado en Vázquez et al., 2009). Hay otros estudios centrados en diferentes etapas del ciclo vital como los llevados a cabo en niños y adolescentes (Adelman, et al., 1985; Veenhoven y Verkeyten, 1989; Casas, 1998; Alsinet, 2000); en estudiantes universitarios (García-Viniegras, 2005; Durkin y Joseph, 2009; Zubieta y Delfino, 2010; Veliz-Burgos y Urquijo, 2012; Barrantes-Brais y Ureña-Bonilla, 2015; Božek et al., 2020); y en adultos (Ferranda Mundaca y Zavala Gutierrez, 2014; Guzmán y Huenchuan, 2003; Meléndez et al., 2009; Windsor et al., 2008; Cutler y Hendricks, 2000; Bukov et al., 2002; Schwingel et al., 2009; Li, 2007; Cruz y Pérez, 2006; Karotky, 2003; Smilkstein et al., 2003; Caro y Ascher, 2020), en adolescentes (Sanchez Garbo, 2020; Alvarez- Cabrera et al., 2020). También se han efectuado investigaciones sobre el Bienestar en el ámbito de la salud mental (Benitez et al., 2001; Perez Padilla et al., 2010; Slade, 2010; Micin et al., 2011; Oramas Vieras, 2013; Maldonado, 2015; Moreta-Herrera et al., 2018; Rossi, et al., 2019); y en salud física (Dupuy, 1984; Folkman, 1997; Bacon, 2004; Chida y Steptoe, 2008; Debono y Cachia, 2007; Boehm et al., 2011, 2015; Hernández et al., 2018; Leite et at., 2019), entre otros.

Como se ha mencionado anteriormente, de las tradiciones hedónicas y eudaiómicas se han derivado los constructos Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico (Keyes,

Shmotkin y Ryff, 2002). El primero, se enmarca dentro de la tradición hedónica y se conforma del balance entre satisfacción con la vida, estados afectivos positivos y estados afectivos negativos (Diener et al., 1999). El segundo, desde la perspectiva eudaimónica, comprende un sentido amplio del bienestar, que trasciende los estados afectivos y las valoraciones a partir de la satisfacción vital, y propone que la base del bienestar se halla en aspectos que buscan y facilitan la realización de las personas y su desarrollo óptimo (Ryan y Deci, 2001).

De modo que, una distinción entre Bienestar Psicológico y Bienestar Subjetivo se hace necesaria entendiendo que la satisfacción en la vida puede ser un indicador de bienestar psicológico (Ryff y Keyes 1995).

Bienestar Psicológico

Oramas Viera et al. (2006), destacan el Bienestar Psicológico como un indicador positivo del tipo de relación que la persona posee consigo misma y con su entorno. En él se tiene en consideración aspectos valorativos y afectivos que se integran para formar una proyección futura y el sentido de la vida. Está formado por variables del autoconcepto como:

- a. Autoconciencia: aspecto cognitivo de las actitudes hacia sí mismo. Se observa a través de las creencias y pensamientos que la persona posee sobre sí mismo.
- b. Autoestima: aspecto afectivo de las actitudes hacia sí mismo. Refiere al valor y apreciación que la persona hace sobre sí misma.
- c. Autoeficacia: aspecto conductual de las actitudes consigo mismo. Remite a la consideración que la persona hace acerca de si puede cumplir las metas y propósitos deseados.

Estos tres aspectos están relacionados entre sí y con el sentido que las personas dan a su vida. Vinculan el sentido y el propósito como un indicador de Salud Mental, tal como

ya lo señaló Frankl (1949). Así el concepto de “sentido” -como aquello que proporciona una razón, orden o coherencia a la existencia de la persona- se vincula con el concepto de “propósito” -el cual refiere a la intención, al cumplimiento de alguna función o logro de algún objetivo-. De esta manera, hacer referencia a que la vida tiene “sentido”, significa que la persona tenga un propósito y se aboque a alcanzarlo. Por otro lado, debemos tener en cuenta que cuando se habla de las actitudes del sujeto consigo mismo se hace referencia a éste como un mecanismo autorregulador de la persona, que permite interpretar experiencias, manejar emociones, iniciar comportamientos y experimentar un sentido de continuidad. Así, este sistema autorregulador opera como moderador del Bienestar Psicológico, el Bienestar General y el Funcionamiento Personal.

Casullo (2002) citando a Diener et al. (1997), sostiene que el Bienestar Psicológico puede y debe ser estudiado teniendo en cuenta diferentes niveles de integración de los comportamientos humanos. Desde una perspectiva macroscópica, se debe tener en cuenta, indicadores económicos de la sociedad, la desigualdad social, las libertades políticas, el respeto por los derechos humanos, los indicadores de pobreza y marginalidad, conflictos bélicos o desempleo crónico. Actualmente, 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 sobre el tema señalan que la satisfacción es un constructo triárquico que está formado por:

- a- los estados emocionales (afecto positivo y afecto negativo)
- b- un componente cognitivo
- c- relaciones vinculares. Los estados emocionales son más lábiles y momentáneos, y al mismo tiempo son independientes.

El componente cognitivo de la satisfacción se denomina bienestar y es el resultado del procesamiento de información que las personas realizan acerca de cómo les fue, o les

está yendo en el transcurso de su vida. A los efectos de la investigación científica, este último aspecto parece más relevante, dado que su principal característica es ser estable y se mantiene con el tiempo e impregna la vida global de los sujetos.

La tradición del Bienestar Psicológico se ha centrado en la forma de promover el desarrollo de las capacidades humanas y el crecimiento personal; siendo estas las principales vías del funcionamiento psicológico positivo que lleva a la auténtica felicidad (Oramas Viera et al., 2006).

La propuesta de Carroll 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 en 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. De esta manera, para una mayor comprensión, identifica seis dominios fundamentales del funcionamiento óptimo; ellos son:

- a. Autonomía: se define por la autodeterminación y la independencia de la persona. los seres humanos requieren fijarse en sus doctrinas, y conservar su autoridad personal e independencia para mantener la individualidad en diversas condiciones sociales, (Ryff y Keyes, 1995). Los seres humanos con autonomía tienen mayor capacidad de sobrellevar la influencia social y regulan adecuadamente su comportamiento (Ryff y Singer, 1998). Se vincula con la capacidad de la persona de mantener la individualidad en diversas condiciones sociales, basado en sus doctrinas y conservando la autoridad individual e independencia de manera permanente (Vielma y Alonso, 2010).
- b. Autoaceptación: una actitud positiva hacia uno mismo y hacia la propia vida, e implica conocer y aceptar las cualidades positivas y negativas que uno posee. Es una

dimensión algo más extensa que la conceptualización de la autoestima, abarca una autoevaluación prolongada que incluye el conocimiento y aprobación de las fortalezas y debilidades individuales. El ser humano pretende sentirse bien consigo mismo, reconociendo de sus limitaciones personales. Mantener actitudes objetivas hacia sí mismo es una cualidad primordial de la actividad psicológica positiva (Ryff y Singer, 1998).

- c. Relaciones positivas: refieren a la capacidad de sostener relaciones íntimas que sean satisfactorias, cálidas y confiables. Hay una variedad de contribuciones teóricas (Erikson, 1963; Maslow, 1943) que expresan la trascendencia del amor, las relaciones interpersonales y la intimidad donde se fundamenta que la salud mental es favorecida al mantener consistentes emociones de empatía y afecto a las personas, además de mantener la capacidad de amar, amistades duraderas e identificarse con los demás (Ryff, 1989). De este modo, tener relaciones positivas con otros individuos, es mantener relaciones sólidas socialmente significativas, lazos sociales, confianza con su entorno y tener la capacidad de amar. Desde este punto de vista, el retraimiento social, la soledad y la falta del soporte social tienen efectos negativos para la salud física (Vielma y Alonso, 2010).
- d. Dominio del entorno: se relaciona con la sensación de control sobre el mundo externo y la habilidad para utilizar de manera efectiva las oportunidades que se presentan para satisfacer las necesidades y valores personales. Es la capacidad individual para elegir o generar áreas satisfactorias para las necesidades y deseos, es también una cualidad del funcionamiento positivo. Los seres humanos con una gran capacidad de dominio del entorno tienen mayor capacidad de control sobre el mundo y mantienen la capacidad de contribuir sobre el ambiente de su entorno (Ryff, 1989).

- e. Propósito de vida: implica tener objetivos y dirigir el comportamiento para lograrlos, dando así significado a la vida. Tiene íntima relación con el paradigma existencial, fundamentalmente con buscar el sentido de vivir (Frankl, 1946). Este es un factor primordial para el bienestar, también en situaciones complejas. Sartre (1956) llamaba la atención en que es fundamental tener un proyecto de vida, el cual permite sobrellevar la angustia del no ser. Estos autores existencialistas ya destacaban el hallar un propósito en la vida ante lo complejo o la angustia. Asimismo, hay diversos autores que orientan esta dimensión hacia una perspectiva más positiva. Las personas necesitan proponerse metas, determinar objetivos que les ayuden a dar y tener algún sentido a sus vidas (Ryff, 1989). En esta dimensión, puede evidenciarse el reconocimiento del propósito y el sentido de la vida acorde a los objetivos conscientes y metas juiciosas que den significado a las experiencias del pasado y las que se darán en el futuro (Vielma y Alonso, 2010). Es importante señalar, que esto no significa que siempre un individuo tenga propósitos positivos, sino que a veces pueden resultar sólo de la búsqueda de satisfacción individual, aunque vaya en detrimento de otros seres humanos (Cotton Bronk, 2014).
- f. Crecimiento personal: se entiende como un sentimiento de continuo desarrollo, en el que el sujeto incrementa y actualiza su potencial, manteniéndose abierto a nuevas experiencias para poder cambiar y redireccionar la orientación de la conducta (Ryff, 1989; Ryff y Singer, 1998; 2006). Conserva mayor cercanía con la definición eudaimónica, ya que se relaciona con la autorrealización del ser humano, e implica una actividad efectiva y de desarrollo prevalente de la potencialidad individual (Ryff y Singer, 1998). La actividad positiva necesita tanto de las cualidades mencionadas; como la perseverancia por incrementar su potencial, por continuar desarrollando como persona y potenciar sus capacidades (Keyes et. al., 2002). Se logra el desarrollo

y la madurez por medio de impulsar nuestro potencial y consolidando nuestras competencias individuales (Vielma y Alonso, 2010).

Ryff y Keyes (1995) postulan 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.

En sus investigaciones, estos autores hallaron que el Crecimiento Personal y los Propósitos de Vida disminuyen con el tiempo y que el Dominio Medio Ambiente y la Autonomía aumentan con el paso del tiempo. Esto sugiere que el significado o la experiencia subjetiva de bienestar se modifica a lo largo de la vida. Según las diversas investigaciones y los hallazgos resultantes, el Bienestar Psicológico, es más que una vida feliz en sí misma, o una vida sin dolor; sino más bien es el modo de enfrentar y dar significado, que no evita el dolor, sino que busca un sentido constructivo que transforme lo conflictivo, difícil y doloroso de la vida en algo digno de ser vivido.

Como ya se ha hecho mención, el modelo de Ryff ha sido estudiado por diversas áreas de la psicología y con variedad de poblaciones. Esta autora, en un repaso actualizado sobre el estado del modelo teórico, identifica seis áreas esenciales en las que se ha utilizado el mismo en los recientes veinticinco años: (a) cambios en el curso de desarrollo humano, (b) correlatos con características de personalidad, (c) relación con experiencias de la vida cotidiana, (d) relación con el trabajo y actividades comunitarias, (e) relación con la salud y factores de riesgo e (f) intervención y aspectos clínicos (Ryff, 2013).

Es numeroso el reporte de investigaciones que remiten al estudio de este constructo y su correlación o no con otros aspectos de la vida del ser humano. Algunas de estas han buscado la relación con la salud mental (Compton et al., 1996; Oramas Viera, 2013), con el concepto de motivación y resiliencia (Cassidy, 2000; Griffith y Graham, 2004; Sheldon y

Elliot, 2001), la relación entre edad y felicidad (Mroczek y Kolarz, 1998), con las condiciones de enfermedad (Roysamb, et al., 2003; Folkman y Greer, 2004) sobre su correlación con factores de origen social (Victoria y González, 2000; Diener y Seligman, 2004) sobre el efecto de la violencia en adolescentes (Kliewer et al., 2001; sobre factores económicos (Srivastava, et al., 2001; Nickerson, et al., 2003) y laborales (Duran, 2010). También estudios que establecen una relación entre integración social, salud, apoyo social y bienestar (Kevin et al., 2001; Cutrona et al., 2000). Se ha estudiado en el contexto de burnout (Wright y Cropanzano, 2000; Lambert et al., 2003; Kareaga, 2008).

Bienestar Subjetivo

Dentro del debate sobre la conceptualización del Bienestar Subjetivo, encontramos autores que consideran al constructo Felicidad como equivalente al de Bienestar Subjetivo (Vázquez y Hervás, 2009). En esta línea, Bar-On (1997; 2000) señala que es una facultad que conjuntamente con el optimismo, forman parte del estado de ánimo más general; y que en ellas reside la capacidad de disfrutar -tanto de uno mismo y de los otros- de divertirse, de sentirse satisfecho con la propia vida y de experimentar sentimientos positivos/emociones positivas. Bajo el constructo de Bienestar Subjetivo, conviven conceptos dispares como: satisfacción con la vida, equilibrio hedónico, vida significativa y realización personal, aunque hay investigadores que destacan que no son lo mismo (Kim-Prieto et al., 2005). De este modo, 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 (2000), evidencian que el término Bienestar Psicológico ha sido utilizado como sinónimo de Bienestar Subjetivo. Este último 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 por ejemplo la satisfacción de necesidades fisiológicas. 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, surge del balance entre las expectativas -proyección de futuro-, y los logros -valoración del presente-. Muchos autores lo denominan satisfacción, evidenciándose 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), donde se incluyen las condiciones materiales y sociales, que dan al ser humano 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.

Son muchos los investigadores que intentaron definir el bienestar; según Diener y Diener (1995) se pueden agrupar según tres grandes categorías:

- a. Una que alude al componente cognitivo, en donde se describe el bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos. Esta agrupación es la relativa a la “satisfacción con la vida”.
- b. Una segunda categoría repercute en la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos. Este punto de vista fue iniciado por Bradburn (1969) con el desarrollo de su Escala de Balance Afectivo. Para este autor la felicidad resulta

del juicio global que la gente hace al comparar sus sentimientos positivos con los negativos.

- c. Por último, la categoría que concibe la felicidad como una virtud o gracia. Las definiciones bajo esta última perspectiva se pueden considerar normativas, ya que no se contempla como un bienestar subjetivo sino más bien como la posesión de una cualidad deseable (Coan,1977).

Los investigadores han basado sus estudios principalmente en las dos primeras aproximaciones. Siguiendo esta línea de investigación, Veenhoven (1984) define el bienestar subjetivo como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos - la medida en que la persona está a gusto con su vida. Según este autor, las personas utilizan dos componentes en esta evaluación, sus pensamientos y sus afectos. El componente cognitivo, la satisfacción con la vida, representa la diferencia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia de frustración. El elemento afectivo, contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Estos componentes en cierta medida están relacionados. De este modo, alguien que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva; las personas que tienen un mayor bienestar subjetivo son aquellos en los que predominan esta valoración positiva de sus circunstancias y eventos vitales.

Surgen varias teorías respecto de cuáles son los componentes y dimensiones que conforman el bienestar; dentro de las teorizaciones a cerca de la estructura del bienestar subjetivo, es importante destacar el descubrimiento de Andrews y Withey (1976) quienes señalaron tres componentes generales del bienestar subjetivo: juicios de satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. La primera, refiere a la valoración global que un individuo hace sobre su vida, comparando sus metas y expectativas con los

logros, u objetivos logrados. Para llevar a cabo este juicio general evalúa los aspectos positivos y los negativos de su vida a través de un estándar o criterio personal que contempla el conjunto de juicios valorativos relacionados a lo que subjetivamente considera deseable e indeseable para sí en diversos aspectos o dimensiones sociales, laborales, familiares, económicas, etc. Desde el componente de la dimensión afectiva, donde el afecto es definido como un elemento disposicional en el cual conviven dos clases de experiencias, a las que se las ha agrupado de la siguiente manera:

- a. Afecto positivo: las que poseen una emocionalidad positiva y representan un conjunto de emociones tales como la alegría, la motivación, la energía o la autoconfianza.
- b. Afecto negativo: las que conllevan una emocionalidad negativa, refleja una dimensión de malestar subjetivo que incluye diversos estados emocionales desagradables, como la tristeza, la ansiedad, el enojo o la culpa (Lucas et al., 1996; Sandín et al., 1999; Watson et. al., 1988).

Si bien se puede estimar que tanto el afecto positivo como el afecto negativo son extremos de una misma dimensión, algunos estudios han señalado que deben comprenderse como constructos independientes, dado que ambos se verían afectados por factores diferentes (Watson et al., 1988; Diener et al., 1993; Diener y Emmons, 1984; Robles y Páez, 2003). Las conclusiones a las que arribaron las investigaciones realizadas por los autores muestran que la intensidad con que las personas experimentan el afecto positivo afecta el juicio que hacen sobre su satisfacción. Las personas que experimentan las emociones positivas más intensamente son las que experiencia el afecto negativo con más intensidad también. Estos descubrimientos refuerzan los resultados de los investigadores que postulan la diferenciación de las emociones por un lado y del bienestar por otro: la

experiencia emocional del bienestar depende del marco temporal utilizado (Diener y Emmons, 1985).

Una revisión exhaustiva sobre temas importantes estudiados en torno al bienestar subjetivo excede este trabajo, por ello, se puede profundizar en los siguientes informes que fueron destacados por Simkin (2015) quien señala que distintos estudios han hallado relaciones entre la Espiritualidad y el Bienestar Subjetivo (Rogers et al., 2012). En distintas etapas del ciclo vital -como lo es la adolescencia y la adultez- (Chlan et. al, 2011), en población universitaria (Božek et al., 2020), en trabajadores (Koburtay y Alzoub, 2021). Asimismo, se ha estudiado en población laica (Doolittle et al., 2015) y en población religiosa. Ha habido estudios en diferentes países, como en Canadá (Graham y Shier, 2011); en Estados Unidos (Brillhart, 2005; Koszycki et al., 2010; Schuurmans-Stekhoven, 2010); en India (Budhiraja y Midha, 2015; Ghose y Das, 2012); en Irán (Mohsen Joshanloo y Daemi, 2015); y en Corea (Kwon, 2008).

Bienestar Espiritual

La espiritualidad, para Red (1987), es la inclinación para encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor que trasciende el yo y lo fortalece. Mientras que para Meraviglia (1999), ésta se relaciona con las experiencias individuales, únicas de cada persona. En este sentido, el Bienestar Espiritual se relaciona con las creencias o los sistemas de valores que constituyen en el individuo su fuente de fuerza, esperanza y trascendencia para la vida. Es el aprendizaje de cómo experimentar amor, disfrutar la paz y sentido de autorrealización. También es la disposición y la complacencia para servir a otros, dando propósito y valor a la vida (Citado por Giménez Lascano y Coppolillo, 2010).

Por otro lado, Ellison (1983) define el Bienestar Espiritual como un sentido de armonía interna, generado a partir de la relación de una persona consigo misma, con los otros, con el orden natural y con un ser o un poder superior. Este concepto puede ser medido a partir de la percepción de cada persona. Dicha percepción está integrada por dos dimensiones que interactúan: una transversal o existencial -que es la relación de la persona hacia sí mismo y hacia los otros, el contexto y la naturaleza-; y otra vertical o religiosa -que es la relación hacia Dios, un ser o una fuerza superior-. En este marco, el Bienestar Espiritual refleja la armonía entre los diferentes significados y niveles de trascendencia (Sánchez, 2004). La armonía entre ambas dimensiones de manera coherente es la que conforma esta dimensión.

Los estudios sobre la Espiritualidad relacionados con diferentes temáticas -las situaciones negativas de la vida, la prevención de enfermedades, la promoción de estados de felicidad, la esperanza y la Fe-; así como también con los estados positivos que mejoran la salud física, emocional y espiritual de las personas, ha renovado el interés de los psicólogos occidentales, quienes han redescubierto el importante papel que cumplen en la vida de las personas los aspectos como la esperanza, la espiritualidad y la integración en un grupo social o comunidad religiosa (Abi-Hashem, 2001). Como una forma de compartir creencias y valores que fomentan el Bienestar Espiritual de las personas (Martel Enrriquez, 2017).

En síntesis, el Bienestar Espiritual se refiere a las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida y nos ayudan a llegar a un estado de salud óptima, mejorando nuestro estilo de vida en todas sus dimensiones. Algunos consideran que el Bienestar Espiritual es la satisfacción en la vida con relación a Dios, a uno mismo, a la comunidad, y al entorno. Comprende la creencia en un ser superior, la expresión del amor y del cariño, el interés por los otros y el perdón, la misericordia y la compasión; el dar y aceptar con gusto la ayuda; la valoración y aceptación de uno mismo; así como la expresión de sentirse

satisfecho con la vida, y de aprovechar las experiencias pasadas para cambiar en el presente y el futuro.

En relación a lo antes planteado, Ellison (1982) sostiene que el Bienestar Espiritual es un sentido de armonía interna, que incluye la relación con el propio ser, con los otros, o con el orden natural o un poder superior. Se manifiesta a través de expresiones creativas, rituales familiares, trabajo significativo y prácticas religiosas que generan una dimensión existencial -hacia sí mismo y los demás-, y una religiosa -hacia un ser o fuerza superior-. Aunque se hayan desarrollado escalas de medición como la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison y el Cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff, en todas estas conceptualizaciones, hallamos en común el carácter subjetivo y personal que atañe al concepto de bienestar.

Como señala el Manual de Cuidados Paliativos para cuidadores (2019) todos los seres humanos tienen necesidades espirituales, las cuales, además, se relacionan con potencialidades o recursos en vía de desarrollo. Estas pueden ser explícitas, implícitas u ocultas, y también vincularse a otro tipo de necesidades. Asimismo, las necesidades espirituales se expresan de diferentes formas, según el carácter y la cultura de cada persona. (Leger, 2018). De esta manera, se observa que la espiritualidad se manifiesta en necesidades multidimensionales (Kellehea, 2000) que se describen en tres categorías:

- a. Situacional: vinculada con la búsqueda de propósito y sentido, esperanza, significado y afirmación, reciprocidad, conexión y representación social.
- b. Moral y biográfica: relacionada con la paz y reconciliación, la conexión con los demás, la oración, el análisis moral y social, el perdón, la resolución de asuntos pendientes y el cierre de la biografía.
- c. Religiosas: hace referencia a la reconciliación religiosa, perdón y apoyo divino, a derechos religiosos/sacramentos, visitas del clero, discusiones sobre Dios, vida eterna y esperanza.

Las necesidades espirituales señaladas por Diaz (2019) son:

- a. Amar y ser amados: necesidad de ser sostenido amorosamente, aceptado incondicionalmente, ser abrazado y acariciado.
- b. Balance o necesidad de volver a leer su vida: necesidad de hacer un recorrido por lo logrado, lo amado, los errores, las oportunidades, lo vivido y no vivido, etc. Este proceso puede hacerse en paz o con sufrimiento.
- c. Reconciliarse con la historia propia: la necesidad de perdonarse a sí mismo, por los errores, por lo no hecho y liberarse de culpabilidad será un gran paso hacia su bienestar espiritual.
- d. Sentirse perdonado y de perdonar a otros: surge de la necesidad de sentirse perdonado, de estar en armonía y cerrar asuntos pendientes.
- e. Búsqueda de sentido, encontrar sentido a su existencia: se vincula a la necesidad de sentir que la propia vida tiene un sentido y no se ha vivido en vano.
- f. Tener esperanza: es la necesidad de esperar algo mejor, esto brindará calma y apoyo en momentos cruciales de la enfermedad.
- g. Poseer continuidad más allá de la muerte: incluye una apertura a lo trascendente, a lo que está más allá de la existencia propia, a dejar descendencia física, un legado, etc.
- h. Expresar sentimientos religiosos: necesidad de llevar a cabo rituales y/o pronunciar oraciones.

Cuando estas necesidades espirituales no se ven satisfechas, encontramos lo que se denomina como distrés o dolor espiritual. Este, se hace presente cuando las personas no logran hallar fuentes de paz, de amor, de significado, de fortaleza y/o esperanza; también cuando sienten una desconexión de su ser más profundo o cuando existen conflictos entre sus creencias y lo que está sucediendo en sus vidas. Indicadores de dicho distrés pueden ser:

el balance negativo de la historia, la culpa, las emociones como el rencor, la falta de dignidad, la desesperanza y cualquier manifestación de la falta de satisfacción de las necesidades ya mencionadas.

Por último, tal como se elaboró en el capítulo previo, el Bienestar Espiritual puede ser entendido como la armonía entre la dimensión vertical y la dimensión horizontal de la Espiritualidad, en la medida que sean coherentes entre sí. Pero la base para que esta vinculación sea coherente y efectiva, será la dimensión vertical, es decir, la relación que se establece con Dios. De esta manera, no se podría decir que alguien alcanza el Bienestar Espiritual amando a Dios, pero odiando a los demás (Sánchez, 2004).

Instrumentos para medir Bienestar

El estudio del Bienestar, aún puede señalarse como una disciplina joven, que cuenta con solo cuatro décadas de existencia (Vázquez Sánchez y Hervás, 2008). La necesidad de dotar de recursos a los investigadores, que permitan poder explicar el Bienestar, sus diferentes dimensiones y la forma en que las personas logran obtenerlo, ha dado por resultado al desarrollo de gran variedad de instrumentos específicos. Actualmente, de las dos tradiciones en el estudio del bienestar- la hedonista y la eudaimonica- han dado origen a diversas propuestas para medirlo. Por un lado, Ryff y Singer (1998), sostienen que el constructo implica algo más que la estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo, enfatizando que se trata de la valoración de la forma como se ha vivido.

Además, algunos autores interesados en la salud se interesaron en saber si las experiencias de espiritualidad ofrecen bienestar y diseñaron algunas escalas para medir ambos factores. (Paloutzian y Ellison, 1982; Daaleman y Frey, 2004).

Instrumentos para medir Bienestar Psicológico y Bienestar Subjetivo

Keyes y Magyar-Moe (2003), llaman la atención sobre dos líneas teóricas diferentes para medir el bienestar de las personas. Los autores coinciden en que éstas tienen diferentes componentes y deben ser evaluados de forma separada. A la primera línea, se la denominó Bienestar Emocional y hace hincapié en las emociones positivas -se evalúa el afecto momentáneo predominante, positivo y negativo- y la percepción de la satisfacción con la vida -juicio cognitivo que establece el evaluado acerca de su satisfacción con la vida de manera global- como un todo (Diener et al., 1999). Los teóricos consideran que el Bienestar reside en variables individuales, tanto de afectos positivos y de la evaluación cognitiva de la satisfacción vital que realizan las personas.

Se construyeron instrumentos para evaluar las emociones positivas, en general son autoinformes con pocos ítems. Se le pregunta al evaluado la frecuencia o intensidad de alguna emoción en un período de tiempo determinado (Lucas et al., 2003). Entre los autoinformes más utilizados se encuentran el PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) de Watson et al. (1988), que cuenta con 20 ítems en una versión corta y 55 ítems en una versión larga para evaluar los afectos positivos (Watson y Clark, 1994). Por otro lado, Diener y colaboradores construyeron dos instrumentos, el SPANE P y N (positive and negative experience) para evaluar tanto emociones positivas como negativas. Asimismo, se crearon inventarios del tipo checklist para evaluar una dimensión se consideran varios ítems y el evaluado tiene que señalar si esa emoción está presente o no en él. Existe el Multiple Affect Adjective Check List-R (Zuckerman y Lubin, 1985); el Multidimensional Personality Questionnaire de Tellegen (1982) el cual evalúa la afectividad positiva, aunque es más bien un cuestionario de personalidad, dado que la alta emocionalidad positiva está en relación con bajo neuroticismo y alta extroversión.

Considerando la segunda línea de trabajo -línea del Bienestar Psicológico- este constructo es estudiado desde un nivel multidimensional en el que se tienen en cuenta los

aspectos sociales y del entorno para la evaluación del Bienestar (Keyes, 1998; Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995). Toma en cuenta las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital, e incluye los aspectos relacionales. Schumutte y Ryff (1997) señalan que el Bienestar Psicológico fue identificado con la emocionalidad positiva y la ausencia de emociones negativas; es decir, que un individuo se siente satisfecho con la vida si experimenta con mayor frecuencia y tiempo, mayor cantidad de afecto positivo. Implícitamente el Bienestar está identificado con los afectos o la personalidad.

En esta línea, la mayoría de los instrumentos para evaluar la satisfacción con la vida -entendida como el componente cognitivo del bienestar- son autoinformes. El Life Satisfaction Scale de Neugaren et al. (1961) es multifactorial y evalúa la satisfacción con la vida por áreas; la escala SWLS (Satisfaction With Life Scale) de Diener et. al (1985) es la más utilizada para la evaluación de la satisfacción con la vida; el Oxford Happiness Inventory (Argyle et al., 1995) estudia la satisfacción con la vida conjuntamente con las dimensiones emocionales del bienestar; la TWLS (Temporal Life Satisfaction Scale) de Pavot et al. (1998) evalúa la satisfacción pasada y futura; la Escala de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky y Lepper, 1999), el Fordyce Happiness Measures (Fordyce, 1977) posee 11 ítems para evaluar el grado de satisfacción global con la vida, y en tres de los ítems indaga sobre el tiempo en que las personas están muy felices, neutrales y poco felices. También se diseñaron escalas para cuantificar la felicidad específicamente en la tercera edad, como la escala de Felicidad de la Universidad de Memorial de Newfoundland (Kozma y Stones, 1980); se publicó una versión en español de la Escala de Felicidad Subjetiva (Extremera y Fernández-Berrocal, 2014).

Si bien la felicidad se evalúa con mayor frecuencia mediante escalas de autoinforme, una pregunta que intenta responder la neurociencia es si sus puntajes se corresponden con estructuras cerebrales específicas o con algún tipo de activación neural particular.

En la Tabla 3 se resume los principales instrumentos utilizados para la medición del Bienestar Psicológico y Subjetivo.

Tabla 3

Escalas utilizadas en la medición del Bienestar Psicológico y Subjetivo.

Año	Autor/es	Escala
1961	Neugarten et al.	Escala de Satisfacción de Vida
1977	Fordyce	Medida de Felicidad de Fordyce
1980	Kozma y Stones	Escala de Felicidad de la Universidad de Memorial de Newfoundland (MUNSH)
1982	Tellegen	Cuestionario Multidimensional de Personalidad
1985	Diener, Emmons, Larsen y Griffin	Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)
1985	Zuckerman y Lubin	Lista de Verificación de Adjetivos de Afectos Múltiples
1988	Watson, Clark y Tellegen	Cronograma de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)
1989	Ryff	Escala de Bienestar Psicológico y Subjetivo
1994	Dinier et al.	Escala de Experiencias Positivas y Negativas (SPANE P y N)
1995	Argyle et al.	Inventario de Felicidad de Oxford (OHI)
1998	Pavot et al.	Escala de Satisfacción de Vida en el Tiempo (TWLS)
1999	Lyubomirsky y Lepper	Escala de Felicidad Subjetiva (EFS)
2014	Extremera y Fernández-Berrocal	Escala de Felicidad Subjetiva (nueva versión)

Instrumentos para medir Bienestar Espiritual

La dificultad de la falta de consenso sobre los modelos de espiritualidad en clínica, ha llevado a una proliferación de herramientas de evaluación. En muchas de ellas, no se explicita ni el modelo conceptual subyacente ni sus propiedades psicométricas. La mayoría de cuestionarios se han desarrollado en población caucásica de Estados Unidos (Oliver et al., 2016).

En relación a los instrumentos que existen para medir el constructo en cuestión, se identificaron un total de 11 medidas que evalúan el Bienestar Espiritual. Algunos, incluían una pregunta breve como "¿Estás en paz? (Steinhauser et al., 2006); la Escala de Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas-Bienestar Espiritual (FACIT-Sp) (Cella,

1998; Canadá et al., 2008 ; Murphy et al., 2010 ; Peterman et al., 2002); la Escala de Bienestar Espiritual de JAREL (Hungelmann et al., 1996); también se encuentra un ítem de auto evaluación analógica lineal (LASA) para el Bienestar Espiritual (Johnson et al., 2007 ; Locke et al., 2007); la escala Paz, ecuanimidad y aceptación en la experiencia del cáncer (PEACE) (Mack et al., 2008); la escala de autotranscendencia (STS) (Reed, 1991; Thomas y col., 2010); el Spirit 8 (Selman et al., 2012); el Inventario de Salud Espiritual (SHI) (Highfield, 1992); la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) (Reed, 1987); la Medida de Trascendencia de la Espiritualidad (STM) (Leung et al., 2006); y la Escala de Bienestar Espiritual (SWBS) (Ellison, 1983; Sherman et al., 2005). El FACIT-Sp puede ser óptimo para evaluar el Bienestar Espiritual en el contexto del cáncer. Sus ventajas incluyen su desarrollo y validación en una gran población con dicha enfermedad, su brevedad, la frecuencia con la que se utiliza en el contexto del cáncer y los datos sustantivos disponibles sobre sus propiedades psicométricas y para facilitar la interpretación (citado en Galiana et al., 2016).

En el ámbito local, Gimenez Lascano y Coppolillos (2010), validaron el cuestionario SIWB (the Spirituality Index of Well-Being) evidenciando que la versión en español, adaptada transculturalmente ha demostrado confiabilidad y validez.

En la Tabla 4 se resume los principales instrumentos utilizados para la medición del Bienestar Espiritual.

Tabla 4

Escalas utilizadas en la medición del Bienestar Espiritual.

Año	Autor/es	Escala
1983	Ellison	Escala de Bienestar Espiritual (SWBS)
1987	Reed	Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)
1991	Reed	Escala de autotrascendencia (STS)
1992	Highfield	Inventario de Salud Espiritual (SHI)
1996	Hungelmann et. al.	Escala de Bienestar Espiritual de JAREL
1998	Cella	Evaluación Funcional para la Terapia de Enfermedades Crónicas-Bienestar Espiritual (FACIT-Sp)
2006	Leunge, et al.	Medida de Trascendencia de la Espiritualidad (STM)
2008	Mack, et. al.	Escala Paz, ecuanimidad y aceptación en la experiencia del cáncer (PEACE)
2012	Selman, et. al.	Spirit 8

Bienestar y Neurociencias

Para estudiar si los efectos de bienestar dan o no forma a la estructura y función del cerebro humano se han utilizado imágenes de resonancia magnética funcional. Si el bienestar es creado y/o modificado por nuestros cerebros se ha convertido en el foco de las investigaciones neurocientíficas. A continuación, se revisarán algunas de las numerosas investigaciones llevadas a cabo para comprender cómo los neurocircuitos subyacentes a los rasgos de personalidad -optimismo, sesgo negativo, autoestima, extraversión y neuroticismo-, el envejecimiento emocional exitoso y las relaciones sociales -como el amor y la soledad- contribuyen al bienestar (Van Reekum et al., 2007).

Estos estudios señalan mayoritariamente que la emergencia de emociones felices activa el cíngulo anterior, la corteza parietal medial -cíngulo posterior y precúneo- y la amígdala. A nivel subcortical, estructuras como el núcleo accumbens o el globo pálido parecen intervenir en la generación de placer. Habel et al. (2005) hallaron que, en los estados de alegría a partir de la visualización de rostros felices, se produjo una activación de la corteza prefrontal dorsolateral, la circunvolución cingulada, la circunvolución temporal inferior y el cerebelo.

Por otro lado, la corteza orbitofrontal y medial prefrontal, así como el cíngulo y la ínsula, parecen intervenir en la anticipación, la valoración, la experiencia y el recuerdo de

estímulos placenteros (Kringelbach y Berridge, 2010). Se halló una relación positiva entre el puntaje de felicidad subjetiva y el volumen de materia gris en el precúneo derecho (Shimai et al., 2015). Este último podría desempeñar un papel en la integración de diferentes tipos de información y convertirla en felicidad subjetiva (Sato et al., 2015), tal como es señalado por diversas investigaciones. En ellas se observan niveles más altos de metabolismo cortical de glucosa; y ha sido asociado a la conciencia subjetiva en los seres humanos (Vogt y Laureys, 2005); así como también el procesamiento autorreferencial y la integración de información interna actual, pasada y futura (Northoff et al., 2006; Buckner y Carroll, 2007). El volumen de materia gris de la circunvolución parahipocámpica derecha, correlaciona negativamente con el precúneo izquierdo y la corteza prefrontal ventromedial influyendo en la satisfacción de vida global de un individuo positivamente (Kong et al. 2014). Tanto la corteza cingulada media posterior derecha, el tálamo, la corteza orbitofrontal y la circunvolución frontal superior bilateral se muestran involucradas en el procesamiento de la emoción y la percepción social (Kong et al., 2015).

Se encontró que el Bienestar -relaciones positivas y propósito en la vida- se asoció positivamente con el volumen de la corteza insular derecha (Lewis et al., 2013). La ínsula también se ha relacionado con la autoconciencia (Craig, 2009), la modulación de la toma de decisiones (Singer et al., 2009) y la segregación de los estímulos tanto internos como externos para su relevancia y posterior incorporación en la guía activa del comportamiento (Menon y Uddin, 2010). Asimismo, se verificó la participación en el comportamiento altruista de la corteza prefrontal ventromedial y el cuerpo estriado ventral o dorsal, y también se asoció a las emociones positivas y bienestar psicológico (Krueger et al., 2007; Tricomi, et. al., 2010).

En contraposición, otros estudios, no pudieron encontrar una localización neural discreta para la felicidad y fueron incapaces de separar la tristeza de la felicidad (Murphy et.

al., 2003). En algunas investigaciones se informa la falta de evidencia a favor de que las emociones discretas puedan ser localizadas de manera consistente y específica en distintas regiones cerebrales (Lindquist et al., 2012). Las discrepancias entre estos distintos estudios pueden explicarse, a partir de las diferentes formas de conceptualización de la felicidad. Ésta es un concepto complejo que puede contener múltiples subcomponentes, de forma tal que el uso de una única medida puede no abarcar completamente.

Síntesis del capítulo

Este capítulo se inició con la conceptualización del Bienestar. Se realizó un breve recorrido de este concepto desde la Antigüedad clásica hasta la actualidad. Diferentes filósofos han hecho aportes en el estudio del bienestar. Por una parte, encontramos los realizados por Aristóteles desde una visión eudaimónica; y por la otra los de Epicuro de Santos, desde una hedónica. Ambos han sentado las bases de las que han derivado los constructos de Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico.

El Bienestar Subjetivo se encuadra dentro de la tradición hedónica y se compone del balance entre satisfacción con la vida, estados afectivos positivos y estados afectivos negativos. Mientras que el Bienestar Psicológico, desde la perspectiva eudaimónica, contempla un concepto amplio del bienestar, que trasciende los estados afectivos y las valoraciones a partir de la satisfacción vital. A su vez, propone que el bienestar se encuentra en aspectos que buscan y facilitan la realización de las personas y su desarrollo óptimo.

Luego, para comprender con mayor profundidad la complejidad de este constructo - así como el debate en torno a él llevado a cabo por los investigadores- se puso énfasis en aspectos dispares de cada teoría y se desarrolló exhaustivamente los diferentes modelos que dan cuenta de las dimensiones a considerar en el momento de estudiar a las personas y su bienestar, en relación a cómo se conforma, se logra y mantiene el mismo.

Se hizo hincapié en la distinción entre ambos términos -Bienestar Psicológico y Bienestar Subjetivo- lo que ha permitido identificar dos dimensiones diferentes del constructo Bienestar. Por un lado, uno que se vincula con una vida placentera; y por el otro, el relacionado con una vida de sentido. Ambos pueden encontrar una síntesis en la propuesta multidimensional realizada por Carol Ryff, quien alude a dos tipos de bienestar: uno como realización del potencial personal (eudaimónico); y otro, como experiencia de felicidad y satisfacción (hedónico).

Se continuó con la descripción del Bienestar Espiritual, como satisfacción en la vida con relación a Dios, a uno mismo, a la comunidad, y con el entorno. Esto comprende la creencia en un ser superior, lo que permitiría mejorar la calidad de vida y ayudar a llegar a un estado de salud óptimo, mejorando el estilo de vida en todas sus dimensiones.

Asimismo, se llevó a cabo un repaso de los diferentes instrumentos creados a los fines de poder evaluar el bienestar en las personas conjuntamente con las limitaciones que poseen. Se distinguieron aquellos que fueron más utilizados en el Bienestar Espiritual de los que se usaron para el estudio del Bienestar Subjetivo y Psicológico.

Finalmente, se trabajó sobre los aportes de las Neurociencias para dar explicaciones científicamente comprobables del impacto que genera el bienestar en la bioquímica y activación de diferentes áreas del cerebro. En ocasiones se han hallado resultados dispares.

Enfermedad Terminal

En este capítulo se abordará los conceptos de salud, enfermedad y muerte desde la visión occidental y su influencia en la aceptación del final de vida. Se distinguirá el concepto de enfermedad terminal, para dar paso al cuidado especial que requieren aquellas personas que se enfrentan a enfermedades que amenazan la vida. Se hará hincapié en la necesidad de atención multidisciplinar, donde cada agente del equipo tiene un lugar destacado. Para prestar especial atención al rol del psicólogo/a como parte del equipo interdisciplinario.

Luego, se señalará algunos de los instrumentos de medición de espiritualidad utilizados en el área de Cuidados Paliativos.

Finalmente, se incluirá una reseña sobre el contexto actual de pandemia por COVID-19, y su influencia en el área de Cuidados Paliativos, especialmente para aquellos pacientes con enfermedades ajenas al virus.

Salud, enfermedad y muerte

La Organización Mundial de la Salud (1946) manifiesta que este es un completo estado de bienestar y no solo la ausencia de enfermedad. A partir de ello pone en evidencia la confluencia de dos perspectivas: por un lado, la presencia de una dimensión positiva; y por el otro, la ausencia de enfermedad (Juárez, 2011). Siguiendo una lógica similar es que Keyes (2005), propone el concepto de Salud Mental Completa, en el que se contempla la ausencia de diagnóstico y el aspecto de las características positivas.

Partimos desde una concepción del ser humano saludable, buscando la manera de propiciar el desarrollo y mantenimiento de la misma. Desde esta perspectiva, es que la Psicología tiene un importante lugar para dilucidar acerca de cuáles son los componentes

que influyen en ella. Así, se pone énfasis en los temas vinculados con las formas eficaces de promocionar la salud, establece estilos de vida y conductas preventivas (Juárez, 2011).

La salud puede ser definida como un constructo multifactorial, dado por la interacción compleja de factores culturales, sociales, psicológicos, físicos, económicos y espirituales (Callahan, 2010); es un concepto múltiple de salud (Juárez, 2011), una experiencia individual de bienestar e integridad de la mente y el cuerpo. Se caracteriza por la ausencia admisible de enfermedad y, por ende, por la capacidad del individuo para perseguir sus metas vitales y funcionar en el contexto social y laboral (Callahan et al., 2010).

Partiendo de esta multiplicidad que posee el constructo salud, Juárez (2011) señala que han surgido enfoques o modelos teóricos diversos para dar cuenta de ella. De esta manera podemos señalar:

- a. Modelo Positivista: donde la salud es entendida como un estado óptimo de capacidades. Es un enfoque esperanzador en la intervención en salud, si bien no da cuenta de qué manera la salud impacta en la enfermedad, incluye las capacidades del ser humano para realizar aquello que necesita hacer para alcanzar su estado de salud. Tiene en cuenta también como la situación externa de la persona puede ser utilizada por los medios internos para alcanzar la felicidad (Nordenfelt, 1995). Esta última, estaría dada por la salud y el logro de metas propuestas. Dentro de esta corriente es posible destacar los aportes de Seligman y Csikszentmihalyi (1998; 2000).
- b. Modelo de Elección Personal: donde el presente de la persona en su momento actual y la distancia que presenta en relación a la satisfacción de las necesidades, es el eje central; también enfatiza en la toma de decisiones. Asimismo, se orienta hacia la felicidad personal y en la forma en que las elecciones personales influyen a otros (Parish y Van Dusen, 2007).

- c. Modelo de salud como Bienestar: aquí el bienestar es sinónimo de salud (Kahn y Juster, 2002), posee diferentes propiedades que pueden actuar como un factor protector que contribuye a la salud (Seligman, 1991; Snowdon, 2001; Vaillant, 2003); como una tendencia adaptativa (Brickman y Campbell, 1971; Kahn y Juster, 2002); como forma de enfrentarse a las etapas y cambios en la vida (Frank, 1950) y puede consistir en una capacidad para cuidarse y valerse por sí mismo (Fierro, 2000).
- d. Modelo de salud como Inteligencia Emocional: se relaciona con el bienestar de modo tal que la atención emocional, experiencia de ellas, reducción de las emociones negativas y prolongación de las positivas, serían la base de la salud (Salovey et al., 1995).
- e. Modelo de salud como Resiliencia: se relaciona la salud con la capacidad de sobreponerse a eventos adversos y estresantes (Sanders, et al., 2008), comprende factores internos, como el temperamento y la actitud; y factores externos, como el bienestar de la comunidad (Greene et al., 2003).

Por otro lado, la experiencia de sufrimiento es universal. Éste atraviesa toda la condición humana, especialmente en presencia de la enfermedad, y debemos resaltar que tiene un carácter absolutamente subjetivo. Aun así, podemos distinguir una parte en común: esta supone un elemento cognitivo -ya que es una experiencia filtrada por la interpretación de los hechos-, y que se puede diferenciar en dos visiones. La primera de ellas, toma a la experiencia de sufrimiento como un problema, este es considerado evitable; mientras que la segunda, propone entender el sufrimiento como misterio, como condición existencial, donde el sufrimiento nos recuerda la condición limitada del ser humano (Barbero Gutiérrez, 2008a).

Asimismo, las personas con enfermedades avanzadas suelen tener necesidades de atención compleja. Es por ello, que la atención centrada en el paciente necesita de una

valoración multidimensional como herramienta diagnóstica situacional, donde se tenga en cuenta las necesidades de atención física, emocional, familiar, social y espiritual (Amblàs Novellas y Calsina Berna, 2008).

Si se enfoca desde su condición terminal, el proceso de deterioro que sufre el organismo avanza hasta la muerte. Esta evolución hacia la muerte, no puede ocurrir, aislada, es un proceso biológico, psicológico, social y espiritual (Chavarría Alvarez, 2011).

Dependiendo de la cultura o civilización, la muerte suele generar diferentes actitudes tanto a nivel individual como social. En la sociedad occidental actual, la realidad de la muerte no suele reconocerse como un proceso natural de la vida; generalmente, no es aceptada como una etapa de cierre del hecho de haber vivido, sino más bien, como algo contra lo que hay que luchar desesperadamente (Benito, 2014). Ya Kübler-Ross (1989) señala que el morir ha sido -en la mayoría de las culturas- algo desagradable para los seres humanos y que aún en la actualidad resulta terrible y aterrador; frente a ella la experiencia universal es el miedo. Una de las causas por las cuales suele resultar aterradora se relaciona con la deshumanización del momento de la muerte, que suele convertirse en un hecho solitario e impersonal. A menudo no se considera relevante el deseo y decisión del paciente gravemente enfermo. En las últimas, décadas la muerte y el morir han sido objeto de temores, de modo tal que se la ha desterrado, apartándolos del ciclo de la vida, sacándolos de las casas y hasta se ha evitado hablar de estos acontecimientos, quitándolos incluso del lenguaje (Gala León et al., 2002). En este contexto, también los esquemas biomédicos han participado de dicha actitud, intentando "resistir a la muerte" con tecnologías y prótesis biomédicas, incurriendo -alguna veces- en el encarnizamiento terapéutico (Urraca, 1986). La biomedicina centra sus bases en el modelo anatómico-clínico, la teoría bacteriológica y la biología molecular, como forma de validar un conocimiento científico y legítimo sobre la forma en que funcionan los organismos. Sus principios están sustentados en un paradigma

unicausal y naturalista de la enfermedad, lo que conlleva a la pérdida de la subjetividad de la persona en el proceso de salud-enfermedad (Menéndez, 2003). Así, la tensión de la práctica biomédica -dualismo entre saber y sentir- separa al ser humano entre sus dimensiones orgánicas objetivables y la subjetividad, dando por resultado a partir de la segunda mitad del siglo XX, una medicina que dejó de ver a la persona en su totalidad para enfocarse sólo en aspectos biológicos. De esta manera, propició la deshumanización de la persona enferma y más aún aquellas acechadas por la finalidad de la vida (Radosta, 2019).

Este último autor -en su recorrido sobre la historia en relación a la muerte en la historia de la humanidad- señala que, a partir de las críticas hechas al sistema biomédico, se dará inicio a la emergente filosofía de cuidado dedicada a la atención de personas con enfermedades terminales. Dicho paradigma -al cual hoy nos referimos como Cuidados Paliativos- tuvo su origen en la oposición al modo poco satisfactorio con el cual la biomedicina tendía a dedicarse al trato de este tipo de pacientes. El surgimiento de la bioética está vinculado a la acción política de movimientos sociales en favor de los derechos del paciente en general y haciendo especial hincapié en aquellas personas con enfermedades terminales (Menéndez, 2003). En la segunda mitad del siglo XX, comienza a desarticularse el modelo de atención médico fatalista y paternalista, dando lugar al surgimiento de un enfoque activo en la atención de las personas próximas a morir. Se postula así, una mirada con un enfoque holístico e integral de la enfermedad, el dolor y la muerte, donde el ser humano es tenido en cuenta como una entidad con múltiples dimensiones.

En la ansiedad y el miedo ante la muerte se han destacado cuatro componentes principales (Ramos y García, 1991):

- a. Reacciones cognoscitivas y afectivas ante la muerte.
- b. Cambios físicos reales y/o imaginarios que se dan ante la muerte o enfermedades graves.

- c. El tener la noción del imparable paso del tiempo.
- d. El dolor y el estrés, real y/o anticipado, que se dan en la enfermedad crónica o terminal y en los miedos personales asociados (Gala León, 2002, p.43).

La ansiedad ante la muerte está ligada con la historia personal y cultural, así como también con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios (Gala León, 2002). Asimismo, el proceso de morir representa para la mayoría de las personas una embestida a la integridad del ser. Mientras que para otros también puede ser una oportunidad para elevar el nivel de conciencia y descubrir la naturaleza esencial de sí mismo (Benito, 2008).

Enfermedad Terminal

El Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago (2000), señala que, con el tiempo, la 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.

Es importante diferenciar entre la gravedad de una enfermedad y el concepto de terminalidad. Generalmente, se califica de grave a un paciente cuya enfermedad o condición representa una amenaza potencial para su vida. Asimismo, 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, como por ejemplo el Alzheimer.

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

diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte. Se entiende por enfermedad avanzada, aquella que se encuentra 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.

Por otro lado, la situación de agonía, es entendida como aquella 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).

Espauella et al. (2007) proponen un abordaje conceptual de dos indicadores de final de vida -los conceptos de Severidad y Progresión- como ejes de las medidas de las distintas variables. La Severidad hace referencia a criterios de gravedad propios en cada enfermedad crónica, que determinan el umbral de una disfunción orgánica lo suficientemente avanzada como para condicionar el pronóstico global del paciente. Mientras que la Progresión aporta la visión dinámica para valorar la respuesta o refractariedad al plan terapéutico específico para un paciente concreto (las variables que persisten en el tiempo son las que tienen mayor valor predictivo). La valoración de la Progresión es lo que permite certificar que la falta de respuesta a un tratamiento adecuado es indicador de irreversibilidad y, por lo tanto, indicativo de situación de final de vida.

Dicha situación estaría determinada tanto por el grado de Severidad como por la Progresión de las enfermedades, y por la suma de las condiciones crónicas generales. Esto determina el grado de fragilidad: cuantos más criterios de Severidad y mayor velocidad de la Progresión de cada una de las condiciones, más avanzada será la fragilidad.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, podemos distinguir:

Enfermedad Oncológica

- a. La impresión clínica por sí sola no constituye un parámetro exacto para predecir el pronóstico en pacientes de cáncer en situación terminal (necesidad de modelos que contemplen variables como la situación funcional global, el estado nutricional, etc.).
- b. Índice de Karnofsky < 40 , menor supervivencia.
- c. ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) < 2 , menor supervivencia.
- d. Presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium.
- e. La percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida más el deterioro cognitivo tienen carácter pronóstico < 2 semanas.
- f. Parámetros analíticos demostrativos en cuidados paliativos de una mayor relación con una mortalidad precoz son: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.

Enfermedades avanzadas no oncológicas

Existe dificultad para determinar cuándo un paciente con enfermedad avanzada no maligna entra en fase Terminal. La razón principal radica en establecer criterios capaces de identificar un pronóstico de supervivencia = 6 meses es estos pacientes. Debido a esta dificultad es fundamental realizar una Valoración Multidimensional Individualizada (VMI) (Escala de valoración de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD), exámenes cognitivos como los test de Pfeiffer y Folstein, escalas de depresión, etc.).

Existen otras variables que nos ayudan junto con la valoración a establecer el pronóstico:

- a. La edad como indicador de comorbilidad y "fragilidad" (El síndrome de Declive es en muchos casos una situación que proviniendo desde la fragilidad acabará conllevando situaciones irreversibles).
- b. El tiempo de evolución del proceso causante de discapacidad.
- c. El estado nutricional.
- d. El deterioro cognitivo.
- e. La depresión.
- f. La falta de un adecuado soporte sociofamiliar.

Cuidados Paliativos

En la actualidad la palabra Cuidados Paliativos se usa para referirse al cuidado de las personas que transitan una enfermedad que no responde a terapéuticas curativas de un modo integral y activo. Su objetivo es el alivio del dolor conjuntamente con el resto de los síntomas que acompañan este estadio. Asimismo, se consideran los problemas psicológicos, sociales y espirituales para alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia (OMS, 2002).

Por otro lado, muchos aspectos de los Cuidados Paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad. Para llevar a cabo esta tarea se considera la intervención de un equipo interdisciplinario, integrado de médicos y de otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes de la pastoral (Doyle et al., 2004; Santos, 2011).

A pesar de que los Cuidados Paliativos comenzaron como un movimiento médico-social no alineado con la medicina académica -a la cual reprochaba su excesivo interés en la enfermedad y su falta de interés en el paciente que la padece- éstos han crecido hasta ser finalmente aceptados por los centros académicos mundiales (Astudillos et al, 1997).

El primer país en el mundo en crear la sub-especialidad médica llamada Medicina Paliativa fue Gran Bretaña, en 1987, seguido por el reconocimiento de otros países como Australia, Bélgica, Nueva Zelandia, Hong Kong, Polonia, Singapur, Taiwán y Rumania. En septiembre de 2006, el American Board of Medical Subspecialties otorgó finalmente a la Medicina Paliativa el status de sub-especialidad (Doyle et al., 2005). Hoy en día existen numerosas asociaciones internacionales de Cuidados Paliativos y alrededor de una decena de Revistas Científicas dedicadas al tema.

Doyle (2005) señala que la persona que recibe este tipo de cuidado se caracteriza por la presencia de múltiples síntomas, multicausales y multidimensionales. Los síntomas o molestias que produce la enfermedad avanzada, están modulados por diversos factores - tratamiento farmacológico, medidas generales, aspectos emocionales, sociales, económicos, espirituales, etc.- los cuales serán percibidos de manera única, cada uno de estos síntomas (impacto) también serán expresados de modo diferente. Esta expresión es lo que los profesionales van a registrar, evaluar e intervenir.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) el equipo multiprofesional debe:

1. Promover el alivio del dolor y otros síntomas desagradables;
2. Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso de vida normal;
3. No acelerar ni posponer la muerte;
4. Integrar aspectos psicológicos y espirituales en la atención al paciente;
5. Ofrecer un sistema de apoyo que permita al paciente vivir de la forma más activa posible, hasta el momento de su muerte;
6. Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los miembros de la familia durante la enfermedad del paciente y hacer frente al duelo;

7. Adoptar un enfoque multiprofesional para centrarse en las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el seguimiento del duelo;
8. Mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad;
9. Debe iniciarse lo antes posible, junto con otras medidas para prolongar la vida, como la quimioterapia y la radioterapia, e incluir todas las investigaciones necesarias para comprender y controlar mejor las situaciones clínicas estresantes.

Psicología, salud y enfermedad

La psicología de la salud (PS) es definida por la American Psychological Association, como:

el conjunto de las contribuciones profesionales, científicas y educativas, y de formación de la psicología, a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones ligadas a ella, así como el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y para la formación de la política sanitaria (p.31).

Cruzado Rodríguez (2018) destaca que el objetivo de la Psicología de la Salud incluye la dimensión física en interacción con las psicológicas y sociales. Las personas que afrontan el final de su vida y se encuentran ante múltiples situaciones altamente estresantes que se prolongan en el tiempo, son cambiantes y progresivas en relación a la gravedad, y pueden ocasionar niveles de malestar muy altos. Morir es inevitable -hacerlo sin una cuota de sufrimiento o malestar psicológico no es posible-; sin embargo, este malestar necesita ser reconocido y acompañado. Para ello, necesariamente deben contar con acceso a atención psicológica.

El autor hace énfasis en que, en el modelo actual de la salud, la enfermedad y de los Cuidados Paliativos, parte de una concepción biopsicosocial, en la cual tanto los estados de

salud o enfermedad están presentes y se influyen mutuamente factores físicos y biológicos, psicológicos, espirituales y sociales.

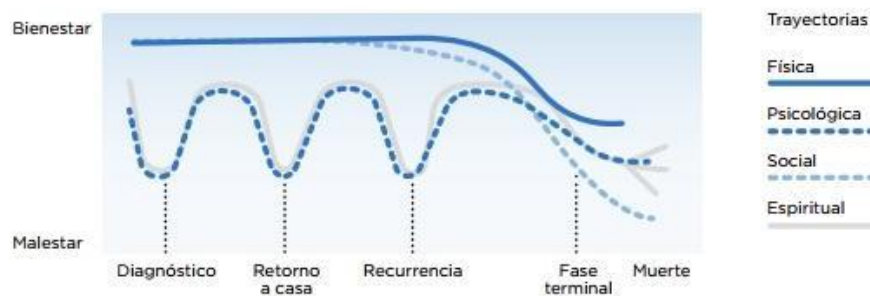
El continuo bienestar-sufrimiento en las personas con enfermedades avanzadas en el final de la vida dependerá de los siguientes factores:

- a. Físicos: características de la enfermedad, síntomas físicos, efectos secundarios de la medicación, capacidad cognitiva, funcionalidad y autonomía personal.
- b. Psicológicos: información, capacidad cognitiva y de toma de decisiones, cumplimiento de los deseos de la persona según sus principios, preferencias y valores, tipos de estrategias de afrontamiento, estado emocional y grado de aceptación de la enfermedad y del fin de la vida.
- c. Espirituales: significado o sentido de la vida, satisfacción con la propia vida, cumplimiento de metas vitales, integración con los seres queridos, sentido de la dignidad, trascendencia y religiosidad.
- d. Sociales: apoyo social e instrumental percibido de familiares, amigos y equipo asistencial.

A continuación, se presenta la Gráfico 3 en donde se puede observar las trayectorias de los factores mencionados, en enfermedades crónicas mortales mediante entrevistas a pacientes y familiares (Manual cuidados paliativos, 2016, p. 33).

Gráfico 3

Trayectorias de los factores bienestar-sufrimiento en las personas con enfermedades avanzadas.



Nota: Manual cuidados paliativos, 2016, p. 33.

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. Esto tiene relevancia para el paciente, ya que va a morir en un plazo breve, y es importante que se prepare para la muerte y reciba la mejor ayuda de quienes participan en su tratamiento y cuidado. Ésta incluye que el enfermo resuelva asuntos personales, tanto de orden familiar, económico, legal o del ámbito espiritual; así como tomar decisiones de orden espiritual o religioso de acuerdo a sus creencias.

Es aquí donde el rol del profesional de la Psicología desempeña un papel esencial interviniendo en las cuestiones subjetivas del paciente y familiares, conjuntamente con todo el equipo, arribando a las mejores formas de promover la salud psicológica de todos los involucrados en la situación (Pereira, 2013). El profesional debe hacer foco en la atención de la persona y no en la enfermedad, promoviendo una asistencia psicológica humanizada, estableciendo un espacio donde el individuo cercano a la finalidad de su vida, pueda expresar sus temores, angustias, asuntos no resueltos, fantasías y anhelos. Es relevante también permitir que el paciente hable de sí mismo y de su muerte, escuchando sus necesidades, además de estar disponible para tocarlo y aprender de él (Rogers, 1983; Tonetto y Rech, 2001; Benito, 2014; Melo, 2012; Pereira, 2013). El Psicólogo también tiene que poder brindar apoyo, abordar temas espirituales, ayudar a despedirse de la vida y de las personas que ama, buscar el apoyo de la familia, acompañar en su desconexión de la vida material y

en aceptar la muerte. En este contexto, es imprescindible generar un clima de acogida respetando los deseos, opiniones, asumiendo una posición donde lo inevitable sea asumido y aceptado (Tonetto y Rech, 2001).

En una revisión de la literatura sobre Cuidados Paliativos llevada a cabo por Alves et al. (2019), se propuso un listado (Melo, 2012) titulado “Actividades profesionales de la psicología para la intervención en cuidados paliativos”, para orientar la práctica de los profesionales de la Psicología en Atención Paliativa:

- a. Mitigar el sufrimiento del paciente hasta su muerte;
- b. Mejorar la calidad de vida del paciente, tanto en el hospital como en casa cuando sea posible;
- c. Brindar asistencia completa a la familia del paciente;
- d. Trabajar sobre el dolor emocional de pacientes y familiares;
- e. Brindar la búsqueda de su autonomía para mantener la dignidad del paciente;
- f. Satisfacer el deseo del paciente, cuando sea posible;
- g. Comprender la historia del paciente;
- h. Desarrollar apoyo psicológico para el bienestar del paciente;
- i. Ejercer actividades de equipo multidisciplinario;
- j. Buscar sensibilizar al equipo de salud que está en contacto directo con el paciente fuera del rango terapéutico;
- k. Escuche psicológicamente;
- l. Utilice técnicas de aclaración;
- m. Ser el vínculo entre el paciente / familia y el equipo de salud;
- n. Buscar trabajar en los procesos moribundos, desde la conceptualización, para mejorar la atención a los pacientes con enfermedades potencialmente mortales;

- o. En caso de fallecimiento, acompañar al médico en la comunicación y asistir a los familiares;
- p. Trabajar en temas espirituales, cuando lo traiga el paciente;
- q. Hacer un trabajo personal para obtener una práctica humanizada;
- r. Buscar una formación continua en Cuidados Paliativos con especializaciones y formación, para acompañar la evolución de la ciencia (p.33).

Instrumentos de evaluación de Espiritualidad en Cuidados Paliativos

En la actualidad hay disponibles diferentes herramientas que permiten evaluar la espiritualidad/religiosidad con el objetivo de facilitar la atención multidimensional en los Cuidados Paliativos. En una revisión sistemática, realizada por Lucchetti, Bassi y Lucchetti (2016) se identificaron 25 instrumentos. Sin embargo, mencionan que los más adecuados serían: FICA, SPIRITual History, FAITH, HOPE. A continuación, serán desarrollados brevemente.

El acrónimo FICA, diseñado por Christina Puchalski (2004), busca identificar valores y creencias, mecanismos de afrontamiento y sistemas de apoyo que se condicen con la oferta de atención compasiva. Se llevan a cabo preguntas sobre aspectos de la fe y su importancia para la persona, con el fin de brindar apoyo religioso y satisfacer las necesidades espirituales. Esperandio y Leget (2020), detalla que las preguntas que se refieren a cada letra son:

F (fe): ¿tienes creencias espirituales/religiosas que te ayuden a afrontar situaciones de sufrimiento? Si la persona no se identifica con ningún sistema de creencias, el profesional le puede preguntar: ¿qué le da sentido a su vida?

I (importancia): ¿cuál es la importancia de la espiritualidad para el manejo de la enfermedad y cuál es el papel de sus creencias en las decisiones de salud?

C (comunidad religiosa): ¿cuál es su iglesia o comunidad de fe? ¿Ella te apoya? ¿Cómo? ¿Existe un grupo que realmente amas y que te apoya?

A (asistencia): ¿cómo podemos atender sus necesidades espirituales? ¿Hay algo que le gustaría que se hiciera para atenderlas? (p. 548).

El instrumento HOPE evalúa la dimensión de la espiritualidad a partir de cuatro componentes. El primero (la letra “h”¹) indaga cuáles son las fuentes de *esperanza*, fortaleza, consuelo y paz de la persona, a qué se aferra en tiempos difíciles y qué lo sostiene y le permite seguir luchando a pesar de las dificultades. El segundo, (letra “o”), busca identificar si el individuo se considera parte de una religión *organizada* y en qué medida es importante y útil para él. El tercer elemento (letra “p”) aborda las prácticas *personales*: si el entrevistado posee creencias independientemente de una religión organizada, si cree en Dios y qué aspectos de su práctica espiritual -meditación, oración, lectura de textos religiosos, música, asistencia a los servicios religiosos, etc.- encuentra más útiles. El último componente (letra “e”) indaga sobre el *efecto* de los problemas al final de la vida en la atención médica y las decisiones sobre el tratamiento de salud.

Otra herramienta, la propuesta por Mount Vernon Cancer Network (2007), focaliza en tres preguntas cuyo objetivo es verificar aspectos básicos relacionados con el significado, los recursos y el apoyo espiritual:

1. ¿cómo entiendes lo que te pasa y qué sentido tiene para ti esta experiencia?;
2. ¿qué recursos usas cuando la vida es difícil y qué te ayuda en los momentos difíciles?;
3. ¿crees que sería útil hablar con alguien sobre temas espirituales y de fe?

Por último, se encontró un instrumento que sólo indaga en una pregunta: ¿Qué necesito saber de ti como persona para cuidarte de la mejor manera posible? (Johnston et al.,

¹ “H” de Hope, traducido al español como “esperanza”

2015). Ésta manifiesta el interés centrado en el individuo, dándole la decisión de informar al cuidador lo que considere oportuno.

Identificar las necesidades espirituales es absolutamente indispensable para propiciar cuidados espirituales a las personas que encuentran su vida en asecho por alguna enfermedad (Esperandio y Leget, 2020).

Cuidados Paliativos en tiempos de COVID-19

Para poder profundizar la importancia de los Cuidados Paliativos en la actualidad, se hace necesario mencionar, que, en la ciudad de Wuhan en China en diciembre de 2019, se identificó un coronavirus desconocido en humanos. Si bien la muestra utilizada en esta investigación, fue previa, el procesamiento y análisis de la misma se realizó durante el año 2020/21. Por este motivo es relevante indagar aspectos sobre el bienestar y espiritualidad desde los cuidados paliativos en tiempos de pandemia. En este apartado no se pretende hacer un análisis del acompañamiento a los enfermos y moribundos por COVID-19 -ya que excedería los fines de este trabajo-, sino permitir un acercamiento a la situación que los enfermos con enfermedades graves próximas a la muerte viven en este contexto de pandemia mundial.

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) causa una enfermedad altamente contagiosa e infecciosa, que ha sido designada Enfermedad del Coronavirus 2019 -COVID-19- (OMS, 2020). Las personas con COVID-19 pueden sufrir una amplia variedad de síntomas, que van desde portadores leves o incluso asintomáticos, hasta casos fatales. Respecto de ello, los estudios muestran que aproximadamente uno de cada seis infectados se enferma gravemente. El SARS-CoV-2 afecta principalmente al tracto respiratorio, provocando dificultad para respirar, falta de aire o neumonía, pero también

puede afectar los sistemas gastrointestinal, nervioso, cardiovascular, dermatológico u oftálmico (Baj et al., 2020).

En el contexto mencionado, a pesar de que muchos de los enfermos terminales no están infectados por el virus, terminaron muriendo alejados de la familia, sin volver a ser vistos por ellos y sin poder despedirse (Wallace et al., 2020). Esto ha provocado que, durante la pandemia, todas las acciones que facilitan el duelo de calidad -como las actividades religiosas, el apoyo social y el cumplimiento de los últimos deseos- hayan sido limitadas o pospuesto indefinidamente. Ello puede aumentar el riesgo de problemas de salud mental, incluido el duelo persistente, severo e incapacitante, también denominado trastorno de duelo prolongado; tanto entre los afligidos por COVID-19, como entre quienes padecen otras enfermedades (Carvalho et al., 2021).

Las medidas preventivas y de distanciamiento, han privado a muchos pacientes terminales y sus familias de los rituales de duelo y despedida que habían estado planificando en el transcurso de la enfermedad que la persona padecía (Farahmandnia et al., 2020). Este aislamiento físico y la restricción asociada o incluso la supresión completa del apoyo social hasta el final de la vida afecta tanto a pacientes con curso severo de COVID-19 como a pacientes paliativos sin COVID-19 (Münch et al., 2020).

Espiritualidad, Bienestar Psicológico y enfermos terminales

Mientras que la neocorteza de los seres humanos proporciona capacidades intelectuales incomparables para imaginar, crear, construir y manipular el mundo de formas que brinden recursos de adaptación a nuestras vidas; también crea nuevos problemas existenciales que nuestra especie debe abordar. Específicamente, los seres humanos son la única especie que sabe desde el principio que algún día morirá: la vida es temporal y

limitada. Esta finitud es un problema con el que todas las personas deben lidiar a lo largo de sus vidas. La conciencia de la finitud crea angustia psicológica (Solomon et al., 1991). Como respuesta a esta realidad, los seres humanos encuentran formas de dar significado, coherencia y profundidad a esta vida transitoria. Las construcciones numinosas son aquellas que le permiten al individuo vivir la vida de manera productiva, rica y con un sentido de valor personal y satisfacción a pesar de esa conciencia de finitud (Piedmont y Wilkins, 2020). Por tanto, cualquier modelo de funcionamiento psicológico debe incluir estas motivaciones numinosas si quiere ser comprensivo y ecológicamente válido.

Piedmont (2012) coincidentemente con otros autores (Ellison, 1982; Ryff y Keyes 1995; Längle, 2000), señala que el estudio de la Espiritualidad y de la Religiosidad manifiesta un impacto en el Bienestar Subjetivo -entendido como la evaluación que la persona hace de su vida como un todo (Diener et al., 2003)- así como también en el Bienestar Psicológico -descrito como la percepción de autoaceptación, de construcción de relaciones positivas con los demás, de crecimiento personal, de propósito en la vida, de dominio del medio ambiente, y de autonomía (Ryff y Keyes, 1995)-. En personas donde se vislumbra la relación entre Espiritualidad y Bienestar Psicológico, ésta podría verse manifestada en el tipo de elecciones y preferencias que hacen en sus vidas; tendiendo a buscar una interacción de manera activa, de maneras más extrovertidas, y experimentando, por ejemplo, apoyo social. Características de este tipo podrían influir en el fortalecimiento de los vínculos interpersonales y así promover al crecimiento tanto personal como profesional, favoreciendo experimentar un mayor Bienestar Psicológico (Simkin, 2017).

Desde la Psicología Positiva, con sus bases en la Psicología Humanista (Poseck, 2006), se observa la dimensión espiritual del ser humano, la cual contempla el sentido de la vida y la muerte para cada cultura. Por ello, Peterson y Seligman (2004), señalan que la espiritualidad es universal, y aunque las creencias espirituales varíen, todas las culturas

tienen creencias sobre algo trascendente al ser humano. En esta perspectiva, Seligman (2005) plantea respecto a la religión, que, dadas las investigaciones, las personas creyentes son algo más felices y están más satisfechas con la propia vida que los no creyentes. Esto puede deberse a que la religión fomenta la participación en grupos sociales, entre otras cosas.

La espiritualidad se pregunta por cuestiones fundamentales como el significado de la vida, que existe mucho más allá de lo que vemos o podemos comprender a través de nuestros sentidos. Mientras que la mayoría de las personas se autodefine como “religiosa y espiritual” al mismo tiempo, una minoría se denomina “espiritual, pero no religiosa”, ya que concibe a la espiritualidad como una manera de oponerse a las religiones organizadas (Paloutzian y Park, 2005). Las personas que adhieren y participan en algún credo o tradición espiritual cuentan con prácticas y creencias que les proveen de: valores y significados útiles para orientar su vida y para atribuir sentidos a los sucesos negativos que deben enfrentar (Koenig, 2004), el logro de una vida significativa, así como también permite alcanzar la felicidad, y afrontar la idea del fin de sus vidas. Tanto la religión como la espiritualidad podrían ser consideradas como recursos que colaboran para el logro de tales objetivos.

Cuando una persona pierde el estado de bienestar proporcionado por su salud, busca encontrar un significado a su enfermedad a partir de sus experiencias, creencias sociales, morales, religiosas y de su personalidad; estos factores influyen en el modo en que lograrán enfrentarse a la muerte (Prado et al., 2010). Se ha relacionado la espiritualidad con la necesidad de hallar respuestas satisfactorias acerca de la vida, enfermedad, y el final de la vida (Brady et al., 1999).

En conexión con lo mencionado, existen varios estudios que han examinado la relación entre el manejo religioso y las enfermedades terminales (Büssing et al., 2005; Choumanova et al., 2006). Desde una perspectiva psicométrica, algunos resultados son poco concluyentes, debido a los retos que supone la evaluación de un constructo como la

espiritualidad. A pesar de que el estudio empírico de estos conceptos en la Psicología es reciente, se ha podido evidenciar el papel protector que ejercen en situaciones de adversidad. Además, algunos autores la señalan como facilitadora de la salud, el bienestar y de desarrollo de recursos personales que potencian la competencia social (García-Alandete, 2014).

Tal como remarca Salgado-Lévano (2016), existe un creciente interés en la comunidad científica por estudiar variables vinculadas a la vida del ser humano como: el afrontamiento religioso, la convicción espiritual, el bienestar espiritual, las experiencias, las formas de participación religiosa, las creencias, las prácticas espirituales y religiosas, la conversión y la Fe en Dios y su relación con el Bienestar. Si bien esto ha dado por resultado diversos estudios, en países latinoamericanos, aún no se ha investigado de forma suficientemente satisfactoria.

Las investigaciones encontradas que refieren una conexión entre religiosidad y salud son, frecuentemente, más taxativas cuando se trata de enfermedades severas o crónicas, siendo éstas las que implican mayor estrés en el paciente (Koenig, 2004). Las mismas deben contar con instrumentos de medición que permitan obtener resultados para comprender el alcance que tiene la Espiritualidad en el Bienestar de las personas en situación de enfermedad terminal. Cada vez se dispone de más evidencia de cómo los pacientes con enfermedades que amenazan la vida y aquellos que se encuentran en las últimas etapas de su vida, pueden sentir un deseo mayor de acceder y enriquecer la dimensión espiritual de sus vidas (Galiana, 2016). Sin embargo, y a pesar de esta necesidad de evaluación, pocos cuestionarios han sido evaluados en el contexto de la enfermedad avanzada, y las que sí lo han hecho, cuentan con diversas limitaciones (Costantini, 2016).

Dado que las motivaciones numinosas (Fox y Piedmont, 2020) son exclusivamente humanas y existen en el centro de nuestra personalidad, deberían ser factores de inmenso interés para los científicos sociales. La satisfactoria resolución de estas motivaciones ha de

ser un potencial para conferir a las personas un fuerte sentido de resiliencia y abundancia personal en la vida. Las construcciones numinosas son aquellas que permiten vivir una vida de manera productiva, rica y con un sentido de valor personal y satisfacción a pesar de nuestra conciencia de finitud (Piedmont y Wilkins, 2020). Por tanto, cualquier modelo de funcionamiento psicológico debe incluir estas motivaciones si quiere ser comprensivo y ecológicamente válido. Plante (2014), señala que los constructos espiritualidad/religiosidad son importantes para los aspectos psicológicos y el bienestar de las personas que pueden estar buscando atención, por tanto, no pueden evitarse. Dejar de lado la posibilidad de utilizar prácticas para abordar de manera única la dinámica de la espiritualidad/religiosidad, puede ser motivo para negligencia.

De este modo, se hace evidente la necesidad de seguir investigando en la línea del descubrimiento de una clase nueva de condiciones de diagnóstico e intervenciones de tratamiento que pueden incentivar significativamente el campo de la temática hacia adelante. En este sentido, ASPIRES ha sido empleada para explorar el modo en que la religiosidad y la espiritualidad se conectan a diferentes temas de estudio en Psicología como la personalidad (Piedmont et al., 2009) las adicciones (Piedmont, 2004) o la salud mental (Piedmont et al., 2007; Wilkins et al., 2012). A la vez se ha sugerido que puede emplearse en diferentes religiones (Piedmont et al., 2009; Fernando, 2009) y contextos culturales (Piedmont, 2007a; Piedmont, 2007b).

Síntesis del capítulo

A modo de conclusión, en este capítulo se ha establecido brevemente, el lugar que la muerte tiene en la cultura occidental. Se ha dado cuenta del concepto de enfermedad terminal, con el objetivo de aportar una comprensión profunda a las particularidades y necesidades de la población que conforma el presente estudio. En virtud de ello, se mencionó

las propuestas de distintos autores y organizaciones a partir del surgimiento del área de Cuidados Paliativos y su evolución en distintos países del mundo para brindar la atención pertinente. Se hizo hincapié en la necesidad de atención multidisciplinar, donde cada agente del equipo tiene un lugar destacado; así los psicólogos abordan el sufrimiento psicológico y emocional provocado por la enfermedad e intervienen en los trastornos psíquicos; los trabajadores sociales se ocupan de asegurar los derechos de los pacientes y familiares; el personal de enfermería realiza acciones de confort y asistencia en los procesos fisiopatológicos; y el médico se encarga de la coordinación de los procedimientos clínicos, y la comunicación con los pacientes, familiares y otros profesionales (Hermes y Lamarca, 2013).

Se señaló algunos de los instrumentos de medición de espiritualidad utilizados en el área de Cuidados Paliativos, ya que es necesario desarrollar herramientas y habilidades que ayuden a reconocer y atender las necesidades espirituales de aquellas personas que se encuentran transitando el último período de su vida

Asimismo, se enfatizó en el rol del psicólogo como parte del equipo interdisciplinario que debe estar abocado a la atención de enfermos en potencial riesgo de vida. También se señala el abordaje y actitud del profesional, siendo fundamental el trato humanizado, donde prime el encuentro entre dos seres humanos, como modo esencial de acompañar en las emociones e inquietudes de estas personas; así como la necesidad de tener en cuenta al sujeto de manera dimensional, como un ser sufriente tanto física, emocional, familiar y espiritualmente.

Finalmente, se incluyó una reseña sobre el contexto actual de pandemia por COVID-19, y su influencia en el área de Cuidados Paliativos. A pesar de que muchos de los enfermos terminales no estaban infectados por el virus, sin embargo, terminaron su vida alejados de

la familia, sin volver a ser vistos por ellos y sin poder despedirse, ni recibir los cuidados que dicha etapa requiere, como se ha elaborado a lo largo de este capítulo.

Antecedentes

Con el objetivo de indagar el estado actual del conocimiento sobre la Espiritualidad y el Bienestar, en este apartado se revisarán mayoritariamente investigaciones cuantitativas relacionadas con estos constructos, particularmente aquellas llevadas a cabo en la población con enfermedad grave o estadio terminal en distintos continentes. Se organizó la información distinguiéndose geográficamente y en aparición cronológica de las publicaciones, hasta llegar a las del ámbito local.

Koenig (1998) sostiene que la religión y la espiritualidad influyen en la capacidad del paciente para hacer frente a la enfermedad -señalando que en algunas zonas- el 90% de los pacientes hospitalizados usan la religión para poder hacer frente a su enfermedad y más del 40% indica que es su comportamiento de afrontamiento primario.

Son numerosas las investigaciones realizadas con el fin de constatar las relaciones entre la religiosidad y la salud (Pereyra, 2011). Respecto de ello, se han realizado estudios acerca de los efectos del estrés sobre la salud mental (Williams et al., 1991). Por otro lado, hay investigaciones que demuestran que la espiritualidad puede ser positivamente asociada con sentimientos de bienestar en diferentes poblaciones (Markides et al., 1987; Utami, 2014).

En Estados Unidos, son numerosas las producciones respecto de la incidencia de la espiritualidad en la salud en general y también en particular en enfermos terminales. En el Sureste de este país 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; y b) la perspectiva espiritual se relaciona positivamente con el bienestar. Los resultados obtenidos del análisis apoyaron la

primera hipótesis; mientras que respecto de la segunda la correlación fue baja pero significativa.

En New York, Nelson et al. (2002), desarrollaron una investigación que examinó el impacto de la espiritualidad y la religiosidad en los síntomas depresivos graves en 162 pacientes con enfermedades terminales -con cáncer y SIDA- cuya esperanza de vida rondaba los 6 meses. Todos ellos pertenecían a centros de atención paliativa de Hospitales y centros de enfermería especializados. Las escalas utilizadas en este estudio fueron el FACIT Bienestar Espiritual Escala, la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), la Clasificación de Karnofsky Performance Scale, la Escala de Evaluación de Síntomas Memorial, y la Duke UNC Cuestionario de Apoyo Social Funcional. Se indicó que los individuos más espirituales obtuvieron puntuaciones más bajas en la medida de Depresión; y a la inversa, las puntuaciones bajas 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, lo que sugiere que los aspectos beneficiosos de la religión pueden estar principalmente relacionados con el bienestar espiritual en lugar de las prácticas religiosas en sí.

También en el 2002, Silvestri et al., llevaron a cabo una investigación con pacientes que presentaban cáncer pulmonar avanzado, sus familiares y 257 médicos oncólogos. Concluyen que los profesionales de la salud subestiman el papel que las creencias religiosas juegan en el afrontamiento y la influencia que tienen en la toma de decisiones médicas. Para algunos, la fe es un factor importante en la toma de decisiones médicas, más que la eficacia del tratamiento. Las conclusiones enfatizan que si la fe juega un papel importante para algunos pacientes a la hora de tomar decisiones y los médicos no la tienen en cuenta, esto puede interceder negativamente en el proceso de decisiones acerca del tratamiento.

Mc Clain et al. (2003), en el mismo país, llevaron a cabo un estudio con 160 pacientes en un hospital de cuidados paliativos -con una vida esperanza de vida menor de 3 meses-. Los resultados del análisis de regresión múltiple mostraron que el bienestar espiritual fue el predictor más fuerte de cada variable y representó una contribución única significativa más allá de la depresión y las covariables. Además, la depresión fue altamente correlacionada con el deseo de morir rápidamente en los participantes que presentaban valores bajos en Bienestar Espiritual, pero no así quienes tenían valores altos.

En otro estudio en New York, McClain y Jacobson et al. (2004), evaluaron 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 eran moderados, el efecto de las creencias en la vida futura desaparece. Por ello, los autores concluyeron que la Espiritualidad tiene un efecto mucho más poderoso en el funcionamiento psicológico en detrimento de las creencias que tenemos sobre otra vida.

En Boston, entre 2006 y 2008, Alcorn et al. llevaron a cabo un estudio multicéntrico, de métodos mixtos. El mismo trató de derivar inductivamente temas centrales de la religión y la espiritualidad en pacientes con cáncer avanzado con el objetivo de desarrollar intervenciones con atención Espiritual en estos enfermos. La mayoría de los participantes declararon que la R=S había sido importante para transitar la experiencia del cáncer. Llegaron a la conclusión de que la religión y la espiritualidad (R=S) con frecuencia juegan un papel fundamental en el mantenimiento del bienestar del paciente terminal.

Otro estudio multisituado –con sede en Estados Unidos– fue llevado a cabo por Balboni et al. (2013) durante septiembre 2002 hasta agosto del 2008. En el mismo se realizó el seguimiento de 343 pacientes con cáncer avanzado hasta el momento de sus muertes. Las entrevistas de referencia evaluaron el apoyo de las comunidades religiosas a las necesidades

espirituales de los pacientes. Concluyeron que los pacientes terminales que cuentan con el apoyo de dichas comunidades acceden menos a los cuidados paliativos y a las intervenciones médicas agresivas; destacando la atención espiritual como un componente clave de las pautas de atención médica al final de la vida.

Hunter-Hernández et al. (2015), llevaron a cabo en la comunidad latina de New York un estudio en el que concluyen que la espiritualidad es un recurso que apoya la adaptación y la resiliencia para mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer u otras enfermedades crónicas. Sostienen que, para dicha población, la espiritualidad es importante ya que representa un valor cultural central, motivo por el cual es crucial prestar atención a cómo los valores culturales y la espiritualidad juegan un papel en las preocupaciones relacionadas con la salud cuando se atiende a pacientes latinos con cáncer.

En el Centro Oncológico MD Anderson en la Universidad de Texas, Cho et al. (2020) llevaron a cabo una investigación con parejas donde uno de los miembros padecía cáncer avanzado en estadio IV. Examinaron el papel mediador de dos dimensiones de TS (significado / paz, fe) con la atención plena y los síntomas en los pacientes y sus cónyuges. Concluyeron que la atención plena puede mejorar los síntomas psicológicos a través del bienestar espiritual (SW); las intervenciones que se dirigen hacia el SW, particularmente el significado y la paz, junto con la atención plena pueden ser beneficiosos para el manejo psicológico de los pacientes que enfrentan una enfermedad terminal y sus cuidadores conyugales.

Una revisión sistemática llevada a cabo por Koenig (2012), señala que el campo de la religión, la espiritualidad y la salud está creciendo rápidamente. Postula que los profesionales de la salud deben estar familiarizados con la integración de la espiritualidad en el cuidado del paciente, y deben ser capaces de lograrlo de una manera sensata y sensible, ya que está en juego la salud y el bienestar de los pacientes. De esta revisión sistemática se

realizó el Manual de la Religión y la salud, que recopila los estudios llevados a cabo desde 2000 a 2010, sobre la religión y la influencia en la salud mental y física. Este escrito arriba 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, aumentando la frecuencia de emociones positivas y reduciendo la probabilidad de que influya en la creación de trastornos emocionales. Entre estos mecanismos encontramos los recursos de afrontamiento; en este sentido, las religiones incluyen cogniciones poderosas - creencias fuertemente arraigadas- que dan sentido a las circunstancias difíciles de la vida y proporcionan un sentido de propósito. Así mismo, pueden mejorar la salud mental y social; sin embargo, esto no quiere decir que las creencias religiosas /espirituales siempre logren la mejoría.

En Londres, Thuné-Boyle et al. (2006) llevaron a cabo una revisión sistemática de los estudios que analizan los efectos potenciales -tanto beneficiosos como perjudiciales- de lo religioso como afrontamiento espiritual en personas con cáncer. Es frecuente el uso de la religión y la espiritualidad como recursos en el afrontamiento en estos pacientes, debido a la naturaleza potencialmente mortal de la enfermedad. El uso de estos recursos de adaptación religiosa/ espiritual pueden servir también como formas de ajuste a largo plazo para el tratamiento de la persona con cáncer, como, por ejemplo: el mantenimiento de la autoestima, proporcionando un sentido de significado y propósito, dando consuelo emocional y proporcionando una sensación de esperanza. De los diecisiete documentos que cumplieron los criterios de inclusión, siete encontraron pruebas de los efectos beneficiosos de los aspectos religiosos; pero en uno de ellos se encontraron aspectos religiosos que pueden ser perjudicial. Otros tres estudios hallaron alguna adaptación religiosa que podía ser nociva; y siete encontraron resultados no significativos. Los autores señalan que muchos estudios

sufrían de graves problemas metodológicos, especialmente en la forma en que se conceptualizaban y medían los aspectos religiosos. Dichas investigaciones también fracasaron en controlar posibles variables influyentes, como la etapa de la enfermedad y el apoyo social percibido. Por ello afirman que cualquier conclusión sobre los posibles efectos beneficiosos o perjudiciales de los aspectos religiosos en personas con cáncer es insuficiente.

En Oriente, Japón, Michiyo Ando et al. (2006), 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. Los resultados indicaron que la media de puntuación global CDV y la subescala de espiritualidad de la SELT-M fue incrementándose significativamente después de los comentarios acerca de la revisión de la propia vida que dieron los participantes. Concluyeron que las entrevistas de revisión de vida pueden ser eficaces en la mejora del bienestar espiritual de enfermos en situación de enfermedad terminal. Respecto de ello, los posibles predictores del éxito del tratamiento podrían ser: la "visión positiva de la vida", el "placer en las actividades diarias y las buenas relaciones humanas", y una "equilibrada evaluación de la vida".

En el mismo país, Hiratsuka et al. (2021), llevaron a cabo un estudio multicéntrico con 1313 pacientes con el objetivo de explorar diversos factores asociados con el bienestar espiritual entre los pacientes de cuidados paliativos en Japón. En el análisis multivariado, siete variables se asociaron significativamente con una puntuación "peor", dentro de ellas, se asoció peor bienestar espiritual al ingreso de la internación (2-4) ($p < 0,0001$). Concluyeron que, reconocer los factores asociados con el bienestar espiritual es potencialmente útil para identificar a aquellas personas que estarían en riesgo de llegar al final de la vida con menor bienestar espiritual y que es necesario seguir estudiando los factores asociados con él.

En Hong Kong, Mok et al. (2007), 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. Así, la describen como una creencia personal que da fuerza y refiere al significado de la vida. Por otro lado, señalan que el Bienestar Espiritual interior se logra al tener fe y conocer las posibilidades de la vida después de la muerte. Determinaron que si los profesionales de la salud pueden proporcionar una atención compasiva y amorosa que facilite la aceptación y la esperanza, la vida espiritual de los pacientes mejora.

En Taiwan, Fu-Jin Shih et al. (2009), estudiaron los principales focos de necesidades espirituales desde la perspectiva del paciente, a través de una investigación hermenéutica. La muestra estuvo conformada por 35 pacientes mayores con cáncer terminal y con una esperanza de vida de tres meses. Fue realizada en los dos hospitales principales de enseñanza de dicho país. Los datos obtenidos revelan que los dos factores de preocupación principal de los participantes son: sus cuerpos moribundos y la trascendencia de su ser mundano hacia su ser espiritual. Concluyen en la necesidad de un modelo basado en la investigación de la atención espiritual que facilite la comprensión en profundidad de las concepciones de una buena muerte. Así como también colabore con la atención por parte de los prestadores de salud; y la necesidad de generar la participación interdisciplinaria en el cuidado de las distintas etnias espirituales para asistir a los pacientes de edad avanzada con cáncer terminal.

En Corea del Sur, Seok Yoon et al. (2018), se evaluaron 204 pacientes hospitalizados con cáncer avanzado ingresados en siete unidades de cuidados paliativos desde mayo de 2015 hasta agosto de 2016. Los hallazgos revelaron que el bienestar espiritual fue significativamente mayor en pacientes con afiliación religiosa en comparación con aquellos sin afiliación religiosa. Además, estas diferencias eran más evidentes en el ámbito de la fe que en el ámbito del significado y la paz. Otros factores importantes relacionados con el

bienestar espiritual fueron la frecuencia de las actividades espirituales individuales, la calidad de vida general y la edad. En este estudio, los pacientes con afiliación religiosa mostraron un bienestar espiritual más alto que aquellos sin afiliación religiosa

En Karachi, Pakistán, Zeenat (2002) 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. Acorde a investigaciones anteriores, las estadísticas de correlación sugieren que una relación fuerte y negativa existe de hecho entre la religiosidad y la soledad, y entre la religiosidad y la ansiedad. Una relación fuerte y positiva se encontró entre la religiosidad y la satisfacción con la vida. Por lo tanto, los resultados de este estudio apoyan la hipótesis que correlaciona positivamente la religiosidad y las diferentes facetas de bienestar psicológico.

En Europa -en Alicante- Reig-Ferrer et al., llevaron a cabo entre 2007-2008, una investigación para evaluar el bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. Se utilizó un diseño transversal con 94 pacientes. Los resultados mostraron que el bienestar espiritual se relaciona significativamente con diversas variables de calidad de vida, percepción de salud, felicidad personal o religiosidad. Concluyeron que la espiritualidad parece desempeñar un papel importante en el bienestar psicológico, el estado de salud y la calidad de vida percibidos por dichos pacientes.

Vilalta y Vilalta, entre los 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- 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. Concluyeron en la relevancia de la espiritualidad, así como también la complejidad de la misma y la importancia de su

incorporación en el tratamiento de pacientes terminales. Sugieren la implementación de una “historia espiritual” en el expediente médico 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.

También en España, más precisamente en la Universidad Complutense de Madrid, Valiente-Barroso y García-García (2010) estudiaron la religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica. Para ello, realizaron una revisión de las investigaciones publicadas hasta la fecha, que relacionan la religiosidad con el bienestar y la salud, respecto a diversas patologías tanto orgánicas como estrictamente psicológicas. Señalan que, a comienzos de la presente década, se encontraron 1.200 estudios empíricos al respecto, de los cuales el 90% atestiguan una influencia positiva de la religiosidad en la salud. Esto indica que entre 1993-2002 se ha incrementado hasta en un 600% las publicaciones científicas que relacionan espiritualidad y salud.

Reig-Ferrer et al. (2010), realizaron en España un estudio de diseño transversal, en el que participaron 60 pacientes en cuidados paliativos. El instrumento empleado fue la versión española del Cuestionario del Sentido de la Vida (Meaning in Life Scale). Concluyeron que el bienestar espiritual se relaciona significativamente con las variables de calidad de vida, percepción de salud, felicidad personal o religiosidad, no existiendo una relación significativa entre espiritualidad y variables sociodemográficas como la edad o el sexo. Así mismo la presencia de bienestar espiritual en estos pacientes es más baja a la esperada.

Barreto et al. (2012) llevaron a cabo una investigación con una muestra de 121 pacientes en situación de cuidados paliativos distribuidos a lo largo de la geografía estatal. Desde el modelo antropológico planteado por el Grupo de Espiritualidad de la SECPAL y con un nuevo cuestionario para evaluar la espiritualidad en 3 niveles -intrapersonal (sentido),

interpersonal (armonía) y transpersonal (pertenencia)- han estudiado los recursos y las necesidades espirituales; y las relaciones entre espiritualidad y funcionamiento emocional. Ambas en relación a aspectos como ansiedad, depresión y resiliencia, concluyendo que se encuentra una relación significativa entre bienestar emocional; y correlaciones estadísticamente significativas entre espiritualidad, depresión, ansiedad y resiliencia.

En Portugal, Caldeira et al. (2011) realizaron una revisión teórica para identificar y analizar la producción científica publicada en revistas portuguesas de enfermería, bioética y salud, desde 1990-2010, sobre la espiritualidad en los cuidados de enfermería. Concluyen que es esencial integrar en la formación de las enfermeras, la conciencia de la espiritualidad y la comprensión de que ésta puede ser un facilitador del proceso de afrontamiento y un factor fundamental en el sentido de la vida de las personas. Insisten en que dichas profesionales sean formadas para atender esta necesidad, utilizando herramientas de evaluación del bienestar espiritual y de las necesidades espirituales.

En Eslovaquia, Kralova1 y Hlinkova (2018) llevaron a cabo una investigación en diferentes ciudades, con el objetivo de analizar si el conocimiento del paciente respecto del diagnóstico y posibilidad de aproximación de la muerte, tienen un impacto significativo en las necesidades psicológicas y espirituales. La muestra estuvo conformada por 113 participantes. Utilizaron el cuestionario The Spiritual Needs Assessment for Patient - SNAP construido por Sharma Rashmi, concluyendo que, ante enfermedades crónicas o fatales, muchos pacientes confían en tratar con asuntos espirituales y religiosos. La espiritualidad / religiosidad puede considerarse una fuente importante de apoyo y manejo de enfermedades graves. Es posible identificar las cuatro dimensiones básicas de la necesidad espiritual: interconexión, paz, significado/propósito y trascendencia. Destacan la importancia de la satisfacción de las necesidades psicosociales y las espirituales, las cuales se incrementan ante la amenaza de un diagnóstico fatal.

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. Las conclusiones a las que arribaron ponen 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. Por ello, consideran de gran importancia la introducción de políticas religiosas relacionadas con la espiritualidad en cuidados paliativos.

En Holanda, Post et al. (2020), llevaron a cabo una investigación mixta con el objetivo de examinar si la Revisión de la Vida Espiritual (SLR) -que consiste en una intervención narrativa grupal semiestructurada- ayuda a las personas con cáncer a escribir y presentar su historia de vida espiritual, puede o no ser eficaz para mejorar de la reevaluación espiritual, el crecimiento espiritual y el bienestar psicoespiritual. Para ello, participaron 57 pacientes con cáncer. Concluyeron que la participación en SLR facilitó la reevaluación espiritual y mejoró el curso de crecimiento espiritual, bienestar psicoespiritual e integridad del ego. Este estudio proporciona evidencia de que es probable que SLR mejore la reevaluación espiritual, el crecimiento espiritual y el bienestar psicoespiritual después de la confrontación con el cáncer y subraya la relevancia de las intervenciones narrativas espirituales en el ámbito de la oncología.

Desde el panorama Latinoamericano, Echeverri et al. (2004) investigaron la relación entre la enfermedad oncológica y las dimensiones de espiritualidad y religiosidad de las personas mayores de edad diagnosticadas, 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 aporta la religión y la espiritualidad. Así mismo, la mayoría de las personas no diferenció entre estos dos conceptos.

Sánchez Herrera (2008) en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, realizó una investigación acerca de la dimensión espiritual del cuidado de personas en situación de enfermedad terminal. La misma se llevó a cabo en el marco de un grupo de 6 estudios sobre el bienestar espiritual de personas en situación de enfermedad crónica, entre 2003-2008. Los resultados afirman que el nivel del componente religioso del bienestar espiritual del grupo de pacientes con enfermedad terminal fue alto, siendo mayor la dimensión religiosa que en la existencial.

También en Colombia Novoa Gómez et al. (2008), 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. 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; mostrándose en gran parte perturbada por la presencia del dolor constante y la sensación de dependencia.

Asimismo, Rivera Ledesma et al. (2014) llevaron a cabo una revisión reflexiva sobre la relación entre los constructos religión, religiosidad, espiritualidad y ajuste psicológico, trabajando sobre muestras no probabilísticas. Concluyeron que las creencias religiosas-espirituales ejercen notable influencia en la salud mental de las personas y que aún es un

tema poco explorado que requiere una mayor investigación, a fin de esclarecer su importancia dentro del ajuste psicológico

En México, Rodríguez Rossi (2008) realizó una revisión teórica, en la que concluye que si bien hay un porcentaje elevado de investigación empírica que señala en general un efecto beneficioso de la religión y la espiritualidad sobre la vida de las personas, es menester tener cautela en la interpretación de los resultados y respecto de la explicación de los mecanismos que subyacen a los mismos. Por ello, propone desarrollar estudios que abarquen una diversidad religiosa más amplia -tanto cultural como geográfica- para generalizar los resultados actuales sobre la asociación positiva entre religión y salud.

Gallegos en el 2008, realizó en el mismo país una investigación sobre el Bienestar Espiritual en pacientes con cáncer de mama -identificado a través de la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison- en ella, se encontraron resultados similares a los mencionados anteriormente; los investigadores trabajaron con una muestra de 25 pacientes, obteniendo que la mayoría de las personas encuestadas tienen un bienestar espiritual bueno.

En un estudio realizado en Brasil, Elias et al. (2007), desarrollaron un programa de entrenamiento sobre intervención RIME. Este 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 al final de las sesiones, en el que los enfermos relataron mayor nivel de bienestar en comparación con el inicio de las sesiones.

En el mismo país, Espíndula et al. (2010) investigaron en el Hospital Beneficencia Portuguesa, en Ribeirao Preto, Estado de Sao Paulo. Se llevaron a cabo 11 entrevistas con profesionales de oncología (3 médicos, 4 residentes, 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería, 1 dentista y 1 psico-oncólogo), que atienden en el centro ambulatorio CEON (Centro

Especializado de Oncología). El objetivo fue lograr comprender cómo los profesionales de la salud perciben la religiosidad y la espiritualidad de sus pacientes en tratamiento de cáncer; y así mismo, cómo estos profesionales experimentan su propia espiritualidad. Concluyen que el profesional de la salud debería ser quien ayude al paciente a retomar el sentido de su vida, incluso con una enfermedad como el cáncer.

En una investigación realizada por Segura Miño (2011) en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Perú, se tuvo en cuenta como sujeto de investigación a las personas con diagnóstico y tratamiento de cáncer. La muestra estuvo conformada por 50 personas cuyas edades oscilaban entre 30 y 60 años. Se utilizó la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison, y el estudio reflejó un Bienestar Espiritual alto o moderado.

Rodríguez Carrión et al. (2011) llevaron a cabo en Puerto Rico, un estudio con el propósito evaluar la contribución del manejo religioso en la calidad de vida y la depresión. La muestra estuvo compuesta por 70 participantes con cáncer. Los investigadores encontraron correlaciones significativas e inversas entre las variables del IDB, estado físico y salud, ambiente familiar y social y la espiritualidad. Se realizaron dos modelos de regresión relacionados con depresión y calidad de vida, y se encontró que entre las variables más significativas se encontraba la espiritualidad, específicamente el significado de la vida y paz. Los hallazgos del estudio revelaron que los componentes más importantes para tener una calidad de vida adecuada fueron: la espiritualidad, el ambiente familiar y social y la salud física.

Una revisión sobre intervenciones espirituales y religiosas para el bienestar de los adultos en la fase terminal de la enfermedad, realizada por Caramelo et al. (2012), hallaron pruebas concluyentes de que las intervenciones con componentes espirituales o religiosas para los adultos en la fase terminal de una enfermedad podrían o no mejorar el bienestar. Estas intervenciones evalúan una correlación baja entre espiritualidad y bienestar. La

revisión proporciona poca evidencia para guiar a quienes toman las decisiones, de si las intervenciones espirituales son eficaces en pacientes con cáncer, dado que hallaron falta de fundamentos teóricos claros en los estudios.

En Chile, Prado et al. (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. Con los datos obtenidos, 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. Se señala 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.

Reyes et al. (2017), también en dos hospitales de Chile, entrevistaron a 103 pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados paliativos. El estudio fue observacional, analítico y de corte transversal, con metodología cuantitativa. Incluyó dos pruebas de validación de la Escala Numérica para Evaluar Síntomas Espirituales (ENESE), con el objetivo de medir los síntomas espirituales. Los resultados obtenidos confirman la hipótesis del estudio, que la presencia e intensidad de los síntomas espirituales en los pacientes en cuidados paliativos pueden ser cuantificados de un modo estadísticamente confiable.

Por otro lado, con el objetivo de describir elementos psico-espirituales de pacientes de un hospital general de Lima-Perú, afectados por una enfermedad crónica/terminal (cáncer estadio IV), Pedraz-Petrozzi et al. (2020) emplearon la escala FACIT-Sp a una muestra de 100 pacientes. Los resultados obtenidos sugieren que los altos valores que en las áreas relacionadas con la parte espiritual o religiosa podrían ser atribuibles a factores como la preponderancia de lo religioso en la región. En ella, por múltiples motivos, la religión se

encuentra incluida en la cultura y se distingue la importancia para los pacientes oncológicos de la espiritualidad. El aspecto psico-espiritual más desarrollado en los pacientes de la muestra fue el relativo a la Fe y el menos desarrollado, el vinculado al área de Bienestar Funcional.

En la República Argentina, Okutsu (2012) llevó a cabo un estudio con el objetivo de relacionar bienestar espiritual/religiosidad, personalidad y el apoyo social percibido. La muestra estuvo conformada por 26 pacientes que habían sido diagnosticadas con cáncer de mama en el Hospital Oncológico Marie Curie, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se les administró el Cuestionario de Bienestar Espiritual -SIWB- (validada en Argentina, Giménez Lascano y Coppelillo, 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 un cuestionario propio. Se comprobó 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 fue marginal.

Veloso (2008), llevó a cabo 50 encuestas MQOL, en “Calidad de Vida y Cuidados Paliativos. De la muestra, el 58% de las mujeres valoran la calidad de vida (promedio) como buena, el 70% señala que la vida ha sido muy valiosa y ha valido la pena. Así mismo, destacan 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.

Aporte de la investigación

Como se observó previamente, la investigación en la temática ha sido abundante en muchos países. Sin embargo, en las mismas se presentan numerosas dificultades y resultados ambiguos. Por un lado, algunos correlacionan positivamente la Espiritualidad con el Bienestar (Alcorn et al., 2006; Reig-Ferrer, 2004; Arenas et al., 2007; Michiyo Ando et al., 2006; Koenig, 2012); mientras que para otros la correlación no sería tal (Reed, 1987; McClain et al., 2003; Thuné-Boyle et al., 2006; Prado et al., 2010; Thuné-Boyle et al., 2012; Koenig, 2012; Caramelo et al., 2012). Como reflejo de la multidimensionalidad de la Religión/Espiritualidad, y la diversidad del concepto de Bienestar, es pertinente llevar a cabo más estudios y realizar evaluaciones de calidad con instrumentos de medición que permitan obtener resultados para comprender el alcance que tiene la Espiritualidad en el Bienestar de personas en situación de enfermedad terminal.

Asimismo, en el ámbito local son escasos los estudios llevados a cabo con esta temática. Por ello, esta investigación pretende generar datos empíricos que permitan contribuir a esclarecer si existen relaciones entre Espiritualidad y Bienestar Psicológico en enfermos terminales en el ámbito local; información que resulta relevante para el entendimiento y optimización de la atención y acompañamiento de la población estudiada.

Método

En este capítulo se desarrollarán las cuestiones metodológicas utilizadas en esta investigación. Se hallará la descripción de los objetivos de la investigación y la pregunta que guio este trabajo. Asimismo, se encontrará descripción del método utilizado y los cuestionarios con los que se han administrado.

Finalmente se explicará exhaustivamente el recorrido que se llevó a cabo para recolectar la información, y las implicaciones éticas.

Objetivo general

Evaluar si existe relación entre la Espiritualidad y Bienestar Psicológico en enfermos terminales, a través de los cuestionarios Escalas de Bienestar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being - SPWB) de Carol Ryff y el Cuestionario de Evaluación de Sentimientos Espirituales y Religiosos (ASPIRES) de Piedmont. Ambas escalas fueron validadas en la población argentina.

Objetivos específicos

1. Establecer si las creencias Espirituales influyen positivamente en el Bienestar Psicológico en enfermos terminales.
2. Establecer si existe relación entre las personas con enfermedad terminal que reciben atención psicológica/psiquiátrica y el Bienestar Psicológico.
3. Establecer la posible influencia de variables moderadoras y el Bienestar Psicológico en enfermos terminales.
4. Establecer si existe relación entre el grado de instrucción y la Espiritualidad en enfermos terminales.

5. Establecer si existe relación entre el grado de instrucción y Bienestar Psicológico en enfermos terminales.

Pregunta de investigación

¿Cómo se relaciona entre sí la Espiritualidad y el Bienestar Psicológico en enfermos terminales?

Hipótesis

- Existe una relación entre la Espiritualidad y el Bienestar Psicológico en personas en situación de enfermedad Terminal.
- Existe correlación entre algunas variables moderadoras, como género, nivel educativo y solvencia económica, sobre la relación entre la Espiritualidad y el Bienestar Psicológico en enfermos terminales.

Diseño de la investigación

Se ha realizado un estudio transversal descriptivo analítico, sobre la relación existente entre las variables Espiritualidad y Bienestar Psicológico en personas con enfermedad terminal.

Recolección de datos

Fueron empleados autoinformes mediante dos instrumentos de evaluación: la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y los Sentimientos Religiosos ASPIRES (Piedmont, 2004); y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Ambas escalas fueron validadas en población argentina, y su detalle se llevará a cabo en este capítulo.

Población y muestra

Los criterios que se tuvieron en cuenta para la selección de los participantes que conformaron la muestra fueron los siguientes:

- a. Los sujetos debían ser pacientes en situación de enfermedad Terminal, según criterio OMS (1986).
- b. La edad de los pacientes debía estar comprendida entre 21 años a 99 años, dado que es la edad adulta y pueden responder a los cuestionarios por sí mismos.
- c. Los pacientes debían conservar sus funciones cognitivas al momento de la entrevista.
- d. Al momento de la entrevista, la persona tenía que tener controlados los síntomas de dolor agudo.

La muestra fue conformada por pacientes que reciben Cuidados Paliativos en dos Hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: el Hospital Ramos Mejía y el Hospital Palmerio Piñero; así como también pacientes que reciben atención de Cuidados Paliativos en diversos ámbitos.

Participaron un total de 115 personas, de las cuales 42 eran hombres y 72 mujeres, todos mayores de edad y cursando Cáncer estadio IV (el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo). Si bien la Investigación se planteó para que incluyera cualquier tipo de enfermedad que padeciera una persona y que estuviera en situación de finalidad de vida, en este estudio 112 personas entrevistadas padecían alguna variedad de cáncer. Esto puede ser explicado porque en ambas Instituciones Públicas los Servicios de Cuidados Paliativos que participaron, abocaban su atención a dicha enfermedad mayoritariamente.

Todas las personas fueron invitadas a participar en la investigación de manera voluntaria, solicitándoles su consentimiento. Antes de responder los cuestionarios de evaluación, se les hizo saber que los datos derivados de ésta se utilizarían con fines científicos bajo la Ley Nacional 25.326 de protección de los datos personales.

La duración de la recolección de datos -desde la aprobación por los respectivos Comités de ética- fue de un año. Mientras que, la recolección en ámbitos privados se extendió por medio año más, dando una duración total de recepción de datos de un año y medio. El período se llevó a cabo dicho trabajo comprendió desde el año 2017 al 2019.

Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se emplearon mediciones con modalidad de autoinforme. La batería de instrumentos estuvo conformada por la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff –versión adaptada a la población argentina– y el Cuestionario Aspires de Piedmont –versión adaptada a la población argentina.

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Para medir el constructo Bienestar, se utilizó las Escalas de Bienestar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being - SPWB) de Carol Ryff. Según explican Aranguren & Irrazabal (2015) Ryff diseñó originalmente 80 indicadores, de los cuales fueron seleccionados 32 ítems para cada escala. Se determinó la fiabilidad de la escala a partir del cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach, luego haber administrado la misma a 321 sujetos. Asimismo, fueron realizados los análisis de la relación ítem-test, obteniéndose los índices de discriminación (correlación ítem-total e ítem-total corregida) reduciéndose a partir de ellos la cantidad de ítems (20 por escala). Cada una de las dimensiones evidenció una adecuada fiabilidad (los valores de α de Cronbach variaron entre .86 y .93 según la escala).

Por otro lado, se analizó la estabilidad temporal de la escala, y se encontró una adecuada consistencia entre las mediciones realizadas en los dos tiempos de las tomas. También se observó la validez del constructo, a través del análisis de la validez convergente

y discriminante con otras escalas utilizadas con mismos fines. Los análisis de correlación indicaron una asociación positiva y significativa con otros constructos asociados al buen funcionamiento psicológico (ej. satisfacción con la vida, autoestima, equilibrio afectivo), variando los coeficientes de correlación entre .25 y .73. Mientras que se observó una correlación negativa y significativa con aquellas medidas vinculadas al malestar psicológico (e.j. control externo, depresión) variando los coeficientes de correlación de -.30 a -.60 (Ryff, 1989). Posteriormente Ryff y Keyes, 1995; Ryff, Lee, Essex y Schmutte, 1994, volvieron a realizar estos análisis en muestras más amplias, corroborando estas relaciones. Estas corroboraciones también se han realizado en diferentes países e idiomas.

En esta investigación se utilizó la validación de la escala de Ryff en población argentina -llevada a cabo por Aranguren y Irrazabal (2015)- siguiendo los estudios previos realizados por van Dierendonck (2005) y Díaz et al. (2006). Seleccionaron las versiones de 39 y 29 ítems debido a su previa adaptación al castellano y a los resultados arrojados con anterioridad. Ambos estudios han aportado evidencias satisfactorias de un buen ajuste al modelo de seis factores y un factor de segundo orden, así como niveles aceptables de consistencia interna en cada una de las escalas. El estudio se realizó en una muestra de jóvenes argentinos para analizar las propiedades psicométricas de las escalas. Se procedió a efectuar un AFE el cual arrojó una estructura de tres factores que explicaban más del 48% de la varianza, a saber: (a) Autonomía; (b) Relaciones positivas; y (c) Competencia. A continuación, se puso a prueba el nuevo modelo de tres factores utilizando la técnica de AFE. Los índices de ajuste mejoraron considerablemente respecto de los resultados anteriores, encontrándose en su mayoría más cercanos a valores aceptables. Además, el cálculo del alfa de Cronbach para estos factores indicó una adecuada consistencia interna, superando las dificultades observadas en las dimensiones originales de Dominio del entorno y Propósito de vida. A pesar de que los factores hallados no coinciden totalmente con la

propuesta de Ryff (1989) ni con los resultados de Van Dierendonck (2005) y Díaz et al. (2006), se consideraron apropiados teóricamente, ya que: (a) dos de los factores arrojados – Autonomía y Relaciones positivas– coinciden casi idénticamente con los estudios previos; y (b) el nuevo factor denominado Competencia reúne ítems de las dimensiones de Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito de vida, entre las cuales se han informado altas correlaciones en estudios previos (Hillson, 1997; Kafka y Kozma, 2002) y que, además, responden a la necesidad de competencia postulada por Deci y Ryan (2000). La estructura factorial hallada en el estudio SPWB no incluye ningún ítem de la dimensión de Autoaceptación. Si bien investigaciones anteriores han hallado dificultades en su medición y un solapamiento entre ésta y la dimensión de Dominio del entorno (Kafka y Kozma, 2002; Springer y Hauser, 2006), los modelos revisados incluían algunos de sus indicadores. Los resultados obtenidos en la validación dejan de lado esta posibilidad.

Finalmente, la versión obtenida en la investigación muestra evidencias de fiabilidad y validez aceptables para la población argentina.

Escala ASPIRES de Piedmont

Para medir el constructo Espiritualidad se utilizó la Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES) (Piedmont, 2004a). El mismo es autoadministrable y posee 35 ítems que evalúa dos dimensiones: (1) sentimientos religiosos (religious sentiments [RS]); y (2) trascendencia espiritual (spiritual transcendence [ST]). A su vez, RS se compone de dos dimensiones: (A) participación religiosa (religious involvement [RI]) (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8); y (B) crisis religiosa (religious crisis [RC]) (ítems 9, 10, 11 y 12). Mientras que ST comprende otros tres: (A) realización en la oración (prayer fulfillment [PF]) (ítems 1, 2, 4, 8, 11, 12, 17, 18, 19 y 21); (B) universalidad (universality [U]) (ítems 3, 5, 6, 13, 15, 16 y 20); y (C) conectividad (connectedness [C])

(ítems 7, 9, 10, 14, 22 y 23). Las propiedades psicométricas de ASPIRES han resultado adecuadas en el contexto internacional, de acuerdo con lo reportado en la literatura especializada ($\alpha > 0.49$) (Brown et al., 2013; Piedmont, 2004; 2012; Piedmont et al., 2009). La escala presenta un formato de respuesta tipo Likert, con cinco a siete anclajes de respuesta en función del grado de acuerdo con los participantes. Se consideró una dimensión a la vez, estudiando su definición.

En el contexto nacional fue validada para la población argentina por Simkin (2017). Tal como explica el autor, se tradujeron los ítems correspondientes, a modo de respetar tanto su contenido original como de representar el constructo de cada dimensión. De esta manera no se realizó una traducción literal, sino que se priorizó conservar el sentido psicológico del tema.

Procesamiento y análisis estadístico

En esta etapa, la información obtenida fue codificada y almacenada en una base de datos, analizada con el paquete estadístico SPSS 21.0 para Windows. Se chequeo la información cargada en la base con los registros de los cuestionarios llevados a cabo para detectar posibles errores de introducción de datos u otros errores que pudieran haberse producido.

Se utilizaron las pruebas estadísticas de coeficiente de correlación rho de Pearson, de acuerdo al nivel de medición de las variables y el cumplimiento de los supuestos para los estadísticos paramétricos y se realizaron regresiones lineales para estudiar la relación entre variables dependientes e independientes.

Aspectos éticos de la investigación

Antes de comenzar la investigación, se obtuvo la autorización de la Jefa de Servicio de Oncología del Hospital Ramos Mejía, Dra. Elis. Asimismo, se reclutó una co-investigadora interna del servicio de Cuidados Paliativos, la Dra. Casini Betiana, para luego presentar la petición correspondiente en el Comité de Bio-Etica del Hospital.

De igual modo, en el Hospital Piñero se obtuvo en primera instancia el permiso de la Jefa de Servicio de Clínica, la Dra. Gaset Margarita; para luego reclutar como co-investigadoras a la Dra. Carrizo y la Lic. Mademann Mónica.

Luego de establecer contacto con las Jefas de Servicio, se solicitó permiso al Comité de Bio-Etica de cada Hospital participante (CODEI). Se presentó ante los mismos las solicitudes debidamente cumplimentadas y, luego del proceso de revisión, se recibió la aprobación por parte de los mismos (ver ANEXO I). Seguidamente de la aprobación se volvió a contactar a las Jefes de Servicio correspondientes para articular y ajustar la forma en que se procedería de manera ecológica, acompañando el proceso de los pacientes sin interrumpir su tratamiento.

En el Hospital Piñero, la Dra. Carrizo seleccionó los pacientes, todos estadios IV y conjuntamente con la Lic. Mademann se tomaron los Cuestionarios. Mientras que en el Hospital Ramos Mejía se procedió a la selección semanal de pacientes en consultorio externo y/o internado que estuviera cursando enfermedad en estadio IV, esta tarea estuvo a cargo de la Dra. Casini.

Los participantes atendidos en ámbito privado, fueron pacientes que recibían atención de la Dra. Casini, la Dra. Carrizo, la Lic. Mademann y Lic. Aloe por fuera de los hospitales mencionados.

Se solicitó a cada uno de los participantes que completaran y firmaran el consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de los datos brindados. En él,

se les comunicaba a los pacientes acerca del objetivo del estudio, el tiempo que sería requerido para completarlo; así como su derecho a poder abandonar la investigación en cualquier momento sin ningún tipo de perjuicio hacia su persona (ver ANEXO II).

Los cuestionarios fueron realizados en las salas de espera de los Hospitales para quienes recibían atención ambulatoria, así como también en salas de internación y de quimioterapia. En el caso de aquellos pacientes que recibían asistencia privada se llevó a cabo en sus viviendas. Si bien ambos cuestionarios administrados son autoadministrables, en todos los casos los participantes prefirieron que sean leídos por la administradora y el tiempo nunca fue menor a 30 minutos para completarlos.

También es relevante señalar que, con excepción de tres participantes, el resto se mostró interesado por conocer aspectos de la investigación, relatar experiencias personales relacionadas con la fe y hacer preguntas de contenido espiritual/ religioso a la entrevistadora; enriqueciendo de esta manera la investigación. Así como también -exceptuando los casos ya señalados- los participantes al recibir la manifestación de gratitud de la entrevistadora por participar, alegaron ser ellos los agradecidos con quienes administraron la prueba, por tomarse el tiempo de conversar con ellos acerca de estos asuntos, destacando la importancia de charlar sobre estos temas.

Se solicitaron datos demográficos, como edad, estado civil, filiación religiosa y conocimiento de diagnóstico, con el fin de evaluar que pudieran aportar datos significativos.

Resultados

En este apartado comenzaremos analizando los resultados que ofrecen las variables sociodemográficas, con el objetivo de caracterizar con mayor precisión los resultados sobre la relación existente o no entre la Espiritualidad y el Bienestar Psicológico en la muestra estudiada. Se expondrá el análisis demográfico realizado a partir de la muestra con sus respectivos gráficos ilustrativos.

Luego se analizarán las Correlaciones y Regresiones correspondientes, para establecer de qué manera se relacionan las variables Espiritualidad y Bienestar Subjetivo y Psicológico, para finalmente predecir si existe influencia de la primera sobre la segunda.

Conformación de la muestra

La muestra estuvo conformada por 115 sujetos que padecían una enfermedad terminal, 112 oncológica en desarrollo de estadio IV y 3 otras enfermedades. De ellos, 43 eran hombres y 72 mujeres, con un rango de edad entre 28 a 83 años (Media = 56,93) (DS = 13,20). Como se expone a continuación, respecto a su estado civil, 36,5% es soltero, 25,2% casado, 12,2% vive en concubinato, el 13,9% divorciado y el 12,2% es viudo. De la muestra, 11% de los participantes no terminó el primario, mientras que el 40% sí lo terminó; el 37% finalizó el secundario y el 12% concluyó un terciario o carrera universitaria. También se les preguntó acerca de su orientación religiosa: el 73,91% de los participantes afirmó ser católico, el 13,04% evangélico, el 5,22% sigue otra tradición, el 4,35% otra denominación cristiana, el 1,74% es judío y el 0,87% luterano. Al preguntarles por si tenían o no hijos, el 78,26% afirmó tenerlos y el 21,74% no. Por último, se indagó acerca de qué tipo de asistencia respecto a su situación psíquica y emocional recibían, mientras que el 66,96% afirmó no recibir ningún tipo de atención; el 12,17% recibía atención psicológica, el 6,96%

recibía atención espiritual; otro 6,96% solamente espiritual; un 4,35% psicológica y espiritual y un 2,61% contaba con ayuda psiquiátrica. La muestra fue recolectada en diversas instituciones, la mayoría de los casos fueron provenientes del Hospital Piñero (47,8%) y del Hospital Ramos Mejía (43,5%); mientras que los demás (8,7%) fueron tratados en otras clínicas privadas.

En la Tabla 5 se observa las frecuencias de cada una de las variables según el género de los participantes; notándose que los hombres adquieren mayor valor de Bienestar Total ($M=76,07$) y siendo las mujeres las que puntúan más alto en la dimensión Trascendencia Espiritual ($M= 84,71$).

Tabla 5

Se presentan estadísticos descriptivos de cada una de las variables estudiadas, dividiéndolos en varones y en mujeres

	Numero		Media		Desviación Estándar	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Edad	43	72	57,98	56,31	12,88	13,43
Relaciones Positivas	43	72	22,63	23,74	7,34	7,21
Autonomía	43	72	27,19	25,67	3,76	3,86
Competencia	43	72	26,26	26,21	5,03	5,33
Bienestar Total	43	72	76,07	75,61	10,15	11,55
Religiosidad	43	72	22,79	28,53	8,04	6,81
Crisis Religiosa	43	72	8,77	9,15	2,5	3,46
Realización en la Oración	43	72	32,51	39,79	10,16	6,24
Universalidad	43	72	24,86	24,67	3,93	3,58
Conectividad	43	72	18,88	20,25	3,49	3,63
Trascendencia Espiritual	43	72	76,26	84,71	14	8,96

Prueba T de Student

Para determinar si existían diferencias significativas en los niveles de las dimensiones de Bienestar dependiendo del género, se llevó a cabo una T de Student, tomando como variable independiente el género y variables dependientes los indicadores de Relaciones Positivas, Autonomía, Competencia y Bienestar Total. Se hallaron diferencias significativas en la variable Autonomía (P 0.042), siendo los hombres quienes poseen una mayor Autonomía. Estos resultados pueden observarse en la Tabla 6.

Tabla 6

Diferencias entre los hombres y las mujeres en los niveles de Bienestar.

Variables	Hombres n=43		Mujeres n=72		gl	t	p
	M	DE	M	DE			
Relaciones Positivas	22,63	7,34	23,74	7,21	113	-0,78	0,43
Autonomía	27,19	3,76	25,67	3,76	113	2,06	0,042*
Competencia	26,26	5,03	26,26	5,33	113	0,04	0,963
Bienestar Total	76,07	10,15	75,61	11,55	113	0,21	0,83

Para determinar si existían diferencias significativas en los niveles de las dimensiones de Religiosidad y Espiritualidad dependiendo del género, se llevó a cabo una T de Student, tomando como variable independiente el género y variables dependientes los indicadores de Religiosidad, Crisis Religiosa, Realización en la Oración, Universalidad, Conectividad; y una variable de segundo orden –Trascendencia Espiritual– conformada por las últimas tres. Se encontró que las mujeres poseen mayores niveles de Religiosidad (P 0.001); Realización en la oración (P 0.001); Conectividad (P 0.05); mientras que los hombres poseen una mayor Trascendencia espiritual (P 0.001). Estos resultados pueden observarse en la Tabla 7.

Tabla 7

Diferencias entre los hombres y mujeres en los niveles de Religiosidad y Espiritualidad.

Variables	Hombres n=43		Mujeres n=72		gl	t	p
	M	DE	M	DE			
Religiosidad	22,79	8,04	28,53	6,24	113	-4,07	0,001**
Crisis Religiosa	8,77	2,5	9,15	3,58	113	-0,63	0,526
Realización en la Oración	32,51	10,16	39,79	6,24	113	-4,76	0,001**
Universalidad	24,86	3,93	24,67	3,58	113	0,27	0,787
Conectividad	18,88	3,49	20,25	3,63	113	-1,97	0,05*
Trascendencia Espiritual	76,26	14	57,71	8,96	113	-3,94	0,001**

Resultado de las Correlaciones obtenidas

Para conocer el grado de asociación lineal entre las variables, se procedió a aplicar el Coeficiente de correlación de Pearson. Se demostró una correlación positiva de los niveles de Relaciones Positivas con Religiosidad $r(113) = .21, p < .05$ y Universalidad $r(113) = .23, p < .05$. Una correlación negativa entre la variable de Autonomía en relación a los niveles de Realización en la Oración, $r(113) = -.22, p < .05$. Una relación positiva entre el nivel de Competencia con los niveles de Religiosidad $r(113) = .28, p < .01$; Realización en la Oración $r(113) = .26, p < .01$ y Trascendencia Espiritual $r(113) = -.23, p < .05$. Así se puede observar en la Tabla 8.

Tabla 8*Correlaciones entre las dimensiones de Religiosidad y Bienestar*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Relaciones Positivas	1	0,43	,279**	,806**	,208*	-,073	,122	,237*	-,112	,129
2. Autonomía		1	0,72	,415**	-,155	-,068	-,223*	,066	,001	-,143
3. Competencia			1	,682**	,278**	-,122	,260**	,151	-,023	,231*
4. Bienestar Total				1	,214*	-,130	,125	,251**	-,084	,144
5. Religiosidad					1	-,231*	,840**	,342**	,114	,758**
6. Crisis Religiosa						1	-,115	-,193	,046	-,159
7. Realización en la Oración							1	,382**	,150	,899**
8. Universalidad								1	,135	,635**
9. Conectividad									1	,460**
10. Trascendencia espiritual										1.

Regresiones

Se llevó a cabo un análisis de Regresión Múltiple -regresión por pasos- para determinar si algunas de las variables bajo estudio pudieran ser predictoras del nivel de Bienestar Psicológico. Se probaron dos modelos de regresión, en uno se incluyó sólo la dimensión Religiosidad y un segundo modelo, en el que se consideró la variable Religiosidad y Universalidad. Según los resultados obtenidos, las dimensiones que contribuyen a la predicción del Bienestar Psicológico serían la Religiosidad y la Universalidad. Los datos de la Tabla 9, muestran que todos los índices de significancia, potencia estadística y tamaño del efecto son adecuados y que en conjunto las variables predicen el 8,2% del Bienestar.

Los resultados obtenidos del análisis de regresión por pasos, muestra que, al incorporar variables al modelo, éste tiene mayor poder de explicación, así como un mayor nivel de

potencia estadística y tamaño del efecto, estos índices superan a los índices grandes (.80 y .35; Faul, 2014) y que permiten afirmar que los resultados son clínicamente relevantes para la predicción de la satisfacción de la elección.

Asimismo, los indicadores de multicolinealidad VIF (Variance inflation factor) inferiores a 10 y los valores de tolerancia mayores a .20, indican que no existen correlaciones elevadas entre los factores del modelo. Y, por último, el indicador de Drubin Watson se ubicó dentro de las dos unidades, lo que permite una generalización de los datos.

Tabla 9

Análisis de Regresión lineal entre las dimensiones de la religiosidad y el Bienestar Total

Modelos	F	R2	$\Delta R2$	B	Error estándar	β	p	1- β	f^2
Modelo 1	5,42	,046	,037	,303	,130	,214	,022	,51	,04
	(1, 113)								
Religiosidad									
Modelo 2	4,97	,082	,065				,008	,86	,08
	(2, 112)								
Religiosidad				,205	,136	,145	,135		
Universalidad				,599	,286	,202	,039		

Discusión

La situación particular que afrontan las personas cuando están transitando la finalidad de su vida, hace que sea imprescindible observar su cuidado desde una visión integral en la cual la dimensión espiritual es insustituible. Para ello, se hace indispensable contar con instrumentos de intervención que permitan mejorar los recursos espirituales de los pacientes, mejorando así también su calidad de vida y sus recursos de afrontamiento ante la muerte. Desde dicha necesidad, el propósito del presente estudio fue examinar si se encontraba alguna relación existente entre la Espiritualidad -como una motivación que se orienta a construir un sentido de significado personal amplio, en un contexto en el que el ser humano sabe que ha de morir (Piedmont, 2012)- con el Bienestar Psicológico, que hace alusión a una vida llena de sentido y crecimiento (Ryff y Keyes, 1995; Ryff y Singer, 2008; Ryff, 1989).

En relación al nivel educativo de la población estudiada, donde la gran mayoría posee Nivel Primario o Secundario, se halló concordancia con el estudio llevado a cabo por Vahia et al. (2011) donde detectaron que los niveles altos de Espiritualidad estaban asociados con un nivel educativo más bajo y menores ingresos. En la presente investigación, se eligió suprimir la pregunta sobre ingresos económicos, ya que la totalidad de los pacientes que son atendidos en ambos hospitales pertenecen a una población de escasos recursos, y siendo la mayor parte de la muestra hospitalaria, no resultaba significativa llevar a cabo la pregunta y la mayoría de los entrevistados a quienes se intentó realizar la pregunta, elegían no contestar, mostrando signos de malestar con la indagación. Sin embargo, teniendo en cuenta este hecho, se podría constatar los hallazgos de Diener et al. (2011) quienes encontraron que, en sociedades con dificultades económicas, las personas tienden a ser más religiosas, favoreciendo así el Bienestar Psicológico. Sería de gran importancia poder estudiar grupos

más heterogéneos para una mayor elucidación de la Espiritualidad y la incidencia o no del nivel educativo y económico en la misma.

En relación a la edad, al igual que lo sugerido por otros autores (Reed, 1983, 1993; Ferrer et al., 2018; Kralova y Hlinkova, 2020; Al Eid et al., 2021) no se presentan diferencias significativas.

Respecto de si hay distinciones según el género, acorde con los autores mencionados anteriormente, en la muestra estudiada los resultados obtenidos indican que las mujeres expresan un puntaje significativamente más alto que los hombres en las dimensiones de Religiosidad, Realización en la Oración y Conectividad. Mientras que los hombres presentan puntajes significativamente más elevados en la dimensión Trascendencia Espiritual, al igual que reporta Prado et al. (2010) donde señala que las pacientes mujeres presentan mayores puntajes de Religiosidad; acorde también con Ferrer et al. (2018) quienes encontraron diferencias significativas e interesantes en el grado de Religiosidad: las mujeres refieren - frente a los varones- un mayor grado de Religiosidad.

Por otro lado, se les preguntó a los participantes acerca de qué tipo de asistencia respecto a su situación psíquica y emocional recibían. A ello, el 66,96% afirmó no recibir ningún tipo de atención, el 12,17% recibe atención psicológica, el 6,96% solamente espiritual, un 4,35% psicológica y espiritual y un 2,61% recibe ayuda psiquiátrica. El bajo porcentaje de personas que recibieron atención psicológica y espiritual, es concordante con investigaciones precedentes (Arrieira et al., 2018). Teniendo en cuenta la definición que hace la OMS sobre Cuidados Paliativos, donde entre otras cosas menciona no sólo que los mismos apuntan a aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes; sino que también integran aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente. Es notable señalar el alto porcentaje (66,97%) de las personas que fueron entrevistadas que no reciben ningún tipo de acompañamiento relativo a su bienestar emocional, psíquico, espiritual; teniendo además en

consideración que diversos autores en la biografía consultada señalan la importancia de comprender al ser humano como una entidad psico, física, emocional y espiritual (Ellison, 2006 ; Underwood y Teresi, 2002; González Valdés 2004; Sanchez Herrera, 2009; Mok et al., 2009; Vilalta i Vilalta, 2010; Espíndula, 2010; Koenig, 2012; entre muchos otros) y considerando que la desatención de las necesidades espirituales influye en el bienestar del paciente (Rufino Castro et al., 2015) que está próximo a morir necesitando que su dolor sea reconocido y acompañado. Para ello, necesariamente debe contar con acceso a atención psicológica (Cruzado Rodriguez, 2018). En este sentido, el objetivo de evaluar si la atención psicológica/psiquiátrica influía en el bienestar no pudo ser respondida.

Según los datos obtenidos, se halló una relación muy significativa entre las variables Religiosidad y Competencia. De esta manera, se manifestó que las personas que poseen algún tipo de participación religiosa o tienen un sentido más amplio para su vida, serían personas que sienten una mayor motivación relacionada con la búsqueda y superación de desafíos óptimos, logrando sentirse capaces y eficaces. Una persona que tiene satisfecha su necesidad de Competencia, sería aquella que se siente preparada para interactuar con el ambiente, buscando superar los problemas y retos diarios. Sánchez Herrera (2009) señala en su investigación con enfermos de cáncer, que en la vida todo ser humano existen situaciones adversas que generan dolor y gran sufrimiento, pudiendo sucumbir ante ellas o hacerles frente, de modo que aquellas personas que posean o desarrollen una mayor espiritualidad, tendrán más opciones de superar dichas situaciones y salir fortalecidos, según sus descubrimientos. Concordantemente, para Ferrer et al. (2018), el bienestar espiritual se relaciona significativamente con las variables de Calidad de Vida, Percepción de Salud, Felicidad Personal o Religiosidad; siendo los pacientes que manifestaron ser más religiosos los que obtuvieron una puntuación mayor en Bienestar.

Mientras que, por otro lado, se hallaron correlaciones positivas significativas entre Religiosidad y Relaciones Positivas, dejándose ver que las personas que poseen un sentido más amplio de la vida o participan en actividades religiosas tendrían mayor capacidad de relacionarse de manera íntima, satisfactoria, cálida y confiable; coincidentemente con otras investigaciones (Fehring et al., 1997; Wink y Dillon, 2003). Aquí se halla cierta discrepancia con los aportes hechos por Rivera y Montero (2005), quienes hallaron un mayor grado de Espiritualidad en sujetos que manifestaron no tener amigos con quien contar en momentos de crisis, que en sujetos que afirman tenerlos. Podría pensarse que factores tales como la personalidad, influirían en los resultados mencionados, tal como ha propuesto (Piedmont, 2004). El análisis de dichos factores excede a este estudio, y es un posible objetivo a ser considerado en investigaciones venideras.

También hay una correlación positiva entre Universalidad y Relaciones Positivas. Así, concordando con otros autores (Pinquart, 2002; Rowold, 2011; Galiana, 2017; Simkin et al., 2018), aquellas personas que tienen una creencia en la Unidad, un Propósito de la Vida y poseen la idea de una realidad humana que incluye a todos los seres -atravesando las generaciones y proporcionando un sentido de responsabilidad y conexión con los demás- tendrían mayor relación con otras personas, estando más satisfechos en sus relaciones.

Asimismo, se observó una correlación significativa entre Realización en la Oración y Competencia, vislumbrando que las personas que encuentran bienestar a partir de la conexión con una entidad superior, son quienes, además, se perciben más competentes a la hora de superar obstáculos y problemas cotidianos. En relación a este resultado se encuentran estudios que corroboran dicha relación, como la investigación de Ros Romero (2017), donde se señala que las prácticas espirituales como la oración, ritos religiosos, la meditación, entre otros, podrían ayudar a las personas a dar un significado y propósito a su vida y a conectar consigo mismo, con los demás y con un poder Superior. Esto ayudaría a

desarrollar recursos que potencien la autovaloración, el optimismo, el control personal y el afrontamiento. En este sentido Sánchez Herrera (2017), señala en su investigación con enfermos terminales que un bienestar espiritual alto -con un mayor nivel de Bienestar Religioso que existencial- puede entenderse como un potencial para el cuidado de estos enfermos.

La Trascendencia Espiritual (TE) se ha asociado significativamente a la faceta de Competencia. Lo que indicaría que las personas con mayor TE presentan una perspectiva más holística, interconectada, advierten una sincronicidad en la vida y desarrollan un compromiso hacia los demás. También sería mayor la actitud positiva hacia sí mismo, buscando el desarrollo personal, abriéndose a nuevas experiencias, sintiendo que tienen mayor control sobre aspectos del entorno y habilidades para usar las oportunidades del medio. Acorde con lo hallado, hay estudios que han manifestado que las facetas de TE de la escala de ASPIRES muestra asociaciones positivas con el Bienestar Psicológico (Piedmont et al., 2008; Piedmont, 2012; Shenese, 2009). Así como también se ha corroborado en este estudio la importancia de la TE en los individuos participantes.

Hay autores como Coleman et al. (2011) o Kelley y Chan (2012), que señalan que cuando las personas atraviesan situaciones críticas en su vida, suelen apelar con mayor frecuencia a Dios y a conductas religiosas como la oración. Para algunos investigadores, estos recursos pueden ser percibidos como eficaces y señalan al Afrontamiento Religioso como un importante recurso adaptativo (Bussema y Bussema, 2000; McDonnell et al., 2006; Pargament, 1997). Esto podría explicar el resultado significativo encontrado en esta muestra, entre Realización en la Oración y Competencia.

Algunos autores (Año y Vasconcellos, 2005; Pargament et al., 2000; Pargament et al., 1998) han advertido que hay personas que confrontadas con situaciones de mucho estrés como lo es, por ejemplo, el hecho de padecer una enfermedad terminal, suelen presentar un

tipo de Afrontamiento Religioso que han llamado luchas espirituales. Estas serían expresiones de conflicto, dudas de Fe y cuestionamientos a Dios; son tensiones y conflictos entre uno mismo y lo que uno considera sagrado o trascendente (Exline 2013; Pargament et al., 2011; Piedmont, 2020). En este sentido, no se han observado datos que apoyen estas evidencias en la población estudiada, no habiendo obtenido la variable Crisis Religiosa valores significativos.

Se halló una correlación negativamente significativa entre Realización en la Oración y Autonomía; es decir, que aquellas personas que más rezan/meditan tendrían menor Autonomía e Independencia. Esto podría explicarse en parte, al cultivo de dogmatismo entre los adherentes a las instituciones religiosas (Tamney, 1992; Emmons et al., 1998; 2005; Ivtzan et al., 2011); o cuando sólo refiere al nivel de actividad, privándose a la acción de sus aspectos numinosos, como etapas de la religiosidad, moldeada por imitación e identificación con otros, en una actitud mecanicista para calmar o invocar una proyección de Dios (Fuller, 1988). Ivtzan et al. (2011) en sintonía, señalan que la práctica de la religión en el contexto de la espiritualidad -como la práctica de la espiritualidad misma- profundiza los niveles de significado en la vida de uno, mientras que si se practica la religión sin la espiritualidad se obtiene lo contrario.

Finalmente, en relación al análisis estadístico sobre si el Bienestar puede ser predicho a través de las dimensiones de Religiosidad y Universalidad, se puede decir que este modelo predictivo explica sólo el 8,2% de la varianza. Esto indica que en el constructo Bienestar Psicológico existen otras variables predictoras que no fueron contempladas en esta investigación.

Limitaciones del estudio

El acceso a la población se ha realizado a partir de la disponibilidad de pacientes que se hallaban en fase de enfermedad terminal y que cumplieran con los requisitos para ser parte de la misma. Ellos se encontraban en los dos hospitales que aceptaron ser parte de esta investigación y la disponibilidad de pacientes privados de la investigadora y las coinvestigadoras de cada hospital en el ámbito privado. Si bien esto no ha impedido que la muestra obtenida sea viable para estudiar los objetivos pretendidos, puede que haya influido en el número de personas entrevistadas y en la conformación de la misma en lo que respecta a aspectos sociodemográficos como, por ejemplo, la instrucción recibida. Es deseable que, en futuras investigaciones, más instituciones de salud -tanto públicas como privadas- se encuentren interesadas en participar de este tipo de estudios, para así lograr una muestra con mayor cantidad de participantes y mayor grado de heterogeneidad educativa y sociodemográfica en general. Así se podría profundizar sobre una mayor diversidad de perfiles y hacer extensible los datos que se obtuvieron a un mayor grupo de población.

Asimismo, respecto de la población que conformó la muestra de este estudio - personas en finalidad de vida- es importante destacar que ellas se encontraban en una situación de gran vulnerabilidad física, emocional y espiritual. Las emociones angustiosas de estos pacientes pueden afectar sus reservas de energía, por lo que utilizar herramientas de evaluación prolongadas podrían resultar contraproducentes (Mejor et al., 2015). Un problema adicional es que solo se ha desarrollado y probado un número limitado de las herramientas existentes en poblaciones de cuidados paliativos. Dadas las necesidades y experiencias espirituales específicas de los pacientes con enfermedades progresivas incurables, es fundamental que las medidas utilizadas en la práctica y la investigación de enfermos en terminalidad de vida hayan sido validadas en poblaciones relevantes. Sin

embargo, la evidencia sugiere que este no es el caso en la actualidad (Selman et al.2011). Estos motivos han llevado a considerar la selección de sólo dos instrumentos -Escala de Bienestar de Ryff y la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y los Sentimientos Religiosos- para el análisis de la influencia o no de la Espiritualidad en el Bienestar Psicológico. Asimismo, la indagación sobre bienestar subjetivo, ha quedado fuera de este estudio, dado que otro instrumento de medición se ha considerado excesivo para esta muestra, como ya se mencionó. Este hecho podría limitar la ampliación de dimensiones y relaciones potenciales, las cuales no han sido posibles de llevarse a cabo en esta investigación.

Al igual que se reporta en otros estudios precedentes con similar población, (López Carrión et al., 2011), la mayoría de los entrevistados prefirió que se le hiciera la entrevista, lo que podría tener el efecto de que algunos/as participantes no respondieran con total autenticidad a las preguntas.

Por otro lado, tal como se ha reportado en otras investigaciones (Morillo Martín, 2017; Simkin, 2017) la multidimensionalidad de la Religión/Espiritualidad, se ve reflejada en la heterogeneidad de la comprensión de las preguntas llevadas a cabo en los cuestionarios. En lo que respecta a cuestiones referidas a la espiritualidad y la religiosidad, pueden haber sido difíciles de diferenciar para alguna de las personas encuestadas. Debido a que existe en la población estudiada una tendencia a la religiosidad católica, ha sido necesario en bastantes oportunidades explicar algunos conceptos de orden más espiritual, ya que pareciera que resulta más fácil explicar la experiencia existencial con un lenguaje religioso que con un lenguaje sólo espiritual. Ello podría dificultar la unión de conceptos espirituales a los religiosos; afectando el resultado de alguna de las variables de estudio.

Finalmente, En el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica (2020), se hace evidente que en Latinoamérica solo un 7,6% de las personas que necesitarían cuidados

paliativos los reciben; solo el 15% de las facultades de Medicina da la asignatura de otras facultades que conformarían también el equipo, como, por ejemplo, psicólogos/as.

Por último, en el ámbito local ha sido difícil hallar estudios similares, donde se indagará la relación entre ambos constructos, lo que ha limitado la discusión y comparación con otros autores argentinos.

Conclusiones

El objetivo principal de esta investigación consistió en determinar si existe relación entre la Espiritualidad y Bienestar Psicológico en personas en finalidad de vida. Los resultados obtenidos muestran que la Espiritualidad tiene una correlación positiva al Bienestar Psicológico, tal como revelan investigaciones precedentes (Reed, 1983, 1993; Blaine y Crocker, 1995; Wink y Dillon, 2003; Alcorn et al., 2008; Prado, 2010; Piedmont, 2008, 2012; Sanchez Herrera, 2017; Simkin, 2017; Kamiyo y Miyamura, 2020).

Los datos demográficos obtenidos en la muestra estudiada revelan que las mujeres expresan un puntaje significativamente más alto que los hombres en las dimensiones de Religiosidad, Realización en la Oración y Conectividad. Mientras que los hombres presentan puntajes significativamente más elevados en la dimensión de Trascendencia Espiritual, concordantemente con otras investigaciones (Prado et al., 2010; Ferrer et al., 2018). En relación a la edad, ingresos y educación, al igual que lo sugerido por otros autores (Reed, 1983, 1993; Ferrer et al., 2018; Kralova y Hlinkova, 2020) no se presentan diferencias significativas. Sin embargo, hay que destacar que sería deseable en futuros estudios lograr una muestra con mayor cantidad de participantes y mayor grado de heterogeneidad educativa y sociodemográfica en general. De esta manera, se podría profundizar sobre perfiles diversos y hacer extensible los datos que se obtuvieran a un mayor grupo de población.

Al igual que otros autores sugieren (King y Dein, 1998; Sloan y Bagiella, 2002; Benito et al., 2006; Prado et al., 2010; Ivtzan et al., 2011) se considera que al hacerse evidente los efectos beneficiosos de la Espiritualidad en el Bienestar Psicológico, es relevante promoverlo familiarizando a los distintos profesionales de la salud a cerca de la importancia que tiene la espiritualidad en el bienestar. Tal como mencionan King y Dein (1998), se sugiere considerar fundamental la espiritualidad en la formación de futuros profesionales de la salud, para que se encuentren con mayores herramientas en su trabajo

respecto de las personas que se hallan próximas al final de sus vidas. La muerte de pacientes terminales es una constante en los hospitales, pero mayoritariamente los profesionales de la salud, evaden dialogar a cerca de ella tanto con los pacientes como con las familias (Alves, 2003). La dificultad para hablar del tema pone de manifiesto la necesidad de incluir en la formación de dichos agentes -tanto médicos, enfermeros y psicólogos- la cuestión del acompañamiento a personas con enfermedad potencialmente mortal (Matsumoto, 2012; 2021). Sumado a ello, se hace particularmente relevante en nuestra época -donde la longevidad y las enfermedades crónicas son mayores²- que la educación en los temas inherentes a las necesidades de estas personas y el abordaje concomitante sea atendida en las currículas de formación (Floriani y Schramm, 2007; Floriani, 2011). Se hace evidente la necesidad de la formación continua para desarrollar las habilidades necesarias para el acompañamiento de las personas en finalidad de vida, para poder integrarlas en su atención (Braga y Quiroz, 2013).

Atendiendo al contexto particular actual por el que la humanidad está atravesando desde inicios de 2020 -tal como se explicita en el capítulo de enfermedad terminal- es menester mencionar que tanto el acompañamiento como el duelo relacionado con la enfermedad terminal es una dimensión a reexplorar y reinventar en el que se debe incluir formas innovadoras de promover la conexión con las personas antes y después de la muerte (Helton, et al., 2020).

Si bien son numerosos los estudios que al igual que esta investigación señalan la correlación favorable entre la Espiritualidad y Bienestar, aún no ha tenido la suficiente repercusión como para ser aplicada en la práctica terapéutica de forma global tal como se ha visto en la muestra estudiada. En este sentido, como señala Salgado-Lévano (2012; 2016)

² Esto se hace particularmente relevante en el período de la pandemia por COVID-19, que no fue parte de este estudio, pero es necesario señalar.

aún existen barreras y cierto oscurantismo en algunos sectores académicos. Esto hace imprescindible sumar empeño tanto personal como colectivo para llevar a cabo investigaciones vinculadas al campo de la Psicología de la Religión y Espiritualidad. Tal como señala Barbero Gutierrez et al. (2008), sigue siendo una necesidad imperiosa profundizar en la visión integral del tratamiento de la persona en situación de enfermedad avanzada. El rol que cumple la Espiritualidad en la vida del ser humano para darle sentido, una motivación para seguir, la posibilidad de trascender y de estar en armonía consigo mismo, con los demás y con una entidad Superior, es innegable. Así se señala también en últimas investigaciones (Al Eid, 2021), donde se hace énfasis en como la religiosidad y la esperanza juegan un papel mediador en la relación entre el estigma asociado con COVID-19 (producto de la virulencia de su contagio) y el bienestar psicológico.

Asimismo, se hace notar la importancia de incorporar la dimensión Espiritual dentro de la atención integral de las personas que están cercanas al final de su vida, otorgándoles de este modo un acompañamiento que beneficie su Bienestar Psicológico, como parte de un abordaje multidisciplinario de la salud.

Finalmente, es pertinente resaltar que más que nunca se deberá plantear como profesionales la necesidad de formarse para acompañar en el dolor y sufrimiento humano (Niemeyer, 2016), ya que se tendrá por delante un desafío inmenso como psicólogos/as, y también una gran oportunidad para ayudar a las personas a abordar estos elementos (Weir, 2020).

Sobre la base de los datos recogidos en esta investigación, de manera congruente a lo postulado por Piedmont (2012), en relación a que la Trascendencia Espiritual contribuye adaptativamente en la gestión de la propia mortalidad; se concluye que en la población estudiada la Espiritualidad influye de manera positiva en el Bienestar Psicológico en enfermos terminales.

Referencias

- Abi-Hashem, N. (2001). Rediscovering Hope in American Psychology. *American Psychologist*, 56 (1), 85-86.
- Adelman, H., Taylor, L. y Nelson, P. (1985). Minors' dissatisfaction with their circumstances. *Child Psychiatry and Human Development*, 20, 135-147
- Adler, A., y Jahn, E (1933). *Religión y psicología individual. Superioridad e interés social*. Fondo de Cultura Económica, 1968.
- Aftanas, L., y Golocheikine, S. (2001). Human anterior and frontal midline theta and lower alpha reflect emotionally positive state and internalized attention: high-resolution EEG investigation of meditation. *Neuroscience Letters*, 310(1), 57-60.
- Alvarez-Cabrera, Percy Leonardo, Lagos-Lazcano, Juan Pablo, y Urtubia Medina, Yibrán Andrés. (2020). Percepción de Bienestar Psicológico y Apoyo Social Percibido en adultos mayores. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 20(20), 37-60.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071081X2020000200004&lng=es&tlng=es.
- Águila, C. (2020). Mindfulness e investigación psicológica positivista: críticas y alternativas. *Psychology, Society, & Education*, 12(1), 57-69. <https://doi.org/10.25115/psy.v10i1.2159>
- Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación.
- Alcorn, S., Balboni, M., Prigerson, H., Reynolds, A., Phelps, A., Wright, A., Block, S., Peteet, J., Kachnic, L., y Balboni, T. (2010). "If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today": Religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 13(5), 581-588.
- Al Eid, N. A., Arnout, B. A., Alqahtani, M., Fadhel, F. H., y Abdelmotelab, A. S. (2021). The mediating role of religiosity and hope for the effect of self-stigma on psychological well-

being among COVID-19 patients. *Work (Reading, Mass.)*, 68(3), 525–541.
<https://doi.org/10.3233/WOR-203392>

Alsinet, C. (2000). *El bienestar en la infancia*. Lleida: Editorial Packs.

Allport, G. (1940). Motivation in personality: reply to Mr. Bertocci. *Psychological Review*, 47; 533-554.

Allport, G. (1950/1976). *The Individual and his Religion: A classic study of the function of religious sentiment in the personality of the individual [El individuo y su religión: un estudio clásico sobre la función del sentimiento religioso en la personalidad del individuo]*. New York: Macmillan.

Allport, G., y Ross, J. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.

Alves, R., Cunha, E., Santos, G., y Melo, M. (2019). Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*,
<https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003185734>

Ambllàs Novellas, J., y Calsina Berna, A. (2008). Situación de enfermedad avanzada. Identificación de los pacientes oncológicos y no oncológicos y transiciones al final de la vida. *En Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas intervención psicológica y espiritual*. (pp. 91-102) Obra Social” la Caixa”

Andre, C. (2013). La meditación de consciencia plena. *Mente y Cerebro*, 59: 70- 76

Ano, G., y Vasconcelles, E. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61: 461–80. <https://doi.org/10.1002/jclp.20049>.

Aranguren, M., y Irrazabal, N. (2015). Estudio de las propiedades psicométricas de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en una muestra de estudiantes argentinos. *Ciencias Psicológicas*, 9(1): 73-83.

- Arrieira I., Thofehrn M., Porto A., Moura P., Martins, C., y Jacondino M. (2018). Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Rev Esc Enferm USP*. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>
- Argyle, M., Martin, M., y Lu, L. (1995). "Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors". En Spielberger, C. y Sarason, I. (Eds.), *Stress and emotion* (pp.173-187). Washington, dc: Taylor & Francis.
- Arias, R., y Lemos, V. (2015). Una aproximación teórica y empírica al constructo de inteligencia espiritual. *Enfoques XXVII*: 79-102
- Aristóteles (1983). *Ética Nicomaquea*. Traducción de Antonio Gómez Robledo. colección Bibliotheca Scriptorum Graecorum et Romanorum mexicana, UNAM. (Trabajo original 1098).
- Ausubel, N. (1983). *Psicología educativa: Un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas
- Astudillo, E., Astudillo, W., y Mendinueta, C. (1997) Fundamentos de los Cuidados Paliativos. En Astudillo, E.; Astudillo, W y Mendinueta, C. (Eds.), *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA). Navarra, España.
- Azcárate G., Ocampo B., y Quiroz P., J. (2006). Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal intermitente y ambulatoria. *Archivos de Medicina Familiar*, 8(2), 97-102.
- Bacon, S., Watkins, L., Babyak, M., Sherwood, A., Hayano, J., Hinderliter, A., y Blumenthal, J. (2004). Efectos del estrés diario sobre el control cardíaco autónomo en pacientes con enfermedad arterial coronaria. *En American Journal of Cardiology*, 93 (10), 1 292-294.
- Balboni TA, Balboni M, Enzinger AC, Gallivan K, Paulk ME, Wright A, Steinhauer K, VanderWeele TJ, y Prigerson HG. (2013). Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *JAMA Intern Me*, 173(12):1109-17.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.903>. PMID: 23649656; PMCID: PMC3791610.

Baldacchino, D., y Buhagiar, A. (2003). Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies Scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 558-570

Bar-On (1997). EQ-i, Bar-On Emotional Quotient Inventory: *A measure of emotional intelligence. (Technical manual)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems

Barbero Gutiérrez, J. (2008). Fundamentos antropológicos, éticos y relacionales de la intervención psicológica en cuidados paliativos. *En Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas intervención psicológica y espiritual.* (pp.75- 89). Obra Social “la Caixa”

Barbero Gutiérrez, J., Gómez-Batiste, X., Maté Méndez, J., y Ortega, D. (2008). Introducción. *En Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas intervención psicológica y espiritual.* (pp. 27-31). Obra Social “la Caixa”.

Barrantes-Brais, K., y Ureña-Bonilla, P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 101-123 Universidad Intercontinental Distrito Federal, México

ISSN: 0187-7690

Barreto P., Fombuena M., Diego R., Galiana L., Oliver A., y Benito E. (2012). *Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Elsevier España, S.L.U.*

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.02.002>

Barreto. P., Fombuena, M., Diego, R., Galiana, L., Oliver, A., y Benito, E. (2015). Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 22(1). 25-32.

<https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.02.002>

Behar, A. (2012). Espiritualidad y ascetismo en la anorexia nerviosa. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 50(2), 117-119.

- Benito E. (8 de octubre 2008). *El sufrimiento al final de la vida: núcleo de nuestra práctica clínica*. Conferencia Ministerio Sanidad UCP H Juan March –GESMA. Mallorca. http://www.vinyana.org/wpcontent/uploads/2017/03/ENRIC_BENITOMinisterioSanidad.pdf
- Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascual A, Gomis C, y Barbero J. (2016). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.*;47(6)
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018>.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–242.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Brickman, P., y Campbell, D.T. (1971). *Hedonic relativism and planning the good society*. En M.H. Apley (Ed.), *Adaptation-level theory: A symposium* (pp.287-302). New York, USA: Academic Press.
- Bryant F., y Veroff, J. (1982). “The structure of psychological well-being: A sociohistorical analysis”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 653-673
- Blaine, B., y Crocker, J. (1995). Religiousness, race, and psychological well-being: Exploring social psychological mediators. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1031-1041.
- Boehm, J.K., Peterson, C., Kivimaki, M., y Kubzansky, L. (2011). Un estudio prospectivo de bienestar psicológico positivo y enfermedad coronaria. *Psicología de la Salud*, 30(3), 259-267. <https://doi.org/10.1037/a0023124>
- Boehm, J.K., y Kubzansky, L.D. (2012). El contenido del corazón: la asociación entre el bienestar psicológico positivo y la salud cardiovascular. *Boletín psicológico*, 138(4), 655-691.
<https://doi.org/10.1037/a0027448>

- Boehm, J.K., Trudel-Fitzgerald, C., Kivimaki, M, y Kubzansky, L.D. (2015). La asociación prospectiva entre el bienestar psicológico positivo y la diabetes. *Psicología de la salud*, 34(10), 1013-1021. <https://doi:10.1037/hea.0000200>
- Božek, A., Nowak, P., y Blukacz, M. (2020). The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being. *Frontiers in psychology*, 11, 1997. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01997>
- Bradburn, NM. (1969) The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine.
- Braga, F, y Queiroz, E. (2013). Cuidados paliativos: el desafío de los equipos de salud. *Psicología USP*, 24 (3), 413-429. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642013000300004>
- Buckner, R., y Carroll, D. (2007). Self-projection and the brain. *Trends in cognitive sciences*, 11(2), 49-57.
- Bukov, A., Maas, I, y Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. Berlin Aging Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57(6): 510-7.
- Bussema, K., y Bussema, E. (2000). Is there a balm in Gilead? The implications of faith in coping with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 117–124. <https://doi.org/10.1037/h0095109>
- Büssing, A., Ostermann, T., y Matthiessen, P. F. (2005). The role of religion and spirituality in medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health*, 44, 321-340
- Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M., y Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho Oncology*, 8(5), 417-428
- Bronk, K.C. (2014). Introducción y definición. En: *Propósito en la vida*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7491-9_1

- Caldeira, S., Castelo Branco, Z., y Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (5), 145-152. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1133>
- Campbell, A., Converse, P., y Rodgers, W. (1976). The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions. *Nev. York: Russell Sage Foundation*.3(4)
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press, New Brunswick.
- Caramelo, B., Jones, L., Varaganam, M., Speck, P., Tookman, A., y Rey M. (2012). Intervenciones espirituales y religiosas para el bienestar de los adultos en la fase terminal de la enfermedad (Revisión). *Reproducción de una revisión Cochrane prepara y actualiza por la Colaboración Cochrane y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus*, 5. <http://www.thecochranelibrary.com>
- Caprara, G., Barbaranelli, C., Borgogni, L., y Perugini, M. (1993). The Big Five Questionnaire. A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15, 281-288.
- Caro, S. (27, 28 y 29 de octubre de 2011). *Las Raíces Psicológicas de la Psicoimmunología: Un Cruce de Miradas*. XI Congreso Argentino Multidisciplinario en Asma, Alergia e Inmunología y XVI Encuentro de Grupos de Investigación y Estudio. El Camino de la Inmunoterapia. <https://www.aaiba.org.ar/links/raices.pdf>
- Caro, L., y Aschiero, M. (2020). *Estudio comparativo de las dimensiones de Bienestar Psicológico mediante la Escala de Ryff en adultos mayores y de mediana edad, en la Ciudad de Buenos Aires*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Carvalho, A., Faria, C., Semeão, I., y Martinho, S. (2021). El cuidado de los pacientes al final de la vida y sus familias, durante la vida y el duelo, en la era COVID-19: la experiencia de un equipo de cuidados paliativos en Portugal. *Fronteras en psiquiatría*, 12, 624665. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624665>
- Casas, F. (1998). *Infancias: Perspectivas psicosociales*. Barcelona: Paidós.
- Cassidy, T. (2000). Social background, achievement motivation, optimism and health: a longitudinal study. *Counseling Psychology Quarterly*, 13(4), 399-415.
- Casullo, M., y Solano, A. C. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicología Clínica* 7, 129-140. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.2.2002.3927>
- Cebolla, A., y Campos, D. (2016). Enseñar mindfulness: contextos de instrucción y pedagogía. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 103-118.
- Cho, D., Kim, S., Durrani, S., Liao, Z., y Milbury, K. (2020). Associations Between Spirituality, Mindfulness, and Psychological Symptoms Among Advanced Lung Cancer Patients and Their Spousal Caregivers. *Journal of pain and symptom management*, S0885-3924(20)30796-X. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.001>
- Choumanova, I., Wanat, S., Barrett, R., y Koopman, C. (2006). Religion and spirituality in coping with breast cancer: Perspectives of Chilean women. *The Breast Journal*, 12, 319-352.
- Cook, C. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99(5), 539-551. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00715.x>
- Compton, W. C., Smith, M. I., Cornish, K.A. y Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), 406-413

Costantini M, Rabitti E, Beccaro M, Fusco F, Peruselli C, La Ciura P, Valle A, Suriani C, et al.

Validity, reliability and responsiveness to change of the Italian palliative care outcome scale: A multicenter study of advanced cancer patients. *BMC Palliat Care*, 15 (23).

<https://doi.org/10.1186/s12904-016-0095-6>

Cutrona, C., Russell, D., Hessling, R., Brown, P. A. y Murry, V. (2000). Direct and moderating effects of community context on the psychological well-being of African American women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1088-1101.

Craig, A., y Craig, A. (2009). How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nature reviews neuroscience*, 10(1).

Cruz, A., y Pérez, L. (2006). *Envejecer Ayudando, Envejecer Aprendiendo*. Adultos Mayores en Uruguay: Actores del Voluntariado y el Servicio Cívico. Montevideo, Uruguay: Instituto de Comunicación y Desarrollo (ICD); p. 127.

http://www.lasociedadcivil.org/uploads/ciberteca/older_adults_final_report.pdf

Cruzado Rodriguez, J. (2008). Psicología de la salud y cuidados paliativos. En *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual*. Obra Social” la Caixa”

Cutler, S., y Hendricks, J. (2000). Age Differences in Voluntary Association Memberships Fact or Artifact. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55(2): S98-107.

Csikszentmihalyi, M. (1998). *Fluir. Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.

Csikszentmihalyi, M. (1999). “If we are so rich, why aren't we happy?” *American Psychologist*, 54 (10), 821-827

Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., y Sheridan J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness. *Meditation. Psychosomatic Medicine* 65:564–570. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3>

- Davidson, R., y Begley, S. (2012). El perfil emocional de tu cerebro. Ediciones Destino.
- Davis, M. (1998). Relationship between specific and global perceptions of social support: Associations with well-being and attachment. *Journal of personality and social psychology*, 74(2), 468-481.
- Debono, M., y Cachia, E. (2007) El impacto de la diabetes en el bienestar psicológico y la calidad de vida. El papel de la educación del paciente. *Psicología, Salud y Medicina*, 12: 5, 545-555. [https://doi: 10.1080/13548500701235740](https://doi.org/10.1080/13548500701235740)
- Diaz, N. (2019). Necesidades Espirituales. *En Manual de cuidados paliativos para cuidadores Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer.* (pp 177-193). ISBN 978-987-3945-70-0
- Diener, E. (1984). "Subjective Well-Being". *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, E., y Emmons, R. (1985). "The independence of positive and negative affect". *Journal of Personality and Social Psychology*, 47 (5), 1105-1117.
- Diener, E., Larsen, R., Levine, S. y Emmons, R. (1985). "Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect". *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (5), 1253-1265.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., y Griffin, S. (1985). "The satisfaction with Life Scale". *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Diener, E., Colvin, R., Pavot, W., y Allman, A. (1991). "The psychic costs of intense positive affect". *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (3), 492-503.
- Diener, E., y Larsen, R. (1991). "The experience of emotional well-being". En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions*. New York: Guilford.
- Diener, E., Sandvik, E., y Pavot, W. (1991). "Happiness is the frequency not the intensity of positive versus negative affect". En F. Strack, M. Argyle y N. Schwartz (Eds.), *Subjective well-being, and interdisciplinary perspective* (pp. 119-140). Oxford: Pergamon.

- Diener, E. (1994). "Assessing subjective well-being: Progress and opportunities". *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E. (1994). Subjective well-being. Ed. Intervención Psicosocial; Madrid 3, (8) 67.
- Diener, E., y Fujita, F. (1995). "resources, Personal Strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach". *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (5), 926-935.
- Diener, E., y Diener, M. (1995). "cross-cultural correlates of life satisfaction and self esteem". *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 653-663.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., y Smith, H. (1999). "Subjective well-being: Three decades of progress". *Psychological Bulletin*, 125, 276-302
- Diener, E., Lucas, R. y Scollon, C. (2006). "Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being". *American Psychologist*, 61, 305-314.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *Journal American Psychologist*, 5 (1), 34-43
- Diener, E., y Biswas-Diener, R. (2008). *Rethinking happiness: The science of psychological wealth*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Diener, E., Tay, L., y Myers, D. (2011). The religion paradox: If religion makes people happy, why are so many dropping out?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(1), 1278-1290. <https://doi:10.1037/a0024402>
- Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N., y Calman, K. (2004). *Oxford Text book of Palliative Medicine*. Oxford University Press, New York, USA. Tercera Edición
- Doyle, D. (2005) "Palliative medicine: the first 18 years of a new subspecialty of General Medicine" en *J R Coll Physicians Edinb*, 35, 199-205.

- Dupuy, H. (1984). Índice de bienestar general psicológico (PGWB). En Wenger, NK, Mattson, ME, Furberg, CD, Elinson, J. (Eds.), *Evaluación de la calidad de vida en ensayos clínicos de terapias cardiovasculares* (pp 170 - 183). Nueva York, NY: Le Jacq.
- Durán, M. M. (2010). Bienestar Psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional De Administración*, 1(1), 71-84.
<https://doi.org/10.22458/rna.v1i1.285>
- Echeverri, R., Méndez Porras, C., y Ballesteros, B.P. (2004). Características Espirituales y Religiosas de Pacientes con Cáncer que asisten al Centro Javariano de Oncología. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 3 (2), 231-246.
- Ellison, CW. (1983) Spiritual Well Being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*; 11: 330.
- Ellison, C.G., Gay, D.A., y Glass, T.A. (1989). Does religious commitment contribute to individual life satisfaction? *Social Forces*, 68, 100-123.
- Emmons, R. (1998). A systems framework or systems frameworks?" *Psychological Inquiry*, 9, 148-150.
- Emmons, R.A. (1999). *The psychology of ultimate concerns*. New York: Guilford Press.
- Emmons, R.A. (2000a). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 3–26.
- Emmons, R. A.(2000b). Spirituality and intelligence: Problems and prospects. *International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 57–64.
- Emmons, R. A. (2005). Striving for the sacred: personal goals, life meaning, and religion. *Journal of Social Issues*, 61, 731–745. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00429.x>
- Esperandio M., y Leget, O. (2020). Espiritualidad en los cuidados paliativos: ¿un problema de salud pública? *Revista Bioética*, 28 (3). <https://doi: 10.1590/1983-80422020283419>

- Espíndula, J. A.; Valle E. R., y Bello A.A. (2010). Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. *Rev. Latino-Am.* 18 (6), 1229-1236.
- Eysenck, H. (1970). *The structure of human Personality*. 3a. ed. New York: Methuen.
- Exline, J. (2013). Luchas religiosas y espirituales. En el *Manual de Psicología, Religión y Espiritualidad de la APA Contexto, Teoría e Investigación*. Washington, DC: Asociación Americana de Psicología, (1), pp 459–75. <https://doi.org/10.1037/14045-025>
- Farahmandnia, B., Hamdanieh L., y Aghababaeian H. (2020). COVID-19 y duelo inconcluso. *Prehosp Disas Med* 35: 464. <https://doi.org/10.1017/S1049023X20000631>
- Fayard, C. (2013). Cultura, neurociencia y espiritualidad: abordaje neuro-psico-espiritual en psicoterapia. *Revista Entorno, Universidad Tecnológica de El Salvador*, 54: 20-31. ISSN: 2218-3345
- Ferrada Mundaca, L., y Zavala Gutierrez, M. (2014). Bienestar Psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 123-130. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100011>
- Fierro, A. (2000). Salud comporta(mental): un modelo conceptual. *Revista de Psicología general y aplicada*, 53, 147-164.
- Floriani, C.A. (2011). Cuidados paliativos en Brasil: desafíos para su inserción en el sistema de salud. En: FS Santos (Ed.), *Cuidados paliativos: Pautas, humanización y alivio de síntomas*, 101-106. São Paulo, SP: Atheneu.
- Floriani, C.A., Schramm, F.R. (2007). Retos morales y operativos de la inclusión de los cuidados paliativos en la red de atención primaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (9), 2072-2080. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900015>
- Fordyce, M. (1983). “A program to increase happiness: Further studies”. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483-498.

- Folkman, S. y Greer, S. (2004). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*, 9, 11-19.
- Frankl, V.E. (1977). *La presencia olvidada de Dios. Psicoterapia y Religión*. 1ª ed. 1977. Herder
- Frankl, V.E. (1978). *Psicoanálisis y existencialismo*. Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V.E. (1984). *La idea psicológica del hombre*. Rialp.
- Frederick, S., y Loewenstein, G. (1999). "Hedonic adaptation". En Kahneman, D., Diener, E., Schwartz, D. (Eds.), *Scientific perspectives on enjoyment, suffering, and wellbeing*. New York. Russell Sage Foundation.
- 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.
- Folkman, S. (1997). Estados psicológicos positivos y afrontamiento del estrés severo. *Social Science & Medicine*, 45 (8), 1207-1221.
- Fox, J., y Piedmont, R.L. (2020). La crisis religiosa como predictora causal independiente de la angustia psicológica: comprensión del papel único de lo numinoso para el funcionamiento intrapsíquico. *Religiones 2020*, 11, 329. <https://doi.org/10.3390/rel11070329>
- Fromm, E. (1966). *Psychoanalyse und Religion*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Fuller, R. (1988). *Religion and the life cycle*. Philadelphia: Fortress.
- Gala León, F., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. Villaverde Gutiérrez, M., y Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30.
- García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En Claves del Pensamiento*, 16, 13-29.

- 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>
- Gardner, H. (1993) *Multiple intelligences: The theory in practice*. Basic Book
- Gardner, H. (1994). *Estructuras de la mente: La teoría de las inteligencias múltiples*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gallegos M., y 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/enfermeriaimss/eim-2008/eim082g.pdf>
- Germer, C. (2011). *El poder del mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Gimenez Lascano, G., y Coppolillo, F. (2010). Adaptación transcultural y validación en Argentina de un cuestionario para medir el bienestar espiritual. *Archivos de medicina familiar y general*, 7(1), 10-15
- Goldberg, B. (1998) Conexión: una exploración de la espiritualidad en el cuidado de enfermería. *JAN.*;27 649-58
- Goleman, D., y Davidson, R. (2017). Los beneficios de la meditación. Barcelona: Kairós.
- González, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7 (2), 19-29.
www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/.../vol7no2art2.pdf
- González-Rivera. J.A., Quintero-Jiménez. D., Veray-Alicea, J., y Rosario-Rodríguez, D.A., (2017) Relación entre la Espiritualidad, las Prácticas Religiosas y el Bienestar Psicológico en una Muestra de Creyentes y No Creyentes. *Ciencias de la Conducta* 32, (1), 25-56.

- González-Rivera, J., Rosario-Rodríguez, A., y Pagán-Torres, O. (2018). Análisis factorial confirmatorio de la escala de espiritualidad personal en adultos puertorriqueños. *Interacciones*, 4(3), 153-162. <https://doi.org/10.24016/2018.v4n3.101>
- González Valdés, T.L. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7 (2), 19-29.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-2b/vol7no2art2.pdf>
- Greene, R.R., Galambos, C., y Lee, Y. (2003). Resilience Theory: Theoretical and Professional Conceptualizations. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8(4), 75-91.
- Griffith, B. y Graham, C. (2004). Meeting needs and making meaning: The pursuit of goals. *Journal of Individual Psychology*, 60(1), 25-41. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750204>
- Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago (2000). *Rev. Médica Chile* 128, (5) <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000500015>
- Guzmán J.M., y Huenchuan S. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. CELADE-CEPAL. Simposio Viejos y Viejas, Participación, Ciudadanía e Inclusión Social y 51° Congreso Internacional de Americanistas; 1418; Santiago, Chile.
- Habel, U., Klein, M., Kellermann, T., Shah, N. J., y Schneider, F. (2005). Same or different? Neural correlates of happy and sad mood in healthy males. *Neuroimage*, 26(1), 206-214.
- Halama, P., y Striženec, M. (2004). Spiritual, existential or both? Theoretical considerations on the nature of “higher” intelligences. *Studia Psychologica*, 46(3), 239–253
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Helton, G., Wolfe, J., y Snaman, JM (2020). Definitivamente sentimientos encontrados: el efecto del COVID-19 sobre el duelo en padres de niños que murieron de cáncer. *Revista de manejo del dolor y los síntomas*, 60(5), e15e20. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.035>

- Hermes, H., y Lamarca, I. (2013). Cuidados paliativos: un enfoque basado en las categorías de profesionales sanitarios. *Ciência y Saúde Coletiva*, 18 (9), 2577-2588. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>
- Hernandez, R., Bassett, S., Boughton, S., Schuette, S., Shiu, E., & Moskowitz, J. (2018). Bienestar psicológico y salud física: asociaciones, mecanismos y direcciones futuras. *Revisión de emociones*; 10 (1): 18-29. <https://doi: 10.1177 / 1754073917697824>
- Herrera Sánchez, B. (2009). Facultad de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. *Universidad de Antioquia. Medellín*, 27, (1)
- Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R., y Shott, S. (2005). Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 782-788. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198009>
- Hillson, J. (1997) *An investigation of Positive Individualism and Positive Relations With Others: Dimensions of Positive Personality*. University of Western Ontario, Ontario.
- Hiratsuka, Y., Suh, SY., Maeda, I. Morita T, Mori M, Ito S, Nishi T, Hisanaga T, Iriyama T, Kaneishi K, Ikari T, Tagami K, y Inoue A. (2021). Factores que influyen en el bienestar espiritual en pacientes hospitalizados con cáncer en fase terminal en Japón. *Support Care Cancer* 29, 2795–2802. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05802-5>
- Huffman, J.C., Millstein, R.A., Mastromauro, C.A., Moore, S.V., Celano, C.M., Bedoya, C.A, y Januzzi, J.L. (2015). Una intervención de psicología positiva para pacientes con síndrome coronario agudo: desarrollo del tratamiento y ensayo de prueba de concepto. *Revista de estudios de la felicidad*. <https://doi:10.1007/s10902-015-9681-1>
- Hunter-Hernández M, Costas-Muñiz R, y Gany F. (2015). Missed Opportunity: Spirituality as a Bridge to Resilience in Latinos with Cancer. *J Relig Health*. 54(6):2367-75. <https://doi: 10.1007/s10943-015-0020-y>

- Ironson, G., Stuetzle, R. y Fletcher, M.A. (2006). An increase in religiousness / Spirituality occurs after HIV diagnosis and pre-dicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *Journal of General Internal Medicine*, 21, S62-S68.
- Ivtzan, I; Chan, C., Thompson, H., y Prashar, K. (2011). Linking religion and spirituality with psychological well-being: examining self-actualization, meaning in life, and personal growth initiative. *J Relig Health*, 52(3):915-29.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-011-9540-2>
- James, W. (1902). *Las variedades de la experiencia religiosa 2ª ed. Península*. Versión castellana de JF. Y Vars. <http://www.scribd.com/doc/4251083/variedades-de-la-experiencia-religiosa-william-james>
- Johnston, B., Gaffney, M., Pringle, J., y Buchanan, D. (2015) The person behind the patient: a feasibility study using the patient dignity question for patients with palliative care needs in hospital. *Int J Palliat*. 21(2):71-7. <https://doi: 10.12968/ijpn.2015.21.2.71>
- Jiménez, J. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la Medicina. *Revista Gaceta Universitaria*, 1, 92-101.
- Jones, J.W. (1995). *In the middle of this road we call our life: The courage to search for something more*. New York: Harper Collins.
- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Jung, C. (1949) *Psicología y religión*. Ed. Paidós
- Kabat-Zinn J. (2005). *La práctica de la Atención Plena*. Bilbao: Desclée.
- Kabat-Zinn, J. (2011). *Manual Clínico de Mindfulness*. Bilbao: Desclée.
- Kafka, G., y Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to the measures of subjective well being. *Social Indicators Research*, 57, 171-190. <https://doi: 10.1023/A:1014451725204>.

- Kahn, R., & Juster, F. (2002). Well-Being: Concepts and Measures. *Journal of Social Issues*, 58(4), 627-644
- Kamijo, Y., y Miyamura T. (2019). Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy. *Jpn J Nurs Sci*, 17, (1) <https://doi.org/10.1111/jjns.12276>
- Kareaga, A., Ayestaran, A., Exeberria, S., y Smith, J. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 235-252.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157659622008000200006&lng=es&tlng=es.
- Karotky, S. (2003) *Los adultos mayores voluntarios en Uruguay: descripción y perfiles* [Tesis Maestría]: Universidad Autónoma de Madrid; 138 p.
- Kelley, M., y Chan, K. (2012). Assessing the role of attachment to God, meaning, and religious coping as mediators in the grief experience. *Death Studies*, 36, 199-227
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., y Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19, 139-155.
- Keyes, C., Ryff, C., y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. Estados Unidos: *Journal of Personality and Social Psychology*
- Keyes, C., y Magyar-Moe, J. (2003). "The measurement and utility of adult subjective well-being". En Shane J. López y C.R. Snyder (Ed.), *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington: American Psychological Association.
- Keyes, C. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Kevin, E., Hershberger, P., Russell, R., y Market, R. (2001). Stress, negative social exchange and health symptoms in university students. *Journal of American College Health*, 50(2), 75- 80.

- Kim-Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C., y Diener, M. (2005). Integrating the diverse definitions of happiness: A time-sequential framework of subjective well-being. *Journal of happiness Studies*, 6(3), 261-300.
- King, D. (2008). Brighter paths to wellbeing: An integrative model of human intelligence and health. *Trent University Centre for Health Studies Showcase*, 12–13.
- Kjaer, T., Bertelsen, C., Piccini, P., Brooks, D., Alving, J., y Lou, H. (2002). Increased dopamine tone during meditation-induced change of consciousness. *Brain Research. Cognitive Brain Research*, 13(2),255-259.
- Koburtay, T., y Alzoubi, A. (2021). The linkages between person-organization spirituality fit and workers' psychological well-being. *The Journal of social psychology*, 161(1), 103–118. <https://doi.org/10.1080/00224545.2020.1778618>
- Koenig, H.G., George, L.K. y Siegler, I.C. (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist*, 28, 303-310.
- Koenig, H.G. (1998). Religious beliefs and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. (13) 213–224.
- Koenig, H.G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*,54(5), 283-291.
- Koenig H. G. (2012). *Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications* Coleman, P.G., Carare, R.O., Petrov, I., Forbes, E., Saigal, A., Spreadbury, J.H., Yap, A.
- Kendrick, T. (2011). Spiritual belief, social support, physical functioning and depression among older people in Bulgaria and Romania. *Aging & Mental Health*, 15(3), 327-333.
- Koslander, T., y Arvidsson, B. (2007). Patient's conceptions of how the spiritual dimension is addressed in mental health care: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 597-604.

- Kong, F., Ding, K., Yang, Z., Dang, X., Hu, S., Song, Y., y Liu, J. (2014). Examining gray matter structures associated with individual differences in global life satisfaction in a large sample of young adults. *Social cognitive and affective neuroscience*, *10*(7), 952-960.
- Kong, F., Hu, S., Wang, X., Song, Y., & Liu, J. (2015). Neural correlates of the happy life: the amplitude of spontaneous low frequency fluctuations predicts subjective well-being. *Neuroimage*, *107*, 136-145.
- Korman, G., Garay, C. y Sarudiansky, M. (2008). Psicoterapia cognitiva y religión ¿Qué debe saber un terapeuta cognitivo de la diversidad religiosa de la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense? *Summa Psicológica UST*. *5* (2), 53-62.
- Kralova, A., y Hlinkova, S. (2018). The impact of diagnosis on the psychosocial and spiritual needs of the patients. *Int. Conf. Society, Health, Welfare* .
<https://doi.org/10.1051/shsconf/20196802006>
- Kringelbach, M., y Berridge, K. (2010). The neuroscience of happiness and pleasure. *social research*, *77*(2), 659.
- Krikorian, A. (2012). *Factores que contribuyen a la experiencia de sufrimiento en enfermos con cáncer en situación avanzada/terminal que reciben cuidados Paliativos*. [Doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Barcelona]. *Tesis*,256.
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/96861>.
- Krueger, F., Mc Cabe, K., Moll, J., Kriegeskorte, N., Zahn, R., Strenziok, M., y Grafman, J. (2007). Neural correlates of trust. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *104*(50), 20084-20089
- Krupski, T. L., Kwan, L., Fink, A., Sonn, G. A., Maliski, S., y Litwin, M. S. (2006). Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, *15*, 121-131.

- Kubler-Ross, E. (1989). *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo. Barcelona.
- Lambert, V.E., Lambert, C.E. y Yamase, H. (2003). Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nursing and Health Sciences*, 5, 181-189. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4778755&pid=S1576-5962200800020000600012&lng=es
- Larson, D.B., Sherrill, K.A., Lyons, F.C., Craigie, F.C., Thielman, M.A., Greenwold, M.A. y Larson, S.S. (1992). Associations between dimensions of religious commitment and psychiatry and mental health reported in the American Journal of Archives of General Psychiatry: 1978-1989. *American Journal of Psychiatry*, 149, 557-559.
- Lascano, G., y Coppelillo, F. (2010). Adaptación transcultural y validación en Argentina de un cuestionario para medir el bienestar espiritual. *Archivos de Medicina Familiar Y General*, 7(7), 10–15.
- Lazar, S., Kerr, C., Wasserman, R., Gray, J., Greve, D., Treadway, M., McGarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, J., Benson, H., Rauch, S., Moore, C., y Fischl, B. (2005). La experiencia de meditación está asociada con un aumento del grosor cortical., *NeuroReport*, 16 (17), 1893-189. <https://doi: 10.1097 / 01.wnr.0000186598.66243.19>
- Leget, C. (2018). Spirituality in palliative care. In: MacLeod R.D, Van den Block, L., eds. *Text book of palliative care*. Cham: Springer International Publishing. pp1-11.
<https://bit.ly/2WqnQZQ>
- Leite, A., Ramires, A., Moura, A., Souto, T., y Maroco, J. (2019). Bienestar psicológico y percepción de la salud: predictores del pasado, presente y futuro. *Archivos de Psiquiatría Clínica (São Paulo)*, 46 (3), 53-60. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000194>
- Lewis, G. J., Kanai, R., Rees, G., y Bates, T. C. (2013). Neural correlates of the ‘good life’: Eudaimonic well-being is associated with insular cortex volume. *Social cognitive and affective neuroscience*, 9(5), 615-618.

- Li, Y. (2007). Recovering from spousal bereavement in later life: does volunteer participation play a role? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*; 62(4): S257-66.
- Limonero, J., y Bayés, R. (1995). Bienestar en el ámbito de los enfermos en situación terminal. *Medicina Paliativa*, 2 (2), 5-9
- Lindquist, K. A., Wager, T. D., Kober, H., Bliss-Moreau, E., y Barrett, L. F. (2012). The brain basis of emotion: a meta-analytic review. *Behavioral and brain sciences*, 35(3), 121-143.
- Lluís, J. (2002). Personalidad: esbozo de una teoría integradora. *Psicothema*: 14, 4, 693-701
- Lucas,R., Diener, E. y Suh, E. (1996). “discriminant validity of well-being measures”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lucchetti, G., Ramakrishnan, P., Karimah, A., Oliveira, G.R., Dias ,A., Rane, A. et al. (2016). Spirituality, religiosity, and health: a comparison of physicians’ attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *Int J Behav Med*;23(1):63-70. [https://doi: 10.1007/s12529-015-9491-1](https://doi.org/10.1007/s12529-015-9491-1)
- Lyubomirsky, S. (2007). The how of happiness. New cork. The Penguin Press.
- Maldonado Saucedo, M. (2015) Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores Viviendo en Pobreza. *Acta Investigación Psicológica*; 5 (1): 1815-30.
- Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual (2018). Obra Social “la Caixa”
- Manual de cuidados paliativos para cuidadores (2019). Biondi, C., Bonsaver, C., Bunge,S., Cullen, C., Díaz, N., Dicattarina, S., D'Urbano, E., Etcheverry, L., Illán,Valeria S., Mammana, G., Medina, M., Nadal, C., Peirano, G., Sosena, V., Tedeschi, V., Vega, G.,Viaggio, C. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional del Cáncer. ISBN 978-987-3945-70-0
- Markides, K., Levin, J., y Ray, L. (1987). Religion, aging, and life satisfaction: an eight-year, Three-Wave Longitudinal Study. *The Gerontologist*, 27 (5), 660–665.
<https://doi.org/10.1093/geront/27.5.660>

- Martel, B. A. (2017). *Bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo* [Tesis de licenciatura. Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <http://hdl.handle.net/11537/10613>
- Martínez Ortiz, E., Trujillo, A., Díaz del Castillo, J., y Osma, J. (2011). Desarrollo y Estructura de la Escala dimensional del sentido de la vida. *Acta Colombiana de Psicología* 14 (2): 113-119. <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v14n2/v14n2a11.pdf>
- Maslow, A. (1968). *Towards a psychology of being*. Princeton. NJ, E.E.U.U: Van Nostrand Reinhold.
- Mc Clain, C., Rosenfeld, B., y Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The lancet* 361 [https://doi: 10.1016 / S0140-6736 \(03\) 13310-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13310-7)
- Mc Connell, K.M., Pargament, K.I., Ellison, C.G. y Flannelly, K.J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1469-1484.
- Mc Culloch, K. I. Pargament y Thoresen, C. E. (2000). Forgiveness: Theory, Research, and Practice. (eds.) *The Guilford Press*, New York, NY, pp. 65-68.
- Mc Namara, P. (2006). "The frontal lobes and the evolution of cooperation and religion". In: P. McNamara (Ed.), *Where God and science meet: How brain and evolutionary studies alter our understanding of religion: The neurology of religious experience*, (pp. 189-204). Westport, CT: Praeger
- Mejor, M., Aldridge, L., Butow, P., Olver, I., Price, M., y Webster, F. (2015). Evaluación del sufrimiento espiritual en el contexto del cáncer: una revisión sistemática de la literatura. *Cuidados paliativos y de apoyo*, 13 (5), 1335-1361. [https://doi: 10.1017 / S1478951514001217](https://doi.org/10.1017/S1478951514001217)

- Meléndez J.C., Tomás, J.M., y Navarro, E. (2009) Envejecimiento y bienestar: Avances en investigación. 12, 83-103. <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/envejeybienestar.pdf>
- Menéndez, E. (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”: *Ciencia & Saúde Coletiva*. 8 (1), 185-207.
- Menon, V., y Uddin, L. Q. (2010). Saliency, switching, attention and control: a network model of insula function. *Brain Structure and Function*, 214(5-6), 655-667.
- Meraviglia, M. G. (2004) The Effects of Spirituality on Well-Being of People With Lung Cancer . *Oncology Nursing Society*, 31 (1), 89-94.
- Michalos, A. (1986). “Job satisfaction, marital satisfaction and the quality of life: A review and a preview”. En F. Andrews (Ed.). *Research on the Quality Of Life*. Michigan:Institute for Social research. University of Michigan.
- Michiyo Ando, Akira Tsuda, y Tatsuya Morita, (2006) *Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer*.15 225–231
<https://doi10.1007/s00520-006-0121-y>
- Micin, S., y Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Ter Psicol*; 29 (1): 53-64.
- Miró, M. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia*, 17 (66-67), 31-76.
- Montaño Sinisterra, M., Palacios Cruz, J., y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3 (2): 81-107. <https://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=297225531007>
- Montero, M., y Sierra, L. (1996). Escala de Bienestar Espiritual: un estudio de validación. *Psicología Social en México, AMEPSO*, VI, 28-33.
<http://www.psicologiadramontero.com/Publicaciones/files/1996>

- Moreta-Herrera, C., López-Calle, P., Gordón-Villalba, W., y Ortíz-Ochoa (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos. *Actualidades en Psicología* 32 (124), 112-126.
- Mueller, P.S., Plevak, D.J., y Rummans, T.A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinical Procedures*, 76(12), 1225-1235.
- Murray, S., Kendall, M., Boyd, K., Grant, L., Highet, G., y Sheikh, A. (2010). Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual well being and distress in family caregivers of patients with lung cancer: Secondary analysis of serial qualitative interviews. *Br Med J* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883691/?tool>
- Mok E., Wong F., y 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.
- Mroczek D. K. y Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333-1349.
- Myers, D. (1992). The secrets of happiness. *Psychology Today*, 25, 38-46.
- Münch, U., Müller, H., Deffner, T. *et al.* (2020). Recomendaciones para apoyar a las personas estresadas, gravemente enfermas, moribundas y en duelo por la pandemia de la corona desde una perspectiva médica paliativa. *Dolor* 34, 303-313.
<https://doi.org/10.1007/s00482-020-00483-9>
- Navas, C., y Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista Ciencias de la Educación* 1 (27), 29-45.
- Nickerson, C., Schwarz, N., Diener, E. y Kahneman, D. (2003). Zeroing in on the dark side of the American dream: A closer look at the negative consequences of the goal for financial success. *Psychological Science*, 14(6), 531-536

- Northoff, G., Heinzl, A., De Greck, M., Bermpohl, F., Dobrowolny, H., y Panksepp, J. (2006). Self-referential processing in our brain—a meta-analysis of imaging studies on the self. *Neuroimage*, 31(1), 440-457.
- Novoa Gómez, Caycedo, Aguillón & Suárez Álvarez. (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
- Neimeyer, R.A. (2016). *Serie sobre muerte, agonía y duelo. Técnicas de terapia del duelo: evaluación e intervención*. Routledge / Taylor & Francis Group.
<https://psycnet.apa.org/record/2015-50914-000>
- Nelson, C., Rosenfeld, M., Breitbart, W., y Galietta, M. (2002) Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill. *Psychosomatics*; 43: 213–220
- Newberg, A., y Waldman, M. (2009). *How God Changes your Brain*. New York: Ballantine Books.
- Oishi, S. (2000). Goals as Cornerstones of subjective well-being: Linking Individuals and cultures. En: Diener, E. y Suh, E. M., (Eds.), *Culture and Subjective Well-being*, pp 87 - 112, Cambridge, MA: MIT Press).
- Okutsu, M. (2012). *Bienestar espiritual y religiosidad: su relación con la personalidad y apoyo social percibido en pacientes con cáncer de mama. Un estudio exploratorio*. [Tesis de Maestría Universidad Favaloro].
- Oliver A, Galiana L, y Benito E. (2016). Evaluation tools for spiritual support in end of life care: increasing evidence for their clinical application. *Curr Opin Support Palliat Care*, 9:357-60.
[http://doi: 10.1097/SPC.0000000000000173](http://doi:10.1097/SPC.0000000000000173)

- Oramas, A., Santana, S., y 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. (1946). *Informe resumido sobre actas de actas y actas finales de la conferencia de salud*. Int Heal Conf. 1946; 2: 1-143
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1990). *Alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos*. Ginebra: el autor.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2002). *Definición de la OMS de cuidados paliativos*. Ginebra: el autor. Obtenido de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 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>
- Organización Mundial de la Salud -OMS. (2020). Enfermedad por coronavirus (COVID-2019) informes de situación. Ginebra, Suiza.
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/>
- Ortiz, M. (2007). *Dilemas Éticos de la Espiritualidad en el Trabajo Social*. Conferencia ofrecida en la Quinta Conferencia de Trabajo Social Forense, Universidad Interamericana, Recinto Metropolitano. Puerto Rico. <http://www.ramajudicial.pr/Miscel/Conferencia/PDF/>
- Padrós Blázquez, F., Gutiérrez-Hernández, C., y Medina Calvillo, M. (2010). La psicología positiva; una joven disciplina científica que tiene como objeto de estudio un viejo tema, la felicidad. *Uaricha Revista de Psicología* 14 (1), 30-40
- Padrós, F., Gutiérrez, C. Y., y Medina, M. A. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener en la población de Michoacán (México). *Avances En Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223–232.<https://doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04>

- Paloutzian, R., y Park, C. (2013). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality (2.ed.)*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. (2004). Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 713–730. <http://doi.org/10.1177/1359105304045366>
- Pargament, K. (Ed.). (2013). *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Pargament, K., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengeod, N., Newman, J., y Jones, W. (1988). Religion and the Problem-Solving Process: Three Styles of Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(1), 90. <http://doi.org/10.2307/1387404>
- Pargament, K., Koenig, H. G., y Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 51.
- Pargament, K. I., y Mahoney, A. (2009). *Spirituality: The Search for the Sacred*. (C. R. Snyder & S. J. Lopez, Eds.) (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press. <http://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0058>
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Publications.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., y Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710. <http://doi.org/10.2307/1388152>
- Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G., y Wulff, K. M. (2001). Religious Coping Among the Religious: The Relationships Between Religious Coping and Well-Being in a National Sample of Presbyterian Clergy, Elders, and Members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(3), 497–513. <http://doi.org/10.1111/0021-8294.00073>

- Pargament, K.I., Murray-Swank, N., Magyar, G. y Ano, G. (2005). Spiritual struggle: A phenomenon of interest to psychology and religion. En W. R. Miller y H. Delaney (Eds.): *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change* (pp. 245-268). Washington, D.C.: APA Press.
- Pavot, W., y Diener, E. (1993). "review of the satisfaction with life scale". *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- Pavot, W., Diener, E., y Suh, E. (1998). "The Temporal Satisfaction with Life Scale". *Journal of Personality Assessment*, 70, 340-354.
- Pedraz-Petrozzi B, Mendoza-Saldaña, J., Altamirano-Quiroz, A., Saldivar-Ampuero, G., Pilco-Inga, J., Pando-Alvarez, F., y Samamé-Perez Vargas J.C. (2020). Aspectos psico-espirituales medidos con la FACIT-Sp en pacientes con cáncer estadio IV.. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(1):5-14. [https://doi: 10.20453 / rnp.v83i1.3681](https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3681)
- Pedreira, C.S. (2013). Asistencia psicológica humanizada a pacientes oncológicos. *Psicología PT: El portal de los psicólogos*, 1-14. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0735.pdf>
- Hervás, G, Cebolla, A., y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27, 115-124. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Perez de Albeniz, A., y Holmes, J. (2000). Meditation: concepts, effects and uses in therapy. *International Journal of Psychotherapy*, 5(1), 49-58
- Pérez Padilla M.L., Ponce Rojo A., Hernández Contreras J., y Márquez Muñoz B.A. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. *Revista de Educación y Desarrollo*. 14.
- Peterson, C., y Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues. A handbook and classification*. Washington D. C.: American Psychological Association

- Piedmont, R. L., y Chae, J.-H. (1997). Cross-Cultural Generalizability of the Five-Factor Model of Personality: Development and Validation of the NEO PI-R for Koreans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 28(2), 131–155. <http://doi.org/10.1177/0022022197282001>
- Piedmont, R. L. (1999). Does Spirituality Represent the Sixth Factor of Personality? Spiritual Transcendence and the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 67(6), 985–1013. <http://doi.org/10.1111/1467-6494.00080>
- Piedmont, R. L. (2001). Spiritual transcendence and the scientific study of spirituality. *Journal of Rehabilitation*, 67(1), 4–14.
- Piedmont, R. L., y Leach, M. M. (2002). Cross-Cultural Generalizability of the Spiritual Transcendence Scale in india: Spirituality as a Universal Aspect of Human Experience. *American Behavioral Scientist*, 45(12), 1888–1901. <http://doi.org/10.1177/0002764202045012011>
- Piedmont, R. L. (2004). *Assessment of spirituality and religious sentiments, technical manual (1st ed.)*. Timonium, Maryland: Author.
- Piedmont, R. L. (2005). *The Role of Personality in Understanding Religious and Spiritual Constructs*. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (1st ed. 253–273). London: The Guilford Press.
- Piedmont, R. L. (2007a). Cross-cultural generalizability of the Spiritual Transcendence Scale to the Philippines: Spirituality as a human universal. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(2), 89–107. <http://doi.org/10.1080/13694670500275494>
- Piedmont, R. L., Hassinger, C. J. C., Rhorer, J., Sherman, M. F., Sherman, N. C., y Williams, J. E. G. (2007b). The relations among spirituality and religiosity and Axis II functioning in two college samples. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 18, 52–73.
- Piedmont, R. L., Kennedy, M. C., Sherman, M. F., Sherman, N. C., y Williams, J. E. G. (2008). A Psychometric Evaluation Of The Assessment Of Spirituality And Religious Sentiments

(ASPIRES) Scale: Short Form. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 19, 163–182. <http://doi.org/10.1163/ej.9789004166462.i-299.55>

Piedmont, R. L. (2009). *The Contribution of Religiousness and Spirituality to Subjective Well Being and Satisfaction with Life*. In M. Souza, L. J. Francis, J. O'Higgins-Norman, & D. Scott (Eds.), *International Handbook of Education for Spirituality, Care and Wellbeing* (3), (pp.89–105). Dordrecht: SpringerNetherlands. <http://doi.org/10.1007/978-1-4020-9018-9>

Piedmont, R. L., Ciarrocchi, J. W., Dy-Liacco, G. S., y Williams, J. E. G. (2009). The empirical and conceptual value of the spiritual transcendence and religious involvement scales for personality research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1(3), 162–179. <http://doi.org/10.1037/a0015883>

Piedmont, R. L. (2010). *Assessment of spirituality and religious sentiments, technical manual (2nd ed.)*. Timonium, Maryland: Author.

Piedmont, R. L., y Friedman, P. H. (2012). *Spirituality, Religiosity, and Subjective Quality of Life*. In K. C. Land, A. C. Michalos, y M. J. Sirgy (Eds.), *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research* (pp. 313–329). Dordrecht: Springer Netherlands. http://doi.org/10.1007/978-94-007-2421-1_14

Piedmont, R. L. (2012). Overview and Development of Measure of Numinous Constructs: The Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale. In L. J. Miller (Ed.), *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality* (pp. 104–122). Oxford: Oxford University Press.

Piedmont, R. L. (2013). A short history of the Psychology of Religion and Spirituality: Providing growth and meaning for Division 36. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(1), 1–4. <http://doi.org/10.1037/a0030878>

- Piedmont, R. L., Magyar-Russell, G. M., DiLella, N., y Matter, S. (2014). Sense of coherence: big five correlates, spirituality, and incremental validity. *Current Issues in Personality Psychology*, 2(1), 1–9. <http://doi.org/10.5114/cipp.2014.43096>
- Piedmont, R., y Wilkins, T. (2020). Understanding the Psychological Soul of Spirituality: A Guidebook for Research and Practice. *New York: Routledge*.
- Pinquart, M. (2002) Buenas noticias sobre los efectos de los malos estereotipos de la vejez, Investigación experimental sobre el envejecimiento. *Taylor & Francis Online*, 28 (3), 317-336. <https://doi: 10.1080 / 03610730290080353>
- Pinto, N. (2007). *Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedades crónicas. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9 (1), 20-35. <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145212858003.pdf>
- Plante, Thomas. 2014. Four steps to improve religious/spiritual cultural competence in professional psychology. *Spirituality in Clinical Practice* 1: 288–92
- Prado, O.; Florenzano, U.; Fernández, R.; Cataldo, S.; Torres, G., y 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.
- Poseck, V. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. Sección Monográfica. *Papeles del psicólogo*, 27(1),1-2. www.cop.es/papeles
- Post, Lenneke, L. Ganzevoort, R., y Leeuw, I. (2020). Transcending the Suffering in Cancer: Impact of a Spiritual Life Review Intervention on Spiritual Re-Evaluation, Spiritual Growth and Psycho-Spiritual Wellbeing.SP 142V 11. <https://doi: - 10.3390/rel11030142>
- Puchalski C. (2004). Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin* 20(3):487-504. <https://doi: 10.1016/j.ccc.2004.03.007>
- Puchalski, C.M. & Tsevat, J. (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 21-27.

- Radosta, D. (2019). Reconstrucción Histórica del surgimiento del moderno movimiento Hospice.. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Buenos Aires, Argentina. *Scripta Ethnologica*, XLI, 9-41. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14861615001>
- Ramas Viera, A., Santana López, S., y Vergara Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 7(1-2), 34-39.
- Ramos, F., y García, I. (1991). Miedo y ansiedad ante la muerte. En J. Buendía, *Psicopatología Clínica y salud*. Servicio de Publicaciones de la Univ. de Murcia.
- Reed, P. (1987). *Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults*. Full publication history. <https://doi: 10.1002/nur.4770100507>
- Reed, P.G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health*, 10(5), 335-344.
- Reed, P.G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health*. 15(5): 347-357.
- Reig-Ferrer, A., Arenas, M. D., Ferrer-Cascales, R., Fernández-Pascual, M. D., Albaladejo Blázquez, N., Gil, M. T., y De la Fuente, V. (2012). Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. *Nefrología (Madrid)*, 32(6), 731-742
<https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Apr.11384>
- Reyes, M. M., De Lima, L., Taboada, P., Villarroel, L., Vial, J. D., Blanco, O., González, R., Parra, I., Toledo, G., Bonati, P., y Nervi, F. (2017). Escala numérica para evaluar síntomas espirituales en cuidados paliativos. *Revista médica de Chile*, 145(6), 747-754.
<https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000600747>
- Rivera, L., y Montero, L. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28 (6),51-58. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58262807.pdf>
- Rivera L., A. y Montero-L. L. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28 (6), 51-58.

- Rivera Ledesma, L. A. (2007). *Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico en el adulto mayor en un contexto religioso*. [Tesis Doctoral inédita]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivera L., A. y Montero-L. L. (2008). Estructura de pérdidas en la adultez Mayor: una propuesta de medida. *Salud Mental*, 3(6), 461-468.
- Rivera Ledesma, A., López, M.M., y Zavala Gimenez, S. (2014). Espiritualidad, psicología y salud. *Psicología Y Salud*, 24(55), 139–152. <https://doi.org/10.25009/pys.v24i1.728>
- Rivera L., A. Montero-L. L., M. y Sandoval Á., R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35, 329-337.
- Rivera L. A. y Montero-L. L. (en revisión). Ajuste psicológico y vida religiosa en adultos mayores.
- Rodríguez, J. (2007). La religión como predictor de las actitudes hacia la nación. *Actualidades en Psicología*, 21, 167-191.
- Rodríguez Carrión D., Sayers Montalvo S., y Martínez-Taboas A. (2011). Contribución del manejo religioso a la calidad de vida y sintomatología depresiva en una muestra de hispanos que tienen un diagnóstico de cáncer. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 22, 27-45 <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233222354005.pdf>
- Roman Alcalá, R., y Montero Ariza, M. (2013). Repensar el hedonismo: de la felicidad en Epicuro a la sociedad hiperconsumista de Lipovetsky. *ÉNDOXA: Series Filosóficas*, 31, 191-210. UNED, Madrid. <https://doi.org/10.5944/endoxa.31.2013.9371>
- Rossi, J. L., Jiménez, J. P., Barros, P., Assar, R., Jaramillo, K., Herrera, L., Quevedo, Y., Botto, A., Leighton, C., y Martínez, F. (2019). Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos. *Revista médica de Chile*, 147(5), 579-588. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000500579>

- Rowold, J. (2011). Efectos del bienestar espiritual en la felicidad posterior, el bienestar psicológico y el estrés. *J Relig Health* 50, 950–963. <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9316-0>
- Roysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C., y Harris, J. R. (2003). Happiness and Health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(6), 1136- 1146.
- Rufino Castro, M., y Blasco, T. (2015) *Las necesidades espirituales como elementos en el bienestar del paciente paliativo*: Universitat Autònoma de Barcelona. (162 p.). ISBN 9788449052613. [Tesis Doctoral Universitat Autònoma de Barcelona]. Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación. <https://ddd.uab.cat/record/131840>
- Ryan, R., Sheldon, K., Kasser T, y Deci, E. (1996). “All goals are not created equal”. En P.M. gollwitzer y J. A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 7-26). New York: guilford.
- Ryan, R., y 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. (1989). Happiness Is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi:10.1037//0022-3514.57.6.1069>
- 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., y Singer, B. (1998). *The contours of positive health*. New York: Psychological Inquiry
- Ryff, C. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. <http://www.karger.com/Article/>
- Salgado-Lévano, C. (2012). *Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana*. [Tesis doctoral

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú]. Recuperada de

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3293/1/Salgado-_la.pdf

Salgado-Lévano, C. (2016). Acerca de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Revista Educa*

Umch, (07), 7-27. <https://doi.org/10.35756/educaumch.201607>

Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., y Palfai, T.P. (1995). Emotional Attention,

Clarity, and Repair: Exploring Emotional Intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En

J.W.Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health*(pp. 125-154). Washington, D.C.,

USA: American Psychological Association.

Sanders, A., Lim, S., y Sohn, W. (2008). Resilience to Urban Poverty: Theoretical and

Empirical Considerations for Population Health. *American Journal of Public Health*, 98(6),

1101-1106.

Sarmiento Bolaños, M., y Gómez Acosta, A. (2013). Mindfulness. Una propuesta de aplicación en

rehabilitación neuropsicológica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (1),140-155.

Sartre, J. P. (1956). *Being and Nothingness*. New York, E.E.U.U: Philosophical Library.

Sato, W., Kochiyama, T., Uono, S., Kubota, Y., Sawada, R., Yoshimura, S., y Toichi, M. (2015).

The structural neural substrate of subjective happiness. *Scientific reports*, 5, 16891.

Srivastava, A., Locke, E. A., y Bartol, K. M. (2001). Money and subjective well-being: It's not the

money, it's the motives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 959-971.

Sheldon, K., Elliot, A., Kim, Y., y Kasser, T. (2001). What is satisfying about satisfying events?

Testing 10 candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*,

80, 325-339.

Shimai, S., Otake, K., Utsuki, N., Ikemi, A., y Lyubomirsky, S. (2004). Development of a Japanese

version of the Subjective Happiness Scale (SHS), and examination of its validity and

reliability. *Japanese journal of public health*, 51(10), 845-853.

- Schwengel, A., Niti, M., Tang, C., y Nq, T. (2009) Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. *Age Ageing*; 38(5): 531-7.
- 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). <http://ispub.com/IJPSP/4/1/6121>
- Segura Miño, S.G. (2011). Nivel de bienestar espiritual en personas adultas con cáncer en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, Perú.
<http://hdl.handle.net/20.500.12423/407>
- Seligman, M. (1991). *Learned Optimism*. New York, USA: Simon & Schuster.
- Seligman, M. (1998). The President's address. APA Annual Report, en *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Seligman M., y Peterson C. (2003). Positive clinical psychology; en L.G. Aspinwall, & U.M. Staudinger (Eds), *A Psychology of Human Strengths: Fundamental Questions and Future Directions for a Positive Psychology* (pp. 305-317). Washington, USA: *American Psychological Association*.
- Seligman, M. E., y 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, M. (2005). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Ed. Byblos.
- Seligman, M. (2008). "Positive Health", en *Applied Psychology*, 57, 3-18.
<https://doi/pdf/10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x>
- Seok Joon, Y., Sang-Yeon S., Sun Hyun, K., Jeanno, P., Yu Jung, K., Beodeul, K., Youngmin, P., Jung Hye, K., Kwonoh, P., Dong Wook, S., Hyeon Jeong, K., Hong-Yup, A., y David, H. (2018). Spiritual Well-being Among Palliative Care Patients With Different Religious

Affiliations: A Multicenter Korean Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56 (6), 893-901. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.09.001>

Shih, Fu-Jin Lin, Hung-Ru Gau, Meei-Ling Chen, Ching-Huey Hsiao, Szu-Mei Shih, Shaw-Nin Sheu, y Shuh-Jen. (2009). Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer. *Spiritual Needs of Taiwan's Older Patients With Terminal Cancer*. 36, (1), 31-38.

Schjodt, U., Stodkilde-Jorgensen, H., Geertz, A., y Roepstoroff, A. (2009). "Highly religious participants recruit areas of social cognition in personal prayer". *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 4, 199-207.

Schmutte, P. y Ryff, C. (1997). "Personality and well being: re-examining methods and meanings". *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (3), 549-559.

Siegel, D. (2010). *Cerebro y mindfulness*. Barcelona: Paidós

Simkin, H. (2013). *Adaptación y validación de la Escala de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES) en el contexto argentino*. In N. Cervone (Ed.), V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología (pp. 265-266). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. <https://doi.org/10.11144 /Javeriana.upsy16-2.aeee>

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

Simkin, H., y Etchezahar, E. (2013). Las orientaciones religiosas extrínseca e intrínseca: validación de la "Age Universal" I-E Scale. *Psyche (Santiago)*, 22(1), 97-106.
<https://doi.org/10.7764/psykhe.22.1.477>

- Simkin, H. (2017). Adaptación y Validación al Español de la Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES): la trascendencia espiritual en el modelo de los cinco factores. *Universitas Psychologica*, 16(2), 1–12.
- Simkin, H., Matrángolo, G., y Azzollini, S. (2018). Argentine validation of the Purpose in Life Test / Validación argentina del Test de Propósito en la Vida. *Estudios de Psicología*, 0(0), 1–23. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.140790>
- Singer, T., Critchley, H. D., y Preuschoff, K. (2009). A common role of insula in feelings, empathy and uncertainty. *Trends in cognitive sciences*, 13(8), 334-340.
- Sisk, D. (2008) “Engaging the spiritual intelligence of gifted students to build global awareness in the classroom”, *Roeper Review*, 30 (1), 24-30.
- Slade, M. (2010) Enfermedad mental y bienestar: la importancia central de la psicología positiva y los enfoques de recuperación. *BMC Health Serv Res.* 10, 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
- Snowdon, D. (2001). *Aging With Grace*. New York, USA: Bantam Books.
- Smith, T.B., McCullough, M.E., y Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129, 614-636.
- Solimine M., y Hoeman S. (1996). La espiritualidad una perspectiva de rehabilitación. En: Brillhart B. *Enfermería en rehabilitación: progreso y aplicación. México: Mosby Year Book*, p. 128.
- Sorajjakool, S., Aja, V., Chilson, B., Ramirez-Jhonson, J. y Earll, A. (2008). Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. *Pastoral Psychology*, 56, 521-532.
- Skrzypińska, K. (2008). Dokąd zmierzam? Duchowość jako wymiar osobowości. *Roczniki Psychologiczne*, 11(1), 39–57.

- Skrzypińska, K. (2021). ¿Existe la inteligencia espiritual (SI)? Una investigación teórica de una herramienta útil para encontrar el sentido de la vida. *J Relig Health* 60, 500–516.
<https://doi.org/10.1007/s10943-020-01005-8>
- Springer, K., y Hauser, R. (2006) An assessment of construct of Ryff's Scale of Psychological Well-Being: Method, mode and measurement effects. *Social Science Research*, 35, 1080-1102. DOI: 10.1016/J.ssresearch.2005.07.004
- Steinhauser K., Fitchett G, Handzo G., Johnson K., Koenig H., Pargament K. et al. (2017). State of the science of spirituality and palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes. *J Pain Symptom Manag* 54(3), 428-40.
[https://doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028](https://doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028)
- Thuné-Boyle, I., Stygal, J. Keshtgar, M., y Newman, S. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine* 63 (2006) 151–170.
- Thuné-Boyle I., Stygal J, Keshtgar M., Davidson T., y Newman S. (2011); Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology* 20(7),771-82. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20878874/>
- Tonetto, L., y Rech, T. (2001). Lidar con la terminalidad: un desafío para el psicólogo. *Psicosis*, 32 (1), 5-6.
- Tricomi, E., Rangel, A., Camerer, C. F., y O'Doherty, J. P. (2010). Neural evidence for inequality-averse social preferences. *Nature*, 463(7284), 1089.
- Underwood, L., y Teresi, J. (2002) The Daily Spiritual Experience Scale: Development, Theoretical Description, Reliability, Exploratory Factor Analysis, and Preliminary Construct Validity Using Health-Related Data. *Ann Behav Med. Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 22-33.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12008791/>

- Urraca, S. (1986). La muerte en la sociedad contemporánea. En VV.AA. Dilemas éticos de la medicina actual. Publicaciones de la Univ. Pontificia de Comillas. Madrid,
- Utami, M. (2014). Religiusitas, Koping Religius, dan Kesejahteraan Subjektif. *Jurnal Psikologi*, 39 (1), 46-66. <https://journal.ugm.ac.id/jpsi/article/view/6966>
- Vahia, I., Depp, C., Palmer, B., Fellows, I., Golshan, S., Thompson, W., Allison, M., y Jeste, D. (2011). Correlates of spirituality in older women. *Aging and Mental Health*, 15, 97-102.
- Vaillant, G. (2003). Mental health. *The American Journal Of Psychiatry*, 160(8), 1373-1384
- Valdés, T., y González, L. (2005). Psicología, salud y religión. *Psicología para América Latina*, (4).http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2005000200006&lng=pt&tlng=es.
- Valiente-Barroso C., y García-García E. (2010). *La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica*. Viguera Editores SL. 2(3),153-165.
- Valiente-Barroso, C. (2013). Intersecciones entre espiritualidad/religiosidad y psicología: desde la filosofía hasta la neurociencia. *Revista de Historia de la Psicología*, 34 (4)
- Van Reekum, C., Urry, H., Johnstone, T., Thurow, M. E, Frye, C., Jackson, C., Schaefer, H., Alexander, A., y Davidson, R. (2007). Individual differences in amygdala and ventromedial prefrontal cortex activity are associated with evaluation speed and psychological well-being. *Journal of cognitive neuroscience*, 19(2), 237–248.
<https://doi.org/10.1162/jocn.2007.19.2.237>
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una Psicología Positiva*. (Coord). pp. 13-46. Alianza, Madrid.
- Vázquez, C.; Hervás, G.; Rahona, J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Annuary of Clinical And Health Psychology*, 5, 15-28.

- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht: Reidel.
- Veenhoven, R., y Verkyten, M. (1989). The well-being of only children. *Adolescence*, 24,96, 155-166.
- Veloso, V., Tripodoro, V., Carballo, M., y Nastasi, R. (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, Buenos Aires:
<https://www.aacademica.org/000-032/203>.
- Ventis, W. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social*, 51, 33-48.
- Veliz-Burgos, A. y Urquijo, P. (2012) Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad*, 3(2), 131-150. ISSN 0718-7475.
- Vielma, J., y Alonso, L. (2010). *El estudio del bienestar psicológico subjetivo*. Una breve revisión teórica. Educere.
- Victoria, C. R. y González, I. (2000). La categoría Bienestar Psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(8), 25-32.
- Vilalta i Vilalta. (2010). *Evaluación de las necesidades espirituales de pacientes diagnosticados de cáncer avanzado y cáncer terminal*. Tesis doctoral. Universitat de Lleida].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=86765>
- Vogt, B., y Laureys, S. (2005). Posterior cingulate, precuneal and retrosplenial cortices: cytology and components of the neural network correlates of consciousness. *Progress in brain research*, 150, 205-217.
- Walters, J. (2002). "e art and science of Raja yoga: fourteen steps to higher awareness. Delhi, India: Motilal Banarsidass Publishers.

- Weir, K. (2020). Duelo por la vida y la pérdida. *Monitor de Psicología*, 51 (4). <http://www.apa.org/monitor/2020/06/covid-grieving-life>
- Wilt, J.; Grubbs, J.; Juola E., y Pargament., K. (2016). Personalidad, luchas religiosas y espirituales y bienestar. *Psicología de la religión y la espiritualidad* 8 (4): 341–51. <https://doi.org/10.1037/rel0000054>
- Windsor, T., Anstey. K., y Rodgers B. (2008) Volunteering and psychological well-being among young-old adults: how much is too much? *Gerontologist*; 48(1): 59-70.
- Wink, P., y Dillon, M. (2003). Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging*, 18(4), 916-924. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.4.916>
- World Health Organization (1986). *Cancer Pain Relief*. Gêneve. WHO.
- Wright, T. y Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 84-94 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4778773&pid=S1576-5962200800020000600030&lng=es
- Yi, M., Mrus, J., Wade, T., Ho, M., Hornung, R., Cotton, S., y Peterman. (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 21-27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1924785/>
- Yoffe, L. (2006). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate*7, Psicología, Cultura y Sociedad. Psicología Positiva. Buenos Aires: Universidad de Palermo, 193-205.
- Yoffe, L. (2012). Efectos positivos de las prácticas religiosas /espirituales en el duelo. Avances en Psicología. *Revista de la Facultad de Psicología de la y Humanidades, Universidad Femenina del Sagrado Corazón (UNIFE)*, 20 (1).

- Zeenat, I. (2012). Religiosity and Psychological Well-Being. *International Journal of business and Social Science*, 3 (11), 20-28. <http://ijbssnet.com/journals>
- Zellner, M.; Watt, D.; Solms, M., y Panksepp, J. (2011) “Affective neuroscientific and neuropsychanalytic approaches to two intractable psychiatry problems: Why depression feels so bad and what addicts really want”. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 35, 2000-2008.
- Zohar, D. (1997). *ReWiring the Corporate brain: Using the new science to rethink how we structure and lead organizations*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers Inc
- Zohar, D., y Marshall, I. (2000). *SQ: Spiritual intelligence, the ultimate intelligence*. New York: Bloomsbury Publishing
- Zohar, D. (2004). *Spiritual capital: Wealth we can live by*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers Inc.
- Zubieta, E. M., y Delfino, G. (2010) Satisfacción con la Vida, Bienestar Psicológico y Bienestar Social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, XVII, 277-283. Universidad de Buenos Aires.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139946018>
- Zuckerman, M., y Lubi, B. (1985). *Manual for the Multiple Affect Adjective Checklist List Revised*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.

Anexos

ANEXO I: Resolución Comité de Ética Hospital Parmenio Piñero



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**HOSPITAL PARMENIO PIÑERO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

23 de octubre de 2018

Título del Proyecto: " La Espiritualidad y el Bienestar Subjetivo y Psicológico en Enfermos Terminales"

CODEI Nota Nº 86/18

Responsable del Proyecto: Lic. Evangelina Aloe

Investigadores Responsables del HOSPITAL PIÑERO: Dra. Carrizo Cynhia, Lic. Mónica Mademann, y Dra. Jaqueline Cimerman

Sin Patrocinante

Lugar de realización: Hospital Parmenio Piñero, Cuidados Paliativos

Monitor del estudio: Lic. Hugo Simkin

Comité de Ética en Investigación Hospital Parmenio Piñero (CEIPIñero)
Varela 1301.CABA bioeticapinco@gmail.com

1 de 2

HOSPITAL PARMENIO PIÑERO COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

El Comité ha dado **APROBACION ÉTICA Y METODOLÓGICA** al proyecto de investigación "**La Espiritualidad y el Bienestar Subjetivo y Psicológico en Enfermos Terminales**" y se elevara al **Comité Central de Ética** para su registro centralizado.

Dejamos constancia que en el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326), garantía de **confidencialidad y anonimato**, en caso de publicación del estudio, la identidad de la persona se mantendrá **confidencial**.

Esta APROBACION consta en ACTA Nº 692 /18, folio 314, 23 de octubre de 2018

Informes:

El/Los Investigadores Principales deben comunicar en forma escrita al **CEI Piñero** la fecha de inicio de la investigación, así como el **Informe del Primer Paciente Incorporado** –dentro de los 10 días de realizado.

Asimismo **Informe** en forma final sobre el estado en que se encuentra la investigación, eventos adversos e inesperados, variaciones del proyecto y solicitud de enmiendas al protocolo.

Comunicar la finalización del proyecto de investigación y, oportunamente, las conclusiones del mismo.

Hacemos mención a la disposición de "Validez por un año" de la aprobación y a la solicitud de renovación finalizado este plazo. En caso de no realizarlo en tiempo y forma el **CEI** podrá suspender el estudio.


MARCELA CHAJOV
M.N. 86265
PEDIATRA


Comité de Ética en Investigación Hospital Parmenio Piñero (CEI Piñero)
Varela 1301.CABA bioeticapinero@gmail.com


Lic. CLAUDIA M. ARGÜELLES
NUTRICIONISTA - U.B.A.
M.N. 1.197

2 de 2


Dra. MARÍA DEL PILAR OCON
ODONTÓLOGA
M.N. 16.179


Lic. CLAUDIA CAPPONI
KINESIOLOGA-FISIATRA
M.N. 75.197


Dra. CIMA STEIL MARIS
MEDICA-GASTROENTEROLOGÍA
M.N. 62354 M.P. 35688

NEXO II: Resolución Comité de Ética Hospital Gral. De Agudos "J.M Ramos Mejías"



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
 HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA
 Comité de Ética en Investigación
 Gral. Urquiza 609 (1221) Buenos Aires - 4127-0203/4127-0204
 E-mail: codei_rm@yahoo.com.ar
 Web: www.hospitalramosmejia.info
 CEI registrado en la OHRP del NIH, EE.UU. Código FWA 00001767

Buenos Aires, 27 de junio de 2018.

Lic. Evangelina Aloe
 Universidad de Flores
 S/D

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud., con el fin de poner en su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación ha evaluado en sus aspectos éticos y metodológicos, el Protocolo "**La espiritualidad y el bienestar subjetivo y psicológico en enfermos terminales**", su Formulario de consentimiento informado y sus Cuestionarios.-

Este Comité no ha encontrado reparos éticos ni metodológicos, para el desarrollo del estudio en esta Institución. Visto el resultado de la votación, el Protocolo, el consentimiento y los cuestionarios, que se adjuntan, quedan aprobados **por el término de un año**, por este Comité.-

Obligaciones del investigador principal en esta Institución:

1. Enviará informes periódicos a este Comité del curso del proyecto con una periodicidad no mayor a un año, incluyendo la comunicación de la terminación del estudio.
2. Informará a este Comité para su aprobación, de cualquier modificación al protocolo original o cambios en el consentimiento escrito.
3. Enviará una copia de la aprobación de la ANMAT antes de comenzar el reclutamiento de pacientes en este hospital. (Si corresponde)
4. Deberá conducir el estudio clínico de acuerdo a las recomendaciones establecidas en los siguientes documentos:
 - Declaración de Helsinki y sus enmiendas (Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002 y Seúl 2008)
 - Preceptos de la Buena Práctica Médica para investigadores de la OMS
 - Recomendaciones establecidas en el informe Belmont
 - Recomendaciones establecidas por la ICH
 - Recomendaciones establecidas por la ANMAT
5. Comunicará a este Comité en los lapsos correspondientes de cualquier efecto adverso serio que suceda en el curso del estudio, así como cualquier otra nueva información sobre el fármaco en estudio que pudiera afectar el curso del mismo.-(Si corresponde).

Sin otro particular, la saludamos muy atentamente.

Lic. LEONARDO FERELIS
 PRESIDENTE
 COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
 Hospital Gral. de Agudos "J.M. Ramos Mejía"



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
 HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA
 Comité de Ética en Investigación
 Gral. Urquiza 609 (1221) Buenos Aires - 4127-0203/4127-0204
 E-mail: codei_rm@yahoo.com.ar
 Web: www.hospitalramosmejia.info
 CEI registrado en la OHRP del NIH, EE.UU. Código FWA 00001767

El Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía basa sus análisis y decisiones en los siguientes documentos:

- Declaración de Helsinki y sus enmiendas (Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tokio 2004 y Seúl 2008)
- Preceptos de la Buena Práctica Médica para investigadores de la OMS
- Recomendaciones establecidas en el informe Belmont
- Recomendaciones establecidas por la ICH
- Recomendaciones establecidas por la ANMAT sensibilidad
- Resolución N° 1125/2003 GCBA y resolución 1914/2003
- Ley básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 153/99)
- Ley 3301 "Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones"
- **Protocolo "La espiritualidad y el bienestar subjetivo y psicológico en enfermos terminales", su Formulario de consentimiento informado y sus Cuestionarios.-**

POSICIÓN	NOMBRE	SEXO	OCUPACIÓN	FIRMA
Coordinador	Leonardo Perelis	M	Psicólogo	
Vocal	Marcelo Losso	M	Médico	
Vocal	Norma Augman	F	Médica	
Vocal	Ana Palmero	F	Abogada	
Vocal	Gustavo Caruso	M	Médico	
Vocal	Tomoko Arakaki	F	Médica	
Vocal	Angélica Bercellini	F	Bioquímica	
Vocal	Gabriela Belizan	F	Miembro de la Comunidad	
Vocal	Florencia Masciottra	F	Médica	
Vocal	Roxana Vitale	F	Bioquímica	
Vocal	Carolina Gestoso	F	Medica	
Secretaria	Karina Barroso	F	Secretaria	

ANEXO III: Consentimiento Informado

Investigación: “La Espiritualidad y el Bienestar Psicológico y Subjetivo en personas con enfermedades avanzadas”. Servicio de Oncología. Cuidados Paliativos.

Estimado Paciente:

Lo invitamos a participar de una Investigación, cuya finalidad es comprender mejor los aspectos psicológicos y espirituales relacionados con personas que transitan enfermedades avanzadas.

La investigación evaluará si los resultados obtenidos pueden ser puestos al servicio de una mejoría de la calidad de vida de los pacientes que padecen este tipo de enfermedades.

¿En qué consiste el estudio?

En caso de aceptar, se le formularán preguntas relacionadas a cómo se siente, piensa y qué hace frente a las situaciones estresantes de la experiencia de tener una enfermedad que amenaza la salud. Se le pedirá que conteste dos cuestionarios autoadministrables, mientras espera ser atendido por su médico en el Hospital, le llevará un máximo de 20 minutos completarlos.

Riesgos y beneficios

Alguna pregunta puede que le resulte incómoda de responder, pero no hay otros riesgos para Ud. en este estudio; puede dejar de responder los cuestionarios cuando lo desee. Tampoco podemos asegurarle beneficios más allá de las reflexiones que surjan de las preguntas que le haremos.

Su información personal y las respuestas proporcionadas serán totalmente confidenciales, siendo preservada su identidad conforme a la ley 25.326.

Los resultados del estudio podrán ser publicados en revistas científicas y sólo serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que la información brindada a través de los cuestionarios, no podrá identificarlo/a personalmente.

En caso de necesitar contactarse con la investigadora, por favor hacerlo al correo evangelinaloe@gmail.com o a la Dra. Casini Betiana en el Servicio de Cuidados Paliativos.

El Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, revisó y avaló la realización de este estudio. El Comité de Ética es un grupo de personas independientes del estudio, que evalúa el cumplimiento de la normativa ética nacional e internacional y vela por los derechos de los participantes.

Si usted tiene dudas o consultas sobre sus derechos como participante de la investigación debe comunicarse con: Comité de Ética en Investigación del Hospital Gral. de Agudos J. M. Ramos Mejía. Urquiza 609 - Buenos Aires. TELÉFONOS: 4127-0203 / 4127-0204 codei_rm@yahoo.com.ar/ www.hospitalramosmejia.info

Para poder desarrollar mejor su tarea, es posible que algún miembro de este Comité se comunique con Ud. por carta, correo electrónico o teléfono para realizarle una breve encuesta. Los integrantes de este Comité pondrán en primer lugar el respeto por su autonomía y anonimato. El médico investigador del estudio estará al tanto de la comunicación entre Ud. y el Comité. Usted puede negarse a participar de estas encuestas sin que afecte su normal desarrollo en el estudio”.

De acuerdo a lo descrito, y habiendo leído y entendido en su totalidad el contenido de este consentimiento informado, me dispongo a expresar mi acuerdo a través de mi firma.

Para el Hospital Piñero, se realizó igual Consentimiento, con la sustitución del párrafo final:

En caso de necesitar contactarse con la investigadora, por favor hacerlo al correo evangelinaloe@gmail.com o a la Dra. Cynthia Carrizo o Lic. Mónica Mademann en el Servicio de Cuidados Paliativos.

El Comité de Ética en Investigación del Hospital Parmenio Piñero, revisó y avaló la realización de este estudio. El Comité de Ética es un grupo de personas independientes del

estudio, que evalúa el cumplimiento de la normativa ética nacional e internacional y vela por los derechos de los participantes.

Si usted tiene dudas o consultas sobre sus derechos como participante de la investigación debe comunicarse con: Comité de Ética en Investigación del hospital Parmenio Piñero. Varela 1301- Buenos Aires.

TELÉFONOS: 4631-1814. bioeticapinero@gmail.com

Firma de la investigadora

Firma del participante

