



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....

Facultad de Psicología

Tesis de grado

Título:

Actitudes y creencias hacia la espiritualidad como recurso de bienestar y mejoramiento de la salud en profesionales y estudiantes vinculados al campo de la salud.

Cátedra de radicación:

Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica - GIEPsi

Supervisora: Dra. Claudia Casteñeiras

Alumnos:

Bellizzi, Mariano, Mat. 9108/10

Osellame, Eliana, Mat. 9244/10

Pardo, Debora, Mat. 9247/10

Fecha:

13/12/2017

"Esta Tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del/los alumnos Mariano Bellizzi (Mat. 9108/10), Eliana Osellame (Mat. 9244/10) y Debora Pardo (Mat.9247/10) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores".

"La que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborada por los alumnos, Mariano Bellizzi (Mat. 9108/10), Eliana Osellame (Mat. 9244/10) y Debora Pardo (Mat.9247/10), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautados, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días del mes de del año 2017".

Firma, aclaración y sello de la Supervisora.

Informe de evaluación del supervisor y/o co-supervisor:

Como Supervisora de esta tesina de investigación dejo constancia de la responsabilidad, compromiso y dedicación de los estudiantes Eliana Osellame, Débora Pardo y Mariano Bellizzi en la realización de este trabajo de investigación durante todas las etapas del proceso. En todo momento llevaron a cabo las tareas y actividades necesarias para su consecución de un modo satisfactorio.

Dra. Claudia Castañeras
Supervisora

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Mariano Bellizzi (Mat. 9108/10), Eliana Osellame (Mat. 9244/10) y Debora Pardo (Mat.9247/10)

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:

Índice

1. Marco teórico	1
2. Método	7
2.1. Diseño y tipo de estudio	7
2.2. Participantes	7
2.3. Instrumentos	7
2.4. Procedimiento	8
3. Resultados	9
4. Conclusiones	26
5. Referencias bibliográficas	29

Agradecimientos

Agradecemos a los profesionales médicos y psicólogos y a los estudiantes de las carreras de Psicología y Enfermería que desinteresadamente nos brindaron su tiempo para la realización de las entrevistas y los cuestionarios. Sin su valioso aporte no se hubiese podido llevar adelante el presente trabajo.

Actitudes y creencias hacia la espiritualidad como recurso de bienestar y mejoramiento de la salud en profesionales y estudiantes vinculados al campo de la salud.

MARCO TEÓRICO

Introducción

En los últimos años, el estudio de las características denominadas positivas, como fortalezas personales que se asocian al potencial de salud y a una mejor calidad de vida constituye un área de investigación y desarrollo en expansión, particularmente en los aspectos referidos al bienestar y al funcionamiento óptimo (Sulmasy, 2002; Ruiz Santos, 2011; Valiente, 2011), pero también en aquellos casos donde la salud se encuentra comprometida en grados de distinta severidad e intensidad, de forma crónica o aguda.

La evolución que se observa en la conceptualización de la salud humana y la comprensión de los factores vinculados a ella de hecho muestra que, desde 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud instala su consideración como un “estado de completo bienestar físico, mental y social” hasta la actualidad se han producido cambios considerables que sin duda han tenido impacto sobre la calidad de vida y los procesos de salud-enfermedad.

Este cambio de enfoque basado en la enfermedad al desarrollo de las potencialidades comienza a tomar entidad bajo la articulación del denominado modelo biopsicosocial de Engel (1977). Efectivamente, esta perspectiva que sostiene la necesaria interacción entre las dimensiones afectivo-cognitiva, biológica e interpersonal, supuso un importante aporte al respecto. Sin embargo, solo tiempo después se postula un enfoque que formula la necesidad de incluir la dimensión religiosa/espiritual como un componente en sí mismo en un modelo biopsicosocial-espiritual (Sulmasy, 2002). En este sentido, las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual serán básicas en un modelo de salud holísticamente integrado (Valiente, 2011).

Es así que las intervenciones en salud guiadas por una orientación pedagógica inductiva que parte de la realidad concreta e idiosincrática de cada persona, utilizan el bagaje religioso/espiritual de cada paciente con la finalidad de potenciar el tratamiento.

En este sentido, el estudio de la dimensión espiritual, más allá de su connotación en términos religiosos y credos constituye una característica que desde perspectivas como la psicología positiva (Yoffe, 2012a) y los modelos salugénicos (Galvis-López y Pérez-Giraldo, 2011; Navas y Villegas, 2006) propone nuevos elementos para su comprensión y análisis como recurso de salud.

Espiritualidad y salud

Históricamente, el campo de lo espiritual no ha sido incluido entre los avances teóricos y praxiológicos de la psicología a lo largo de los años. Siguiendo a Laura Yoffe (2012b), podemos afirmar que “(...) si bien existen algunos desarrollos aportados por la Psicología Humanista, que se centró en el estudio de los aspectos positivos de la existencia humana, su estudio ha quedado reducido casi exclusivamente a la Psicología Positiva, rama surgida hace poco más de 15 años, entendiendo a la religión y la espiritualidad como recursos que las personas utilizan en la búsqueda de sentido, que posibilita el logro de una vida significativa.” Como antecedente a las postulaciones de la Psicología Positiva, se destaca el modelo Salutogénico¹ desarrollado por Aaron Antonovsky (1979) quien introdujo un cambio de perspectiva al paradigma biomédico de salud-enfermedad al proponer que la salud es un continuo entre dos polos: el bienestar (salud) y el malestar (enfermedad) (Rivera et al, 2011). Desde esta perspectiva, Antonovsky desarrolla dos conceptos fundamentales dentro del modelo Salutogénico: los Recursos Generales de Resistencia (GRRs) y el Sentido de Coherencia (SOC). Los primeros refieren a factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Ahora bien, más allá de contar con estos recursos, lo importante es tener la capacidad de utilizarlos, lo que implica poseer Sentido de Coherencia. Según el autor, el SOC estaría compuesto por tres componentes clave: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente conductual o instrumental) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, por un lado, la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; por otro, el mostrarse capaz para manejarla y, finalmente, sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar” (Rivera, 2011).

¹ Se utiliza la traducción “Salutogénico” del inglés “Salutogenic Model” tal como fuera propuesto por A. Antonovsky.

Ampliando la visión y en una perspectiva macrocultural, no puede soslayarse que la concepción de la psicología acerca del hecho espiritual se vio influida durante mucho tiempo por aportes procedentes del pensamiento occidental, lo cual decantó en una consideración negativa del mismo. Como señala Valiente (2013), es a partir de la obtención de datos empíricos y con el sostén de la perspectiva neurocientífica que se profundiza en la potencial eficacia de la espiritualidad en términos de salud.

Espiritualidad y religión

Dar una definición de espiritualidad resulta problemático de inicio, ya que es un término polisémico, complejo y multideterminado. Su definición incluye aspectos socio-culturales y de época en los que se sostienen las diferentes concepciones. Se trata de un tema extendido en la sociedad en el que conviven el saber científico y el saber popular.

En primera instancia, no debemos perder de vista que “La espiritualidad es universal, y aunque las creencias espirituales varíen, todas las culturas tienen creencias sobre algo trascendente al ser humano” (Yoffe, 2012b).

Resulta necesario aclarar que Espiritualidad y Religiosidad no son conceptos equivalentes pero tampoco excluyentes, y pueden solaparse o existir de manera independiente, lo que requiere su comprensión e interpretación cuidadosa (Navas & Villegas, 2006).

En consonancia con lo planteado por estos autores, la Psicología de la Religión y la Espiritualidad introduce en su concepción de lo espiritual la experiencia personal con lo trascendente, que consiste en una búsqueda de sentido, valor y propósito en la vida guiada por valores y creencias personales, en el transcurrir de experiencias vitales propias y singulares para cada persona. La religión, en cambio, se encuentra enraizada en la prédica de un credo formal y está sostenida en las creencias, valores y prácticas que representan a colectivos institucionales organizados.

Es así que en todas las definiciones encontradas sobre el concepto de espiritualidad, se puede observar una idea común que es la búsqueda de sentido como base para el logro de una vida significativa que permita alcanzar la felicidad. Y, en este sentido, tanto la religión como la espiritualidad pueden constituir recursos que colaboran para el logro de tales objetivos (Yoffe, 2012b).

Como parte de los desarrollos salutogénicos que se mencionaron anteriormente en la presentación de este documento, Antonovsky propuso el constructo denominado Sentido de

Coherencia, que comparte con lo espiritual la importancia de lograr una vida significativa, de un modo comprensible y organizado, y de actuar en consecuencia

Experiencias e investigaciones previas

Se cuenta con numerosos estudios provenientes del campo de las neurociencias que respaldan los efectos positivos que para la salud tienen distintas prácticas consideradas espirituales o relacionadas con lo espiritual (Valiente, 2011). También hay investigaciones que sostienen la necesidad de incorporar al trabajo terapéutico la dimensión espiritual de los pacientes. Como ejemplo de esto, se puede citar el trabajo de Galvis y Pérez-Giraldo (2011) en el que buscaron comparar la perspectiva espiritual de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, útero u ovarios, y mujeres con otros tipos de cáncer. Las autoras concluyen que la dimensión espiritual aporta nuevos elementos para el cuidado de las mujeres con enfermedad oncológica y señalan que una perspectiva espiritual moderada puede ser un recurso de salud para su cuidado integral (Galvis y Pérez-Giraldo, 2011).

Yoffe (2012b), estudia los beneficios de las prácticas religiosas/espirituales en la clínica, particularmente en relación a procesos de duelo, y sostiene que los terapeutas que trabajan con este tipo de pacientes necesitan mantener una actitud de apertura hacia las creencias y prácticas del camino espiritual a las que los pacientes adhieren, e incluirlas dentro del encuadre psicoterapéutico.

Rumbold (2007) realizó una revisión de distintas perspectivas en lo que refiere al asesoramiento espiritual en las prácticas vinculadas al cuidado de la salud. El autor señala el interés relativamente reciente en la relación entre espiritualidad y salud, y la identificación de la necesidad de los pacientes con el fin de poder incluirla en los tratamientos.

En cuanto a antecedentes específicos de estudios sobre la posición de los profesionales, se puede citar la experiencia de Baetz, Griffin, Bowen y Marcoux (2004), que compararon la práctica, actitudes y expectativas de psiquiatras y pacientes en espiritualidad y religión, concluyendo que, pese a que los psiquiatras informan menos creencias espirituales y religiosas que los pacientes, reconocieron que era importante incluir este tema en el cuidado de los pacientes y señalaron que un mayor debate y educación sobre el tema podría disminuir las dificultades para su inclusión en el asesoramiento psiquiátrico. En la misma línea, un estudio realizado por Curlin et al. (2007) comparó las interpretaciones de psiquiatras y otros especialistas médicos sobre la relación entre espiritualidad/religión y salud, y concluyó que la mayoría de los psiquiatras aprecian la importancia de la religión y la espiritualidad en

cuestiones de salud más que los médicos de otras especialidades y que se presentan más dispuestos al diálogo con sus pacientes sobre estos temas en la práctica clínica. De todos modos, son escasos los estudios que sistematizan estos aspectos y aportan datos al respecto.

Dentro de las prácticas con fundamento espiritual, merecen una mención especial las prácticas meditativas que ocupan un lugar destacado por su notable popularidad en aumento durante los últimos 40 años y su presencia afianzada en la cultura occidental. Se trata de una de las prácticas espirituales más estudiadas en sus distintas variantes y con mayor evidencia sobre sus consecuencias físico-biológicas, además de ser considerada en la actualidad una estrategia terapéutica complementaria para el tratamiento de diversas condiciones según señalan West, 1980 y Pollard, 2004 (citados en Valiente, 2011). A continuación, se detallan sus beneficios para la salud y también se comentan los estudios que dan cuenta de los mecanismos cerebrales implicados en ella.

La meditación: una práctica salugénica con fundamento espiritual

El Dr. en Psicología Carlos Valiente, reconocido por sus investigaciones acerca de neurociencia y meditación, y beneficios clínicos de la espiritualidad entre otras, plantea que la relevancia de la meditación en el ámbito de la salud reside en que se trata de un estado fisiológico diferente del sueño o el mero descanso, que induce relajación física y mental, y que posibilita el logro del equilibrio psicológico y la estabilidad emocional. El autor señala también que en este estado hipo-metabólico se producen una serie de cambios con consecuencias positivas para el organismo y a largo plazo importantes beneficios para la persona. En el nivel físico, estos efectos están relacionados con la relajación y la disminución de estrés; en lo cognitivo, se vinculan con la focalización de la atención, una mayor concentración y la regulación de los procesos de pensamiento lógico; en el nivel psicológico, un mayor equilibrio psicoemocional, beneficio que sería observable en funciones ejecutivas como atención selectiva, control atencional basado en inhibición de respuestas automáticas, flexibilidad cognitiva, secuenciación, conceptualización, fluidez verbal, categorización, resolución de problemas no verbales y pensamiento abstracto; finalmente, en el nivel emocional, lograr un estado superior de conciencia favorece dejar de lado pensamientos negativos recurrentes y resulta una práctica útil en casos de depresión, estrés o ansiedad. De hecho, en algunos países es ampliamente aceptada por profesionales

médicos como la primera intervención mente-cuerpo y ha sido incorporada en programas terapéuticos en clínicas y hospitales.

Lo cierto es que los estudios sobre las relaciones entre las sensaciones subjetivas de la meditación y los sustratos fisiológicos y mecanismos cerebrales implicados van en aumento, como es el caso de los hallazgos relativos a la liberación de dopamina, en regiones cerebrales límbicas durante los estados de alegría que se experimentan con algunas prácticas meditativas, o el incremento de la actividad parasimpática asociado a la sensación subjetiva de relajación y de reposo (Valiente, 2011).

Estos hallazgos de investigación le permiten aseverar a Aftanas & Golosheykin (2005, citado en Valiente, 2011) que la práctica meditativa incrementa la capacidad de recuperación emocional frente a sucesos vitales estresantes o de carácter traumático. Asimismo, estos datos aportan evidencia neurofisiológica sobre el aporte de la práctica meditativa a la plasticidad funcional.

A partir de estos avances, Yoffe (2012), propone que podría ampliarse el concepto de neuroplasticidad ya que: “(...) la práctica de la meditación puede cambiar el modo de trabajar del cerebro al permitir alcanzar niveles de conciencia inusuales, gracias a la creación de conexiones neuronales que no existen en los individuos que no realizan tales prácticas.” (Yoffe, 2012a).

Actitudes y creencias

El estudio realizado tuvo el propósito de indagar actitudes y creencias. Para ello, siguiendo a Vander Zanden (1977) se considera que una actitud se define como una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación y que prepara para la acción. Toda actitud incluye en su naturaleza componentes afectivos o emocionales, conductuales y cognitivos que modulan los modos de pensar y valorar –positiva o negativamente- y con distinto grado de intensidad las distintas experiencias o situaciones. Así, las creencias son incluidas como parte de los componentes cognitivos, entendidos como el modo en que se percibe un objeto, suceso o situación. En palabras del autor, “Constituye, pues, una orientación social, una inclinación subyacente a responder algo de manera favorable o desfavorable (...)”. Sin embargo, “muchos estudios revelan una falta de correspondencia, entre las actitudes expresadas verbalmente y el comportamiento manifiesto de un sujeto.” (Vander Zanden, 1977).

MÉTODO

Diseño y tipo de estudio:

Este estudio exploratorio-descriptivo se basó en un diseño no experimental.

Participantes:

La muestra por conveniencia incluyó dos grupos vinculantes con prácticas de salud:

- 30 profesionales: 15 psicólogos y 15 médicos de ambos sexos (la muestra de profesionales médicos incluyó un 53,3% de hombres y un 46,7% de mujeres; la de profesionales psicólogos estuvo compuesta por mujeres en su totalidad), residentes en las ciudades de Mar del Plata, Necochea y Miramar, que al momento de la participación en el estudio acreditaron práctica clínica con una experiencia no menor a 3 años.

-178 estudiantes del ciclo de formación profesional de carreras afines –124 de psicología y 54 de enfermería²- de la ciudad de Mar del Plata.

Instrumentos:

Para la muestra de profesionales de la salud se elaboró específicamente para este estudio un guión de entrevista con el fin de indagar:

(a) estado general de salud y/o presencia de problemas clínicos de los profesionales³; (b) experiencia/formación complementaria en el ejercicio profesional en temas vinculados a la espiritualidad; (c) actitudes y concepción personal sobre lo espiritual; (d) lugar de la dimensión espiritual en la vida personal, y (e) importancia atribuida a la dimensión espiritual como recurso de salud en los pacientes.

En el caso de los estudiantes se administró:

Registro de datos específicamente elaborado con el fin de indagar: (a) información sociodemográfica, estado general de salud y/o presencia de problemas clínicos que requieran algún tipo de tratamiento; (b) actitudes y posición personal sobre la espiritualidad; (c) lugar

²Si bien en el Proyecto original se propuso incluir estudiantes avanzados de la Carrera de Medicina, esto no fue posible y se optó por completar la muestra prevista con estudiantes de la Carrera de Enfermería, al considerar que dicha modificación no alteraba sustancialmente el diseño de la investigación y permitía completar el estudio empírico.

³ Se decidió incluir este ítem como un indicador de control sobre el estado de situación con respecto a la propia salud que pudiera producir alguna diferencia en el resto de las respuestas, y que pudiera ser explicado por la afectación de un proceso de enfermedad en curso.

de la dimensión espiritual en la vida personal, y (d) importancia atribuida a la dimensión espiritual como recurso de salud.

A ambos grupos (profesionales y estudiantes) se les solicitó que completen las siguientes escalas por considerarlas medidas que aportaban información relevante para el tema en estudio:

1. Escala de Recursos (Castañeiras, 2009). A través de 10 enunciados que se responden en escala tipo Likert de 5 puntos indaga aspectos que actúan como recursos vinculados al funcionamiento personal. Aporta una medida general con elevada consistencia interna ($\alpha = .92$)

2. Escala SOC-29 (Rivera et al., 2011). Se trata de un instrumento que indaga a través de 29 ítems tres dimensiones correspondientes al sentido de coherencia que el sujeto presenta ante la vida:

- *comprensibilidad*: como componente cognitivo hace referencia a la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo

- *controlabilidad*: describe un componente conductual relacionado con la autopercepción de dominio del sujeto para manejar su propia vida.

- *significatividad*: operacionaliza el componente motivacional del sentido de coherencia. Hace referencia al sentimiento de que la propia vida tiene sentido y está orientada hacia metas que se desean alcanzar.

Respecto de la confiabilidad de la escala SOC, se han constatado valores de consistencia interna y test-retest superiores a .70 (Eriksson & Lindstrom, 2005).

En relación a la validez, el examen *post-hoc* de la escala sugirió buenos indicadores de validez de contenido, ya que la escala era suficientemente representativa de la construcción teórica de la que provenía (Antonovsky, 1993). De todas formas, los datos disponibles sobre la estructura factorial de la escala no son totalmente compatibles y este aspecto necesita mayor estudio.

Procedimiento:

En primera instancia se realizaron los contactos, gestiones y autorizaciones correspondientes para lograr el acceso a los profesionales que integraron la muestra siguiendo una estrategia de bola de nieve. Los contactos y la coordinación de los encuentros se realizaron por correo electrónico y/o teléfono.

En todos los casos se brindó a los profesionales información acerca de la investigación y de los requisitos para formar parte de la muestra (residir en la Ciudad de Mar del Plata y tener un mínimo de 3 años en el ejercicio profesional). Los tesistas implementaron una organización por duplas para encontrarse con los profesionales y llevar a cabo las entrevistas, que fueron grabadas con el fin de garantizar la fidelidad de la información brindada para el análisis posterior. Asimismo, para la muestra de estudiantes de psicología y enfermería se crearon sendos formularios online⁴, respetando las pautas formales tanto de la administración de las escalas como de la confidencialidad de quienes aceptaron participar en el estudio. Dichos formularios fueron enviados a los estudiantes vía correo electrónico y a través de la red social Facebook.

La participación en el estudio fue voluntaria, confidencial y bajo consentimiento informado, garantizando el resguardo de la identidad y el adecuado tratamiento de los datos. Durante todo el proceso de investigación se atendió a las pautas éticas establecidas por FePRA (2013) y la Declaración de Helsinki (WMA, 2014) y se garantizó que toda la información derivada sea utilizada con fines exclusivamente científicos bajo la Ley Nacional 25.326 de Protección de los Datos Personales.

RESULTADOS

En este apartado se exponen los resultados del estudio empírico organizados en función de los objetivos que guiaron la investigación:

Objetivo 1: Indagar el conocimiento de profesionales y estudiantes sobre prácticas espirituales⁵ como recursos de salud.

En este aspecto, y en términos de formación profesional sistematizada y formal, un 40% de los médicos entrevistados contó en su formación o entrenamiento con este tipo de contenidos de modo sistemático como parte del Plan de estudios. En los casos en los que no fue así, informaron que habían tenido acceso a lo espiritual en la formación aunque de manera informal a través de algún docente o Jefe de Residencia. En cuanto a los profesionales

⁴ Esta modalidad se implementó por contar con mayor aceptación por parte de los estudiantes para su decisión de participar y favorecer por tanto la obtención de la muestra.

⁵ En este estudio, se entenderá por prácticas espirituales a todas las actividades que las personas realizan conscientemente y que connotan la búsqueda de sentido, y/o comprensión y/o interpretación positiva de la propia experiencia de salud por medios no convencionales.

psicólogos, sólo el 13,3% informó haber recibido formación durante la carrera sobre aspectos espirituales como recurso de salud. En tanto, solo el 12,9% de los estudiantes avanzados de psicología y el 22,2% de enfermería señalaron contar con formación sobre aspectos espirituales en su carrera de grado.

Pero justamente por la polisemia propia del término espiritualidad y su alcance en las distintas experiencias de vida, se les consultó a los profesionales que entendían por “espiritualidad”. En la figura 1 se presentan las respuestas agrupadas por categorías identificadas en función del o de los contenidos y su frecuencia de respuesta:

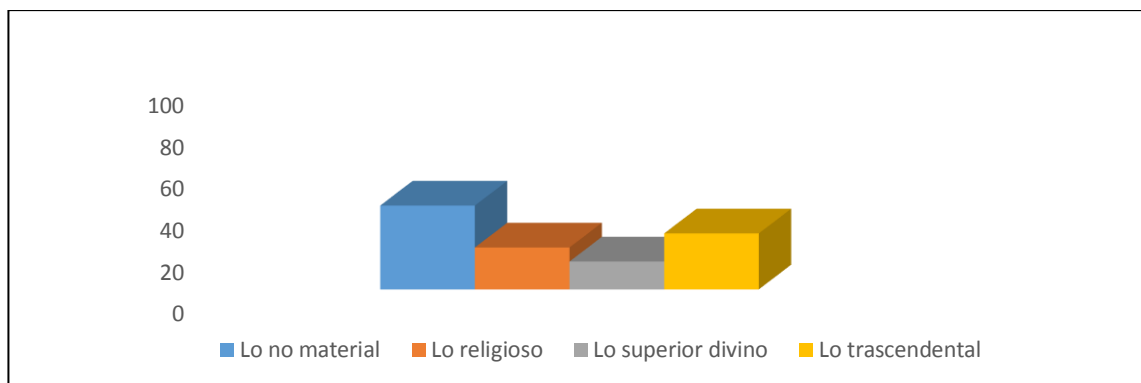


Figura 1. Categorías de respuesta espiritualidad en profesionales médicos (expresado en porcentajes).

Se incluyen en este apartado a modo de ejemplo definiciones representativas para cada grupo de significados aportadas por los profesionales en su definición del término. En el caso de los médicos entrevistados, el 40% asoció la espiritualidad con algo de naturaleza no material, entendido como

“Una parte que tenemos las personas, que necesitamos desarrollarlo en conexión a algo que no sabemos bien qué es, algo divino”

Un 26,7% incluyó en su definición aspectos relacionados con el sentido de trascendencia que conlleva lo espiritual, como una experiencia que permite al ser humano ir más allá de los límites naturales. El 20% la vinculó más específicamente con lo religioso, en una clara referencia a las creencias y prácticas impartidas desde la religión, en sus diferentes credos. Finalmente, el 13,3% aludió a la espiritualidad como una entidad superior divina sin estar necesariamente ligado a una religión concreta.

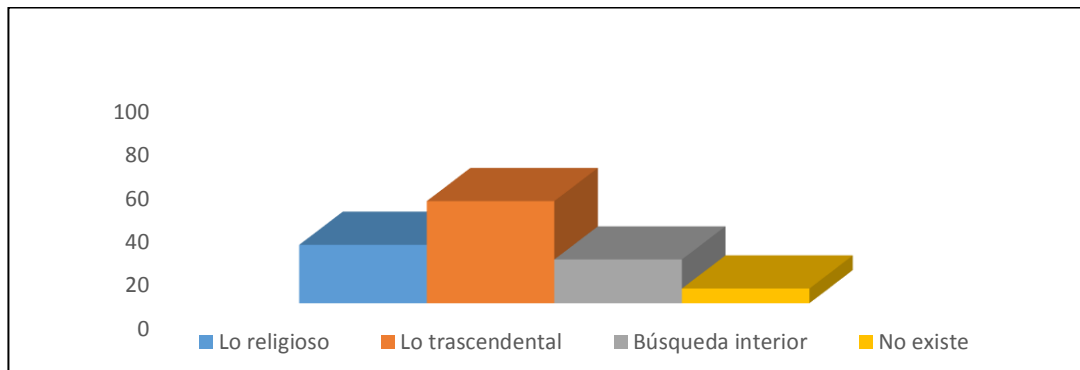


Figura 2. Categorías de respuesta espiritualidad en profesionales psicólogos (expresado en porcentajes).

Un 46,6% de los psicólogos que fueron entrevistados definieron lo espiritual como algo del orden de la trascendencia, con respuestas como:

“Adhiero a esto de la posibilidad de trascender, de la trascendencia pero en relación a lo humano, en la dimensión humana, no vinculado a algo sagrado o dioses o Dios”

El 26,7% atribuyó a la espiritualidad un sentido predominantemente religioso; el 20% lo entendió como una búsqueda interior, en lo que referiría a un proceso de naturaleza introspectiva, planteando por ejemplo:

“Espiritualidad yo creo que tiene que ver con el enfoque que busca alguna persona para vincularse con algo muy interno que no muchas veces tiene una definición, o no muchas veces está relacionado con algún establecimiento en sí mismo (...) creo que tiene que ver con una búsqueda o con un recurso que le sirve a la persona para poder solucionar de alguna manera y poder sobrellevar situaciones difíciles o que de otra manera serían difíciles de llevar”

El 6,7% restante de los psicólogos no le dio entidad a lo espiritual como dimensión de lo humano (ver figura 2).

En el caso de los estudiantes -de psicología y enfermería- también se les consultó al respecto, y se identificaron las siguientes categorías de respuestas con sus correspondientes frecuencias:

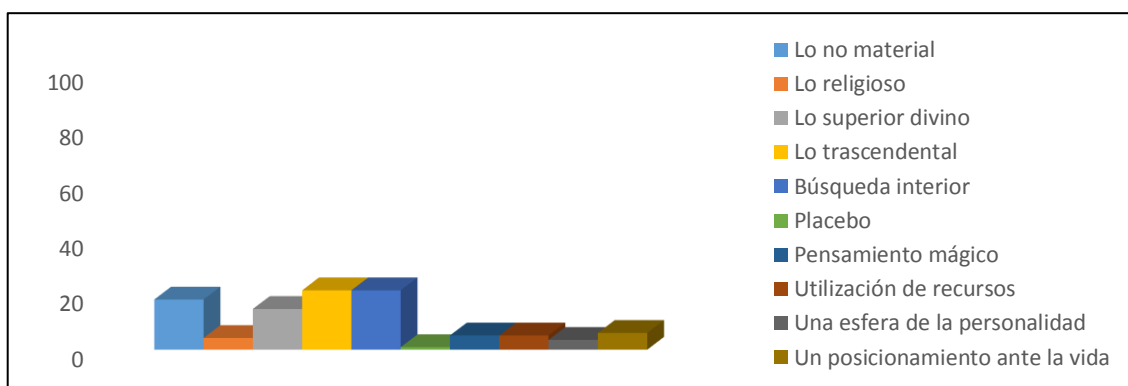


Figura 3. Categorías de respuesta espiritualidad en estudiantes de Psicología (expresado en porcentajes).

En el grupo de estudiantes de psicología, como se observa en la figura 3, las categorías más recurrentes resultaron ser las que vinculan lo espiritual con algo trascendental (21,3%), y con el mismo porcentaje la asociaron a algún tipo de *búsqueda interior*, como por ejemplo:

“Todo lo relacionado con lo que podría denominarse alma y su conexión con algo (energía, fuente) más allá de uno”

“Entiendo por espiritualidad una parte del ser humano, del universo y del mundo que nos rodea; que nos conecta con los estratos más profundos de nuestro ser y conecta nuestra mente, con la naturaleza y en nuestro cuerpo. Es la búsqueda de armonía con uno mismo”

Con frecuencia de respuesta algo menor, se lo definió como algo *que trasciende lo material* (18%):

“La entiendo como un aspecto de la vida que trasciende lo rutinario y lo material, que puede desarrollarse o entrenarse con otros”

Y como algo *superior a lo mundano o divino* (14,6%):

“La creencia en algún ser superior, ente o energía que influye en los seres humanos y en base a los cuales se tiene que basar la conducta o diferentes aspectos de la vida”

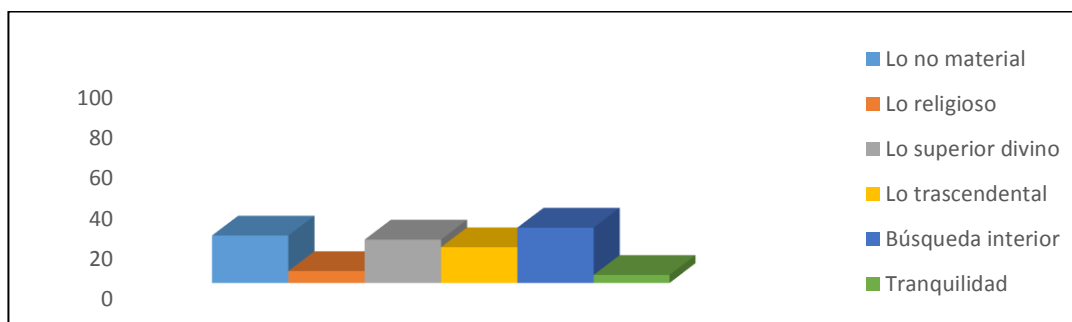


Figura 4. Categorías de respuesta espiritualidad estudiantes de Enfermería (expresado en porcentajes).

En cambio, si consideramos a los estudiantes de enfermería, observamos una mayor frecuencia de la opción búsqueda interior (27,4%), indicando:

“Entiendo por espiritualidad la forma en que uno se encuentra con uno mismo, no necesariamente con un Dios superior”

Siguieron la concepción de la espiritualidad como algo no material (23,5%), señalando la fe como algo intangible y la relación a lo superior o divino (21,5%):

“Considero que la espiritualidad es la necesidad del ser humano de creer en que hay algo o alguien superior que puede interferir de forma drástica en nuestras vidas”

Por último, el sentido de trascendencia también alcanzó una presencia atendible en esta muestra (17,7%), en cuanto a lo espiritual como vinculante del hombre con algo más allá de sí mismo, de su límite físico (ver figura 4).

Al indagar a los profesionales sobre la importancia o necesidad de tener una vida espiritual, el 86,7% de los médicos y el 73,3% de los psicólogos respondieron afirmativamente.

A continuación se pueden observar las razones que informaron los profesionales.

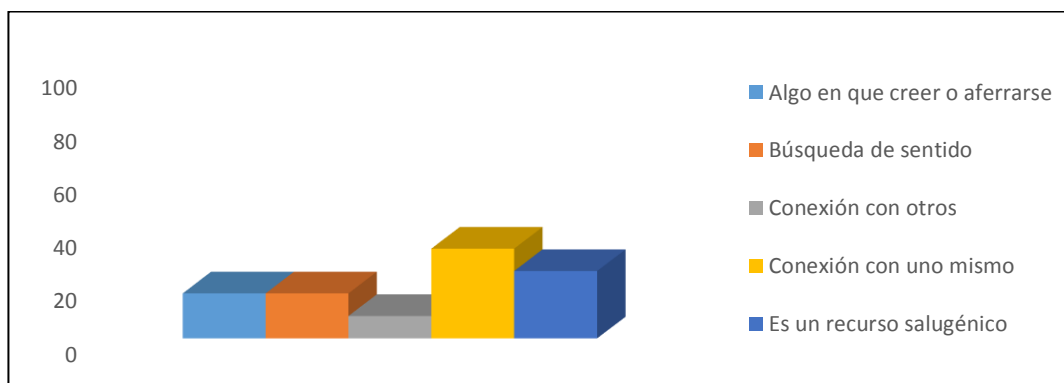


Figura 5. Importancia de mantener una vida espiritual para profesionales médicos (expresado en porcentajes).

En relación a los médicos, el 33,3% destacó que mantener una vida espiritual posibilita la conexión con uno mismo, como un proceso de carácter introspectivo, señalando por ejemplo:

“(...) permite el desarrollo individual, que tiene que ver más con lo que es para adentro que con lo que se muestra hacia fuera. Y ese desarrollo individual va a permitir un mejor desempeño familiar y social a la persona”

Un 25% lo consideró necesario dada su influencia como recurso salugénico, es decir, que propicia el desarrollo saludable y constructivo del individuo;

“la espiritualidad nos va a permitir aceptar pruebas que vamos a tener que vivir en esta vida de una manera más armónica”

Para el 16,7% tener una vida espiritual es importante ya que consiste en algo que guía y que sostiene:

“lo que las personas quieren es aferrarse a algo para poder seguir cuando todos los caminos se cierran o cuando uno da diagnósticos, ante la muerte, ante lo que no tiene vuelta atrás.”

El 16,7% relacionó su importancia con la búsqueda de sentido vital:

“Me parece como que ayuda a plantearte un poco para qué estás en la vida o qué es lo que te gusta (...) saliendo de lo que haces cotidianamente o en la rutina, que te planteas como cuál es el sentido de tu vida, qué querés de tu vida.”

Y el 8,3% asoció su importancia a favorecer la conexión con los otros, a sus vínculos sociales y familiares (figura 5).

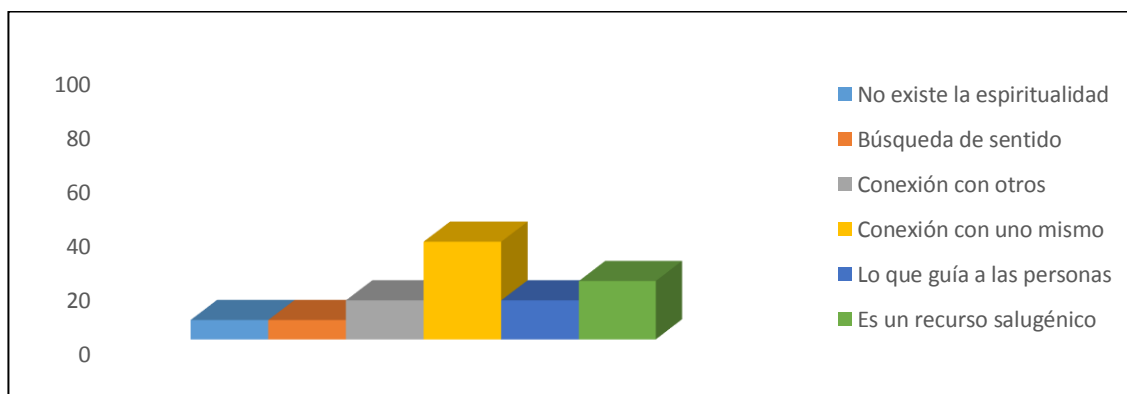


Figura 6. Importancia de mantener una vida espiritual para profesionales psicólogos (expresado en porcentajes).

En cuanto a los psicólogos, como puede observarse en la figura 6, coincidieron principalmente en que influye en la conexión con uno mismo, en un 35,8%, en respuestas como:

“Creo que es lo que te conecta con vos, con muchas experiencias que pueden ser hasta de soledad pero donde uno se siente como a gusto con uno mismo y en contacto con lo de afuera”

Una respuesta frecuente también fue definir la espiritualidad como un recurso de salud (21,4%) como por ejemplo:

“Me parece que en realidad aquellas personas que pueden conectarse o pueden desarrollar más esta área son personas que logran tener recursos mucho más amplios para enfrentar la vida, en general”

Ahora bien, en relación a los estudiantes de psicología y de enfermería, en su mayoría valoraron como importante o necesario estimular la espiritualidad (74,2% y 81,5% respectivamente). Las razones planteadas fueron variadas y se expresaron a través de las siguientes categorías (figuras 7 y 8):

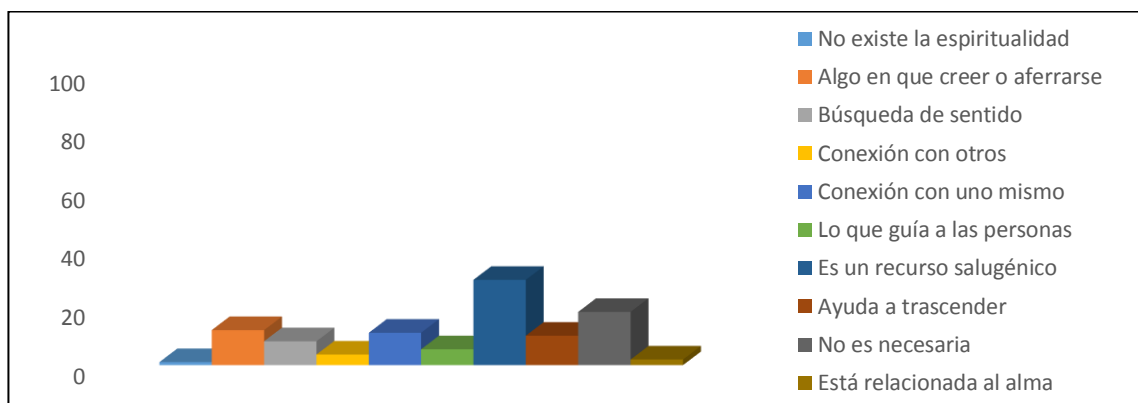


Figura 7. Importancia de mantener una vida espiritual para estudiantes de Psicología (expresado en porcentajes).

Del total de los estudiantes de psicología, casi el 30% de la muestra lo consideró un recurso beneficioso para la salud y el 11,9% lo mencionó como necesario en términos de apoyo y confianza basada en la creencia:

“El conocimiento científico tiene su límite y la espiritualidad puede dar otro tipo de respuestas o puede ayudar a sobrellevar momentos difíciles”

No obstante, casi un 20% de los estudiantes consideró que la espiritualidad no es fundamental para la vida (figura 7).

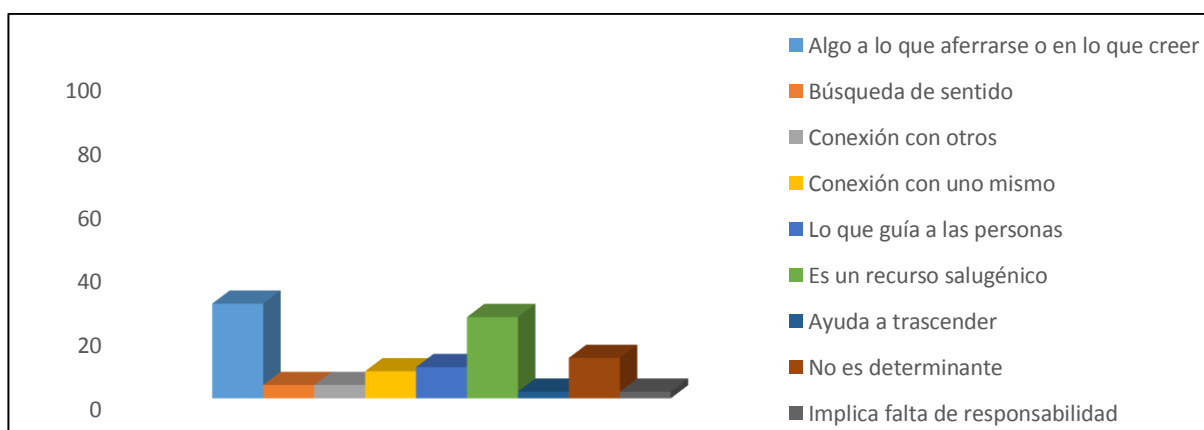


Figura 8. Importancia de mantener una vida espiritual para estudiantes de enfermería (expresado en porcentajes).

Asimismo, el 29,7% de los estudiantes de enfermería propuso a la espiritualidad como algo que alimenta el sentido de esperanza, de poder aferrarse y creer en algo, expresando:

“(…) muchas personas necesitan de la espiritualidad para sentirse realizados, acompañados y fuertes a la hora de tomar de tomar decisiones y atravesarlas”

Un porcentaje algo menor pero igualmente considerable apuntó a respuestas sobre las prácticas espirituales como recurso de salud (25,5%):

“Parte del equilibrio en la salud proviene de la mente y la espiritualidad es una herramienta muy útil para mantenerla equilibrada”

El 12,7% valoró su importancia aunque no su condición determinante:

“Considero que es importante mas no necesario, ya que cada persona tiene distintas concepciones de lo que es la vida y los procesos de la misma”

Aunque con un valor residual, el 2,1% consideró que apoyarse en la vida espiritual resultaría negativo o al menos no sería necesario porque le quitaría responsabilidad al individuo:

“Sólo el humano puede modificar su vida, sus hábitos, sus conductas. Y tener una vida espiritual sería desligarse responsabilidades que tenemos los humanos para poder vivir más libres (...) hay que hacerse cargo de las cuestiones que nos involucran como humanos sin buscar cómplices inexplicables”

Ahora bien, la totalidad de los médicos y el 92,8% de los psicólogos acordaron en la importancia de la dimensión espiritual en los procesos de salud-enfermedad. En el caso de los profesionales médicos, señalaron en un 93,3% que ésta actuaría como un factor que ayuda al bienestar del paciente y a mantener la esperanza; algunos profesionales (6,7%) le adjudicaron una influencia –ya sea positiva o negativa- para el tratamiento, según el caso particular.

Consultados al respecto los psicólogos, dieron las mismas razones que los médicos (el 66,6% como factor de ayuda para sentir bienestar y mantener la esperanza; el 26,7% por su influencia en el tratamiento) aunque el 6,7% no lo consideró un factor determinante en el proceso de salud-enfermedad.

En el caso de las muestras de estudiantes, el 89,5% de psicología y el 87% de enfermería valoraron la necesidad de atender a la dimensión espiritual en los procesos de salud-enfermedad.

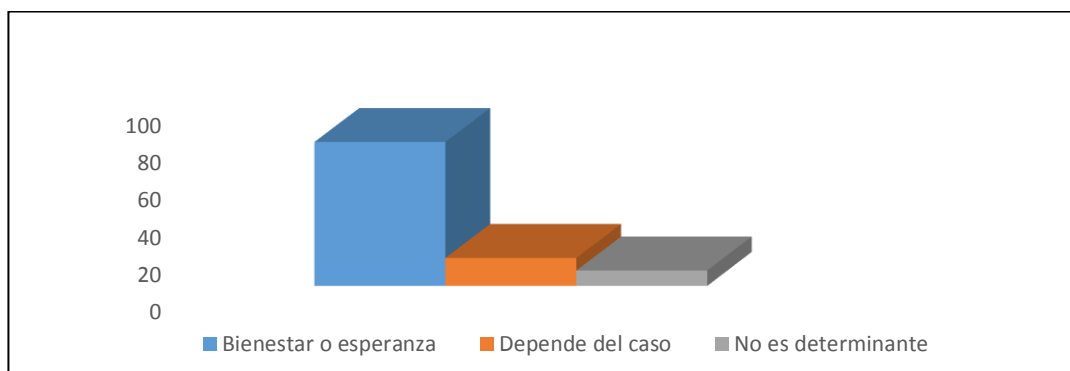


Figura 9. Razones espiritualidad en procesos salud-enfermedad para estudiantes Psicología (expresado en porcentajes)

En cuanto a los estudiantes de psicología, y en la misma tendencia que los psicólogos profesionales, un 76,9% avaló su importancia como factor que ayuda a las personas a sentirse bien y mantener la esperanza; un 14,9% vincula su importancia a la influencia sobre el tratamiento-según cada caso; y, solo en valores residuales (8,2%) no cree que sea un factor determinante en los procesos de salud-enfermedad, o en el desarrollo de un tratamiento psicológico (ver figura 9).

Por su parte, la mayoría de los estudiantes de enfermería (89,6%) asoció la importancia de la dimensión espiritual como un factor que ayuda a la persona a sentirse bien o tener esperanza (ver figura 10).

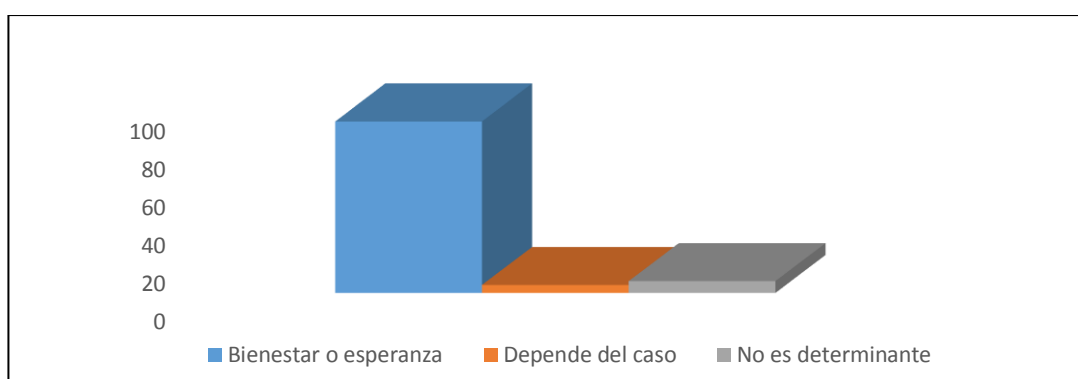


Figura 10. Razones espiritualidad en procesos salud-enfermedad para estudiantes Enfermería (expresado en porcentajes)

Finalmente, la totalidad de los médicos y el 93,3% de los psicólogos entrevistados consideraron que la inclusión de la dimensión espiritual no es incompatible con el tratamiento médico. Sin embargo, para el 6,7% restante la combinación de estas dos fuentes

(médica/psicológica y espiritual) era incompatible. Esto también se mantuvo entre los estudiantes de psicología, con un 91,9% de respuestas por la compatibilidad de las prácticas espirituales y los tratamientos médicos o psicológicos. En el grupo de enfermería aseguraron casi en su totalidad (90,7%) que no resultan incompatibles.

Objetivo 2: Explorar las actitudes y creencias de profesionales -médicos y psicólogos- y de estudiantes avanzados de las carreras de Psicología y Enfermería acerca del uso de prácticas basadas en la espiritualidad por parte de los pacientes.

En la figura 11 se pueden observar las actitudes y creencias, tanto positivas como negativas⁶, en las distintas muestras.

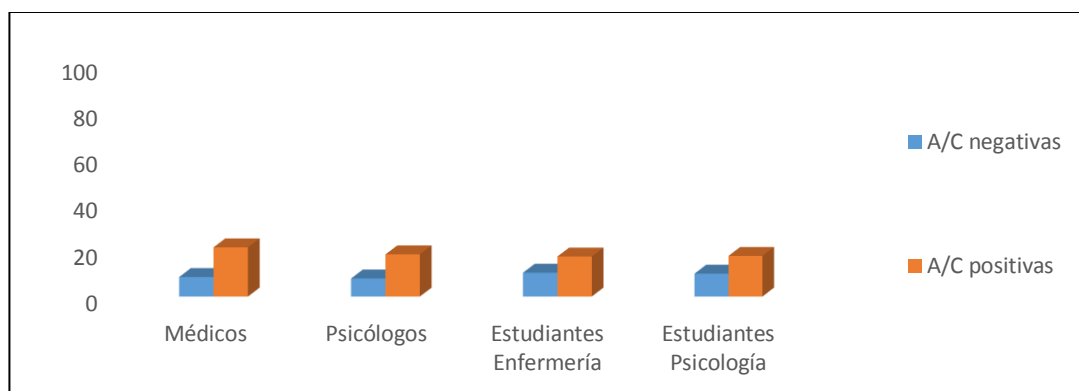


Figura 11. Actitudes y creencias de profesionales y estudiantes sobre el uso de prácticas basadas en la espiritualidad por parte de los pacientes (expresado en porcentajes)

En primer lugar, cabe señalar que no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos. En todos ellos se observó un predominio de actitudes y creencias positivas hacia el uso de prácticas espirituales como recurso de salud por parte de los pacientes. El grupo de profesionales en mayor medida que los estudiantes y, a su vez, entre los profesionales de modo diferencial entre médicos (21%) y psicólogos (18%).

En cambio, las actitudes y creencias negativas hacia el uso de prácticas espirituales como recurso de salud se informaron en menor medida, aunque con mayor frecuencia en los

⁶ Las actitudes y creencias acerca del uso de prácticas basadas en la espiritualidad por parte de los pacientes fueron valoradas por profesionales y estudiantes como positivas o negativas según su impacto en los procesos de salud-enfermedad.

estudiantes de enfermería (10,2%), mientras que los más bajos fueron en el grupo de psicólogos (7,7%).

Objetivo 3: Conocer la experiencia de los profesionales sobre la utilización de prácticas espirituales y su influencia en la evolución de tratamientos.

En primer lugar, se indagó a cada profesional sobre su experiencia personal con prácticas espirituales. En cuanto a los médicos, el 53,3% sostuvo que no realiza en su vida personal prácticas de este tipo. En el caso de los psicólogos la tendencia fue contraria, ya que el 53,3% informó que sí realiza prácticas espirituales en su vida personal.

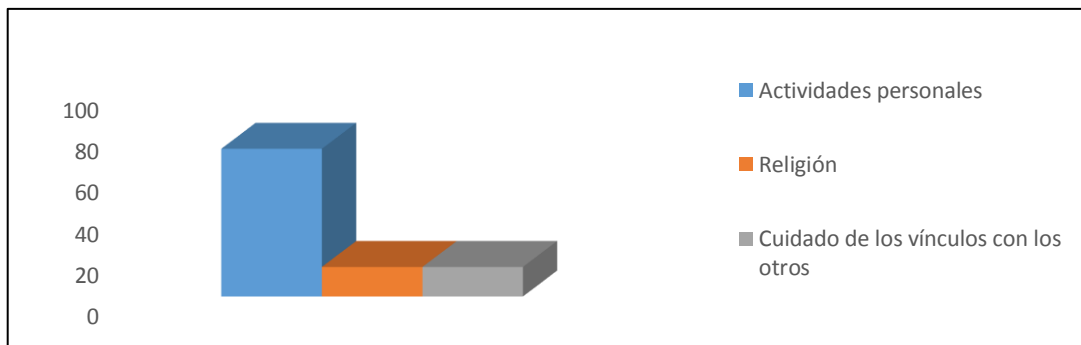


Figura 12. Prácticas espirituales realizadas por profesionales médicos (expresado en porcentajes).

Como se muestra en la figura 12, el 71,4% de las respuestas dadas por los médicos aludió a actividades personales, tanto físicas como mentales:

“A veces tiene que ver con un momento en el que uno se va a hacer una actividad física, a correr, a pescar”

El 14,3% se refirió a prácticas religiosas, como ir a misa; y en la misma proporción, al cuidado de los vínculos con los demás, que incluiría compartir momentos con personas significativas o realizar actividades de carácter solidario:

“Yo tengo un muy lindo vínculo con mi mujer y con mis hijos. Y con mis pacientes también (...) Creo en eso”

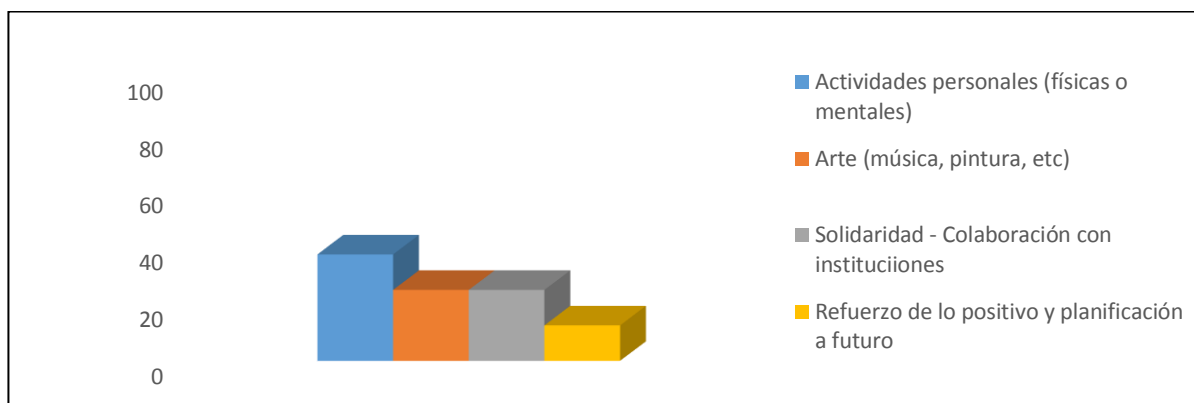


Figura 13. Prácticas espirituales realizadas por profesionales psicólogos (expresado en porcentajes).

Por su parte, el 37,5% de los psicólogos asoció dichas prácticas con la realización de diferentes actividades físicas y/o mentales, como por ejemplo:

“Cuando me pongo a leer un libro que me gusta me parece una experiencia espiritual, algo que me agrada. También el deporte, hago mucho deporte y disfruto mucho de hacer deporte en la naturaleza (...) Todo eso lo siento como espiritual, algo que le doy a mi espíritu”

El 25% lo vinculó con prácticas artísticas:

“Mi forma de descomprimir es el canto”

Y, en el mismo porcentaje se encontró asociada con la solidaridad:

“Considero que hay formas de militancia que se conectan con la espiritualidad, con esto de la posibilidad de ser solidario con el semejante”

Finalmente, en un porcentaje menor aunque no menos atendible se refirió al refuerzo de aspectos positivos y la planificación a futuro (ver figura 13).

En lo que refiere al manejo profesional de la inclusión de la espiritualidad en el tratamiento con los pacientes, los profesionales en su totalidad sostuvieron que toman en cuenta esta dimensión en su trabajo. El común denominador en las respuestas dadas fue el respeto por las creencias de los pacientes y la consideración de que las mismas pueden influir positivamente en los tratamientos. Como ejemplo de ello se pueden citar:

“Si la persona tiene una religión y la profesa, y esa religión siente que le hace bien, se respeta y se acompaña. O con cualquier práctica que tenga”

“Yo pregunto mucho (...) nunca poniendo en duda, sino respetando que el paciente por ahí encuentra otro espacio que le sirve tanto o igual que este”

“Estar acompañado y dentro de un marco de apoyo (...) que puede ser un apoyo divino, un apoyo religioso o un apoyo familiar (...) mejora la evolución de las enfermedades y además es un muy buen estímulo para el autocuidado (...)”

Asimismo, el 60% de los médicos dice incluir el componente espiritual como parte del tratamiento con los pacientes. En el caso de los psicólogos, aproximadamente la mitad incluye el componente espiritual, y un 26,7% respondió que depende del caso particular.

Tanto los médicos como los psicólogos valoraron “estimular las prácticas que el propio paciente ya trae”. En todos los casos plantearon no promover o inculcar algún tipo de práctica espiritual específica sino respetar el sistema de creencias y acompañar al paciente, por ejemplo:

“Desde el respeto y desde la escucha y nada más. O sea, no hay sugerencias, no lo hago directamente en la práctica. (...) Yo estimo en mis pacientes aquello que tiene relación con sus deseos, sus propósitos (...) si esto para la persona incluye lo espiritual, sí. Sino no trato de estimularlo si no lo tiene”

En el caso de los psicólogos, incluyeron la importancia de tener en cuenta lo singular de cada situación y lo que necesita cada paciente; ejemplo de esto:

“Cada situación y cada paciente, el caso, es propio y singular, entonces de acuerdo a cómo se venga realizando el proceso y la aproximación diagnóstica y el cuadro mínimo que podamos ver uno podría traer más o menos lo espiritual”

Al indagar sobre la influencia que para la evolución y recuperación de los procesos de salud-enfermedad tienen las prácticas espirituales, se observó un alto porcentaje (86,7%) de respuestas que avalan esta posición por parte de los médicos y un 13,3% señaló que depende de cada caso particular. De la misma manera, el 60% de los psicólogos respondió que considera esta influencia y el 40% que depende de las particularidades del caso.

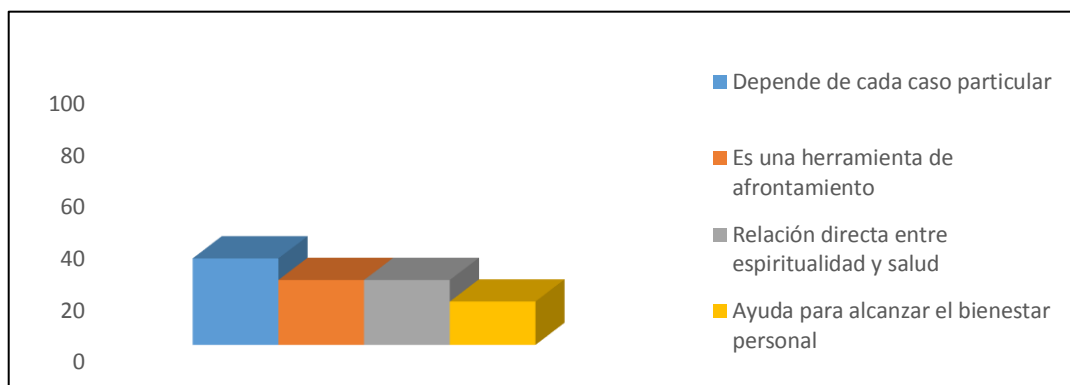


Figura 14. Influencia de prácticas espirituales en procesos salud-enfermedad para médicos (expresado en porcentajes).

Respecto a las razones esgrimidas por los médicos, un 33,3% consideró la dependencia del caso; el 25% asoció las prácticas espirituales a un recurso de afrontamiento; otro 25% consideró que hay una relación directa, a nivel biológico, entre salud y espiritualidad; y un 16,7% planteó que la influencia radica en su aporte para alcanzar el bienestar personal (ver figura 14).

Si bien los profesionales (médicos y psicólogos) coincidieron en los argumentos, las diferencias se plantearon en los porcentajes relativos de respuestas. En una proporción considerablemente mayor que en caso de los médicos, los psicólogos (53,3%) optaron por considerar la singularidad del caso. Para el 33,4% la espiritualidad favorece el bienestar personal, y el 13,3% considera que se trata de una herramienta de afrontamiento (ver figura 15).

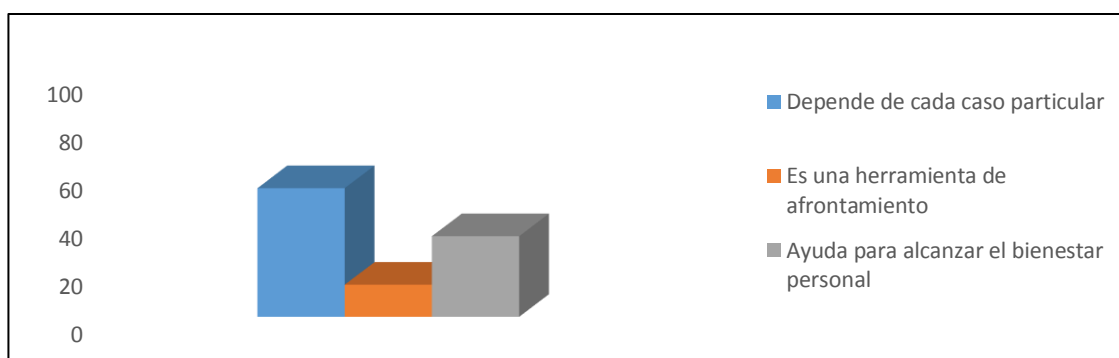


Figura 15. Influencia de prácticas espirituales en procesos salud-enfermedad para psicólogos (expresado en porcentajes).

Objetivo 4: Establecer la presencia de diferencias entre los grupos (profesionales y estudiantes) en las variables bajo estudio.

En la tabla 1, se presentan de modo comparativo las diferencias encontradas entre médicos y psicólogos en relación a la Escala de Recursos y los cinco factores del SOC. Se observaron diferencias significativas entre los grupos en los valores correspondientes a la Escala de Recursos. En cuanto al SOC, es de destacar la diferencia encontrada entre médicos y psicólogos en torno al factor Organización/Desorganización Vital.

Tabla 1.

Diferencias Sentido de Coherencia y Recursos entre médicos y psicólogos

	<i>Rango Promedio</i>	U	p
Recursos (Escala Total)			
Médicos	12,13	62,00	.037*
Psicólogos	18,87		
SOC Optimismo/Pesimismo			
Médicos	13,40	81,00	.202
Psicólogos	17,60		
SOC Organización/Desorganización			
Médicos	11,90	58,50	.023*
Psicólogos	19,10		
SOC Confianza/Desconfianza Interpersonal Conductual			
Médicos	14,87	103,00	.713
Psicólogos	16,13		
SOC Confianza/Desconfianza Interpersonal Cognitivo			
Médicos	13,63	84,50	.250
Psicólogos	17,37		
SOC Previsibilidad/Imprevisibilidad			
Médicos	14,73	101,00	.653
Psicólogos	16,27		

Nota: *p< .05

Al analizar las posibles diferencias entre los grupos de estudiantes, En la tabla 2 se presentan los resultados. Al igual que en el grupo profesional, las diferencias significativas se dieron en Organización/Desorganización Vital del SOC.

Ambos grupos de estudiantes mostraron además diferencias en el factor Confianza/Desconfianza Conductual. Y, para el factor Confianza/Desconfianza Interpersonal Cognitivo, donde los valores se encuentran muy próximos a la significación estadística.

Tabla 2. Diferencias Sentido de Coherencia y Recursos entre estudiantes de enfermería y de psicología

	<i>Rango Promedio</i>	U	p
Recursos Total			
Estudiantes Enfermería	96,09	2992,00	.259
Estudiantes Psicología	86,63		
SOC Optimismo/Pesimismo			
Estudiantes Enfermería	84,06	3054,00	.353
Estudiantes Psicología	91,87		
SOC Organización/Desorganización			
Estudiantes Enfermería	74,15	2519,00	.009**
Estudiantes Psicología	96,19		
SOC Confianza/Desconfianza Interpersonal Conductual			
Estudiantes Enfermería	68,78	2229,00	.000***
Estudiantes Psicología	98,52		
SOC Confianza/Desconfianza Interpersonal Cognitivo			
Estudiantes Enfermería	78,44	2751,00	.057
Estudiantes Psicología	94,31		
SOC Previsibilidad/Imprevisibilidad			
Estudiantes Enfermería	79,34	2799,00	.082
Estudiantes Psicología	93,92		

Nota: **p< .01;***p< .001

Hasta aquí se han presentado los fundamentos teóricos que dieron marco a este estudio empírico y las consideraciones metodológicas, que hicieron posible su consecución. En el próximo apartado se desarrollan las principales conclusiones derivadas.

CONCLUSIONES

Este estudio de carácter exploratorio-descriptivo tuvo la intención de explorar aspectos actitudinales y creencias acerca de la espiritualidad entendida como recurso de salud en grupos de profesionales y de estudiantes vinculados al campo de la salud. Dirigir el estudio empírico a estos grupos tuvo el propósito de valorar si la experiencia en el ejercicio de la profesión y la formación de grado resultaban variables diferenciales para pensar y habilitar las prácticas espirituales como recursos de salud.

En primer lugar, es importante destacar que la formación académico-profesional en términos generales, no incluye en sus planes de estudio contenidos específicos que se relacionen con la dimensión espiritual de las personas. Esto lleva a la necesidad al menos de una reflexión sobre las características formativas que se proponen para los profesionales de la salud que, por definición, tienen como principal finalidad del ejercicio de su profesión ocuparse de aspectos sensibles para la vida como resulta la intervención sobre estados de salud y procesos de enfermedad.

Por otra parte, teniendo en cuenta la importancia que las actitudes y creencias tienen en la formación de juicios de valor y las actuaciones profesionales, surgen una serie de conclusiones que se exponen a continuación.

La complejidad de la práctica clínica que se despliega en la diversidad y singularidad de cada consulta exige a los profesionales –médicos y psicólogos- considerar aspectos de la espiritualidad, en muchas ocasiones más en respuesta a la demanda de los pacientes que por preferencias personales. De todas maneras, en estos casos, al no disponer de la formación o preparación necesaria para abordar esta dimensión en los tratamientos, los profesionales lo hacen de un modo muchas veces más intuitivo que sistemático, que tiene alcance limitado y no promueve en los pacientes el contar con este recurso para afrontar las vicisitudes que surgen en el proceso de recuperación y/o de aceptación de su situación. También se observó en las entrevistas realizadas con los profesionales que el hecho de incluir en la vida personal

la dimensión y práctica espiritual en alguna de sus variantes no resultó vinculante con respecto a su consideración en el ámbito profesional de asistencia.

En el caso particular de los psicólogos, e independientemente de la experiencia profesional, es de destacar que durante las entrevistas el hecho de escuchar al paciente es planteado por los profesionales como un modo de incluir en el tratamiento la dimensión espiritual, lo cual habilita al menos a modo de reflexión la necesidad de considerar que la escucha, aunque básica puede constituir un aspecto necesario pero no suficiente para abordar la dimensión referida. Esto llevaría a revisar cuáles son las condiciones necesarias para una actuación profesional efectiva con respecto a la subjetividad del paciente.

También resulta interesante observar que prácticamente la totalidad de los profesionales (28 de 30) reconocieron la influencia de la dimensión espiritual en el afrontamiento de la enfermedad y su evolución por parte de los pacientes. Ahora bien, consideraron que lo espiritual y sus prácticas no es incompatible pero tampoco reemplazable con respecto al tratamiento convencional; sin embargo, esto no se correspondió con su inclusión como parte de la actuación profesional concreta.

Con respecto a los estudiantes, predominó la búsqueda interior de carácter introspectivo. Esto llevaría a reflexionar sobre un cambio de perspectiva acerca de lo espiritual, desde una fuente más externa a un recurso de la interioridad que permite afianzar la autoaceptación y fortalecer las relaciones espiritualidad-salud.

Sin duda se trata de un tema que plantea más interrogantes que respuestas en esta instancia. Por un lado, tanto los profesionales como los estudiantes reconocen la influencia que tiene la dimensión espiritual para la salud y los procesos de recuperación, y valoran la importancia de su atención, sin embargo son contenidos que no suelen incluirse formalmente en los planes de estudio, aún cuando entre sus fundamentos se sostiene la integridad y unidad del ser humano. Por otro lado, es importante poder avanzar en una mayor comprensión de lo espiritual en el plano de la existencia humana y de esa manera desarrollar modos de intervención profesional que potencien su condición como recurso de salud.

Como toda investigación, este trabajo empírico no está exento de limitaciones a tener en cuenta para futuros estudios en el área:

Una primera dificultad, central para esta investigación fue la falta de antecedentes de estudios científicos sobre el tema, y el marcado predominio de la equivalencia atribuida entre los conceptos espiritualidad y religión. Esta situación afectó la posibilidad de contar con una

definición y operacionalización del término *espiritualidad* que resultara abarcativa de las distintas experiencias y, al mismo tiempo que fuera claramente delimitable. En este sentido, se procedió como alternativa a elaborar una definición a partir de la lectura y análisis exhaustivo de la literatura disponible que permitiera guiar a los participantes durante las entrevistas.

Otra limitación corresponde a la muestra del estudio con respecto al grupo de estudiantes, tal como se comentó en el apartado de Método en el cuerpo del trabajo.

También, a partir de los resultados obtenidos se generan diferentes líneas de investigación futuras. En cuanto a los profesionales psicólogos, resultaría interesante indagar si el marco teórico al que adhieren condiciona o no las actitudes y/o creencias sobre el tema y su valor como práctica que puede producir efectos saludables.

A su vez, se cree que podría resultar útil a nivel académico el relevamiento del interés de estudiantes y docentes de diferentes carreras universitarias y terciarias vinculadas con la salud, acerca de la inclusión de temáticas y bibliografía sobre espiritualidad (con evidencia empírica) y su inclusión en la currícula.

Otra línea de investigación futura que podría resultar de interés se centra en estudiar más específicamente las características que presentan los profesionales de la salud que trabajan con prácticas basadas en fundamentos espirituales comparados con los que no lo hacen. Asimismo, es necesario conocer en población general la percepción sobre la inclusión de la dimensión espiritual en los tratamientos convencionales.

Este estudio también aporta elementos sobre la función de las actitudes y creencias como componentes centrales del funcionamiento cognitivo-emocional. Aunque, en general no se cuenta con una delimitación clara de lo que se considera espiritual en convivencia con una proliferación de ofertas que se dicen terapéuticas, pero no aportan fundamentos suficientes para una acción razonada y ética con los pacientes. A esto se relaciona, por un lado, la manera en que lo sociocultural y las cuestiones de época influyen en la definición de la espiritualidad, por ejemplo desde una visión que ha estado estrechamente asociada con lo religioso, a una perspectiva amplia de prácticas. Es así que se sostiene la necesidad de incorporar el estudio de la dimensión espiritual en los planes de estudio académicos de las carreras vinculadas con la salud. Esto permitiría reducir el componente subjetivo en función de una mayor sistematización, y de la inclusión de lo espiritual en los tratamientos de manera concreta, coherente y con el correspondiente aval científico.

Para finalizar, si bien desde un principio supimos que nos proponíamos estudiar un tema de naturaleza compleja, nunca desistimos de continuar guiados por el interés que nos despertaba la temática y la humilde intención de poder brindar algún aporte a la disciplina. También, celebramos haber realizado este estudio que sentimos nos ha enriquecido enormemente como futuros profesionales de la Psicología.

REFERENCIAS

- Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R. y Marcoux, G. (2004). Spirituality and Psychiatry in Canada: Psychiatric Practice Compared With Patient Expectations. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 49:265–271
- Castañeiras (2009). Escala de Recursos de Fortaleza Personal (ER). Universidad Nacional de Mar del Plata. No publicado
- Curlin, F., Odell, S., Lawrence, R., Chin, M., Lantos, J., Meador, K. y Koenig, H. (2007). The Relationship Between Psychiatry and Religion Among U.S. Physicians. *Psychiatric Services*. 58: 1193-1198
- Galvis-López, M. y Pérez-Giraldo, B. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer Aquichan, vol. 11, núm. 3, diciembre, 2011, pp. 256-273.
- Navas, C., & Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista ciencias de la Educación*, 1(27), 29-45.
- Oñate, María Emilia, Resett, Santiago, Sanabria, Maria Esther y Menghi, María Soledad (2015). Propiedades Psicométricas de la dimensión espiritualidad de la Evaluación Multidimensional de la Religiosidad y la Espiritualidad. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Rivera, F., López, A., Ramos, P. & Moreno, C. (2011) Propiedades psicométricas de la Escala Sentido de Coherencia (SOC-29) en adolescentes españoles. *Journal of Child and Adolescent Psychology, Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4.
- Ruiz Santos, P. (2011). La psicología naturalizada como herramienta neurofilosófica y neuroepistemológica para el estudio del vínculo entre la mente y el cerebro. El ejemplo de las neurociencias y la filosofía oriental. *Enrahonar. Quaderns de Filosofia* 47, 2011, 187-198.
- Rumbold, B. (2007). A review of spiritual assessment in health care practice. *The medical journal of Australia*. 186: S60–S62
- Sánchez Gutiérrez, G. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, (2), 20
- Sulmasy, D. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*, 42, 24-33.
- Valiente-Barroso, C. & García-García, E. (2010). La Religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriátrica. *Psicogeriatría*, 2, 153-165.
- Valiente-Barroso, C. (2011). Estudio neuropsicológico de funciones ejecutivas en religiosas meditadoras contemplativas. (Tesis Doctoral). Madrid, España: Ediciones Complutense.
- Valiente, C. (2013) Intersecciones entre espiritualidad-religiosidad y psicología, desde la filosofía hasta la neurociencia. *Revista de Historia de la Psicología*, 2013, vol. 34, núm. 4 (diciembre).
- Vander Zanden J. (1977, 1ra. ed.): Percepciones y atribuciones sociales, Cap. 6. *Manual de Psicología Social*, Ed. Paidós, Barcelona, 1990.
- Yoffe, L. (2008). Religión, espiritualidad y sentido de la vida en los duelos. En Casullo, M.M (comp). *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 269-298.

Yoffe, L. (2012a). Beneficios de las prácticas religiosas espirituales en el duelo. *Avances en Psicología* 20(1), 2012.Enero-Febrero, 2-10. En: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/avances2012>.

Yoffe, L. (2012b).La religión y la espiritualidad en los duelos: desde la visión de la psicología positiva. En: Alarcón, R.A. (Directora).*Psicología Positiva*. Lima: Facultad de Psicología y Humanidades, Universidad Femenina del Sagrado Corazón, 83-116.

