

REPUBLICA ARGENTINA



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA
SANTA MARIA DE LOS BUENOS AIRES
Facultad de Psicología y Psicopedagogía

**Espiritualidad, Religiosidad y Empatía, factores promotores
de salud mental**

TESIS
PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA DE LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

AUTORA: Lic. Leónides del Carmen Fuentes
DIRECTOR DE TESIS: Dr. Carlos Domínguez Morano
CODIRECTORA DE TESIS: Dra. Solange Rodríguez Espínola

Año 2020

Resumen

El concepto de espiritualidad ha ido cobrando cada vez más importancia en el mundo occidental, excediendo los límites de lo religioso (entendido como práctica institucional o tradición heredada) e incluso ampliando sus definiciones. Atentos a esta modificación en las prácticas, creencias y conceptualizaciones, es importante incrementar el conocimiento sobre la dimensión espiritual como variable que puede desempeñar un rol fundamental en la salud mental de las personas. Con el objeto de realizar un análisis comprehensivo del fenómeno y de sus posibles usos prácticos dentro del amplio ámbito de lo psicoterapéutico, es fundamental discriminar el concepto de religiosidad del de espiritualidad; de modo de no excluir a las personas que no adhieren institucionalmente a ninguna religión, ni a quienes manifiestan no poseer creencia alguna respecto de una entidad divina, mientras sí se consideran a sí mismos sujetos espirituales. También es relevante estudiar la calidad empática de los profesionales de la salud que se vinculan con estas temáticas.

El objetivo general es estudiar la relación entre espiritualidad, religiosidad y empatía en profesionales de la salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El tipo de estudio propuesto es exploratorio descriptivo-correlacional, con un enfoque cualitativo y cuantitativo, no experimental y transversal. La muestra es intencional, no representativa, y está compuesta por 102 psicólogos/as y psiquiatras psicoterapeutas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Como instrumentos se utilizaron el Cuestionario de Espiritualidad de Parsian y Dunning, Systems of Beliefs Inventory, SBI-15R y el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA).

Como resultado de esta investigación, se ha observado que la población estudiada comparte una anuencia respecto de la idea de *religiosidad* y del valor que se le otorga a la *empatía* como parte del proceso psicoterapéutico. No se establecen consensos, sin embargo, respecto de la noción *espiritualidad*; y, si bien la mayoría de los participantes considera, en alguna medida, importante incluirla en el marco de un tratamiento, no se manifiesta acuerdo respecto de su incorporación. Por otra parte, los terapeutas con un marco teórico humanista le adjudican una mayor importancia a las creencias espirituales con respecto a aquellos profesionales que utilizan un marco

teórico psicodinámico. Se observa también que las profesionales del género femenino presentan valores más elevados de empatía. Se concluyó que el 61.8 % de los participantes opina que la espiritualidad/religiosidad deberían incluirse en la formación académica de grado, mientras que el 38.2 % dice que no sería necesario

En conclusión: la presente investigación constituye un aporte original al instalar la pregunta por la relevancia de la dimensión espiritual dentro de un marco terapéutico y brinda información válida y confiable sobre cómo definen los psicólogos y psiquiatras a la espiritualidad y a la religiosidad; así como qué valoración les otorgan a dichas dimensiones en el ámbito de un proceso psicoterapéutico. Al aportar esta información, este trabajo abre una línea de trabajo potencialmente ventajosa en el ámbito de la práctica clínica y muy poco investigada en el contexto argentino.

Palabras claves: espiritualidad, empatía, religiosidad, salud mental

Dedicatoria

A Miguel Ángel, José Ignacio y Ma. Mercedes

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a Dios Padre y Nuestra Madre la Virgen por el cuidado amoroso y maternal para conmigo, de diversas maneras me muestran que puedo apoyarme y refugiarme en sus brazos.

Agradezco profundamente al Dr. Carlos Domínguez Morano por su guía, confianza y apoyo incondicional en estos años, a la Dra. Solange Rodríguez Espínola, por su apoyo, tiempo y orientación. Un agradecimiento especial a la Dra. María Cristina Richaud por su apoyo y motivación constante y la generosa disponibilidad de su tiempo cada vez que lo requerí.

Quiero agradecer a la Dra. Maite R. Beramendi por haberme ayudado y brindado valiosos aportes y sugerencias, a la Dra. Inés de Mendonça por la lectura del borrador y su asesoramiento. A ambas también por animarme a no claudicar en mi proyecto.

Quiero agradecer especialmente a mi familia y a todos mis amigos que me han acompañado a lo largo de estos años con su aliento y con su oración. Asimismo a todos los que colaboraron con sus respuestas pues hicieron posible esta tesis.

Desde lo profundo de mi corazón, le doy Gracias a mi esposo Miguel Ángel y a mis hijos José Ignacio y María Mercedes, mis más preciados tesoros, por haberme apoyado incondicionalmente todo este tiempo, con paciencia y amor para que lograra alcanzar este desafío personal.

TABLA DE CONTENIDOS

Capítulo I: Planteamiento del problema	7
1.1 Objetivo general	14
1.2 Objetivos específicos	14
1.3 Hipótesis	14
Capítulo II: Marco Teórico	15
2.1 Hacia una distinción de la espiritualidad en la psicología de la religión	16
2.2 La religiosidad en la psicología de la religión	16
2.3 La psicología de la espiritualidad	20
2.3.1 Instrumentos de medición en variables relevantes	26
2.4 Hacia una definición de la empatía	30
2.4.1 Instrumento de medición para la empatía	33
2.5 Investigaciones sobre la relación de la espiritualidad y la religiosidad y la salud mental	35
2.6 Investigaciones sobre la relación entre las creencias religiosas de los terapeutas y/o la inclusión de la espiritualidad y/ la religiosidad en la terapia	40
2.7 Investigaciones sobre espiritualidad y/o religiosidad en salud mental en América Latina	42
2.8 Investigaciones sobre la relación entre la espiritualidad, la religiosidad y la empatía	44
Capítulo III: Método	46
3.1 Población y participantes	46
3.2 Características de la muestra	46
3.3 Procedimiento para la recolección de los datos	46
3.4 Técnicas para la Recolección de los Datos	47
3.5 Análisis de Datos	50
3.5.1 Análisis Cualitativo	50
3.5.2 Análisis Cuantitativos	50
Capítulo IV: Resultados	52

4.1 Descripción de los participantes e instrumentos	52
4.1.1. Características de los participantes	52
4.1.2. Confiabilidad de los instrumentos utilizados	54
4.2 Concepto de Espiritualidad	55
4.2.1. Dimensión Creencias Trascendentales	55
4.2.2. Dimensión Relación con Ser Superior	56
4.2.3 Dimensión existencial humana	57
4.2.4. Dimensión secular de lo religioso con el alma, el espíritu y la fe	58
4.3. Religiosidad	59
4.3.1 Asociada a una religión con credo	59
4.3.2 No se asocia con ningún credo	59
4.4. Descripción de la Espiritualidad, Religiosidad y Empatía	60
4.5 Espiritualidad, Religiosidad según marco teórico de la práctica profesional	58
4.6. Establecer la relación entre el enfoque teórico del profesional y la empatía	63
4.7 Diferencias en la espiritualidad y la religiosidad y la empatía según el género, los años de ejercicio profesional y la edad	63
4.8. Comparación y descripción de la relevancia otorgada a la empatía y la espiritualidad en el proceso psicoterapéutico según el género y los años de ejercicio profesional	69
4.9. Importancia de profesar una religión y formación académica	70
4.10. Relación entre el grado de Espiritualidad, religiosidad y empatía	70
Capítulo V: Discusión, conclusiones y sugerencias	72
5.1 Discusión	72
5.1.1 Primer objetivo específico	72
5.1.2 Segundo objetivo específico	74
5.1.3 Tercer objetivo específico	75
5.1.4 Cuarto objetivo específico	76

5.1.5 Quinto objetivo específico	77
5.1.6 Sexto objetivo específico	80
5.1.7 Séptimo Objetivo específico	76
5.1.8 Octavo Objetivo específico	81
5.2 Conclusiones, Limitaciones y Sugerencias	85
5.2.1 Conclusiones	85
5.2.2 Limitaciones	87
5.2.3 Sugerencias	87
Referencias	89
Apéndice	111
Cuestionario de Espiritualidad	115
Inventario de Sistemas de Creencias-15R	120
TECA	122

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <i>Religión que profesan los participantes</i>	50
Tabla 2. <i>Nivel máximo de estudio alcanzado</i>	51
Tabla 3. <i>Años de trabajo en clínica</i>	51
Tabla 4. <i>Análisis descriptivos de las dimensiones de la Escala de Espiritualidad</i>	57
Tabla 5. <i>Análisis descriptivos del Inventario de Sistema de Creencias</i>	57
Tabla 6. <i>Análisis descriptivos de las dimensiones del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva</i>	58
Tabla 7. <i>Se describen las diferencias de la dimensión importancia de las creencias espirituales entre los grupos</i>	59
Tabla 8. <i>Se describen las diferencias de la dimensión alegría empática entre los grupos</i>	60
Tabla 9. <i>Comparación de las puntuaciones de la escala de Empatía según el género de los participantes</i>	64
Tabla 10. <i>Comparación de las puntuaciones de la escala TECA según los años de ejercicio profesional de los participantes</i>	65
Tabla 11. <i>Correlación entre el Cuestionario de Espiritualidad, Inventario de Sistema de Creencias y Test de Empatía Cognitiva y Afectiva</i>	67

LISTA DE FIGURAS

Figura N°1. <i>Marco teórico del SQ</i>	27
Figura N°2. <i>Rango promedio de Prácticas espirituales según grupos de años de ejercicio profesional</i>	61
Figura N°3. <i>Rango promedio de Autoconciencia según grupos de años de ejercicio profesional</i>	61
Figura N°4. <i>Rango promedio de Importancia de las Creencias Espirituales según grupos de años de ejercicio profesional</i>	62
Figura N°5. <i>Rango promedio de Necesidades espirituales según grupos de años de ejercicio profesional</i>	62

Capítulo I: Planteamiento del problema

El término *espiritualidad* desde un punto de vista etimológico, se considera desde la combinación de palabras/vocablos latinos que conforman su origen: alma, cualidad y lo “relativo a”, que nos remite a la naturaleza o condición concerniente al espíritu, es decir al vínculo entre un individuo y una cierta idea o experiencia de la trascendente. Las preguntas existenciales y la experiencia de lo que habitualmente se denomina trascendencia acompañan el desarrollo humano en sus expresiones individuales y comunitarias desde que se tiene registro de la historia como tal. Aquello que la Psicología, en tanto estudio o análisis de la *psique* (alma, mente, espíritu o actividad mental), comprende como parte de su amplio campo de saberes consiente la incorporación de *lo espiritual* como un aspecto más de su labor clínica y de sus objetos de investigación.

La espiritualidad puede sugerir tanto prácticas como pensamientos, emociones y creencias. Puede interpretarse tanto en clave individual como colectiva y afectar de un modo concreto la experiencia vital de una persona o un grupo. Las asociaciones con el término y su incorporación en disciplinas específicas, más allá de las experiencias religiosas más convencionales o reglamentadas, han ido aumentando considerablemente en los últimos años. En el ámbito específico de los profesionales de la salud, el reconocimiento y aceptación de la espiritualidad y la religiosidad como recursos que pueden favorecer o ayudar a sobrellevar el dolor y el sufrimiento tanto físico como psíquico también ha ido adquiriendo mayor relevancia (Koenig, 2009).

La complejidad del concepto y su variada significación, tanto en su aspecto religioso como en las formas cotidianas de la vida en sociedad a las que refiere, permite observar de un modo tentativo las áreas diversas con las que un estudio específico de este tipo debe confrontar. Puesto que tanto la vivencia de lo espiritual como la utilización del vocablo exceden largamente los ámbitos clínicos o académicos de la Psicología para insertarse en el discurrir mismo de la vida humana, es relevante consignar, en una primera instancia, que su significación admite una diversidad sustancial de abordajes.

En la actualidad, se entiende que una auténtica espiritualidad no podrá ignorar o violentar las estructuras de personalidad ni los dinamismos psicológicos, so pena de

lastimar a la persona y/o fomentar su disfuncionalidad. Por consiguiente, habrá que reconocer que la espiritualidad y la Psicología se complementan y enriquecen mutuamente, aunque sus campos sean muy diversos y operen en diferentes planos (Bianchi, 2009, Andrade, 2010; Dorsaz, 2009).

Tal como señalan Moreira-Alameida, Lotufo-Neto y Koenig (2006), se ha producido un caudal considerable de investigaciones en el campo de la salud, en los últimos treinta años, desde una perspectiva de la Psicología de la religión y la espiritualidad; sin embargo, recién en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) se hace mención a la religión y la espiritualidad y a la asistencia a prácticas religiosas como fuentes de soporte emocional ante el estrés (Williams, Larson, Buckler, Heckmann, Pyle, 1991; López-Ibor y Valdez- Miyar, 2005).

Con más precisión y detalle, el DSM-V incluye diagnósticos a los problemas religiosos o espirituales y señala que debe utilizarse esta categoría cuando el objeto de la atención clínica es un problema de creencias o fe. Entre los ejemplos que menciona, se citan experiencias angustiantes que implican una pérdida o cuestionamiento de la fe, problemas relacionados con la conversión a una fe nueva o las dudas respecto a valores espirituales que no necesariamente están relacionados con una iglesia u organización religiosa específicas (American Psychiatric Association, 2013).

La espiritualidad es un concepto que tiene cada vez mayor presencia en la bibliografía científica; las investigaciones han permitido descubrir que es una variable que puede desempeñar un rol fundamental en la salud física y mental de las personas (Koenig, 2009) pero que, tal como hemos mencionado en un comienzo, producto de su amplitud de significado, puede confundirse fácilmente con el concepto de religiosidad, que se refiere en algunas de sus acepciones al grado en el que una persona cree, sigue y práctica una religión, (Jimenez, 2005).

La investigación se circunscribe en torno a la relación y conceptos que emanan de la espiritualidad y la religiosidad, para definir las desde distintas vertientes teóricas. Si bien las investigaciones han sido llevadas a cabo principalmente por médicos psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales, existen estudios realizados por

psicólogos, relacionando el área espiritual con enfermedades crónicas u otras dolencias físicas (Rivera-Ledesma, 2011; Rodríguez-Fernández, 2011).

De un modo predominante, las investigaciones que se presentan en la literatura académica referidas al tema de la espiritualidad provienen del mundo anglosajón (Quiceno y Vinaccia, 2009; Rivera-Ledesma, 2011). En Latinoamérica se conocen estudios en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile y México. En particular, dentro del contexto argentino es relevante mencionar los trabajos de Yoffe (2007), abocada al estudio de la espiritualidad y su vínculo con el duelo; los estudios sobre espiritualidad y bienestar subjetivo y psicológico realizados por Nogueira (2015); el aporte de Simkin (2016) referente a la espiritualidad, la religiosidad y el bienestar subjetivo y la contribución de Oñate, Resett, Sanabria y Menghi (2015) vinculada a las propiedades psicométricas de la evaluación multidimensional de la religiosidad.

Es destacar también la existencia de grupos de investigación sobre la espiritualidad en la Asociación Psicoanalítica Argentina y en la Asociación Argentina de Salud Mental.: El primero investiga desde la óptica del psicoanálisis las raíces de la espiritualidad en el aparato psíquico y como abordarlo en la práctica clínica. Lo vienen realizando desde el año 2009 y el segundo se funda en el año 2010 con el objetivo de investigar e integrar la dimensión de la espiritualidad desde diversos abordajes teóricos y disciplinas.

Como parte de los conceptos y habilidades afines o cercanos a la problemática estudiada, es pertinente señalar que la empatía es una variable significativa en el estudio de la conducta humana y que, desde un punto de vista clínico, resulta importante evaluarla en los profesionales de la salud mental, ya que se trata de una de las principales habilidades que debe presentar un terapeuta (Fernández- Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008). Esta aptitud facilita la vinculación afectiva y cognitiva que deviene en la preocupación por el otro al cual se le desea brindar asistencia y cuidado. (Galinisky, Gilin y Modux, 2011). Poseer una adecuada empatía favorece la autoregulación emocional, involucra trascender de sí, para tener un acercamiento emocional del mundo de nuestro semejante (Muñoz-Pérez, 2017).

Mediante la empatía comprendemos lo que el otro vive y siente y podemos así ayudarlo a comprenderse. Se trata de algo más que una mera simpatía. Esta última es

simplemente una sintonía afectiva que permite una comprensión sensible de lo sensible, pero no hace entrar necesariamente en el mundo experiencial del otro. La empatía es la competencia emocional que permite reconocer el pensamiento y los afectos del otro. Gracias a ella somos capaces de escucharlos, de percibir lo que sienten, necesitan y piensan (Prieto, 2017).

La empatía, en el ámbito de la psicoterapia, depende en gran medida de la capacidad a priori que posea el terapeuta ya que no existen todavía entrenamientos para desarrollarla en profundidad, algo que sería importante que existiera dada la jerarquía de esta habilidad en el vínculo y proceso psicoterapéutico (Putrino, Etchevers y Mesurado, 2017).

Asimismo, resulta de interés analizar la relación que tiene esta habilidad/competencia con la inclusión de la espiritualidad o la religiosidad en la terapia. En este sentido, puede observarse un incremento significativo de expresiones intelectuales y científicas (investigaciones, artículos, libros, congresos) destinadas a investigar y resolver la inclusión de la espiritualidad, la religiosidad y la empatía como habilidades/prácticas beneficiosas para la salud mental, buscando alcanzar una mirada integradora de la salud desde un modelo que responda a la realidad humana compleja y multidimensional (Baetz y Toews, 2009; Blanch, 2007; Blazer, 2009; Peteet, 2010).

Coincidentemente con la aparición de líneas de investigación académicas o de formación profesional que abordan desde distintas perspectivas las nociones espirituales y/o religiosas, la preocupación académica vinculada a lo espiritual ha ido en aumento (tal como evidencian los cambios mencionados en el DSM); y se observa el reconocimiento y aceptación de la espiritualidad por parte de los profesionales de la salud como recurso que puede favorecer o ayudar a sobrellevar el dolor y el sufrimiento tanto físico como psíquico.

Sin embargo, aún persisten concepciones y posturas adversas a incorporar en la clínica estas dos áreas de la vida humana. Lo religioso y lo espiritual sigue siendo, todavía, dejado fuera de consideración por buen número de profesionales de la salud mental (Monroe, Bynum, Susi et al., 2003).

La ciencia ha evitado durante décadas investigar las variables ligadas a la religión y a la espiritualidad por considerarlas poco científicas. Al respecto, Rivera Ledesma (2007) señala que el área espiritual de la vida humana fue largamente

segregada del campo de la psicología, y parece ser necesario hoy en día, asignarle un lugar más allá del apasionamiento de la fe o del escepticismo academicista contemporáneo.

Compromete a la sociedad científica y especialmente a los profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras) de quienes se espera que tengan desarrollada la capacidad empática, considerar la dimensión espiritual discriminándola certeramente de la religiosidad, como factor que puede ayudar al paciente a resolver o sobrellevar una conflictiva puntual.

Blazer (2009) señala, a partir de sus observaciones, que es fundamental que los profesionales de la salud mental entiendan y reflexionen sobre la importancia de la espiritualidad y religiosidad en el ser humano, independientemente del marco teórico con el que comprenda su práctica, de que adhieran o no a una práctica religiosa, o de que manifiesten poseer o no una creencia espiritual o religión específica.

Con el objeto de realizar un análisis comprehensivo del fenómeno y de sus posibles usos prácticos, es fundamental discriminar el concepto de religiosidad del de espiritualidad, de modo de no excluir a las personas que no adhieren institucionalmente a ninguna religión, ni a quienes manifiestan no poseer creencia alguna respecto de una entidad divina mientras sí se consideran a sí mismos sujetos espirituales.

La relevancia de la presente investigación reside principalmente en obtener información válida y confiable sobre cómo definen los psicólogos y psiquiatras a la espiritualidad, la religiosidad, y respecto al valor y consideración que les dan a dichas dimensiones en el ámbito de un proceso psicoterapéutico. Se intentará mostrar, además, la evolución histórica a lo largo del siglo XX y en los últimos diez años de los constructos espiritualidad, religiosidad y empatía como así también indicar las investigaciones basadas en la evidencia de las relaciones de la espiritualidad y la religiosidad con la empatía, en el ámbito de la salud mental, dado el auge que esta última dimensión tiene hoy en día (Levin, 2010; Sandage, Hill, y Vaubel, 2011). Como también conocer la relevancia que se le otorga en el marco de la psicoterapia a la espiritualidad y la empatía; y obtener opinión sobre si se considera útil tener una

mayor formación en espiritualidad y religiosidad en su práctica profesional y si debiese ser incluida en la formación académica de grado.

Si bien existen algunos estudios ya mencionados sobre la temática, el desarrollo en el ámbito local es escaso. Esta investigación permitirá disponer información para el desarrollo de nuevas investigaciones a nivel nacional, a la vez que sentará un precedente entre los países de habla hispana. En cuanto a su relevancia social, los principales beneficiarios de este estudio serán los profesionales de la salud mental, primariamente psicólogos y psiquiatras, dada la inexistencia de estudios previos sobre espiritualidad, religiosidad y empatía en esta población específica; ya que contarán con soporte bibliográfico de evidencia científica sobre la importancia de incluir la dimensión espiritual y/o religiosa considerando un concepto integral del hombre que supone que este no es tan solo un ser bio-psico-social, sino también espiritual y religioso. Y, correlativamente, la importancia manifiesta respecto de la ventaja de incrementar el conocimiento y estudio sobre dichas dimensiones, en tanto variables que cuentan con vasta investigación empírica que confirma que pueden desempeñar un rol muy importante en la salud mental de las personas.

Prescindir de estas dimensiones, la espiritualidad y la religiosidad, de la vida del ser humano sería desconocer aspectos medulares del desarrollo de la persona. Por otra parte, con relación a la empatía, conocer en profundidad estas variables puede favorecer en los profesionales de la salud mental, la autorreflexión sobre qué lugar verdaderamente ocupa en el modelo teórico al que se adhiere, pues es uno de los pilares de un favorable vínculo psicoterapéutico.

La comunidad tendrá a su disposición conocimientos que le permitirán evaluar el impacto de la formación académica en psicología, sobre aspectos no considerados mayormente en los planes de estudio y que, sin embargo, hacen a la atención integral del ser humano. Dados los hallazgos reportados en diversas investigaciones sobre el rol que cumplen la espiritualidad y la religiosidad en el desarrollo de la persona humana y cómo afecta a las diversas áreas de su vida, su estado de salud físico y mental, su calidad de vida, su capacidad de enfrentar la adversidad, su visión y sentido de la existencia, entre otros aspectos, resulta razonable pensar que deberían ser temas que se aborden en la formación que recibe el futuro profesional en psicología.

Frente a todo lo que se ha expuesto precedentemente sobre la relevancia y el interés actual sobre las dimensiones de espiritualidad y religiosidad más específicamente, nos preguntamos: ¿Los psicólogos y psiquiatras que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires toman en consideración a la espiritualidad en el ámbito terapéutico? ¿Pueden definir y diferenciar con precisión los conceptos de religiosidad y espiritualidad? ¿Les interesa contar con mayor formación académica sobre estos temas? ¿El interés en la dimensión espiritual en un profesional de la salud mental se relaciona con una mirada más empática hacia el paciente?

1.1 Objetivo general

Estudiar la relación entre espiritualidad, religiosidad y empatía en profesionales de la salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires comparando según los distintos enfoques teóricos que guían su actividad y aspectos sociodemográficos

1.2 Objetivos específicos

1. Definir el concepto de espiritualidad y religiosidad sintetizando las representaciones más frecuentes en profesionales de la salud mental.
2. Indagar el grado de espiritualidad, de religiosidad y de empatía en cada uno.
3. Establecer la relación entre el enfoque teórico del profesional y el grado de espiritualidad y de religiosidad.
4. Establecer la relación entre el enfoque teórico del profesional y la empatía.
5. Determinar las diferencias entre espiritualidad y religiosidad y empatía según el género, los años de ejercicio profesional y la edad.
6. Describir y comparar la relevancia otorgada a empatía y espiritualidad y en el proceso psicoterapéutico según el género y los años de ejercicio profesional.
7. Conocer si los profesionales de la salud consideran útil tener una mayor formación en espiritualidad/religiosidad en su práctica profesional y si creen que debería ser incluida en la formación académica de grado.
8. Analizar si existen diferencias en las opiniones que tienen los participantes sobre la utilidad de poseer una mayor formación en espiritualidad/religiosidad en su práctica profesional y en la inclusión de esta temática entre los que profesan o no una religión.

1.3 Hipótesis

H1 Los terapeutas con enfoques teóricos humanistas tienen mayor espiritualidad y religiosidad.

H2 Los terapeutas con enfoque humanista y cognitivo tienen mayor empatía que aquellos con marco psicodinámico y sistémico

H3 Los terapeutas de mayor edad y con más años de ejercicio profesional se perciben más empáticos y espirituales

H4 Los terapeutas mujeres independientemente de sus años de ejercicio profesional, le otorgan más relevancia a la empatía y a la espiritualidad en el proceso psicoterapéutico que los terapeutas varones.

H5 Los terapeutas que profesan una religión consideran de utilidad poseer mayor formación académica sobre espiritualidad/religiosidad que los que no.

Capítulo II: Marco Teórico

Se mostrará la evolución histórica del constructo espiritualidad, religiosidad y empatía, a lo largo del siglo XX y sus modificaciones específicas en los últimos diez años. Se indicarán también cuáles han sido las investigaciones basadas en la evidencia que estudian las relaciones de la espiritualidad y la religiosidad con la empatía en el ámbito de la salud mental, considerando la importancia que esta última dimensión tiene hoy en día en el ámbito profesional (Levin, 2010; Sandage, Hill y Vaubel, 2011).

2.1 Hacia una distinción de la espiritualidad en la psicología de la religión

Todas las religiones intentan promover la espiritualidad a través de sus principios, lo que provoca una gran confusión acerca del dominio de estas variables. La espiritualidad y la religiosidad no son conceptos excluyentes y pueden solaparse o existir separadamente, por lo tanto, deben ser cuidadosamente categorizados e interpretados.

Inicialmente, la espiritualidad fue equiparada a la práctica de una religión, entendida ésta como el conjunto de instituciones que formulan, organizan, administran o coordinan el instrumental de teorías, doctrinas, dogmas, preceptos, normas, signos, ritos, símbolos, celebraciones o devociones, en torno a una creencia trascendental y a través de las cuales se conservan, cultivan o expresan colectivamente las experiencias espirituales personales (Richards y Bergin, 2005; Rodríguez, Fernández, Pérez y Noriega, 2011).

A principios del siglo XX, la psicología da un carácter científico a los fenómenos del comportamiento espiritual-religioso con lo cual surge la llamada psicología de la religión, que tuvo aportaciones de todas las corrientes psicológicas en su desarrollo, como el conductismo, el psicoanálisis, la psicología humanista y la transpersonal. En Europa y Estados Unidos, especialmente, surge como un área de la psicología propiamente dicha (Quinceno, 2009).

Se considera a Schleiermacher con su obra *Psychology* (1862 en Quiceno y Vinaccia, 2009) uno de sus primeros fundadores en el siglo XIX, junto con los aportes que haría a comienzos del siglo XX, el psicólogo y filósofo James con su obra *La variedad de la experiencia religiosa* (1902 en Quiceno y Vinaccia, 2009). James

contribuye a la disciplina con una clasificación relevante que diferencia entre a) la religión como institución (grupos religiosos y su organización), b) la religión como práctica personal (vivir experiencias místicas, independientemente de la cultura) y c) la diferencia entre religiosidad sana y religiosidad enfermiza. Indica también qué factores emotivo-cognitivo-conductuales operan en las experiencias religiosas, aunque destaca la primacía de los elementos afectivos sobre la experiencia religiosa (James, 1902 en Portugal, 2004). Otros precursores que brindaron los primeros aportes científicos a la psicología de la religión fueron Starbucks, en el año 1899; Hall, en el periodo 1904-1917; y Coe en el año 1900 (Yoffe, 2007).

La psicología de la religión es la rama de la psicología aplicada y de la ciencia de la religión que abarca las manifestaciones psicológicas vinculadas a la práctica religiosa. Su objeto de estudio son las creencias, actividades y experiencias religiosas desde el punto de vista psicológico. Las creencias religiosas tienden a ser codificadas y se refieren más a las ideas que a las prácticas (Font, 1999).

Miller y Thoresen (2003) y Schreurs (2004) coinciden en señalar que el constructo espiritualidad es más universal y que, en cambio, el concepto religión, se relaciona con la adhesión de una persona a creencias, valores y prácticas propuestas por una colectividad, la cual prescribe maneras de ver y vivir la vida. En tanto que Richards y Bergin (2005) afirman que el concepto de espiritualidad suele fácilmente asimilarse al de religiosidad, indicando que esta última es el conjunto de prácticas y creencias institucionales asociadas a religiones específicas.

2.2 La religiosidad en la psicología de la religión

La evaluación sistemática del fenómeno de la religiosidad se inicia a fines de la década del 60 del siglo pasado con los estudios realizados por Allport y Ross (1967 en Etchezahar y Simkin, 2013) quienes indican dos tipos de religiosidad: a) religiosidad intrínseca (o personalizada), cuya característica principal sería la interiorización de la creencia religiosa, y b) religiosidad extrínseca (o sociodependiente) orientada al cumplimiento de las normas. Autores como McPherson (2001) Fehrign, Miller y Shaw (en Martínez, Méndez y Ballesteros, 2004) correlacionan a la espiritualidad con la religiosidad intrínseca. Este puede ser uno de los motivos para entender la razón de la superposición de ambos conceptos.

Una manifestación particular de la religiosidad intrínseca es la oración, recientes investigaciones la señalan de influencia positiva frente a enfermedades de alta complejidad (González, 2004).

Meadow y Kahoe (1984) manifiestan que algunos hombres y mujeres experimentan la religión como una conducta más hacia la vida –en conjunto con otras que serían las más determinantes–, en cambio otros consideran que la religiosidad transforma las conductas de su vida.

Uno de los mayores exponentes de la Psicología de la religión del siglo XX, Vergote, define a la religiosidad como una actitud o forma de imprimir sentido a los fenómenos percibidos del mundo (1969 en Domínguez Morano, 2010).

Holland (1999) define a la religiosidad como la experiencia espiritual que manifiesta conductas de una determinada religión formal mediante unas creencias, prácticas y rituales específicos.

Rivera-Ledesma y Montero-López Mena (2005) consideran que el concepto de religiosidad se contrapone al de espiritualidad, conceptualizando a la religiosidad como una dimensión que se vive en lo social, siguiendo ritos, normas, comportamientos, conocimientos y valores que pautan la vida de los creyentes interesados en la búsqueda de lo divino, aunque no necesariamente en búsqueda de la experiencia de lo divino. Mediante estos ritos, normas y comportamientos, la religiosidad adoctrina y congrega a las personas, confiriendo a los creyentes conocimientos que les facilitarían la búsqueda de lo divino.

Shafranske y Sperry (2005) señalan que las definiciones de espiritualidad y religiosidad que obtienen mayor consenso son aquellas que se refieren a la espiritualidad como una realidad “incorpórea” orientada a la trascendencia, y referida a la experiencia religiosa personal, y en la que la religiosidad es entendida como una entidad social que posee una teología, un conjunto de tradiciones, normas y rituales definible

Zwingmann, Müller, Körber y Murken (2008) refieren que la religiosidad consiste en una serie de actitudes, valores o prácticas vinculadas con un poder divino o trascendente, que se basa o no explícitamente en el sistema de creencias de una tradición religiosa. Realizaron un estudio que investigó la relación entre religiosidad y ajuste psicosocial, distinguiendo entre compromiso religioso disposicional (entendido

como la importancia de la religiosidad en la vida propia) y el afrontamiento religioso en una situación específica (entendido como la manera en que se apoyan los “pacientes” en su fe religiosa en una situación crítica).

Nervi Vidal (2011) postula que la religiosidad se refiere al sistema de creencias tomadas con valor de verdad absoluta que permiten y marcan una forma concreta de vivir la espiritualidad. Es un camino concreto de relacionarse con Dios y, por lo tanto, debería llevar implícito el carácter espiritual

Piedmont (2012) formula que la religiosidad no es considerada como un constructo motivacional o rasgo de la personalidad, sino que se define como un sentimiento, concepto que toma de autores clásicos de la psicología como Ruckmick (1920 en Piedmont, 2012) y Woodworth (1940 en Piedmont, 2012), para quienes éstos reflejan tendencias emocionales que se desarrollan a partir de las tradiciones sociales y de las experiencias educativas.

Para Wnuk y Marcinkowski, (2014) la religiosidad y la espiritualidad otorgan un sentido a la vida e influyen de manera positiva en el bienestar psicológico y satisfacción con su vida en una persona.

Es de destacar que con el aumento de las prácticas espirituales no-religiosas, la secularización de instituciones y el desinterés en los elementos sobrenaturales (Rizzuto, 2005), las investigaciones se van centrando más en el estudio de la espiritualidad que en la religiosidad. Por otra parte, ambos conceptos han variado en su definición y es posible identificar diversos modelos que intentan describirlas; por un lado, el modelo llamado de comprensión tradicional histórica en la cual la espiritualidad es concebida como subconjunto de la religiosidad y como un estado avanzado del ser religioso; y por otro, el modelo que recibe el nombre de comprensión moderna, que aborda el concepto de la religiosidad como un subconjunto de la espiritualidad. Finalmente, otros investigadores utilizan un modelo más abarcador, denominado de comprensión moderno-tautológico, que toma en consideración aspectos de la salud mental y del bienestar en general en su definición de espiritualidad (Koenig, 2008; Monod, RoCHAT y RoCHAT, 2011).

2.3 La psicología de la espiritualidad

Como hemos mencionado en la Introducción, el concepto de espiritualidad ha ido cobrando cada vez más importancia, sobrepasa los límites de la religión y de la moral, especialmente en el mundo occidental o judeo-cristiano, hasta convertirse en un constructo estudiado ampliamente por el campo de la salud (Koenig, 2008). La palabra espiritualidad proviene del occidente cristiano, *spiritualis* que es una traducción de la palabra griega *pneumatikos* (según el espíritu o lleno de espíritu), de ahí que significaría vivir desde el espíritu, vivir a partir de la fuente del espíritu (Rodríguez et al., 2011). Etimológicamente la palabra Espíritu, en hebreo *ruah*, como en latín *spiritus*, como en griego *pneuma*, significa soplo de aire o soplo animador (Grün, 2005). Parece evidente vincular, a partir de su genealogía léxica, lo anímico – incluso la animación de lo afectivo– con el ámbito de lo espiritual.

Pensando en estas relaciones entre ánimo-espíritu en el orden de la salud mental, Domínguez Morano (2002) indica que es muy importante, en la relación entre psicología y la experiencia religiosa, no confundir sin más lo psíquico y lo espiritual dado que lo psíquico es una dimensión de lo espiritual pero lo espiritual no puede reducirse a lo psíquico.

El Instituto Nacional de Investigaciones en el Cuidado de la Salud (EE. UU.) NIHR, 1997 citado en Koenig, 2000) definió la espiritualidad como la búsqueda de lo sacro o lo divino a través de cualquier experiencia de vida. En este mismo período de tiempo, la Asociación Americana de Consejeros (1995) señala que, en cualquier caso, afirmada la independencia entre el desarrollo espiritual y el hecho de ser o no religioso, la dimensión espiritual se descubre como una más, entre otras, inherentes a la evolución humana desde el nacimiento hasta la muerte.

A partir del siglo XX surge como análisis el constructo de espiritualidad que, como se ha mencionado precedentemente, suele equipararse al de religiosidad, aunque se trate de ideas y prácticas diferentes.

A continuación, se expondrá en un recorrido cronológico de qué manera se comprende la espiritualidad desde los diferentes enfoques teóricos hacia el interior del campo de la psicología.

James (1919 en Mytko y Knight, 1999) conceptualizó lo espiritual como el conjunto de sentimientos, actos y experiencias de los hombres individuales en su soledad, cuando se perciben a sí mismos en relación con lo que consideran lo divino.

Algunos psicólogos, como Jung (año en Jaffé, 2005), describieron la espiritualidad como un proceso mental que no surge instintivamente de la fisiología humana y mediante el cual el sí mismo o centro de la psique emerge a la conciencia, en un movimiento continuo que la persona lleva a cabo para lograr su propio desarrollo, crecimiento, auto liberación o realización.

Se viene observando que la mayoría de las investigaciones publicadas que refieren de alguna manera a la dimensión de la espiritualidad, la definen desde el modelo teórico de Frankl (1965), enmarcado en la llamada psicología existencial, que motiva la búsqueda personal de sentido, propósito y significado de la vida. Para Frankl (1965 en Rodríguez-Fernández, 2011) una persona es categorizada como espiritual en la medida que trata de encontrar, o relacionarse con aquello que percibe como sagrado (Rodríguez-Fernández, 2011). Desde este enfoque, se puede citar la definición de Ross (1995) concibiendo la espiritualidad sobre la base de tres aspectos primordiales: significado y propósito, la voluntad de vivir, y la fe en uno, en los demás o en Dios. Por lo tanto, la espiritualidad puede influenciar la recuperación física y mental, a través de una profunda comprensión del propósito o significado de la vida o por un deseo intenso de vivir. En esta misma línea, Rodríguez, Fernández, Pérez y Noriega (2011) describen a la espiritualidad como la cualidad que impulsa al ser humano a trascender y a darle un propósito a su existencia, buscando los medios necesarios para lograr estos objetivos mediante una vinculación significativa con Dios, sea cual fuere la concepción que se tenga de él, con los demás, dentro o fuera de las instituciones religiosas.

Ya desde un enfoque cognitivo-conductual, Beck (1992) indica que la espiritualidad llegó a definirse en ausencia de referencias a lo sagrado o a la trascendencia, únicamente desde cualidades humanas indicando que en las definiciones actuales no se excluyen elementos religiosos de sus contenidos

Desde otras líneas de investigación, Seligman (1999) en su asunción como presidente de la *American Psychological Association*, inicia uno de los más recientes modelos teóricos denominado Psicología Positiva, que tiene como objetivo dar una

nueva mirada a las potencialidades y virtudes humanas, estudiando las condiciones y los procesos que contribuyen para la prosperidad de los individuos y comunidades.

A pesar de lo que se ha aludido en otros autores y, aunque no es el criterio que se expresa en esta Tesis, es justamente relevante mencionar que Peterson y Seligman (2004) no diferencian entre espiritualidad y religiosidad, entendiéndolas como el conjunto de creencias y prácticas basadas en la convicción de que existe una dimensión trascendente, no física, de la vida. Estas creencias son persuasivas, abarcadoras, y estables, y brindan información acerca de las atribuciones que realizan las personas, los significados que construyen y las formas en que se interrelacionan con otros.

Para Valiente-Barroso y García-García (2010) la espiritualidad supone una relación poliédrica con lo trascendente y experimentable tanto desde la religiosidad y sus expresiones (doctrinal, celebrativa y/o moral-comportamental), como a través de vivencias asociadas al arte, la filosofía y la naturaleza.

Desde una perspectiva holística biopsicosocial, Koenig (2010) indica que la espiritualidad se distingue del humanismo, los valores, la moral y la salud mental, por su conexión con lo sagrado y con lo trascendente. Define a la espiritualidad como

Íntimamente ligada a lo sobrenatural y a la religión, aunque también se extiende más allá de la religión. La espiritualidad incluye una búsqueda de lo trascendente, y por ende involucra un viaje a lo largo del sendero que lleva desde el firme descreimiento al cuestionamiento, a la creencia, a la devoción, a la entrega. (p.117)

Lenoir (2005) desde el modelo cognitivo conductual (en Rodríguez et al., 2011) entiende a la espiritualidad, como una experiencia esencialmente personal y subjetiva, que incluye tanto elementos de la religión, como de lo mágico y lo secular o no sagrado, para lograr la armonización con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y el cosmos, de posiciones amplias y abiertas que respetan la autonomía individual y permiten un vasto sincretismo filosófico y teológico.

La espiritualidad es la manera como la gente entiende y vive su vida, en la búsqueda de su significado y valor, incluyendo un estado de paz y armonía.

También, ha sido relacionada esta variable, con la necesidad de encontrar respuestas satisfactorias acerca de la vida, enfermedad, y la muerte. Identificándose en el desarrollo espiritual, o la espiritualidad, los siguientes aspectos: la conciencia de las interrelaciones entre las personas y otras formas de vida, la experiencia de misterio y

sobrecogimiento, respeto o admiración inspirado por la naturaleza, el logro humano, o lo misterioso, el sentido y el propósito en la vida, el humor, la esperanza, el optimismo, la conciencia y aceptación del presente y el futuro, y la trascendencia de uno mismo a través de posiciones de generosidad y gratitud, la honestidad, la compasión, el perdón, o experiencias, creencias, y rituales, que pueden incluir el sentido de un poder superior (también religioso), y finalmente, la introspección y la comprensión de uno mismo (Roehlkenpartain, King y Wagener, 2006; Snyder y López, 2006).

Desde un enfoque psicodinámico, Schreurs (2004) indica que la espiritualidad, a diferencia de la religión, es la variable más importante en el ámbito de la psicoterapia, dado que esta se ocupa de las relaciones personales del individuo. Esto es así, independientemente de que la preocupación central del paciente con la trascendencia constituya o no la preocupación central de su vida. La autora afirma también que los seres humanos sienten profundamente la religión y la espiritualidad, pudiendo llegar a obsesionarse por temores intensos y omnipresentes. Si no son entendidos o respetados, en esta área, sufren irremediamente y si se sienten atormentados, por dudas espirituales, su propia existencia se pone en juego.

Al respecto diversos estudios sugieren que las personas religiosas y espirituales desarrollan más claramente un propósito de vida (Ardelt, 2003; Bailey, 2008; Fischman, 2010).

Dorsaz (2009), por su parte, afirma que desde las psicologías humanistas se han propuesto modelos de espiritualidad que se fundamentan en modelos psicológicos que consideran al hombre esencialmente bueno y poseedor de todos los instrumentos para alcanzar el despliegue de todo su potencial de desarrollo; negando así lo sobrenatural, ya que pone el fin de la existencia en el propio ser humano. Se entiende a la espiritualidad desde dos miradas, una que exagera que lo bueno que le sucede al hombre es gracias a su propio esfuerzo y otra que tiende a negar el sentido al sufrimiento incluso el que es necesario para enfrentar dificultades. Menciona el autor que esto ha traído como consecuencia que algunos estudien la espiritualidad sin una fundamentación antropológica y tradición religiosa. Prevalece una corriente *New Age*, que confunde fácilmente las necesidades afectivas con el sentido de la vida del

hombre y de sus aspiraciones metafísicas. Y en última instancia sacraliza la psicología y la psique humanas.

Se ha señalado al comienzo el aporte de las diferencias entre la espiritualidad personal e impersonal; pues bien, es Boyd (2008), dentro del Cognitivismo, quien refiere que la teoría de la mente podría iluminar la relación entre religión y/o espiritualidad y su relación con la salud mental. E indica estos dos tipos diferentes de espiritualidad: personal versus impersonal. A la vez que indica que el marco teórico de la misma podría ser muy eficaz en el vínculo entre la psicología y la espiritualidad dado que es una ciencia empírica, y cuenta con muchos cuestionarios de investigación, herramientas y protocolos que podrían ser adoptados por aquellos que quieren llevar a cabo investigaciones empíricas sobre espiritualidad y psicología.

Zinnbauer y Pargament (2005), desde la teoría del afrontamiento religioso, definen a la espiritualidad como la búsqueda de lo trascendente, la creencia de que existe un orden en el universo que trasciende el pensamiento humano, un conjunto de creencias ligadas a la energía, divinidad, pureza, etc. El sujeto que se considera a sí mismo como espiritual la encuentra positiva para sí y los demás. La religiosidad, por su parte, difiere de la espiritualidad en cuanto a que se ubica en un marco institucional de tipo tradicional.

A partir de una orientación cognitiva-conductual, Piedmont (2012) define a la espiritualidad como una motivación innata que orienta y guía el comportamiento del hombre; en cambio precisa que la religiosidad es el modo en que la espiritualidad se desarrolla y se manifiesta en una organización social o comunitaria. Considera a la religiosidad como un sentimiento que puede diferir de acuerdo con cada cultura y susceptible por lo tanto de cambios.

Por su parte, Wutnow (1998 en Nogues 2016) alude a creencias y prácticas a través de las cuales las personas intentan relacionar sus vidas con Dios o con realidades divinas o alguna otra dimensión trascendente. Con consideraciones sobre aspectos similares, Puchalski y Romer (2000) definen a la espiritualidad como un constructo que permite al individuo experimentar un sentido trascendente de la vida, que incluye los conceptos de fe y significado o sentido vital.

Frente a situaciones existenciales significativas como, por ejemplo, las de una enfermedad importante que puede poner en riesgo la vida, surgen interrogantes

cercanos a la pregunta por la existencia posterior a la muerte, la necesidad de hacer balances, o la de reparar vínculos dañados. Beca (2008) plantea, en concordancia con estas reflexiones, que todas las personas sean creyentes o no, tienen espiritualidad y necesidades espirituales. Este tipo de situaciones permite considerar la dimensión espiritual como intrínseca a lo humano, dado que el hombre no sería tan solo un ser bio-psico-social sino también espiritual y religioso. Como plantean Jaramillo, Carvajal, Marín Ramírez, desconocer esta dimensión sería ignorar un aspecto medular del hombre (2008).

En la perspectiva de Parsian y Dunning (2009) la espiritualidad es una experiencia única de las personas, que influencia su pensamiento y sus percepciones acerca de la salud, la familia y la vida. Conceptualizan a la espiritualidad como la experiencia interna del ser humano que se evidencia a través de 4 dimensiones: la autoconciencia (conexión con el yo interno, la forma de pensar y sentimientos), las prácticas espirituales (acciones que ponen de manifiesto la espiritualidad como meditar, orar, cuidar la naturaleza, entre otras acciones), las creencias espirituales (importancia de la espiritualidad en la vida) y las necesidades espirituales (que implican seguir un propósito en la vida basado en el perdón, amor y vínculos con otros).

En aportes más recientes, Díaz (2012) indica que la espiritualidad es un componente del ser humano que le facilita reconocer cuál es su propósito en la vida y alcanzar una mayor introspección consigo mismo. Señala que implica una serie de creencias que no necesariamente están ligadas a lo religioso.

En la actualidad, una de las perspectivas de mayor relevancia es la propuesta por Piedmont (2012), quien sugiere definir la espiritualidad y la religiosidad en el marco del FFM. Desde esta perspectiva, la espiritualidad puede considerarse como una motivación innata que orienta y guía el comportamiento humano en el esfuerzo de construir un sentido más amplio de significado personal en un contexto escatológico. Siguiendo sus postulados, se debe precisar que, aunque los sentimientos pueden ejercer una poderosa influencia sobre los pensamientos y los comportamientos, estos no representan cualidades innatas, tal es el caso de la espiritualidad. Por eso, la expresión de sentimientos (ej. prácticas religiosas) puede diferir de acuerdo con cada

cultura (Piedmont et al., 2008) y ser más susceptible de cambiar o modificarse (Piedmont, 2004a).

Sugiriendo una distinción categorial, King (2014) define a la espiritualidad como compuesta por cuatro factores: creencia, práctica, conciencia y experiencia. En primer lugar, espiritualidad como creencia, es decir, el asentamiento o convicción de un dominio o existencia que va más allá del mundo material; segundo como práctica espiritual; tercero como conciencia, refiriéndose a la conmoción intelectual o emocional y, por último, como experiencia, entendida como la pérdida de los límites del yo y del sentido de una mente delimitada, dándose un cambio en la orientación desde uno mismo hacia Dios, los demás o un más allá del mundo material.

Dentro de las concepciones que piensan lo espiritual como ejercicio subjetivo no necesariamente vinculado a lo divino, Comte-Sponville (2007) propone una espiritualidad sin Dios, desvinculada de la religión. Plantea que aun cuando las religiones ayuden a vivir una parte de la espiritualidad, esto no significa que toda espiritualidad debe ser necesariamente religiosa. Parte de la idea del ser humano como ser finito abierto al infinito y al absoluto, pero sin asumir que el infinito o el absoluto correspondan necesariamente a la idea de Dios. El autor también señala que la declaración de una persona respecto de su ateísmo no implica que carezca de vida espiritual, entendida ésta como la fidelidad al humanismo y el amor hacia sus semejantes.

Domínguez Morano (2006) señala que en el campo de la espiritualidad la concepción oriental de la no-dualidad cada vez ocupa más espacio. Lo cual plantea una serie de interrogantes a los paradigmas del pensamiento occidental, tanto en el terreno de la filosofía y la psicología, como en los de la teología y la espiritualidad.

En estudios muy recientes, como los de Nogues (2016), la mención a la espiritualidad ya implica una ampliación de sus definiciones, que incluye, pero no se limita a lo religioso, y cuando se refiere a lo religioso incorpora explícitamente la figura de lo divino (Nogues 2016).

2.3.1 Instrumentos de medición en variables relevantes

Para responder a los objetivos de investigación de esta Tesis, que está circunscripta específicamente en el ámbito de la psicología, se buscó un instrumento

de evaluación que pudiera medir exhaustivamente y de manera integral la espiritualidad, incluyendo las dimensiones y características más mencionadas en todas las definiciones indicadas precedentemente; y, a su vez, no reflejara notoriamente las orientaciones cristianas y occidentales.

Dada la heterogeneidad en el campo de la evaluación de la espiritualidad y la falta de consenso sobre qué es la espiritualidad, su relación con la religiosidad y su contribución a la salud mental (Omar 2013) se encontró que el *Cuestionario* diseñado en Australia por Parsian y Dunning (2009) resulta muy apropiado pues comprende varias de las dimensiones que cuestionan al ser humano y que fueron observadas en las diversas investigaciones ya enumeradas. Un dato no menor es que se enuncian las preguntas con un vocabulario sencillo y fácilmente comprensible, independientemente de las posibles diferencias culturales. Es de destacar que los autores refieren que la espiritualidad es una experiencia única de las personas que influye su pensamiento y sus percepciones acerca de la salud, la familia y la vida.

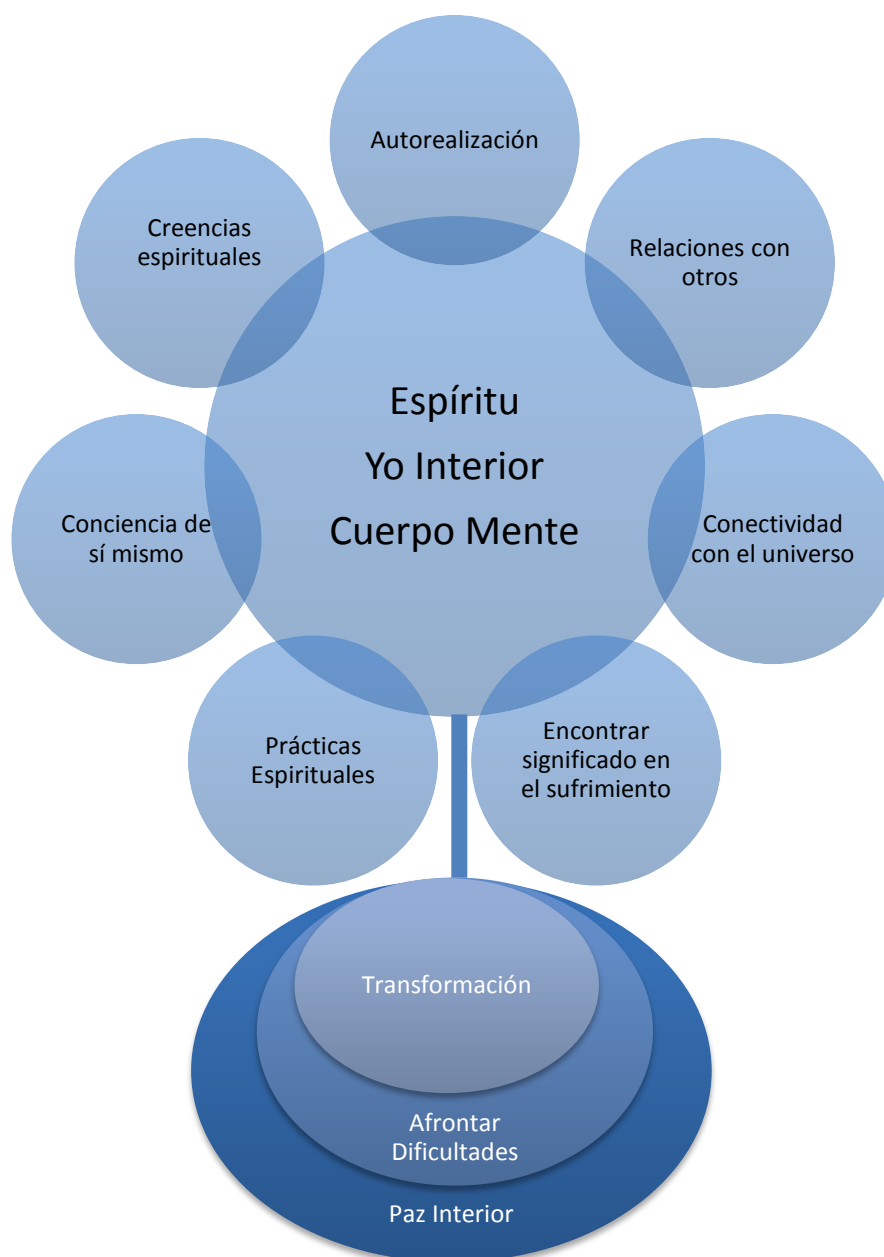
Estas características han favorecido a que se trate de uno de los instrumentos administrados con más frecuencia en la actualidad, en países diversos, para la evaluación de la espiritualidad. Algunas de las investigaciones recientes que lo han tomado incluyen el estudio de la espiritualidad en integrantes de un coro en Taiwan (Tungshan, 2014), la evaluación de la espiritualidad en una población Iraní de adultos mayores (Rahimi, A., Anoosheh, M., Ahmadi, F., y Foroughan, M., 2013), la implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en la calidad de vida de pacientes oncológicos en España (Ros Romero, 2017), la espiritualidad de las personas atendidas en una unidad renal de mediana complejidad en Colombia (Cardoso, Castro, Burbano, Vernaza-Pinzón 2014) y la relación entre la espiritualidad y el uso del alcohol en universitarios en Colombia (Díaz-Heredia, 2012).

El cuestionario de espiritualidad (SQ) deriva de cuatro herramientas relevantes para medir la dimensión estudiada: la escala de espiritualidad, la escala del significado espiritual (SMS), la escala de experiencias espirituales diarias (DSES) y una encuesta –de alcance nacional– utilizada en el Instituto de Investigación de Educación Superior de la Universidad de California para explorar la búsqueda de los estudiantes de significado y propósito (Parsian y Dunning, 2009).

El marco teórico utilizado por Parsian y Dunning (2009) entiende a la espiritualidad como un proceso de búsqueda de sentido al sufrimiento y la posibilidad de trascenderlo mediante conexiones con el ser interior, otras personas y el universo; lo cual a la larga ayuda a las personas a enfrentar situaciones difíciles y encontrar un sentido de paz interior y bienestar. Destacan que la espiritualidad puede o no enmarcarse en una religión.

La figura 1 ilustra el marco teórico utilizado para el diseño del cuestionario de espiritualidad (SQ).

Figura N° 1 Marco teórico del SQ



Por lo tanto, en coincidencia con lo propuesto por Parsian y Dunning (2009), cuando se considera la espiritualidad en el presente estudio se refiere al ser interior que empodera a las personas a manejar situaciones difíciles y las ayuda a encontrarle sentido a situaciones de la vida y a conectar con otras personas y con el universo como un todo. Comprende tanto el reflejarse en eventos de la vida y hacer frente a los obstáculos como, tal vez de un modo fundamental, la obtención de aceptación y paz interior.

2.4 Hacia una definición de la empatía

Los orígenes de la palabra *empathie*, predecesora de la empatía, se encuentran en el mundo del arte cuando se utilizó para designar la relación estética que las personas pueden tener con una obra de arte al proyectar en ella sus sentimientos. En 1903 Lipps (en Fernández-Pinto et al., 2008) desarrolló la teoría de la empatía simbólica aplicándola a la psicología. Dicho autor pensaba que las personas se conocían y respondían entre ellas básicamente a través de la empatía simbólica, que iba precedida por la proyección y la imitación, y que, si la imitación de los afectos aumentaba, la empatía simbólica también aumentaba.

Luego, Titchener en 1909 (Fernández-Pinto et al., 2008) acuñó el término empatía, definiéndola como un sentimiento o una proyección de uno-mismo en un objeto, en tanto que en el año 1934 Mead (Matéu, Campillo, González y Gómez, 2010) definió la empatía como la capacidad para tomar el rol de otro y adoptar perspectivas alternativas a las nuestras, subrayando el componente cognitivo.

Siguiendo el desarrollo histórico de Mateu et al. (2010), los autores plantean que Allport definió la empatía como la transposición imaginaria de uno-mismo en los pensamientos, sentimientos y acciones del otro, a través de la imitación de sus posturas y expresiones faciales, acentuando lo no verbal. Ya en los años 70, Rogers introduce a la empatía como concepto clave de su enfoque teórico y también como habilidad indispensable con la que debe contar un terapeuta, e implica que el terapeuta siente con precisión los sentimientos y significados personales que están siendo experimentados por el paciente. El término empatía ha sido utilizado también para referirse a tres constructos diferentes que pueden superponerse: como rasgo de personalidad o habilidad general, como estado situacional específico cognitivo-afectivo, y como un proceso experiencial multifacético (Matéu et al., 2010).

Según Mateu, los constructos más relevantes históricamente serían: a) fenómeno activo (experiencia inmediata de las emociones de otra persona), b) aspecto cognitivo (comprensión intelectual de la experiencia del otro), y c) conteniendo ambos componentes.

Martí Noguera, Martí Vilar y Puerta Lopera (2011) señalan que existen componentes que interactúan de manera dinámica dando lugar al surgimiento de la empatía en el ser humano. Estos serían: compartir un sentimiento entre uno mismo y

el otro –basado en las percepciones y acciones que nos llevan a compartir representaciones, conciencia del yo y del otro–, flexibilidad mental para asimilar la mirada subjetiva del otro, y finalmente, contar con una adecuada autorregulación.

Desde el Psicoanálisis, Freud ya en el año 1912 describía a la empatía como un paso previo al desarrollo de la transferencia, asegurando que para registrar e interpretar comunicaciones inconscientes se debe ser receptivo en niveles inconscientes y preconcientes, sin intromisiones personales, lo cual podría ser entendido como una actitud empática. El constructo empatía pasa a tener un rol central en el psicoanálisis gracias a Heinz Kohut (Aragno, 2008), fundador de la Psicología del Self, línea post freudiana, que tuvo una gran influencia en la teoría psicoanalítica. Kohut (1975, citado en Aragno, 2008) define a la empatía como el proceso por el que nos pensamos a nosotros mismos en el lugar de otra persona y asumimos, mediante introspección vicaria o empatía, la experiencia del otro como si fuera la nuestra, así revivimos experiencias interiores para llegar a una percepción del significado. La empatía, para la Psicología del Self, es una capacidad innata e implica un modo de observación que permite recabar información sobre el paciente y alcanzar una completa comprensión psicológica del mismo (Aragno, 2008; Kahn, 1985; Wispé, 1987).

Es de destacar que, desde el año 2002, en la American Psychological Association, se reconoce a la empatía como una variable que recibe apoyo empírico para la producción del cambio terapéutico, los principales modelos psicoterapéuticos han comenzado a prestar interés a este constructo (Norcross, 2002).

López, Filipetti y Richaud (2014) señalan que la Teoría de la Mente hace también referencia a los aspectos más cognitivos de la empatía, vinculados a las funciones cognitivas superiores propias de los seres humanos. Se denomina mentalización al proceso por el que se hacen inferencias respecto a los estados mentales propios o ajenos. Ponemos en marcha la mentalización automáticamente cuando estamos frente a otro individuo, atendiendo a su mirada, su entonación, sus movimientos corporales, etc. Sí un sujeto no ha tenido nuestras mismas experiencias, los autores señalan que puede no saber lo mismo que nosotros. En esta Teoría se diferencian cuatro tipos de estados mentales: a) disposiciones de larga duración, en ellas se señala que determinada persona es confiable, b) estados emocionales de corta

duración, como tristeza o enfado, deseos e intenciones asociadas; c) creencias sobre el mundo; y d) intención (López et al. 2014).

Según Garaigordobil y García (2006), la empatía incluye tanto las respuestas emocionales, como la capacidad de entender los estados emocionales de los demás, lo que supone un componente cognitivo. Es una cualidad característica de los seres humanos que está relacionada también con la inteligencia emocional (García et al., 2011). Algunos estudios señalan que la empatía contribuye a la mejora de las habilidades y, más concretamente, al comportamiento prosocial (Garaigordobil y García, 2006).

Siguiendo con estos enfoques que se abren más a lo social, Gorostagia, Balluerka y Soroa (2014) afirman que la empatía se asocia a una conducta más cooperativa. Mientras que Gutiérrez, Escartí y Pascual (2011) definen a la empatía como la respuesta afectiva, de la comprensión sobre el estado emocional de los demás, que consiste en sentir el estado en el que se encuentra el otro. En una línea similar, otros estudios definen a la empatía como la capacidad de un individuo en reconocer y comprender los pensamientos y sentimientos de los demás (García, González y Maestu, 2011).

Chacón y Romero (2014) coinciden en indicar que desde que nace el ser humano posee capacidades empáticas y que la empatía también podría ser la base para el desarrollo de las habilidades sociales, así como un requisito para un desarrollo óptimo de las capacidades de interacción (Oros y Fontana, 2015).

Desde una mirada conductista y cognitivista, en la década de los años 90 del siglo XX, algunos autores comenzaron a reconocer la importancia de la relación terapéutica y de la empatía en particular (Burns y Auerbach, 1996; Franks, 1994). Indican que es una variable no específica que tiene como función ayudar a establecer una buena alianza terapéutica, lo que aumenta la adherencia y eficacia al tratamiento.

Bailey, Henry y Von-Hippel (2008) han señalado que la empatía cognitiva es un requisito esencial para el buen funcionamiento interpersonal. Davis (1980) describió dos componentes centrales de la empatía, la preocupación empática (sentimientos de preocupación y tristeza ante la necesidad de otra persona) y la toma de perspectiva (la habilidad para comprender el punto de vista de otra persona). Una visión integradora propone que la empatía se compone de aspectos cognitivos y

afectivos impulsando la realización de estudios para comprobar dicha relación en el constructo (Fernández-Pinto et al., 2008; Palhoco y Afonso, 2011).

En esa misma línea, Auné, Abal y Attorresi (2016) señalan que el aspecto cognitivo hace referencia a la capacidad de entender lo que el otro está sintiendo, adoptar su propia posición y a partir de experiencias vividas, comprender el estado de la otra persona. En cambio, el aspecto afectivo haría referencia al estado emocional del otro que puede llegar a vivenciarse.

Singer y Lamm (2009), desde una perspectiva neurocientífica, sostienen que hay evidencia suficiente para afirmar que la capacidad de poder empatizar con otros se relaciona con la activación de estructuras neurales. Afirman que el compartir emociones con otros, así como entender lo que otro está sintiendo, es el resultado de que, en el cerebro de una persona, se activen las mismas estructuras neurales cuando se experimenta una emoción y cuando se observa esa emoción en otro. Siguiendo esta mirada se encuentra el modelo de percepción-acción y la teoría de la simulación (López, Filipetti y Richaud, 2014) que destacan que la percepción del comportamiento del otro, activa representaciones del observador sobre ese mismo comportamiento y genera respuestas automáticas que producen una experiencia emocional en sintonía con la del observado. Desde este modelo, la empatía es vista como un proceso automático no consciente.

En la actualidad se define la empatía desde un enfoque multidimensional que pone énfasis en la capacidad de la persona de dar respuesta a los demás, teniendo en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos en una íntima relación, y destaca la importancia de la capacidad de la persona para discriminar entre el propio yo y el de los otros (Davis, 1980). Por otro lado, se sostiene que la empatía incluye tanto respuestas emocionales como experiencias vicarias, esto quiere decir, contar con la capacidad para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y las habilidades para tomar una perspectiva tanto cognitiva como afectiva respecto a los otros (Mestre, Samper y Tur, 2008).

2.4.1 Instrumento de medición para la empatía

Para alcanzar los objetivos propuestos en esta Tesis se ha elegido el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA), por ser el de más reciente elaboración y que

fuera diseñado directamente en español. Desde el modelo cognitivo conductual, sus autores López-Pérez, Fernández-Pinto (2008) han tenido como objetivo incluir desde una aproximación cognitiva y afectiva todas las dimensiones de dicho constructo. Es uno de los instrumentos más utilizados en la actualidad, aporta una nueva mirada al estudio de la empatía, pues en su elaboración se ha tenido en cuenta una definición más amplia de la misma, a partir de cuatros escalas distintas relacionadas entre sí, además de proveer una puntuación total de empatía. Las escalas evaluadas son:

- Adopción de perspectivas (indica la facilidad para la comunicación, tolerancia y las relaciones interpersonales)
- Comprensión emocional (capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, intenciones e impresiones de los otros)
- Estrés empático (capacidad de compartir emociones negativas de otra persona)
- Alegría empática (capacidad de compartir emociones positivas de otra persona).

Esta escala muestra una adecuada fiabilidad y validez. Además, dentro de las subescalas cognitivas contempla la comprensión emocional, recogiendo la distinción de Eisenberg y Strayer (1987) de adopción de perspectiva afectiva. Dentro de las facetas emocionales tiene en cuenta la empatía como respuesta emocional positiva ante un suceso vicario positivo, aspecto no contemplado previamente en otros instrumentos de medición de empatía.

Las investigaciones que se han consultado en las cuales se ha administrado el TECA se dedican a distintos aspectos de la empatía. Por ejemplo: la evaluación de la empatía en el ámbito educativo y su relación con la Inteligencia Emocional (Gorostiaga y Balluerka, 2014). En México con relación a los niveles de empatía y ética profesional en candidatos a subespecialidad (Jiménez-Lopez, Arenas-Osuna y Garay 2017); en Perú sobre las propiedades psicométricas del test de empatía cognitiva y afectiva en estudiantes no universitarios (Ruiz Baca 2016); en España, en un estudio que analiza el burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas (Yguero Torres 2015) y otro estudio con relación al rendimiento académico de posgraduados

(Cantero Vicente, Pérez Pérez, Castejón Costa 2009); y en Argentina en tres estudios, sobre la relación con el perdón en diferentes etapas de la vida (Morales 2015); en un estudio preliminar del funcionamiento psicométrico del test multidimensional de empatía TECA en estudiantes argentinos de psicología (Lemos, Vargas Jubilar, Ordano 2017) y, por último, en un estudio de la empatía y la percepción de emociones en psicoterapeutas y estudiantes de psicología (Palhoco, 2011).

2. 5 Investigaciones sobre la relación de la espiritualidad y la religiosidad y la salud mental

En las tres últimas décadas se han venido publicando investigaciones en revistas médicas y psicológicas, en las cuales Koenig, Pargament, Reed, Larson y Levin, aparecen como referentes pioneros que abrieron una nueva etapa para la investigación científica de la religión y la espiritualidad en el área de la salud (Hackney y Sanders, 2003; Moreira-Almeida, Lotufo y Koenig, 2006).

Diversas investigaciones se han ocupado desde mediados del siglo XX, de revisar la relación entre espiritualidad, religión y salud mental coincidiendo en señalar que ciertos aspectos específicos de la dimensión religiosa y/o espiritual están correlacionados positivamente con la salud mental y que dichas conclusiones han sido validadas por la investigación científica (Blazer, 2009; Carr, 2000; Ellsworth y Ellsworth, 2010; Fosket, Marriot y Wilson, 2004; Frances, Lewis y Roblins, 2010; Hackney y Sander, 2003; Hall, 2004; Howard, 2000; James y Wells, 2003; Koenig, Mc Cullough y Larson, 2000; Koenig, 2009; Koenig y Larson 2001; Russinova y Blanch, 2007; Sandage, Hill y Vaubel, 2011; Shaw, 2008; Sevensky, 1984; Shelton, 2010; Verghese, 2008).

Todas ellas coinciden en señalar como la variable espiritualidad está asociada con una mejor salud y calidad de vida, siendo una poderosa fuente de fortaleza promoviendo la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad. Además de ser una influencia positiva en la recuperación de cuadros de depresión, influyendo en la menor propensión al suicidio, incluso en pacientes con enfermedades terminales. Un estudio longitudinal en adultos tardíos encontró que tanto la religiosidad como la espiritualidad traen bienestar; la primera porque incentiva las relaciones personales positivas, el compromiso con la comunidad y la productividad; y la segunda, porque

motiva el crecimiento personal y el involucramiento en tareas creativas o de auto superación (San- Martin Petersen, 2008).

Así también aquellas personas que mantienen un vínculo con Dios, impulsado por un estilo de afrontamiento espiritual, tendría como consecuencia en su vida cotidiana más satisfacción en general, menos ansiedad, depresión e incluso menos enfermedades físicas en comparación con aquellas personas que no sienten la presencia de Dios en sus vidas (Belavich y Pargament, 2002; Hernández et al., 2010).

Navas y Villegas (2007) señalan que la espiritualidad puede convertirse en una fuente de fortaleza que capacita al individuo a hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar conciencia de cómo las creencias, actitudes y comportamientos pueden influir en la salud.

Koenig (2012) llevó a cabo una revisión de 3.300 estudios cuantitativos a nivel mundial, publicados desde 1872 a 2010 en revistas académicas, sobre el impacto de la religión y la espiritualidad en la salud física y la salud mental. En su relevamiento encontró que la mayoría de los estudios realizados a nivel mundial sostienen una relación inversa entre la religión/espiritualidad y condiciones físicas como enfermedad coronaria, hipertensión, enfermedades cerebrovasculares, demencia, cáncer y las conductas que pueden tener consecuencias nocivas en la salud como el abuso de sustancias, alcohol y/o cigarrillos. Asimismo, observó que la religión/espiritualidad se relacionó positivamente con aquellas conductas positivas que promueven la salud física como la alimentación saludable y ejercicio físico y la realización periódica de controles médicos. Por otra parte, encontró una relación inversa entre religión/espiritualidad que afectan la salud mental tales como la ansiedad, la depresión, el suicidio, conductas delictivas y problemas matrimoniales. El citado autor también menciona que otro de los resultados de su investigación es observar que la mayoría de los estudios empíricos documentados dan cuenta que un alto grado de religiosidad y/o espiritualidad influyen positivamente sobre la salud mental.

Bonelli y Koenig (2013) realizaron una revisión sistemática basada en la evidencia en la que documentaron 43 estudios empíricos publicados en 25 revistas de psiquiatría y neurología. Los hallazgos de la revisión revelaron que el 72.1 % de los estudios sugieren que la participación religiosa/espiritual se asocia con menos trastornos mentales (positivo), mientras que el 18.6 % de los estudios encontraron

resultados mixtos (positivos y negativos) y el 4.7 % informaron más trastornos mentales (negativo).

En un estudio realizado en Estados Unidos con 113 personas acerca de la relación entre espiritualidad, estrés y recuperación del alcoholismo, se halló que la espiritualidad es un amortiguador importante en la reducción del estrés, lo cual contribuiría a evitar recaídas y un comportamiento adictivo (Jones, 2013).

En cambio, para Levin (2010) la espiritualidad, permanece subestudiada, no solo en los estudios sobre salud mental sino también en todos los dominios de la investigación religiosa. Este autor señala que la mayoría de los hallazgos obtenidos son el resultado de exploraciones basadas en la evaluación de autoinformes de bienestar general de conductas religiosas únicamente, aunque los vinculen con la espiritualidad (Levin, 2010).

Los efectos positivos de la religiosidad en la salud mental se han explicado en función de los siguientes parámetros: menor consumo de drogas entre las personas religiosas, mayores posibilidades de apoyo social, encontrar un sentido a las situaciones adversas en base a un sistema de creencias que les da dicho sentido y tener un recurso adicional para afrontar el estrés (Smith, McCullough y Poll, 2003 en Salgado Levano, 2014).

Otras investigaciones han concluido que la presencia o mayor grado de espiritualidad y religiosidad influye de manera positiva en la resolución de diversos conflictos sociales/personales o patologías. En este sentido, se observó que la presencia o mayor grado de espiritualidad y religiosidad resulta un mitigador en patologías como la depresión, (Hodges, 2002), el abuso de drogas (Harris, Edlund y Larson, 2006; Ho-Yee y Schek, 2001), la ansiedad (Koenig, 2010); la psicosis (Leibrich, 2000; Peteet, 2010); e infartos de miocardio en mujeres (Kamm-Steigelman, Kimble, Dunban, Sowell y Bairan, 2006). Asimismo, se observó en la clínica, que los abordajes sobre la espiritualidad y la religiosidad han posibilitado que los portadores de VIH puedan sobrellevar mejor su enfermedad y cumplir con la toma de medicamentos (Dalmida, 2006; Löckenhoff, Ironson, O`Cleirigh y Safiya, 2006). También hay registros que indican que estos enfoques han facilitado una mejora en el proceso de tratamiento y evolución de enfermedades oncológicas (Mytko y Knight, 1999). Finalmente, resultan positivos y colaboran en la atención paliativa (Rudillaa,

Oliverb, Galianaa, y Barretoc, 2015), en especial en la franja de adultos mayores (Galek, Krause, Ellison, Kudler, y Flannelly, 2007). Todas estas investigaciones concuerdan en que rasgos de la personalidad subyacentes contribuyen con los efectos benéficos de la espiritualidad/religiosidad.

Zinnbauer y Pargament (2000) en (Rivera Ledesma y Montero-López Lena, 2007a) indican que los psicólogos o psicoterapeutas se pueden mostrar indiferentes a la religión o a las creencias religiosas de sus pacientes influenciados por las concepciones del padre del psicoanálisis, Freud (1927) que veía a la religión como un conjunto de deseos ilusorios o pensamientos irracionales. Estos autores sugieren cuatro posibles aproximaciones a lo religioso y espiritual por parte de los terapeutas:

1) Rechacista: se niega a las realidades sagradas, como la existencia de Dios o el cielo que son fundamentales en las creencias religiosas o espirituales. Aludiendo que, desde el psicoanálisis, la religión es una idealización primitiva defensiva y que, desde el campo cognitivo-conductual, las creencias religiosas son pensamientos irracionales, producto de trastornos emocionales, o un funcionamiento mental y emocional alterado (Ellis, 1980, citado por Zinnbauer y Pargament 2000). Esta aproximación reduce la religión a nivel de una defensa o alteración psicológica.

2) Exclusivista: se basa en la realidad ontológica de la dimensión religiosa o espiritual de la existencia. Aquí se incluyen afirmaciones tales como "Dios existe", "Las experiencias espirituales influyen la conducta humana", "Los valores absolutos existen y están basados en las escrituras o en textos religiosos. Desde esta aproximación la "Palabra de Dios" en las escrituras ofrece la única verdadera concepción de la naturaleza y la conducta humanas, la manera de vivir la propia vida, la moralidad y los problemas humanos. La enfermedad mental es vista como un producto de problemas personales no resueltos, que son el resultado de conductas pecaminosas no perdonadas y que continúan inalteradas. La exclusivista respeta la religión de sus pacientes, pero solo dentro de la propia visión del profesional. Corre el riesgo de ser intolerante con creyentes de otras religiones

3) Constructivistas: esta aproximación niega la existencia de una realidad absoluta, pero reconoce la habilidad de los individuos para construir sus propias realidades y significados. La realidad absoluta es construida por los humanos en sus interacciones, interpretaciones y esfuerzos por entender información, contextos,

situaciones y a otros seres humanos. Estas construcciones están enraizadas en experiencias, sistemas de creencias, valores, miedos, prejuicios, esperanzas, decepciones y éxitos del constructor, y en el contexto social en el cual existe éste (Guba y Lincoln, 1989, citado por Zinnbauer y Pargament, 2000).

En esta aproximación, el clínico puede trabajar eficientemente tanto con pacientes religiosos como laicos. El trabajo terapéutico es conducido dentro del sistema de creencias del paciente. Las creencias personales del constructivista pueden diferir sustancialmente de las de su paciente.

4) Pluralista: esta aproximación reconoce la existencia de una realidad absoluta espiritual y permite múltiples interpretaciones y formas de acceder a ella. Reconoce que esta realidad se expresa en diferentes culturas, por diferentes personas, y de diferentes maneras. El profesional y el paciente necesitan estar conscientes de sus propias historias religiosas o espirituales, marcos conceptuales y valores. Acuerdan su realidad social bajo la creencia compartida en una realidad absoluta espiritual, y trabajan para definir las metas de la terapia. El pluralista trae su propio ecosistema de creencias, experiencias y valores en contacto con los del paciente creando un nuevo sistema.

Post y Wade (2009) revisaron investigación empírica sobre religión y espiritualidad en psicoterapia para aportar a los psicoterapeutas información respecto de si resultaba efectivo incorporar lo sagrado al trabajo clínico. Concluyeron que los pacientes quieren discutir sobre estos temas en el ámbito de sus terapias y que los terapeutas que estén abiertos al trabajo de las cuestiones religiosas o espirituales de sus pacientes pueden obtener resultados muy favorables en la resolución de los conflictos que se estén trabajando pues usualmente están ligados a los problemas que se estén abordando en el proceso psicológico. Observaron también que los terapeutas suelen hacer intervenciones más pobres con relación a creencias o religiones que no conocen. Concluyeron también que los terapeutas reciben poca o ninguna capacitación en su formación de grado sobre diversidad religiosa o espiritual, lo que puede explicar por qué muchos terapeutas carecen de confianza para abordar estos temas cuando los presentan sus pacientes.

Balmer, Watkins Van Asselt, Walker y Kennedy (2012) realizaron una investigación de tipo cualitativa con terapeutas familiares. Concluyeron que entre los

mismos se cuenta con un alto porcentaje de profesionales que adhieren a alguna religión y de práctica religiosa frecuente en comparación con otros psicoterapeutas. Y que los valores ligados a la espiritualidad eran incluidos en el marco de la psicoterapia familiar con excelentes resultados.

Wig (1999) indica que los psiquiatras a menudo olvidan el rol de la espiritualidad en la vida de sus pacientes y corren el riesgo del etnocentrismo al formular diagnósticos clínicos. Las asociaciones entre religiosidad y espiritualidad y salud mental en niños y adolescentes no han sido sistemáticamente estudiadas, las investigaciones encontradas señalan que estas variables se asocian con mejor salud mental y que es fundamental el rol de los adultos (Euade, 2009; Wong y Slaiken, 2006).

Navas y Villegas (2007) señalan que la espiritualidad puede convertirse en una fuente de fortaleza que capacita al individuo a hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar conciencia de cómo las creencias, actitudes y comportamientos pueden influir en la salud.

Shafranske y Sperry (2005) indican que, en el trabajo específicamente clínico, una vez que el terapeuta ha evaluado qué importancia tiene para el paciente la espiritualidad y/o la religiosidad. Sí define, incorporar elementos de alguno de estos dos constructos al trabajo clínico, estos pueden utilizarse de tres formas: como recurso terapéutico, como herramienta para la conservación y la promoción de la espiritualidad y/o la religiosidad del paciente y, por último, para la búsqueda espiritual.

2.6 Investigaciones sobre la relación entre las creencias religiosas de los terapeutas y/o la inclusión de la espiritualidad y/ la religiosidad en la terapia

Del relevamiento realizado se encontró un estudio de Bergin y Jense (1990) sobre las creencias religiosas en profesionales de salud mental, los resultados indicaron que tanto los psicólogos y psiquiatras evaluados se manifestaban ateos o agnósticos, lo cual podía generar complicaciones en la atención de los pacientes a la hora de entender las creencias de estos ya que formaban parte de una población mayoritariamente creyente.

Delaney, Miller y Bisonó (2007) realizaron un estudio sobre la religiosidad de los terapeutas, fueron encuestados 258 psicólogos miembros de la APA (American Psychological Association), a quienes se comparó con una muestra de población general. Los autores observaron que los profesionales eran menos religiosos que la población a la que asistían. Los psicólogos también fueron más proclives en negar la creencia en Dios. Los autores concluyen que existe una gran diferencia entre las creencias religioso-espirituales de los psicólogos respecto de la población general.

Otro estudio realizado por Shafranske (2000 en Florenzano, 2010) investigó la religiosidad de los profesionales de la salud mental, para lo cual se encuestó a una muestra aleatoria de 355 psiquiatras de la American Psychiatric Association y a 253 psicólogos de la American Psychological Association. Los resultados obtenidos indicaron que en cuanto a la necesidad de explorar y de tomar en cuenta en la terapia los temas religiosos de sus pacientes, el 50 % de los psiquiatras lo consideraba importante, y el 87 % de los psicólogos también. Otro dato que merece ser destacado es que tanto psiquiatras como psicólogos manifestaron que los temas religiosos y espirituales no fueron recibidos durante su formación profesional.

Un estudio hecho con psicólogos, en Brasil, que atendían pacientes con cáncer buscó identificar el significado de la fe religiosa para ellos en su trabajo a través de entrevistas semiestructuradas. La investigación concluyó que la mitad de los psicólogos cree que tener fe religiosa es el mejor recurso para enfrentar la situación de enfermarse y que es posible que exista un espacio tanto para la ciencia como para los aspectos psico-espirituales (Espindula, Martins do Valle y Bello 2010).

Henning-Geronasso, Ojeda Ocampo Moré (2015) realizaron una investigación cualitativa a 10 (diez) psicólogos clínicos con más de diez años de experiencia y con diferentes abordajes teóricos para considerar la presencia de la religiosidad y/o la espiritualidad en el contexto terapéutico. Los resultados obtenidos evidenciaron que los profesionales utilizaban la religiosidad/espiritualidad de los pacientes, como estrategias terapéuticas para trabajar y alcanzar los objetivos terapéuticos.

Salgado (2015) señala que diversas investigaciones hallaron que la formación académica en psicología en las universidades de países latinoamericanos como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú y Ecuador no está proporcionando a sus

estudiantes el debido conocimiento técnico que facilite el abordaje de los temas de religión y de espiritualidad en la práctica clínica.

2.7 Investigaciones sobre espiritualidad y/o religiosidad en salud mental en América Latina

La mayoría de las investigaciones sobre la influencia de la religiosidad y la espiritualidad en el ámbito de la salud física y mental, han sido desarrolladas y publicadas en países anglosajones, es de resaltar la escasa investigación empírica sobre el tema en América Latina, a pesar de la importancia histórica y cultural de la religión y la espiritualidad en los países que la componen (Quiceno y Vinaccia, 2009).

De acuerdo con los estudios revisados desarrollados en Latinoamérica, se han encontrado investigaciones que evaluaron la relación entre espiritualidad y enfermedades. En México, se investigó la relación con enfermedades oncológicas (Almanza-Muñoz, Monroy- Puente, Bimbela, y Holland, 1999), con el alcoholismo (Gutiérrez-Reynaga, Andrade-Palos, Jiménez–Tapia, y Juárez- García, 2008; Hinojosa et al., 2017) con stress en adultos mayores (Rivera- Ledesma y Montero-López Lena, 2007). En Perú, la relación entre espiritualidad y felicidad en el ambiente laboral (Arias, Masías, Muñoz y Arpas, 2013) En Puerto Rico, la relación entre la espiritualidad y el ambiente laboral (Pérez- Santiago, 2007). En Brasil se ha estudiado la espiritualidad en relación con adicciones y el sentido de la vida (Aquino, Thiago, y Pereira -Moreira Correia, 2010) y con enfermedades oncológicas (Espíndula, Ranier-Martins, Do Valle, y Bello, 2010, Lopes de Miranda, dos Anjos Lara y Wanderley Chieppe Felipe 2015). En Chile con la tercera edad (San Martín-Petersen, 2008), con la anorexia nerviosa (Behar, 2012) y en mujeres depresivas con riesgo suicida (Taha, Florenzano, Sieverson, Aspillaga y Alliende, 2011).

En Colombia, los estudios vinculan la religiosidad y espiritualidad con la recuperación de mujeres maltratadas (Canaval, González, y Sánchez, 2007; Jaramillo-Vélez, Ospina-Muñoz, Cabarca-Iglesias, y Humphreys, 2005); con la resiliencia (Rodríguez et al., 2011), con el tratamiento de diabetes (Zavala, Vasquez-Martinez, y Whetsell, 2006), con el abordaje del cáncer de mama (Puentes, Urrego, y Sánchez, 2015), y en trabajos con tercera edad (Whetsell, Frederickson, Aguilera, y Maja,

2005). En Costa Rica, se la ha estudiado en relación con el bienestar psicológico en el trabajo (Ureña Bonilla, Barrantes Brais y Solís Basto, 2014).

En Argentina, la espiritualidad ha sido estudiada con relación a la elaboración de duelos por pérdida de un ser querido (Yoffe, 2007); a la religiosidad, escepticismo y la mediación en el autoritarismo (Etchezahar y Simkin, 2013); a factores de la personalidad y calidad de vida (Simkin, 2014); a la personalidad, autoestima y religiosidad desde el modelo y la teoría de los cinco factores (Simkin y Azzollini, 2015); en relación con las propiedades psicométricas de la dimensión espiritualidad de la Evaluación Multidimensional de la Religiosidad y la espiritualidad del Fetzer (Oñate, Resett, Sanabria y Menghi 2015); a la religiosidad y personalidad según el modelo de los Big Five (Lemos y Oñate, 2016); a la religiosidad y bienestar subjetivo psicológico en el marco del modelo y la teoría de los cinco factores de la personalidad (Simkin, 2016); en relación con las propiedades psicométricas de la evaluación multidimensional de la religiosidad (Oñate; Menghi y Moreno, 2017); y con relación al materialismo y propósito de vida (Yaccarini, Furman 2017).

Además, específicamente, en relación con la presente investigación, se encontró un estudio exploratorio realizado a psicólogos y psiquiatras del área metropolitana de Buenos Aires, para indagar respecto de sus creencias y prácticas religiosas y de su conocimiento de la diversidad de religiones en la zona geográfica de su práctica clínica. Como así también si incluyen las variables religiosas de sus pacientes en el diseño y desarrollo del tratamiento (Korman et al., 2011). De los resultados obtenidos, concluyen que los profesionales de la salud mental evaluados responden a diferentes marcos teóricos y desconocen la diversidad de religiones existentes y sus correspondientes características, lo cual podría tener como consecuencia negativa la formulación de diagnósticos errados, patologización y baja adherencia al tratamiento. Del total de los encuestados, el 43.8 % (N = 98) dice poseer creencias religiosas, mientras que el 43.3 % (N = 97) afirman que no. Solamente el 21 % (N = 47) declara realizar prácticas religiosas (por ejemplo: rezar, concurrir a misa o meditar). Por otra parte, el 43,3 % (N = 97) dice considerar importante conocer la religión de las personas a las que atiende mientras que el 35,7 % (N = 80) respondió que solo es importante en algunas ocasiones y solo el 8,5 % (N = 19) afirma no considerar importante esta información. Asimismo, la inclusión de la variable religión

a la hora de realizar un diagnóstico es tomada en consideración por la gran mayoría de los encuestados (75.9 %; N = 170) que respondió afirmativamente.

Los autores (Korman et al., 2011) concluyen que es crucial que los profesionales del campo de la salud mental se encuentren informados respecto de la diversidad religiosa en el lugar en el que llevan a cabo su práctica profesional. No se han hallado estudios en nuestro ámbito, que hayan investigado la relevancia que le otorgan los psicólogos y psiquiatras a la espiritualidad y/o a la religiosidad en el ámbito de la terapia.

2.8 Investigaciones sobre la relación entre la espiritualidad, la religiosidad y la empatía

Varios estudios plantean que la religión y la espiritualidad son variables moderadoras y amortiguadoras ante eventos traumáticos de la vida que aparecen juntamente con otros constructos positivos, dentro de los cuales se destaca la empatía (DiLalla, Hull y Dorsey, 2004; Koenig 2009; Miller y Thoresen, 2003 Moreira-Alameida et al., 2006; Montilla- Jiménez, Aranda-López y Montes-Berges, 2010).

Watson (1984) concluye, luego de la evaluación de una investigación realizada con una población, que la religiosidad intrínseca está directamente relacionada con la empatía. En tanto, Fox (2000) indica que la empatía es una cualidad fundamental de la habilidad terapéutica, mientras que otro estudio propone que el enfoque de la Teoría de la mente podría contribuir a fortalecer la relación entre espiritualidad, salud y empatía (Blanch, 2007). En la misma línea, Duriez (2004) reconsidera la relación empatía-religiosidad-espiritualidad y concluye que debe de ser entendida en términos de cómo la gente procesa contenidos religiosos más que en términos de si la gente es religiosa o no.

Mc Nelly (2005) compara el reflejo espiritual y la empatía. Luhrmann (2000) examina como la representación de Dios en la cultura pública americana contribuye al aumento de la experiencia de empática.

Bradley (2006) investiga si los cuatros aspectos de la empatía que él destaca – preocupación empática, angustia personal, toma de perspectiva y habilidades de fantasía– pueden relacionarse con el fundamentalismo religioso y/o con un sentido de espiritualidad que posean los consultantes. Concluye que las creencias

fundamentalistas despiertan menor empatía, no así la espiritualidad que permite un alto nivel de conexión de los aspectos de la empatía. Exceptuando el de la angustia personal que no aparece ni con el fundamentalismo ni con la espiritualidad.

Capítulo III: Método

Diseño de estudio

El tipo de estudio propuesto tiene un enfoque cualitativo y cuantitativo, de diseño transversal, descriptivo-correlacional.

3.1 Población y participantes

Psicólogos/as y psiquiatras psicoterapeutas que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se plantearon los siguientes criterios de exclusión:

- a) Psicólogo/a o Licenciado/a en psicología: egresado de Facultades de Psicología no reconocidas por el Ministerio de Educación.
- b) Psiquiatra: médico recibido con formación de posgrado en psiquiatría, sin título de posgrado o con título habilitante no reconocido por el Ministerio de Salud.
- c) Que la nacionalidad del profesional no sea argentina natural o por opción.
- d) Que su lugar de ejercicio profesional no sea la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3.2 Características de la muestra

La muestra es intencional, no representativa, y está compuesta por 102 psicólogos/as y psiquiatras psicoterapeutas que ejercen en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3.3 Procedimiento para la recolección de los datos.

Se utilizó el programa *SurveyMonkey*, que se autocompleta a través de plataformas virtuales. Se lo reconoce como un método igual o mejor que la recolección de datos autoadministrado y presencial (Lyons, Cude, Lawrence y Gutter, 2005). Esta plataforma aumenta la rapidez de recolección de datos, disminuye la conveniencia social y los errores procedimentales correspondientes a la carga de datos, entre otras ventajas.

El procedimiento para administrar los protocolos fue el siguiente: se contactó con autoridades de instituciones de profesionales, a los fines de invitarlos a participar

comenzando por conveniencia de contactos del investigador en docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica Argentina, Miembros de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires Apdeba, Página Web del Grupo Red de la Salud Mental, Miembros del capítulo Salud Mental y Espiritualidad de la Asociación Argentina de Salud Mental, Miembros de la Asociación de Psiquiatras Argentinos mediante un hipervínculo on-line en la sección noticias, Contactos personales que a su vez fueron facilitando la de otros colegas.

Se explicó en el mensaje enviado por correo electrónico, el objetivo del estudio, la relevancia potencial de los resultados y la importancia de colaborar como profesionales en las investigaciones que aportan información sustancial para el ámbito profesional. En ese mismo correo se incluía un vínculo electrónico desde el cual ingresar a la plataforma para autocompletarla.

Los cuestionarios estaban acompañados de una hoja de consentimiento informado que daba cuenta del propósito general del estudio, el carácter voluntario de la participación en el mismo, el respeto por la confidencialidad de las respuestas, la salvaguarda del anonimato de los participantes y el uso de la información con fines estrictamente académicos. El período de relevamiento fue entre septiembre de 2015 y noviembre 2017.

Una vez cerrada la encuesta es inaccesible en línea, por lo que sus datos no pueden ser alterados por los destinatarios que quieran acceder de nuevo mediante el vínculo general. Al culminar el registro total de los protocolos válidos, se procedió a la exportación detallada de todos los campos de cada cuestionario ingresado, al formato Excel 2010, como paso previo a su importación en el programa IBM SPSS 24.

3.4 Técnicas para la Recolección de los Datos

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico semiestructurado construido ad-hoc

A través de preguntas cerradas se indagaron datos sociodemográficos tales como: la edad, el género, si profesa una religión, el estado civil, profesión, tipo de relación laboral, los años de ejercicio profesional. Con preguntas abiertas se indagó sobre la universidad en la que completó la formación de grado y de posgrado, el

modelo teórico al que se adhiere, la subespecialidad dentro de la disciplina, el concepto personal de la espiritualidad, religiosidad y empatía.

Con respecto a la relevancia de la espiritualidad en el marco de la terapia, se diseñó una pregunta con formato de respuesta tipo Likert, en la que los valores iban desde 1) indispensable a 5) no se toma en cuenta. El resultado de esta variable indica que, a menores puntuaciones, mayor es la relevancia que se le otorga a la Espiritualidad.

Con respecto a la relevancia de la empatía en el marco de un tratamiento, se diseñó una pregunta con formato de respuesta tipo Likert, en la que los valores iban desde 1) indispensable a 5) no se toma en cuenta. El resultado de esta variable indica que, a menores puntuaciones, mayor es la relevancia que se le otorga a la empatía

Con respecto a la consideración sobre la inclusión del área de espiritualidad y religiosidad en la formación académica de grado, se diseñó una pregunta con formato de respuesta tipo Likert, en la que los valores iban desde 1) indispensable a 5) no se toma en cuenta. El resultado de esta variable indica que, a menores puntuaciones, mayor es la consideración que se le otorga a la inclusión de la espiritualidad y la religiosidad en la formación de grado.

Spirituality Questionnaire (Cuestionario de Espiritualidad en adelante **SQ** de Parsian y Dunning, 2009. La versión en español fue desarrollada en Colombia por Díaz-Heredia, Muñoz Sánchez y de Vargas, 2012).

Es un instrumento que se enfoca en el concepto de espiritualidad desde la identidad interior, sentido de la vida y conexión de las personas consigo mismas. con una fuerza superior y con el entorno.

Está compuesto de 29 ítems organizados en 4 dimensiones, a saber: a) Autoconciencia (10 ítems), entendida como el conocimiento que tiene la persona de sí misma. Con enunciados del tipo: “*En general me siento satisfecho con la persona que soy*”, “*Siento que soy una persona compasiva y amable*”; b) Importancia de creencias espirituales en la vida (4 ítems), con enunciados tales como: “*La Espiritualidad me ayuda a decidir quién soy*”, “*La Espiritualidad está integrada en mi vida*”, c) Prácticas espirituales (6 ítems), con enunciados del tipo: “*Leo libros de crecimiento espiritual y autoayuda*”, “*Trato de vivir en armonía con la naturaleza*” c)

Necesidades espirituales (9 ítems), con enunciados del tipo: “*Trato de encontrar respuesta a los misterios o dudas de la vida*”, “*Necesito tener un vínculo emocional fuerte con las personas que me rodean*”.

La estructura de la escala tiene un formato Likert con un gradiente de cuatro valores, que va desde 1) muy en desacuerdo a 4) muy de acuerdo con la afirmación.

Test de empatía cognitiva y afectiva (Construido y validado en España por López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad García, 2008, en adelante **TECA**)

Es una medida global de la empatía compuesta por 33 ítems. Presenta una estructura de cuatro factores: a) Adopción de perspectivas hace referencia a la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar de otra persona, tiene preguntas tales como “*Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva*”, b) Comprensión emocional, se refiere a la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de las otras personas, por ejemplo “*Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos*”, c) Estrés empático es la capacidad de conexión con las emociones negativas de otra persona, del tipo “*No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas*”, d) Alegría empática que alude a la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona, por ejemplo “*Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría*”. Los ítems se responden en una escala tipo Likert que oscila entre 1) totalmente en desacuerdo y 5) totalmente de acuerdo.

Systems of Beliefs Inventory, SBI-15R (La versión en español fue desarrollada en México por Almanza, Monroy, Bimbela, Payne y Holland 2000, en adelante *Inventario de Sistema de Creencias Revisado*).

Su finalidad es medir la religiosidad, la cual se define como las prácticas y creencias religiosas y espirituales, y el soporte social religioso proveniente del grupo que comparte dichas creencias. Está compuesto por dos factores: El factor I mide creencias y prácticas religiosas y espirituales (CPRE) con 10 reactivos, el rango total es de 0 a 40 puntos; algunos de sus ítems son: *Tengo la certeza de que, de alguna forma, Dios existe. / Suelo rezar pidiendo ayuda a Dios durante tiempos difíciles. / He*

tenido una sensación de esperanza como resultado de mis creencias religiosas o espirituales. / Creo que Dios me protege del daño. Y el factor II mide el apoyo social religioso, que recibe de la comunidad que comparte esas creencias representado por la subescala “SSR”, que contiene 5 reactivos, el rango total es de 5 a 20 puntos, algunos de sus ítems son: *Cuando necesito sugerencias sobre cómo lidiar con mis problemas o enfrentarlos, conozco gente de mi comunidad espiritual o religiosa a quien acudir. / Disfruto el reunirme frecuentemente con personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales y hablar con ellas sobre esos temas. / Busco gente en mi comunidad religiosa o espiritual cuando necesito ayuda.* Las puntuaciones globales del inventario comprenden un rango de 15 a 60 puntos. A mayor puntuación mejor convicción de las creencias y prácticas religiosas y espirituales y soporte social religioso.

3.5 Análisis de Datos

3.5.1 Análisis Cualitativo

Para el análisis de las preguntas abiertas que indagaban la representación de la espiritualidad y la religiosidad se utilizó la técnica de análisis de contenido siguiendo la propuesta de Deslauriers (2004) en un primer momento se hizo énfasis en la deconstrucción de los datos; es decir, se redujo la información en pequeñas unidades comparables, en núcleos de significado, que fueron agrupados. Aquí se maximizaron las semejanzas entre los datos que presentaban analogías y similitudes, ordenándolos de manera aproximada. En una segunda instancia, se procedió a la relación de las subcategorías siguiendo las líneas de sus propiedades y dimensiones.

El análisis y codificación de estas, está justificada gracias a las ventajas que ofrecen de recolección espontánea, enriquecimiento del informe definitivo y conocimiento de la opinión de un grupo de personas específico (Pope 2012).

3.5.2 Análisis Cuantitativos

Para el análisis de los datos se contemplaron dos tipos de análisis distintos por la naturaleza de los datos. Se describen por un lado los análisis de las preguntas abiertas y por el otro los análisis relacionados con las escalas y preguntas cerradas.

Se utilizaron estadísticos paramétricos para aquellos casos en los que las variables eran continuas o discretas y el n es grande, ya que se consideró la Teoría Central del Límite, la cual asume una distribución normal en estas condiciones, asimismo se controló que la asimetría de las variables sea aceptable (Szretter-Noste, 2017). También se utilizaron estadísticos paramétricos para las puntuaciones que se obtienen de las escalas Likerts, ya que diversos autores plantean que pueden ser evaluadas como variables discretas (Carifio y Perla, 2008).

Para las variables que son ítems con escalas de respuesta Likert se han utilizado análisis no paramétricos por el carácter ordinal de la variable (Carifio y Perla, 2008).

Para los análisis de comparación de dos grupos independientes, se utilizó el estadístico Mann de Whitney cuando se debía utilizar análisis no-paramétricos. Para la comparación de más de dos grupos, solo se utilizó el análisis Kruskal-Wallis, porque se requería utilizar análisis no-paramétricos en todos los casos (Pardo y San Martín, 1999).

3.6 Procedimiento para el Procesamiento de los Datos

Los datos fueron procesados mediante el SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Es una aplicación de análisis estadístico, de gran uso en las ciencias sociales, de fácil manejo y gran capacidad de procesamiento de datos. Es un programa informático que facilita la tarea del investigador al momento de resumir la información obtenida de manera clara, e inclusive gráfica. Dispone de una hoja de cálculo, donde se definen cada una de las variables, y una ventana de datos en donde se realiza el ingreso de cada uno de los protocolos recabados. Permite realizar desde análisis de datos sencillos propios de la estadística descriptiva hasta análisis de datos complejos de estadística inferencial (SPSS, versión 24 para Windows, IBM SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Capítulo IV: Resultados

4.1. Descripción de los participantes e instrumentos

4.1.1. Características de los participantes

Con una media de edad de 48.18 años (DE = 13.72, Min = 25, Max = 81). El 80.4 % (N = 82) de los encuestados pertenece al género femenino, mientras que el 19.6 % (N = 20) al masculino. Con relación al estado civil de los participantes, el 21.6 % (N = 22) es soltero, el 44.1 % (N = 45) es casado, el 11.8 % (N = 12) convive con su pareja, el 11.8 % (N = 12) es divorciado, el 5.9 % (N = 6) es viudo y el 4.9 % (N = 5) está separado.

Los participantes mencionan que pertenecen a una confesión religiosa, en el 56.9 % (N = 58) de los casos mientras que el 43.1 % (N = 44) manifiesta que no lo hace. En la Tabla 1, se muestran las religiones que profesan los participantes, cinco de ellos refieren una religión, pero no han aclarado cual es, así como también tres participantes se identificaron como cristianos, pero no aclararon a qué iglesia pertenecen. De los encuestados el 43.1 % (N = 44) profesa el catolicismo, el 4.9 % (N = 5) el judaísmo, el 1.0 % (N = 1) el protestantismo, el 2.9 % (N = 3) el cristianismo y finalmente el 48 % (n=49) ninguna.

Tabla 1

Religión que profesan los participantes

	Porcentaje	N
Catolicismo	43.1	44
Judaísmo	4.9	5
Protestantismo	1.0	1
Cristianismo	2.9	3
Ninguna	48	49

Con relación a la formación académica de los participantes, el 33.3 % (N = 34) estudió en una universidad confesional, mientras que el 66.7 % (N = 68) se ha graduado de una universidad laica. El 85.3 % (N = 87) se recibió de psicólogo/a, el

13.7 % (N = 14) de psiquiatra y solo el 1 % (N = 1) realizó ambas carreras. Además, la mayoría de los participantes realizaron estudios de posgrado (ver Tabla 2), tales como Especialización, el 52.9 (N = 54), Maestría, el 15.7 % (N = 16) y Doctorado el 6.9 % (N = 7) y solo el 24.5% (n=25) cuenta únicamente con título de grado.

Tabla 2

Nivel máximo de estudio alcanzado

	Porcentaje	N
Título de grado	24.5	25
Especialización	52.9	54
Maestría	15.7	16
Doctorado	6.9	7

En relación con la experiencia laboral en clínica, el promedio de años de trabajo de los participantes es de 18.85 años ($DE = 13.19$). Los que menos experiencia poseen, dijeron haber comenzado su experiencia laboral hacía un año, en tanto que el que menciona más tiempo de ejercicio profesional fue de 53 años. En la Tabla 3 se detallan los años de trabajo.

Tabla 3

Años de trabajo en clínica

	Porcentaje	N
1 a 9 años	25.5	26
10 a 14 años	24.5	25
15 a 28 años	24.5	25
Más de 28 años	25.5	26

Siguiendo con la descripción laboral de los participantes, el 6.9 % (N = 7) trabaja en relación de dependencia, el 53.9 % (N = 55) trabaja de forma independiente

y el 39.2 % (N = 40) combina ambas modalidades. De los participantes que trabajan en relación de dependencia, 45 participantes contestaron en qué sector trabajan. El 17.8 % (N = 8) de ellos trabaja en el sector público, el 20.6 % (N = 21) en el sector privado y el 15.7 % (N = 16) en ambos.

4.1.2. Confiabilidad de los instrumentos utilizados

El Cuestionario de Espiritualidad

La prueba presentó un índice de confiabilidad como consistencia interna alfa de Cronbach de .91 para la totalidad de la misma (29 ítems), mientras que por factor presentó: Autoconciencia (10 ítems): .80; Importancia en las Creencias Espirituales (4 ítems): .94; Prácticas Espirituales (6 ítems): .84 y Necesidades Espirituales (9 ítems): .81.

El Cuestionario de Espiritualidad, ha demostrado una consistencia interna adecuada, lo que lo hace un instrumento pertinente para la población estudiada. Es un instrumento accesible y práctico para su aplicación, ya sea por medio de un auto informe individual o grupal. Los reactivos están planteados en un lenguaje claro y cotidiano, lo que posibilita su aplicación en grupos heterogéneos.

El Inventario Sistema de Creencias

Esta prueba presentó un índice de confiabilidad como consistencia interna Alfa de Cronbach de .97 para la totalidad de la misma (15 ítems), mientras que por factor presentó .97 para Creencias y Prácticas Religiosas para los 10 ítems que la componen y para el factor Apoyo Social Religioso .93 para los 5 ítems

Ha demostrado una consistencia interna adecuada, lo que lo hace un instrumento pertinente para la población estudiada. Es un instrumento accesible y práctico para su aplicación, ya sea por medio de un auto informe individual o grupal. Los reactivos están planteados en un lenguaje claro y cotidiano, lo que posibilita su aplicación en grupos heterogéneos.

Test de Empatía Cognitiva y Afectiva

La prueba presentó un índice de confiabilidad como consistencia interna Alpha de Cronbach de .82 para la totalidad de la misma (33 ítems), mientras que por factor presentó: Adopción de perspectiva (8 ítems): .69; Comprensión Emocional (9 ítems): .75 Estrés Empático (8 ítems): .64 y Alegría Empática (8 ítems): .68.

Es un Test que posee una consistencia interna adecuada, lo que lo hace un instrumento pertinente para la población estudiada. Es accesible y práctico para su aplicación, ya sea por medio de un auto informe individual o grupal. Los reactivos están planteados en un lenguaje claro y cotidiano, lo que posibilita su aplicación en grupos heterogéneos.

La fiabilidad es baja en algunos de los factores, por lo que se sugiere realizar análisis factoriales.

4.2. Concepto de Espiritualidad

Considerando el objetivo 1, se analizó la representación que tienen los participantes sobre la espiritualidad y la religiosidad. En función de las respuestas abiertas proporcionadas por los profesionales, se armaron categorías de conceptos en los cuales se define la espiritualidad. A continuación, se mostrarán las categorías de análisis que se crearon a partir de las respuestas obtenidas por los participantes en la investigación.

La taxonomía de las respuestas fue la siguiente: (1) Dimensión Creencias trascendentales, (2) Dimensión Relación con ser superior, (3) Dimensión existencial humana, y (4) Dimensión secular de lo religioso con el alma, el espíritu y la fe.

4.2.1. Dimensión Creencias Trascendentales. Esta dimensión supone que las creencias son una condición ontológica del ser humano. Sin embargo, a los participantes les cuesta poder definirla, y la mayoría de las veces, lo definen por contraposición. En este sentido, aluden a que la espiritualidad no es algo biológico, ni psíquico, ni material, ni terrenal, sino algo imperceptible que le da sentido al ser humano y marcan un espacio que se extiende más allá de lo real o tangible para él. Es aquello que no puede ser comprendido por el ser humano, aquello que va más allá del

mundo real, que nos anima y nos trasciende; y que se contrapone con creencias científicas.

Las definiciones de la espiritualidad de los participantes están enmarcadas todas aquellas cosas que no son concretas y se sostienen en la fe. Aluden a pensar los acontecimientos y el porqué de ellos, a la importancia que se le otorga al mundo interior y a las creencias, como así también la tendencia a creer en que las cosas tienen un sentido que excede lo terrenal cotidiano.

Algunos ejemplos de los participantes:

—“Considero la espiritualidad como la creencia de que existe algo más además de lo mundano, fáctico y tangible”.

—“Creer en cosas que no se pueden demostrar. Pensar que hay energías mayores de las que conocemos y controlamos”.

— “Como la parte o aspecto del ser humano por la cual trasciende, se comunica, puede atravesar las distintas circunstancias de la vida sacando un crecimiento”.

—“Una creencia en aquello más allá del mundo real, que nos anima y nos trasciende”.

4.2.2. Dimensión Relación con Ser Superior. A partir de los comentarios de los participantes se observa que la espiritualidad se asocia a un ser superior que le da sentido a la vida de las personas y al universo. Dentro de esta categoría se distinguieron dos subcategorías:

Dios. Aquí los participantes se refieren específicamente a la relación con la práctica de ritos afines a una religión específica y/o cosmovisión de la persona ligada a una religión. Algunos casos que ejemplifican esta categoría son:

—“Es una condición humana que involucra factores morales, éticos y psíquicos del hombre que varía de acuerdo con su relación con Dios”.

—“Conjunto de ideas y actos referentes a la vida espiritual. Característica personal que lleva a valorar a Dios sobre lo material y a apreciar con sensibilidad las obras”.

Ser indefinido. Se enfatiza a un marco de creencias y prácticas que permiten al sujeto darle un sentido a su vida personal pero que no se enmarcan en una religión,

sino que apelan a un ser superior, al cual le adjudican un grado de moralidad, que los conduce. Ejemplo:

—“Un sistema de creencias y de prácticas en el que el creyente enmarca su vida personal”

4.2.3. Dimensión existencial humana. Los participantes indican que la espiritualidad es una dimensión esencial del ser humano, que nos diferencia del animal inferior y que involucra preguntas existenciales tales como la búsqueda de la verdad y el sentido de la vida y la consideración de la existencia o no de una divinidad. Señalan que la espiritualidad engloba valores, actitudes que orientan a la persona en su quehacer cotidiano y que estas tienen que ver con un sistema de creencias, valores y el posicionamiento frente a la vida que tiene una persona. La describen como la fuerza inicial de toda persona, que permite salir del plano meramente terrenal y conectarse con otros valores y estados. Más concretamente, en esta dimensión los participantes enfatizaron cómo la espiritualidad se relaciona en su vida a través de valores, conductas. Los participantes referían factores que propiciaron el desglose en cuatro subcategorías:

a) Identidad del ser.

En esta categoría se agruparon aquellos comentarios que enfatizaban que las creencias espirituales son promotoras de la identidad de las personas. En este sentido, los participantes comentaron que las creencias centrales dan sentido a la vida de las personas, determinan enormemente las identidades individuales y colectivas, orientan los actos con implicaciones para uno y para los demás. No se puede vivir sin creencias. Algunos ejemplos son:

—“La espiritualidad es aumentar el nivel de conciencia en todas las áreas de nuestra vida para lograr compasión con nosotros mismos y con el mundo”.

—“Sería/Implicaría la cosmovisión que tiene una persona de su existencia y de su ser en el mundo. Plasmándose esto en sus principios”.

b) Sentirse bien.

Se pone el énfasis en la espiritualidad ligada al bienestar personal, contar con sentimientos positivos; la espiritualidad se asocia a la alegría, al amor. En otras

palabras, una versión más *new age* de la espiritualidad, que significa el contacto con un sentimiento de estar o sentirse bien. Algunos ejemplos:

—“Como un estado de pensamientos positivos, tranquilidad, armonía y bienestar en uno mismo y en relación con los demás”.

—“Es un sentimiento y un estado de recogimiento, silencio y paz interior”.

c) Emocionalidad.

Se encuentran aquí englobadas aquellas definiciones que plantearon que la espiritualidad no se puede definir con palabras o ideas, sino que son emociones por las cuales las personas pueden expandir su ser. Ejemplos consignados:

—“No la defino, la vivo. A veces la siento, a veces no”.

—“Es una parte que sentimos es personal, individual, hasta íntima, que muestra principios valores y hasta actitudes de nosotros frente a situaciones cotidianas”.

d) Valores que orientan la vida.

Implica valores que dirigen a las personas. Se relaciona y describe a la espiritualidad como una suma de valores a cumplir o a los cuales se adhiere poniendo el acento en su cumplimiento. Se pone énfasis en que la espiritualidad mediante determinados valores estructura al sujeto y organiza su forma de vivir y pensar el mundo y los que lo rodean. Se hace mención de valores tales como la justicia, amor, equidad, respeto e interés genuino por el otro.

—“Ligo la Espiritualidad a los valores, a nuestra sensación de trascendencia, a lo que es importante para cada uno de nosotros como seres humanos”.

—“Como el conjunto de prácticas y creencias que regulan y direccionan las acciones a partir de las convicciones que elige el sujeto para vivir”.

4.2.4. Dimensión secular de lo religioso con el alma, el espíritu y la fe.

En esta categoría los participantes toman palabras con contenido religioso, pero las secularizan. De esta manera explican el matiz de trascendencia que tiene para el sujeto la espiritualidad pero que no se relaciona con una religión institucionalizada. En este sentido, los participantes les sacan la connotación a las palabras y se asemeja la espiritualidad a la religión solo en el formato, pero no en el contenido. Algunos ejemplos son:

—“Como la condición de un alma capaz de creer y razonar”.

—“Lo relacionado al espíritu, al alma”.

4.3. Religiosidad: el análisis de las respuestas dio como resultado la clasificación de dos subcategorías:

4.3.1 Asociada a una religión con credo. En esta categoría hubo un gran consenso por parte de los participantes en describir a la religiosidad como el cumplimiento individual y/o en comunidad de dogmas, reglas, normas, rituales y/o preceptos que pueden tener características muy rígidas o flexibles, ligadas a una serie de creencias y prácticas vinculadas a una religión o a una doctrina religiosa. Por ejemplo, la asistencia a una iglesia o sinagoga. Así también se señala la religiosidad como la adhesión a una fe, como la afiliación o pertenencia a una religión oficialmente reconocida, a tener una creencia específica en un Dios, en los Santos y en la Virgen María, en los casos en que los participantes profesaban la religión católica apostólica Romana.

Se la concibe también a la religiosidad como proveedora de sentido a la vida, y un parámetro a considerar sobre lo que es bueno o malo realizar. En este sentido, se asocia lo moral con los preceptos religiosos, y se piensan estos como modelos que marcan reglas y normas a seguir y que otorgan respuestas a los interrogantes del sentido de la vida y de la muerte. Se consignan a continuación algunos ejemplos:

—“Una combinación de prácticas y creencias en torno a una doctrina religiosa. La religiosidad me brinda un sentido y me sirve para lograr una perspectiva sabia sobre lo que va sucediendo, tanto bueno como malo, a lo largo de la vida”.

—“Es el cumplimiento de ciertas normas y tradiciones que sigue una creencia en un Dios. En mi caso es el cumplimiento de la Torá”.

4.3.2 No se asocia con ningún credo. En menor medida, los participantes asociaron la religiosidad con la espiritualidad. En este sentido, los participantes describen en sus respuestas a la religiosidad como una necesidad del ser humano de creer y relacionarse con un ser, ente o fuerza superior o dioses. Estos cumplirían

funciones protectoras y proveedores de esperanza y responderían las preguntas existenciales que se realiza el hombre tales como el sentido de la vida y/o la muerte.

Los participantes insisten en el contenido de sus repuestas en mencionar que para ellos la religiosidad se presenta en conductas cotidianas que no están ligadas a una práctica oficial de ninguna religión sino a fuertes creencias que influyen en el modo de vivir y en valores que se cultivan individualmente.

Por otro lado, se observa también que se equipara a la religiosidad con la Espiritualidad como experiencias individuales de lo sagrado indicando algunos de los participantes que les resulta muy difícil separar religiosidad de espiritualidad. Algunos ejemplos:

—“Creer en un ser superior” / “Como la posibilidad de conectarme con un ser superior y un puente para valorar la trascendencia”.

—“La religiosidad está unida con la Espiritualidad y con nuestro convivir con el otro”.

4.4. Descripción de la Espiritualidad, Religiosidad y Empatía

Para cumplimentar el objetivo 2, se llevaron a cabo análisis descriptivos que dan cuenta del grado de espiritualidad, de religiosidad y de empatía de los participantes. Con relación al cuestionario de espiritualidad, los datos hallados indican que los participantes obtienen altos puntajes en todas las dimensiones, destacándose los de Autoconciencia y Necesidades espirituales. En este sentido, los participantes tienen una mayor tendencia a pensarse a sí mismos para poder conocer mejor sus fortalezas y debilidades (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Análisis descriptivos de las dimensiones de la Escala de Espiritualidad

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Puntuación Máxima</i>	<i>Puntuación Mínima</i>
Autoconciencia	31.62	3.42	40	23
Importancia de las creencias espirituales	12.27	2.78	16	4
Prácticas espirituales	16.52	3.82	24	6
Necesidades espirituales	29.33	3.68	36	21

Puntuación Total	89.07	12.23	111	33
------------------	-------	-------	-----	----

Los datos hallados de la encuesta del inventario de sistemas de creencias indican que los participantes poseen creencias y prácticas espirituales, así como un soporte social religioso, aunque por las puntuaciones, dichas creencias no indican una fuerte convicción en todos los participantes.

Tabla 5

Análisis descriptivos del Inventario de Sistema de Creencias

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Puntuación Máxima</i>	<i>Puntuación Mínima</i>
Creencias y prácticas religiosas y espirituales	28.74	9.96	40	9
Apoyo social religioso	11.93	4.69	20	5
Puntuación Total	40.66	13.95	60	14

Con relación a los datos encontrados del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva, se puede observar que los participantes presentan, dentro de la dimensión cognitiva, altos puntajes en Adopción de Perspectivas y Comprensión Emocional. En la dimensión afectiva la puntuación más alta se obtiene en Alegría Empática, y en menor medida, en la dimensión Estrés Empático. Esto puede suceder porque esta última refiere a la capacidad para compartir o experimentar las emociones negativas observadas en otras personas y está mediado por factores como la cercanía emocional.

Tabla 6

Análisis descriptivos de las dimensiones del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Puntuación máxima</i>	<i>Puntuación Mínima</i>
Adopción de perspectivas	31.64	5.37	40	4
Comprensión emocional	35.03	6.55	45	5
Estrés empático	25.70	5.54	37	7
Alegría empática	33.71	5.19	40	10
Puntuación Total	125.74	19.57	157	23

4.5 Espiritualidad, Religiosidad según marco teórico de la práctica profesional

Con respecto al objetivo 3, se calculó el estadístico Kruskal-Wallis para analizar si había diferencias en el grado de espiritualidad y religiosidad de los participantes según la línea teórica clínica de práctica profesional. Como se observa en la Tabla 7, en relación con el grado de espiritualidad de los participantes, solo se hallaron diferencias en la dimensión importancia de las creencias espirituales. Los terapeutas con un marco teórico humanista le adjudican una mayor importancia a dichas creencias en relación con aquellos profesionales que utilizan un marco teórico psicodinámico, $\chi^2(5,78) = 15.421; p = .01$. En el resto de las dimensiones no se hallaron diferencias: dimensión de autoconciencia [$\chi^2(5,78) = 5.419; p = .37$], prácticas espirituales [$\chi^2(5,78) = 9.621; p = .09$], y necesidades espirituales [$\chi^2(5,78) = 6.039; p = .30$].

Tabla 7

Se describen las diferencias de la dimensión importancia de las creencias espirituales entre los grupos del análisis de Kruskal-Wallis a partir del análisis de contraste Bonferroni.

	Psicodinámico (n=59)	Conductual (n=5)	Cognitivo- conductual (n=8)	Humanista (n=12)	Sistémico (n=8)	Ecléctico (n=3)
	<i>Md(R)</i>	<i>Md(R)</i>	<i>Md(R)</i>	<i>Md(R)</i>	<i>Md(R)</i>	<i>Md(R)</i>
Importancia de las creencias espirituales	12(12) ^a	15(4)	13(6)	14.5(4) ^b	12(8)	13(5)

Nota: En cada fila, los promedios con distinto superíndice son significativamente diferentes según la prueba Bonferroni con $p < .05$

Con relación al grado de religiosidad, se observó que éste no varía según el marco teórico de los terapeutas: dimensión creencias y prácticas religiosas y espirituales [$\chi^2(5,68) = 8.318; p = .14$], la dimensión apoyo social religioso [$\chi^2(5,68) = 9.488; p = .09$] y en la puntuación total de la escala [$\chi^2(5,68) = 8.405; p = .14$].

4.6. Establecer la relación entre el enfoque teórico del profesional y la empatía.

Para llevar a cabo el objetivo 4, al igual que en el objetivo anterior, se utilizó el estadístico Kruskal-Wallis para comparar a los profesionales con distintos marcos teóricos. Los resultados indican que solo hubo diferencias con relación a la dimensión alegría empática, [$\chi^2(5,85) = 14.163$; $p = .02$]. Dentro de las comparaciones intergrupales se hallaron varias diferencias. En principio, los profesionales con un marco cognitivo-conductual y humanista tuvieron puntuaciones mayores que los terapeutas con un marco psicodinámico y sistémico (ver Tabla 8). En relación con las otras dimensiones y a la puntuación total no se hallaron diferencias: Adopción de perspectivas [$\chi^2(5,85) = 8.333$; $p = .14$], Comprensión emocional [$\chi^2(5,85) = 7.190$; $p = .21$], Estrés empático [$\chi^2(5,85) = 3.661$; $p = .60$] y la puntuación total de la escala [$\chi^2(5,85) = 7.855$; $p = .17$].

Tabla 8

Se describen las diferencias de la dimensión alegría empática entre los grupos del análisis de Kruskal-Wallis a partir del análisis de contraste Bonferroni.

	Psicodinámico (n=59)	Conductual (n=5)	Cognitivo- conductual (n=8)	Humanista (n=12)	Sistémico (n=8)	Ecléctico (n=3)
	<i>Md(RI)</i>	<i>Md(RI)</i>	<i>Md(RI)</i>	<i>Md(RI)</i>	<i>Md(RI)</i>	<i>Md(RI)</i>
alegría empática	33.5(5) ^{ac}	36(4.5)	38(1) ^b	38.5(5.25) ^b	32.5(4.75) ^{ac}	35(3)

Nota: En cada fila, los promedios con distinto superíndice son significativamente diferentes según la prueba Bonferroni con $p < .05$

4.7 Diferencias en la espiritualidad y la religiosidad y la empatía según el género, los años de ejercicio profesional y la edad.

Para alcanzar el objetivo 5, se analizaron las diferencias en el grado de espiritualidad, religiosidad y empatía según el género, los años de ejercicio profesional y la edad.

Al comparar si había diferencias en relación con el género de los participantes, mediante el estadístico Kruskal-Wallis, se observó que no hay diferencias en ninguna

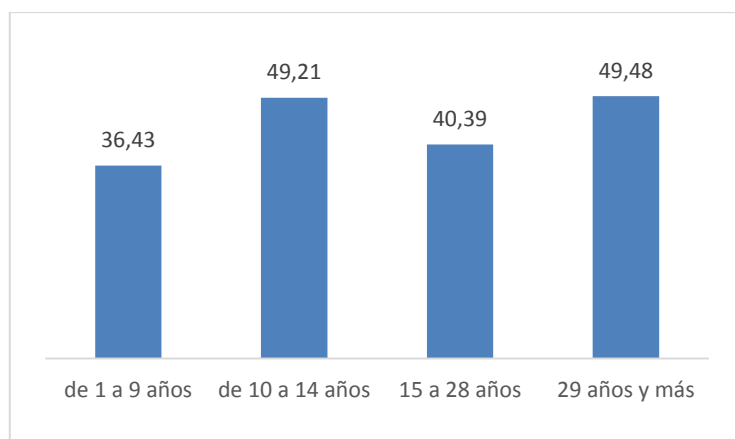
de las dimensiones de la escala: autoconciencia ($U=597.000$; $p= .80$), importancia de las creencias espirituales ($U=582.000$; $p= .96$), prácticas espirituales ($U=537.500$; $p= .60$) y necesidades espirituales ($U=560.500$; $p= .78$).

Asimismo, se comparó si había diferencias en las dimensiones de la escala de espiritualidad según los años de ejercicio profesional. Para indagar si los años de práctica profesional diferenciaban a los participantes en relación a su grado de espiritualidad, en principio se recodificó la variable años de práctica profesional en cuatro grupos: primer grupo (menos de 9 años), segundo grupo (10 a 14 años), tercer grupo (15 a 28 años) y cuarto grupo (29 y más años). Luego, se llevó a cabo el análisis Kruskal-Wallis para comparar la diferencia entre los grupos. Se halló que los años de práctica profesional no influían en ninguna de las dimensiones de la escala: autoconciencia [$\chi^2(3,80)= 12,80$; $p= .005$], importancia de las creencias espirituales [$\chi^2(3,80)= 4.400$; $p= .21$], prácticas espirituales [$\chi^2(3,80)= 4.432$; $p= .210$] y necesidades espirituales [$\chi^2(3,80)= .6425$; $p= .10$].

A continuación, se presentan cuatro figuras que muestran los rangos promedio de todas las dimensiones de la escala de espiritualidad según los años de ejercicio profesional.

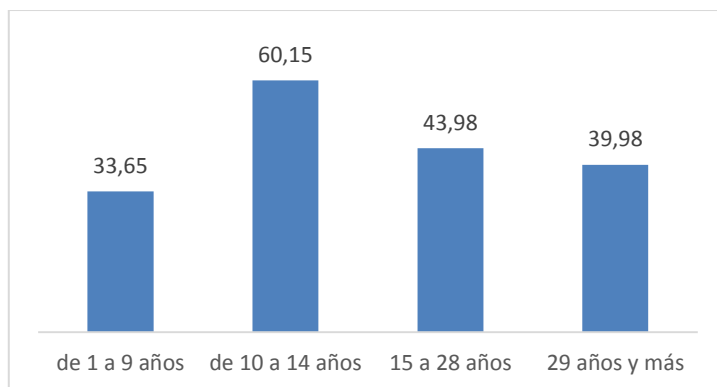
Se observa en la Figura 2, que el rango promedio de Prácticas espirituales según años de ejercicio profesional es en el primer grupo (1 a 9 años) = 36,43; en el segundo grupo (10 a 14 años) es = 49,21; en el tercer grupo (15 a 28 años) = 40,39 y cuarto grupo (29 y más años) = 49,48

Figura N° 2 Rango promedio de Prácticas espirituales según grupos de años de ejercicio profesional



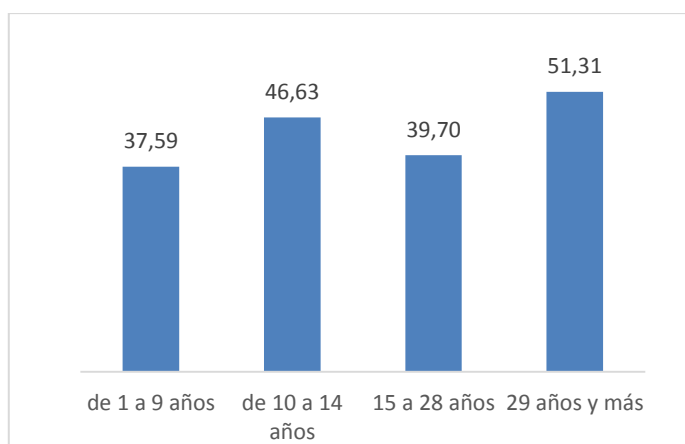
En la Figura N° 3 se observa que el rango promedio de Autoconciencia según años de ejercicio profesional, en el primer grupo (menos de 9 años) es = 33,65; en el segundo grupo (10 a 14 años) es = 60,15; en el tercer grupo (15 a 28 años) = 43,98 y cuarto grupo (29 y más años) =39,98

Figura N° 3 Rango promedio de Autoconciencia según grupos de años de ejercicio profesional



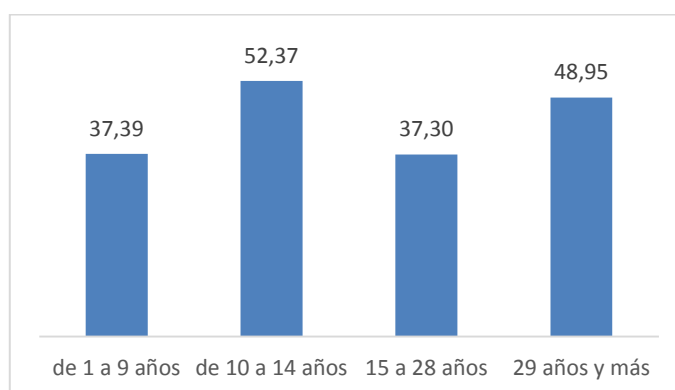
Se observa en la Figura N° 4 que el rango promedio de Importancia de las Creencias Espirituales según años de ejercicio profesional, en el primer grupo (menos de 9 años) es = 37,59; en el segundo grupo (10 a 14 años) es = 46,63, en el tercer grupo (15 a 28 años) = 39,70 y cuarto grupo (29 y más años) =51,31

Figura N° 4 Rango promedio de Importancia de las Creencias Espirituales según grupos de años de ejercicio profesional



En la Figura N°5 se observa que el rango promedio de Importancia de Necesidades Espirituales según años de ejercicio profesional, en el primer grupo (menos de 9 años) es = 37,39; en el segundo grupo (10 a 14 años) es = 52,37, en el tercer grupo (15 a 28 años) = 37,30 y cuarto grupo (29 y más años) =48,95

Figura N°5 Rango promedio de Necesidades espirituales según grupos de años de ejercicio profesional



Para analizar si había una relación entre el grado de espiritualidad y la edad de los participantes, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson. Según los datos obtenidos, no hay una relación entre la edad de los participantes y las dimensiones de autoconciencia, importancia de las creencias espirituales [$r(86) = .15; p = .16$], y necesidades espirituales, $r(86) = .11; p = .30$. En cambio, se halló que los participantes con mayor edad poseen mayores puntuaciones en la dimensión prácticas espirituales, $r(86) = .21; p = .05$.

Inventario de Sistema de creencia

Al analizar los resultados de la escala sistema de creencia, utilizando el estadístico Kruskal-Wallis se observa que no hay diferencias según en género de los participantes en los factores *creencias y prácticas religiosas y espirituales* ($U = 478.000; p = .91$) y *apoyo social religioso* ($U = 483.000; p = .96$), así como tampoco en la puntuación total de la escala ($U = 484.500; p = .97$).

Al igual que en el caso anterior, se consideró la variable años de ejercicio profesional. Los resultados obtenidos indican que no hay diferencia entre los grupos en relación a los factores *creencias y prácticas religiosas y espirituales* [$\chi^2(3,80) = 4.039$; $p = .26$] y *apoyo social religioso* [$\chi^2(3,80) = 4.789$; $p = .19$], así como tampoco en la puntuación total de la escala [$\chi^2(3,80) = 5.173$; $p = .16$].

Para analizar si había una relación entre el grado de religiosidad y la edad de los participantes, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson. Según los datos obtenidos, no hay una relación entre la edad de los participantes y los factores *creencias y prácticas religiosas y espirituales* [$r(80) = -.08$; $p = .47$] y *apoyo social religioso* [$r(80) = -.10$; $p = .36$.], así como tampoco en la puntuación total de la escala [$r(80) = -.09$; $p = .41$].

Al igual que se hizo con los otros dos instrumentos, se comparó la empatía cognitiva y emocional según el género de los participantes mediante el estadístico Kruskal-Wallis Como muestra la Tabla 9, los participantes del género femenino tienen puntuaciones más altas en las dimensiones adopción de perspectivas y alegría empática, así como también en la puntuación total de la escala. Esto da cuenta que las participantes del género femenino presentan mayor facilidad para alegrarse con los éxitos o acontecimientos positivos que les suceden a los demás como también menores dificultades en las relaciones interpersonales y de poseer un pensamiento flexible.

Tabla 9

Comparación de las puntuaciones de la escala de Empatía según el género de los participantes

Escala	Masculino	Femenino	<i>U</i>	<i>p</i>
	(n=20)	(n=82)		
	<i>Md</i> (<i>RI</i>)	<i>Md</i> (<i>RI</i>)		
Adopción de perspectivas	30(3)	33(7)	442.000	.05
Comprensión emocional	34(6.5)	37(7)	544.000	.31
Estrés empático	24(3.5)	26(8)	517.000	.20
Alegría empática	31(5)	35(6)	450.000	.05

Puntuación total	121(14)	131(18)	420.500	.03
------------------	---------	---------	---------	-----

Además, se analizó mediante el estadístico r de Pearson si había una relación entre la edad de los participantes y el mayor grado de empatía cognitiva y emocional. Los datos indican que, a menor edad, hay un mayor grado de estrés empático [$r(93) = -.25$; $p = .02$], y mayores puntuaciones totales de la escala [$r(93) = -.22$; $p = .04$]. No se observó una relación con las dimensiones Adopción de perspectivas [$r(92) = -.14$; $p = .19$], Comprensión emocional [$r(93) = -.17$; $p = .10$] y Alegría empática [$r(93) = -.15$; $p = .16$].

Con relación a la comparación según los años de ejercicio profesional, primero se recodificó la variable y se compararon 4 grupos. El primero de ellos incluyó a los participantes que ejercieron la profesión entre 1 a 9 años ($n=26$), el segundo contempló a los participantes que tuvieron entre 10 a 14 años ($n=25$), el tercero comprendió a los participantes que ejercieron su práctica entre 15 a 28 años ($n=25$) y el cuarto grupo a los de más de 29 años de ejercicio profesional ($n=26$).

Para proceder con el análisis de comparación de grupos se utilizó el estadístico de Kruskal-Wallis, el cual evidenció hay diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de comprensión emocional, alegría empática y la puntuación total de la escala (ver Tabla 10).

Con relación a la dimensión comprensión emocional, la comparación por pares con el estadístico post-hoc Dunn da cuenta que los participantes del grupo 4 (más de 29 años) tienen mayor comprensión emocional que los del grupo 2 (10 a 14 años), y los encuestados del grupo 2, a su vez, tienen mayor comprensión emocional que el grupo 1 (1 a 9 años).

En relación con la dimensión alegría empática, la comparación por pares con el estadístico post-hoc Dunn indica que el grupo 1 (1 a 9 años) tiene menor puntuación en esta dimensión que el grupo 2 (10 a 14 años); a su vez el grupo 4 (más de 29 años) y el grupo 3 (15 a 28 años) tienen mayores puntuaciones en esta dimensión del test que el grupo 2 (10 a 14 años).

Tabla 10

Comparación de las puntuaciones de la escala de Empatía según los años de ejercicio profesional de los participantes

Escala	χ^2	gl	p
Adopción de perspectivas	3.35	3,89	.14
Comprensión emocional	6.64	3,89	.03
Estrés empático	4.88	3,89	.17
Alegría empática	6.63	3,89	.01
Puntuación total	5.01	3,89	.03

4.8. Comparación y descripción de la relevancia otorgada a la empatía y la espiritualidad en el proceso psicoterapéutico según el género y los años de ejercicio profesional.

Con respecto al objetivo 6, sobre el grado de importancia que le otorgan los participantes a la empatía en el marco de una terapia, se utilizó el estadístico Kruskal-Wallis. Los datos indican que los participantes creen que es indispensable ($M = 1$, $DE = 0$). En este sentido, hay un gran consenso por parte de los participantes. En relación a la importancia que se le adjudica a la espiritualidad, se observó que los participantes en algún modo creen que es importante incluir la espiritualidad en el marco de un tratamiento psicoterapéutico ($Md = 3$, $RI = 2$), pero no hay un consenso en que es un aspecto importante para la terapia.

Se indagó si hay diferencias en la relevancia que le otorga el terapeuta a la inclusión de la espiritualidad en la terapia según el género del profesional de la salud. Se utilizó el estadístico Kruskal-Wallis. Los datos indican que no hay diferencias entre dichos grupos ($U = 485.500$; $p = .29$). Además, se comparó la importancia que le otorgan los participantes a la Espiritualidad en el marco de la terapia según los años de ejercicio profesional. Para ello se utilizó el estadístico Kruskal-Wallis que comparó los cuatro grupos. Los datos muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $\chi^2(3,79) = .65$; $p = .89$.

Para finalizar el análisis y cumplimiento del objetivo 6, se comparó si hubo diferencias en la relevancia que le otorga el terapeuta a la inclusión de la empatía en la terapia según el género del profesional y los años de ejercicio profesional. Se utilizó el

estadístico Kruskal-Wallis Los hallazgos muestran que no hay diferencias en la importancia que le adjudican a la empatía en el tratamiento según el género de los participantes ($U = 689.000$; $p = .50$). Para analizar las diferencias según los años de ejercicio profesional se utilizó el estadístico Kruskal-Wallis, sin embargo, como todos los grupos tienen la misma mediana, no se calcula el análisis y se concluye que no hay diferencias entre ellos. En síntesis, no se hallaron diferencias según el género y los años de ejercicio profesional, ya que, para todos, la importancia de la empatía es indispensable en la terapia.

4.9. Importancia de profesar una religión y formación académica

Contemplando el objetivo 7, mediante el estadístico Kruskal-Wallis se observó que los participantes consideran que sería bastante útil tener mayor formación en Espiritualidad/religiosidad para su práctica profesional ($Md = 2$, $RI = 2.25$), aunque, al analizar el objetivo 8, se observa que los participantes creyentes le confieren mayor utilidad que los no creyentes ($U = 526.000$; $p < .001$; $Md_{si} = 2$, $RI_{si} = 1$; $Md_{no} = 3.5$, $RI_{no} = 3$).

Siguiendo con el objetivo 7, se observó que el 61.8 % opina que la Espiritualidad/religiosidad deberían incluirse en la formación académica de grado, mientras que el 38.2 % que no sería necesario.

Al igual que en el caso anterior, y considerando el objetivo 8, se observó que los participantes que pertenecen a una religión creen en mayor medida que la Espiritualidad/religiosidad debe de ser incluida en el currículo de grado que aquellos que no profesan ninguna religión ($\chi^2 = 14.252$; $p = .001$; $Md_{si} = 0$, $RI_{si} = 1$; $Md_{no} = 2$, $RI_{no} = 1$).

4.10. Relación entre el grado de Espiritualidad, religiosidad y empatía

Finalmente, con relación al objetivo general de esta tesis, como se muestra en la Tabla 11, la relación positiva con mayor peso estadístico significativo es entre el grado de espiritualidad y el grado de religiosidad de los participantes. Lo cual está indicando que tanto la religiosidad como la Espiritualidad pueden conllevar una sensación de protección frente a las dificultades, al presentar una perspectiva altamente significativa de la existencia de un ser superior protector y omnipotente. Así

mismo, se halló una relación entre el grado de espiritualidad y el grado de empatía. Sin embargo, no se observa una relación entre la empatía y el grado de religiosidad, aunque sí se presenta cierta relación entre algunas dimensiones de estas escalas.

Tabla 11

Correlación entre el Cuestionario de Espiritualidad, Inventario de Sistema de Creencias de y Test de Empatía Cognitiva y Afectiva.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.Autoconciencia	1												
2.Importancia de las creencias espirituales	.40**	1											
3.Prácticas espirituales	.36**	.61**	1										
4.Necesidades espirituales	.37**	.50**	.58**	1									
5.C.E-Total	.57**	.78**	.83**	.80**	1								
6.Creencias y prácticas religiosas y espirituales	.40**	.48**	.46**	.37**	.54**	1							
7.Apoyo social religioso	.33**	.56**	.55**	.33**	.55**	.79**	1						
8.SBI-Total	.40**	.53**	.51**	.38**	.57**	.98**	.90**	1					
9.Adopción de perspectivas	.28*	.31**	.27*	.27*	.36**	.07	.25*	.14	1				
10.Comprensión emocional	.40**	.24*	.21*	.28**	.36**	.23*	.19	.23*	.54**	1			
11.Estrés empático	-.03	.04	-.04	.17	.04	-.01	.01	-.001	.34**	.38**	1		
12.Alegría empática	.26*	.24*	.29**	.29**	.35**	.15	.20	.17	.73**	.76**	.46**	1	
13.Total TECA	.32**	.28**	.25*	.35**	.39**	.15	.22	.18	.83**	.86**	.68**	.91**	1

Nota: C.E = Puntuación total del Cuestionario de Espiritualidad, SBI-15 = Puntuación total del Inventarios de Sistema de Creencias; TECA = Puntuación total Test de Empatía Cognitiva y Afectiva.

Capítulo V: Discusión, conclusiones y sugerencias

A continuación, se realiza una discusión de cada uno de los objetivos de la presente investigación y los resultados obtenidos, a la luz de las teorías desarrolladas y de las investigaciones actuales. Luego se realiza una síntesis de los resultados para arribar a las conclusiones a las cuales ha llegado este estudio. Posteriormente se detallan recomendaciones a partir de las limitaciones del estudio, para ser tenidas en cuenta en futuros trabajos de investigación para continuar y profundizar el desarrollo de la temática estudiada.

5.1 Discusión

5.1.1 Primer objetivo específico: *Definir el concepto de espiritualidad y religiosidad sintetizando las representaciones más frecuentes en profesionales de la salud mental.*

Las definiciones de la espiritualidad dadas por los participantes presentan una gran diferencia en los contenidos sin llegar a un consenso que facilite una sola definición motivo por el cual se las clasifico en diferentes categorías que tuvieran similitudes en común para no perder así las características enunciadas por cada uno de los participantes.

Las mismas fueron (1) Creencias trascendentales, (2) Relación con ser superior, (3) Existencial humana, y (4) Secular de lo religioso con el alma, el espíritu y la fe. En el apartado resultados se describen ampliamente. En el intento de sintetizar las representaciones más frecuentes dadas por los profesionales de la salud mental indagadas, podemos decir que la espiritualidad es mencionada como un conjunto de creencias y prácticas ligadas a encontrar respuestas a las preguntas sobre el sentido y significado de la vida, de la enfermedad y de la muerte. Así mismo implica también conexión con uno mismo, con los otros, con la naturaleza.

También es entendida la espiritualidad como un conjunto de valores y de creencias religiosas ligadas a una religión específica y/ o no religiosas lo que permite dar cabida a las personas que no tienen ninguna creencia o que son religiosas, aunque no estén ligadas a una religión concreta.

Estos valores que los participantes comentan subyacen en valores morales que consideran correctos como son el respeto, la solidaridad, el amor, la tolerancia, el compañerismo y todo lo que realce al ser humano en su responsabilidad de vivir una vida sana y productiva sin que sea necesario un ser supremo o Dios para tomar decisiones; en este sentido sería también, actuar en consecuencia por todo lo que la persona piensa que está bien.

Es descripta también la espiritualidad como un fenómeno trascendente, incluyendo la conexión existencial, transpersonal y sobrenatural. Recientes investigaciones propugnan que la apertura a lo trascendente no está vinculada específicamente a una confesión religiosa. Según hallazgos de Nogués (2013) las experiencias de trascendencia son substanciales al ser humano y tienen un lugar en la propia estructura cerebral del hombre. No son engaños de la mente humana, más bien una función de garantía de integridad psíquica.

La cultura religiosa judeocristiana predominante en nuestra sociedad puede influir en la mención de conceptos específicos del ámbito sacro, en sus investigaciones Pániker (2011) habla de espiritualidad secular para referirse a esta percepción de lo sagrado en el mundo cotidiano. Asimismo, las representaciones obtenidas de los participantes también señalan que encuentran la espiritualidad por medio de la religión, otras por medio de la conexión con la naturaleza, el arte o en principios que regulan su existencia.

Es importante mencionar que el material obtenido da cuenta también de las nuevas formas de espiritualidad en nuestra sociedad, asociadas a personas creyentes que se han alejado de los planteos oficiales de la iglesia, principalmente la católica, como a personas no creyentes que reivindican una espiritualidad laica que huye del concepto de trascendencia sin renunciar a la dimensión interior de la persona al estilo de lo que propone Compte-Sponville (2007) quien describe una espiritualidad sin Dios, desvinculada de la religión, pues considera que si bien las religiones ayudan a vivir una parte de la espiritualidad, no toda espiritualidad necesariamente debe de ser religiosa.

La representación de la religiosidad obtenida por las respuestas de los psicólogos y psiquiatras tuvo mayor consenso en su descripción: cumplimiento individual y/o en comunidad de dogmas, reglas, rituales y/o preceptos que pueden

tener características muy rígidas o flexibles ligadas a una serie de creencias y prácticas vinculadas a una religión. Por otro lado, se observa así mismo que se equipara a la religiosidad con la espiritualidad como experiencias individuales de lo sagrado, incluso siendo difícil para algunos de los participantes separar los conceptos de religiosidad y de espiritualidad. Por lo antedicho podemos observar que la espiritualidad es un concepto más amplio y un fenómeno más complejo que la religiosidad. Se trata de una experiencia eminentemente personal, en buena medida inefable. Si lo religioso implica un deber ser, lo espiritual implica simplemente ser.

Un hallazgo importante en este estudio es que se confunde religiosidad con religión, como si fueran exactamente lo mismo. La religiosidad es la expresión mediante determinadas conductas de la adherencia a un sistema de creencias, doctrinas, ritos, normas que responden a una determinada religión. Esta frecuente confusión es el debate que se vienen manteniendo hace tiempo entre los expertos en pos de responder en qué consiste la religiosidad y cómo se vincula con la religión (Levin y Vanderpool, 2012).

5.1.2. Segundo objetivo específico: *Indagar el grado de espiritualidad, de religiosidad y empatía*

Los datos hallados indican que los participantes obtienen altos puntajes en todas las dimensiones de espiritualidad, destacándose los de autoconciencia y las necesidades espirituales. En este sentido, los participantes tienen una mayor tendencia a pensarse a sí mismos para poder conocer mejor sus fortalezas y debilidades, tener sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida, lo cual puede ser también una consecuencia de que la actividad profesional ejercida hace que sea continuo la introspección.

Los datos hallados indican que los participantes poseen creencias y prácticas espirituales, así como un soporte social, aunque, dichas creencias no indican una fuerte convicción en todos los participantes. Esto puede deberse a que la religiosidad está ligada a las creencias en un credo y en esta población hay un 43.4 % que no se considera religiosa. La religiosidad, como ya se ha expresado precedentemente, pretende ser un compromiso (no siempre logrado) con creencias y prácticas características de una tradición religiosa particular (Rivera Ledesma, 2007).

En relación con los datos referidos a la empatía, se puede observar que los participantes presentan dentro de la dimensión cognitiva, altos puntajes en adopción de perspectivas y comprensión emocional. En la dimensión afectiva la puntuación más alta se obtiene en alegría empática, la cual evalúa la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona, indica que los participantes son personas que suelen alegrarse con los éxitos o acontecimientos positivos que le suceden a sus semejantes.

En menor medida se posiciona la dimensión estrés empático, escala que refiere a la capacidad para compartir o experimentar las emociones negativas observadas en otras personas y está mediado por factores como la cercanía emocional., puede ser consecuencia que el instrumento haya sido autoadministrado, y que los participantes hayan interpretado lo planteado en los diferentes ítems de esta escala como algo hipotético y no cercano

Los resultados obtenidos en las escalas de la dimensión cognitiva dan cuenta de que los participantes poseen facilidad para la comunicación y las relaciones interpersonales, cuentan con un pensamiento flexible que les facilita adaptar su forma de pensar en diferentes situaciones que se presenten, señalan también tolerancia y capacidad de sintonizar con el mundo emocional y cognitivo de las personas. Son resultados esperables para las personas evaluadas ya que son todos profesionales involucrados en procesos de intervención psicológica y dichas capacidades favorecen su desempeño clínico. Debería evaluarse cuanto de estas características empáticas están determinadas por una deshabilidad social en función de la profesión o bien por estereotipos propios en el ejercicio profesional.

Estos hallazgos concuerdan con las teorizaciones de Rogers (1975 en Olivera, 2010) y Oblitas (2008), quienes indican que la capacidad de empatía está incluida en la lista de características que debe poseer un psicoterapeuta y que un alto grado de empatía en una relación terapéutica es, posiblemente, el elemento más potente que lleva al cambio y al aprendizaje.

5.1.3 Tercer objetivo específico: *Establecer la relación entre el enfoque teórico del profesional y el grado de espiritualidad y de la religiosidad.*

Con respecto al objetivo 3, en relación con el grado de espiritualidad de los participantes, solo se hallaron diferencias en la dimensión importancia de las creencias espirituales. Los terapeutas con un marco teórico humanista le adjudican una mayor importancia a dichas creencias en relación con aquellos profesionales que utilizan un marco teórico psicodinámico. En el resto de las dimensiones, autoconciencia, prácticas espirituales, y necesidades espirituales no se hallaron diferencias. Dichos resultados son consistentes con lo planteado por Hoffmann y Wallace (2011) quienes señalan que los psicoterapeutas de líneas integradoras y humanistas son los que más consideran los temas religiosos y espirituales en su práctica clínica en desmedro de los que adhieren a líneas psicoanalíticas que suelen ver a la religión o a la espiritualidad como un conjunto de deseos ilusorios o como pensamientos irracionales (Zinnbauer y Pargament, 2000).

Para ampliar las razones por las cuales este enfoque le da mayor importancia a la espiritualidad, haremos referencia al surgimiento de dichos enfoques teóricos, considerando a la psicología humanista con una mirada de la psicología más interesado por los problemas humanos, aportar otra serie de valores, búsquedas y aspiraciones, distintos a los de la cultura predominante en Norteamérica hacia finales del siglo XX (Segovia, 2011). Este enfoque desarrollado primordialmente por Maslow (1990), propuso en su teoría integrar la espiritualidad como un concepto de autorrealización para el ser humano, a través del cual éste podría alcanzar el nivel más alto de desarrollo como sujeto, apreciando la belleza, la verdad, la unidad y lo sagrado en la vida. (Lemos, 2010).

En relación con el grado de religiosidad, se observó que éste no varía según el marco teórico de los terapeutas.

Se confirma en parte la Hipótesis 1 que dice *Los terapeutas con enfoques teóricos humanistas tienen mayor espiritualidad y religiosidad*. Los terapeutas con marco teórico humanista tienen mayor grado de espiritualidad que otros enfoques teóricos, aunque no mayor grado de religiosidad.

5.1.4 Cuarto objetivo específico: *Establecer la relación entre el enfoque teórico del profesional y la empatía.*

Los resultados indican que solo hubo diferencias con relación a la dimensión alegría empática.

Dentro de las comparaciones intergrupales se hallaron varias diferencias. En principio, los profesionales con un marco cognitivo-conductual y humanista tuvieron puntuaciones mayores que los terapeutas con un marco psicodinámico y sistémico. Estos hallazgos concuerdan con el postulado de la empatía, es uno de los elementos esenciales del enfoque humanística, significa “actitud de comprender al otro por el punto de vista de la propia persona”. El terapeuta, a través de su práctica de escuchar atentamente al paciente y entrar en su mundo, aumenta su comprensión empática, hasta el punto de convertirse en una experiencia de conciencia ampliada, similar al concepto compasivo descrito por el budismo.

Para este enfoque teórico la empatía es una variable no específica que tiene como función ayudar a establecer una buena alianza terapéutica, lo que aumenta la adherencia al tratamiento y la probabilidad de que el cliente use las técnicas. Algunos autores conductuales reconocen que la empatía y sus componentes pueden ser utilizados también como intervenciones. Christensen, Jacobson, y Babcock (1995) se centraron en la aceptación y el uso de una variedad de estrategias para facilitar la “unión empática” en su modelo sobre terapia de parejas.

Se confirma la hipótesis 2: *Los terapeutas con enfoque humanista y cognitivo tienen mayor empatía que aquellos con marco psicodinámico y sistémico.*

5.1.5 Quinto objetivo específico: *Determinar las diferencias en la espiritualidad y la religiosidad y la empatía según el género, los años de ejercicio profesional y la edad.*

No se encontraron diferencias en los resultados obtenidos en años de profesión de los participantes en relación con el grado de espiritualidad. En referencia a la espiritualidad y su relación con el género, los resultados señalan que no existen diferencias significativas entre los géneros en función de la espiritualidad, evidenciándose que lo espiritual trasciende al género y que tanto varones como mujeres presentan las mismas inclinaciones en relación con el sentido de vida o lo sagrado.

Según los datos obtenidos, no hay una relación entre la edad de los participantes y las dimensiones de autoconciencia e importancia de las creencias espirituales, y necesidades espirituales. En cambio, se halló que los participantes con mayor edad poseen mayores puntuaciones en la dimensión prácticas espirituales. Esto se relaciona con un estudio realizado por Palomar y Gómez (2012) que concluyó que conforme aumenta la edad, la persona incrementa su nivel de espiritualidad y prácticas espirituales. Y también con lo que plantea Spilka (2003) que afirma que a mayor edad las personas presentan una tendencia a dar respuestas más personales frente a la fe o sus creencias.

Al analizar los resultados del inventario de sistema de creencia, se observa que no hay diferencias según en género, años de ejercicio profesional y la edad de los participantes en los factores creencias y prácticas religiosas y espirituales que miden el grado de religiosidad. Se encontró un estudio que menciona que las mujeres son más asiduas a las prácticas religiosas que los varones, indicador que aquí no se comprueba (Miller y Stark 2002). Respecto al género los estudios no son concluyentes, en este estudio no hubo diferencias entre hombres y mujeres en el comportamiento espiritual-religioso, lo que difiere de otros estudios, donde se ha evidenciado que las creencias y el afrontamiento religioso es más utilizado en las mujeres que en los hombres, ya que les gusta tener un propósito y un plan espiritual (Brown et al., 2010; Jacobs-Lawson, Schumacher, Hughes y Arnold, 2010; Koenig et al., 2010).

Los resultados obtenidos en cuanto a si se presentan diferencias en el grado de empatía según género indican que los participantes del género femenino tienen puntuaciones más altas en las dimensiones adopción de perspectivas y alegría empática, así como también en la puntuación total de la escala. Esto da cuenta que las participantes del género femenino presentan mayor facilidad para alegrarse con los éxitos o acontecimientos positivos que les suceden a los demás como también menores dificultades en las relaciones interpersonales y de poseer un pensamiento más flexible.

Estos datos concuerdan con la investigación realizada por Retuerto (2004), en la cual estudia la empatía y la relación que tiene con el género, obtiene como resultado que si bien tanto varones y mujeres tienen una capacidad cognitiva similar para comprender la situación del otro/a y ponerse en su lugar, observó que las mujeres

están más predispuestas a una respuesta afectiva. Aunque ambos géneros comprenden por igual la situación, la mujer reacciona más afectivamente. Los datos hallados también son consistentes con investigaciones empíricas previas (Mestre *et al*, 2004; Richaud, 2013). Dichas diferencias han sido atribuidas por muchos investigadores a normas culturales, relacionadas con las expectativas parentales para cada sexo. Siendo las expectativas para las mujeres de cuidado y preocupación por la evaluación social, mientras que la expectativa hacia los varones es de mayor autonomía. De esta manera, se constituirían expectativas de género vinculadas a mayor capacidad de empatía en las mujeres que en los varones (Richaud *et al.*, 2014; Richaud, 2013).

Los resultados también señalan que a menor edad mayor grado de estrés empático y mayores puntuaciones totales de la escala, lo cual no es un indicador favorable pues está señalando que los participantes podrían implicarse en demasía en los problemas de los pacientes. Lo esperable es un nivel bajo en esta escala, pues se espera que el terapeuta debe de experimentar implicación mínima con el paciente para mantener la distancia óptima que favorezca las intervenciones que se deben realizar durante el proceso psicoterapéutico (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad-García, 2008).

Con relación a la comparación según los años de ejercicio profesional, se hallaron diferencias en las dimensiones de comprensión emocional y alegría empática en la escala que evaluaba empatía.

Los que tienen más años de ejercicio profesional tienen mayor comprensión emocional que los que están en la franja intermedia o de inicio del ejercicio profesional. Lo cual está señalando mayor comprensión y tolerancia frente a las problemáticas ajenas a su persona. Poder cognitivamente entender las emociones del otro poniendo la distancia adecuada

Y en la dimensión alegría empática, presentan mayores puntuaciones los participantes que tienen más de 15 años de ejercicio profesional. Esto indica, que poseen la capacidad de comprender los estados emocionales positivos del otro.

Los datos obtenidos y desarrollados confirman la Hipótesis 3: *Los terapeutas de mayor edad y con más años de ejercicio profesional se perciben más empáticos y espirituales.*

5.1.6 Sexto objetivo específico: *Describir y comparar la relevancia otorgada a la empatía y la espiritualidad en el proceso psicoterapéutico según el género y los años de ejercicio profesional.*

Con respecto al objetivo 6, se describió la relevancia que le otorgan los participantes a la empatía y la espiritualidad en el proceso psicoterapéutico; y se comparó si había diferencias según el género y los años de ejercicio profesional.

Con respecto al grado de importancia que le otorgan los participantes a la empatía en el marco de una terapia, los datos indican que los participantes creen que es indispensable. No se hallaron diferencias según el género y los años de ejercicio profesional con esta apreciación. En este sentido, hay un gran consenso por parte de los participantes del lugar relevante que tiene la empatía en un proceso psicoterapéutico.

Este consenso en la importancia de la empatía en el marco de un tratamiento psicológico es coherente ya que la empatía es una de las principales herramientas de trabajo en el área clínica pues gracias a ella se comprenden las experiencias emocionales del paciente. Esta habilidad es muy importante pues favorece el éxito terapéutico. Investigaciones empíricas realizadas confirman su importancia (Artavia, 2005 en Gamboa y Yávar 2007). En el contexto local, Vidal y Benito (2012) ha señalado que la empatía es un componente esencial en la relación entre el paciente y el terapeuta.

Con relación a la importancia que se le adjudica a la espiritualidad, se observó que los participantes en alguna medida creen que es importante incluir la espiritualidad en el marco de un tratamiento psicoterapéutico, pero no hay un consenso en que es importante para la terapia.

Continuando con el objetivo 6, se indagó si hay diferencias en la relevancia que le otorga el terapeuta a la inclusión de la espiritualidad en la terapia según el género del profesional de la salud. Los datos indican que no hay diferencias entre dichos grupos; además, se comparó la importancia que le otorgan los participantes a la espiritualidad en el marco de la terapia según los años de ejercicio profesional y no se encontraron diferencias.

Estos hallazgos podrían coincidir con que la relevancia y la inclusión de lo espiritual en el tratamiento psicológico es un esfuerzo reciente cuya consolidación se

encuentra todavía lejos de ser alcanzada. Estudios empíricos confirman que los profesionales de la salud mental se encuentran en las primeras etapas de reconocimiento de esta dimensión de la persona humana (Miller, 1999, citado por Watts, 2001).

Los resultados obtenidos no confirman la Hipótesis 4 del presente estudio que dice *Las terapeutas mujeres independientemente de sus años de ejercicio profesional, le otorgan más relevancia a la empatía y a la espiritualidad en el proceso psicoterapéutico que los terapeutas varones.*

5.1.7 Séptimo objetivo específico: *Conocer si los profesionales de la salud consideran útil tener una mayor formación en Espiritualidad/religiosidad en su práctica profesional y si creen que debería ser incluida en la formación académica de grado.*

5.1.8 Octavo objetivo específico: *Analizar si existen diferencias en las opiniones que tienen los participantes sobre la utilidad de poseer una mayor formación en espiritualidad/religiosidad en su práctica profesional y en la inclusión de esta temática entre los que profesan o no una religión.*

Contemplando el objetivo 7, se observó que los participantes consideran que sería bastante útil tener mayor formación en espiritualidad/religiosidad para su práctica profesional, aunque, al analizar el objetivo 8, se observa que los participantes creyentes le confieren mayor utilidad que los no creyentes: se observó en objetivo 7 que algunos de los participantes opinan que la espiritualidad/religiosidad deberían incluirse en la formación académica de grado, mientras que otros que no sería necesario, en el objetivo 8, se observó que los participantes que pertenecen a una religión creen en mayor medida que la espiritualidad/religiosidad debe de ser incluidas en el currículo de grado que aquellos que no lo son. Esto podría deberse a la valoración por parte de estos del significado positivo que tiene para ellos en sus vidas la ética y moral religiosa.

Se confirmaría la hipótesis 5, que enuncia que *los terapeutas que profesan una religión consideran de utilidad poseer mayor formación académica sobre la espiritualidad/religiosidad que los que no.*

Costa (2008) plantea que, aunque la religiosidad y la espiritualidad se constituyen como temas presentes en la vida cotidiana de la sociedad, aún no tienen una inserción consolidada en la formación universitaria. Esto se corrobora ya que analizando los datos de este objetivo no hay una aseveración firme de la importancia de incluir estos temas en la formación de grado.

Al respecto, Rodríguez et al. (en Salgado 2014) manifiestan que un psicólogo que no toma en cuenta, no entiende lo suficiente o ignora la dimensión religiosa/espiritual de la persona o de la comunidad, viéndola en algunos casos como un obstáculo cognoscitivo o un campo de la psiquis poco importante para el desarrollo humano, estaría negando o subestimando el aspecto quizás más medular de la persona y de sí mismo como instrumento de sanación e incluso, de resiliencia mutua, a través de la relación que se establece.

Precisamente, uno de los factores que influyen directa o indirectamente en el comportamiento espiritual-religioso, es tener mayor conocimiento de la religión y desarrollarse en un ambiente propicio. De acuerdo a Rodríguez et al. (2011) las investigaciones dadas a conocer hasta ahora confirman que la espiritualidad determina de manera importante el desarrollo de la resiliencia en las diversas áreas y etapas del desarrollo humano, por lo que esto debería ser suficiente como para que las universidades incluyan en sus currículos profesionales, tanto a nivel de pregrado como de postgrado, el tema de la espiritualidad como materia transversal en la formación. La realidad universitaria más común, al margen de algunas excepciones, se caracteriza en su gran mayoría, porque se transmite la idea de que la fe en Dios y la ciencia son incompatibles, o se es creyente o se es científico; con más frecuencia de la deseable, se escucha a docentes universitarios afirmar que el que se precie de ser verdadero científico, debe dejar de creer en Dios. (Salgado, 2015).

Bolletino (en Rivera Ledesma, 2007) menciona que la espiritualidad para formar parte de la práctica profesional debe de ser tenida en cuenta como una dimensión del ser humano integral, compatible con el resto de sus dimensiones y no en oposición a alguna de ellas.

En el caso que nos compete, la carrera de psicología, actualmente los futuros profesionales cuentan en su formación con diversas áreas de especialización, tales como psicología deportiva, forense, comunitaria, jurídica entre otras, que responden a

diversas áreas de interés actual y desarrollo laboral por parte de los futuros psicólogos. Sin embargo, no se observa la inclusión en la formación, el campo de la Psicología de la religión y la espiritualidad, el cual sería muy valioso incluir también dado que la evidencia científica pone de manifiesto cada vez más, el notable impacto que tiene la religiosidad y la espiritualidad sobre la vida de las personas, su estado de salud, su calidad de vida, su capacidad de enfrentar la adversidad, su sentido de vida, su capacidad de trascendencia, entre otros aspectos (Salgado, 2017).

Finalmente, en relación con el objetivo general de esta tesis, como se muestra en la Tabla 11, la relación más notoria y positiva se observa entre el grado de espiritualidad y el grado de religiosidad de los participantes. Luego, se halló una alta relación entre grado de espiritualidad y el grado de empatía. Sin embargo, no se haya una relación entre la empatía y el grado de religiosidad, aunque sí hay alguna relación entre algunas dimensiones de estas escalas.

Es decir, que tanto la religiosidad como la espiritualidad en la vida de los participantes de este estudio, manifiesta en las prácticas religiosas y espirituales, en sentido amplio son aspectos centrales que pueden conllevar una sensación de protección frente a las dificultades, al presentar la perspectiva de la existencia de un ser superior protector y omnipotente.

Es innegable que los seres humanos tenemos necesidades espirituales y religiosas y estas necesidades adquieren diferentes formas, siendo condicionadas por el aprendizaje y por el medio sociocultural al que cada uno pertenece, específicamente el grado de religiosidad puede estar asociado fuertemente a la persistencia ante la adversidad, tal como lo han enunciado las investigaciones de Almanza, Holland et al. (1999).

Estos datos también estarían señalando que este alto grado de espiritualidad y religiosidad en los participantes son características positivas pues los llevan a un acercamiento consigo mismo mediante posibles actividades como la meditación e introspección lo que favorece la relación positiva con el entorno y las relaciones sociales y encontrar motivación para la vida, estos hallazgos concuerdan con lo investigado por Álvarez (2012). Al respecto se ha encontrado que las creencias espirituales pueden hacer que las ocupaciones de cada día tengan más sentido y sean beneficiosas en la salud (Koenig 2010). La población evaluada pertenece a una

sociedad que todavía basa sus valores tradicionales en la familia y la influencia de valores judeocristianos, como pilares de unidad y cohesión. Por lo cual no resultó llamativo que se expresarán convicciones religiosas desde lo que se espera de un *ser social* como se ve reflejado en los niveles de la dimensión apoyo social del inventario de creencias.

Estos resultados están en concordancia con las afirmaciones de Reich (2005) acerca de que la experiencia espiritual influye en la forma de relacionarse de las personas y lleva al ser humano a percibirse “como un sistema interconectado con otros sistemas, interrelacionados y mutuamente afectados” (p. 23). Todo esto favorecería el desarrollo y el compartir con otros la motivación, el hallazgo de valores, el autoconocimiento, la esperanza, la búsqueda del significado de la vida y del sufrimiento, la redefinición y reflexión de aquellas circunstancias problemáticas o estresantes.

Los resultados también podrían relacionarse con lo expuesto por Rivera-Ledesma y Montero-López Mena (2007b) quienes afirman que la espiritualidad impacta de manera positiva en la salud al emplear eficientemente estrategias contra aquello que pudiera producir malestar. Tanto la espiritualidad como la religiosidad, por medio del apoyo social o el sustento del grupo, favorecen los estados de serenidad y procesos cognitivos que ayudarían a la salud física y mental de las personas, lo que significa que podrían ser utilizadas como estrategias terapéuticas frente al afrontamiento de enfermedades (Quiceno y Vinaccia, 2009).

Continuando con este análisis se podría pensar entonces que, en momentos críticos de la vida, los participantes buscan respuestas más allá de sus límites humanos y empiezan a considerar el valor de las cosas simples como apreciar la naturaleza y las artes, utilizar la reflexión para identificar las potencialidades personales, encontrar un propósito en la vida y ver el lado positivo de las situaciones, tal como lo manifiestan las teorizaciones de Quiceno y Vinaccia (2009). Al respecto, Reed (2003) argumenta que, en momentos de enfermedad, de edad avanzada y frente a eventos vitales estresantes aumenta la sensación de vulnerabilidad, es decir la conciencia de mortalidad que lleva a cuestionarse e interrogarse qué existe más allá de la muerte.

Las personas que presentan altos valores en prácticas espirituales y necesidades espirituales tienen una visión de la vida más holística, que les permite

percibir la unidad con todos los elementos de la naturaleza, así como también sincronicidad en sus vidas, por lo que asumen un verdadero compromiso con los demás. Esto último es un elemento muy importante en la tarea que realizan los participantes y sostiene los hallazgos de Piedmont (2007) y Parsian y Dunning (2009).

Numerosos estudios como los anteriormente citados de Koenig (2012); Puentes, Urrego y Sanchez (2015); Rudilla, Galeana y Barreto (2015); Simkin y Cermeson (2014), entre otros, sugieren que el ejercicio de actividades espirituales puede influir positivamente en las emociones, mejorando la salud física y mental, a través de mecanismos de acción psiconeuroinmunológicos y psicofisiológicos.

De igual manera, Rodríguez (2011), señala que la espiritualidad ayuda a las personas a encontrar profundos significados en las experiencias de su vida, conformando un mapa de valores, que permita discriminar lo que es importante de lo que no lo es, acompañando a las personas a tener actitudes y sentimientos más positivos y constructivos ante los estilos de vida.

Participar en la práctica religiosa activa, así como una vida espiritual adecuada, también son condiciones determinantes para mejorar la respuesta empática según los hallazgos de MacDonald (2000).

5.2 Conclusiones, Limitaciones y Sugerencias

5.2.1 Conclusiones

Las investigaciones sobre el tema de la espiritualidad y la religiosidad en psicoterapia han demostrado resultados favorables a la integración de estas dimensiones; sin embargo, todavía hay problemas a ser resueltos, como las definiciones precisas y claras sobre dichos conceptos, ya que se observó que los participantes no los diferencian con precisión. A esta indefinición se le agrega la dificultad de diferenciar la religiosidad de la religión y asumirlos como conceptos similares.

El tema de la integración de la espiritualidad en la psicoterapia ha evolucionado en los últimos años a pasos agigantados. Cada vez existe más literatura e investigaciones que confirman los beneficios de tal integración y proveen una base científica sólida para esta práctica (González-Rivera, 2015; Koenig 2010; Richards y

Bergin, 2005; Sperry y Shafranske, 2005) y en nuestro ámbito local vienen funcionando desde los últimos años, capítulos específicos de estudio sobre estos temas en la Asociación de Salud Mental Argentina y en la Asociación Psicoanalítica Argentina que da cuenta de la importancia que tiene abocarse al desarrollo de esta temática.

Los datos obtenidos indican que los profesionales de la salud mental evaluados en su mayoría se identifican a sí mismos como personas espirituales o religiosas, aun cuando los participantes de este estudio no se consideran religiosos, ya que el 57% no manifiesta ninguna creencia en ese sentido.

De manera coincidente con las hipótesis propuestas y tal como se observa en los antecedentes, los terapeutas con un marco teórico humanista le adjudican una mayor importancia a la espiritualidad que los profesionales que utilizan un marco teórico psicodinámico.

Hubo total consenso sobre la importancia que tiene la empatía para el desarrollo favorable de un tratamiento psicológico en los participantes, sin distinción de sexo ni años de ejercicio profesional. Si bien no se debe dejar de mencionar que las mujeres presentaron mayor capacidad de empatía que los varones confirmando lo que refiere buena parte de la bibliografía sobre el tema. Así también se observó que las creencias espirituales tienen asidero en el grado del desarrollo de la empatía.

Se concluyó como dato valioso que el 61.8 % de los participantes opina que la espiritualidad/religiosidad deberían incluirse en la formación académica de grado, mientras que el 38.2 % dice que no sería necesario pues no están del todo convencidos de la relevancia de incluir la dimensión espiritualidad en el proceso psicoterapéutico. Es indudable que todo psicólogo, sea cual sea su modelo teórico, trabaja con la parte más íntima de las personas, como sus pensamientos, sentimientos, valores, actitudes, creencias, por tanto, resulta de suma consideración que él, independientemente de sus creencias y convicciones personales, sea capaz de abordar la realidad religiosa y espiritual de las personas en un clima de respeto, libertad y tolerancia. Para que ello sea posible, es fundamental que el psicoterapeuta se interpele sobre estas cuestiones.

5.2.2 Limitaciones

Este trabajo presenta ciertas limitaciones que deberían tomarse en cuenta para futuras investigaciones. En principio, sería importante aumentar el número de participantes, como así también balancear más adecuadamente los grupos que se compararon. Este déficit se observa principalmente en relación al género y al enfoque teórico utilizado por los participantes.

5.2.3 Sugerencias

Es importante seguir investigando acerca de la espiritualidad y la religiosidad, de modo que estos estudios permitan seguir ampliando el conocimiento sobre la psicología espiritual en el ámbito específico de la práctica clínica del ámbito local. Incluyendo muestras que releven información de técnicas clínicas con efectos basados en evidencia en tratamientos específicos, probablemente con grupos contraste para evaluar diferencias con aquellos tratamientos que no incorporen estas dimensiones.

Próximos estudios podrían investigar qué tipo de psicopatologías prevalecen en nuestro medio, cuya génesis sea la experiencia espiritual y/o religiosa inadecuada como el fanatismo, fundamentalismo, fenómenos místicos entre otros.

Por otro lado, las conclusiones de la presente investigación se refieren a las representaciones de los psicoterapeutas en lo que hace a los conceptos de espiritualidad y religiosidad y su relevancia o no en la psicoterapia. Sería interesante conocer la perspectiva de los pacientes sobre estos temas.

Es necesario que los futuros psicólogos y psiquiatras asuman la dimensión espiritual y religiosa como parte del desarrollo del ser humano, de modo que se encuentren preparados para conocer cómo afectan variables como la fe en Dios, el bienestar espiritual, las creencias, convicciones y necesidades espirituales, estilos de afrontamiento, perspectivas espirituales, entre otros aspectos inherentes al desarrollo de la persona humana.

Para ello, es fundamental la integración de estos temas en la formación académica de grado en las facultades. La ausencia de estos temas presenta el riesgo de que los profesionales de la salud mental integren la espiritualidad y /o la religiosidad en sus prácticas sin las debidas competencias clínicas. Es preciso, por tanto, estar

capacitados para contemplar la perspectiva espiritual y religiosa de las personas para sostener tratamientos que estén encuadrados en los valores y contextos de creencias de los que buscan orientación y ayuda.

Referencias

- Allport, G. W. & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443. doi:10.1037/h0021212
- Almanza Muñoz, J., Monroy Puente, M. Bimbela, A., & Holland, J. C. (1999). La incorporación de la espiritualidad en el cuidado de los enfermos y sus familias. *Revista Sanidad*, 53(5), 336-44.
- Almanza, J., Monroy, M., Bimbela, A., Payne, D.K. & Holland, J.C. (2000). Spanish Version of the Systems of Belief Inventory (SBI-15-R): Cross Cultural Research on Spiritual and Religious Beliefs. *Psychosomatics*, 41(2), 158
- Álvarez, F. (2012), *Teología de la Salud*, Madrid, España: PPC.
- American Counselling Association. (1995). Summit on Spirituality. *Counseling Today*, p.30.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, D. C., United States: Author
- Aminayi, M., Asghari Ebrahimabad, M. J., Azadi, M., Soltani Shal, R. (2015). Reliability and validity of Farsi version of Parsian and Dunning spirituality questionnaire. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, May-Jun; 17(3), 129-34.
- Andrade, B. (2010). Espiritualidad: algunas consideraciones psicodinámicas. *Revista Iberoamericana de Teología*, VI o 6(10), 7-23.
- Aragno, A. (2008). The Language of Empathy: An Analysis of Its Constitution, Development, and Role in Psychoanalytic Listening. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 56(3), 713-740.
- Ardelt, M. (2003). Effects of Religion and Purpose in Life on Elders' Subjective Well-Being and Attitudes Toward Death. *Journal of Religious Gerontology*, 14(4), 55–77. doi: http://doi.org/10.1300/J078v14n04_04

- Arias, W. L., Masías, M. A., Muñoz, E. & Arpasi, S. M. (2013). Espiritualidad en el ambiente laboral y su relación con la felicidad del trabajador. *Revista de Investigación (Arequipa)*, 4, 9-33.
- Auné, S., Abad, F. & Attorresi, H. (2015). Antagonismos entre concepciones de empatía y su relación con la conducta prosocial. *Revista de Psicología*, 17(2), 137-149. doi: 10.18050/revpsi.v17n2a7.2015.
- Avellar de Aquino, T. A., Pereira Moreira Correia, A., Câmara Marques, A. L., de Souza, C. G., de Assis Freitas, H. C., Ferreira de Araújo & I., Fernandes de Araújo, W. (2009). Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(2), 228-243.
- Baetz, M., & Toews, J. (2009). Clinical Implications of Research on Religion, Spirituality, and Mental Health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 292-301.
- Bailey, P. E., Henry J. D., & Von Hippel, W. (2008). Empathy and Social Functioning in Late Adulthood. *Aging & Mental Health*, 12(4), 499-503.
- Baringoltz, S. (2005). La importancia del estilo personal del terapeuta y el vínculo como herramientas terapéuticas. *International Congress of Cognitive Psychotherapy*, Sweden.
- Bar On, R. (2000). Emotional and Social Intelligence: insights from emotional quotient inventory. In R. Bar-On, & J. D. A. Parker (Eds.). *The handbook of emotional intelligence: theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace*. San Francisco, United States: Jossey-Bass.
- Beca I., J. P. (2008). El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los Cuidados*, 1(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6734.php>
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity* (Trad. M. Ritter). Londres, United Kingdom: Sage.

- Behar A., R. (2012). Espiritualidad y ascetismo en la anorexia nerviosa. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(2), 117-119. doi: 10.4067/S0717-92272012000200006.
- Bergin, A. E. & Jensen, J. P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(1), 3-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.3>
- Bianchi, R. (2009). *Clínica, Espiritualidad y Religión*. Monografía Integradora. Asociación de Psiquiatras Argentinos Panamericana de la Salud (APSA).
- Bianchi, R., Cantero, V., Pérez, M. P., Pérez, N. & Castejón Costa, J. L. (2009). Contribución específica de una serie de variables emocionales y de personalidad en el rendimiento académico de una muestra de estudiantes post-graduados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 197-206.
- Blanch, A. (2007). Integrating Religion and Spirituality in Mental Health: The Promise and the Challenge. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 251-260.
- Blazer, D. (2009). Religion, Spirituality, and Mental Health: What We Know and Why This Is a Tough Topic to Research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 281-282.
- Blazer, D. (2012). Religion/Spirituality and Depression: What Can We Learn from Empirical Studies? *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 10-12.
- Bonelli, R. M. & Koenig, H. G. (2013). Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based. *Review Journal of Religion and Health* 52(2), 657-673. doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9691-4>
- Book, H. E. (1988). Empathy: Misconceptions and Misuses in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 145, 420-424.
- Bradley, C. (2009). The Interconnection Between Religious Fundamentalism, Spirituality, and the Four Dimensions of Empathy. *Review of Religious Research*, 51(2), 201-219.

- Brown, O., Elkonin, D. & Naicker, S. (2013). The Use of Religion and Spirituality in Psychotherapy: Enablers and Barriers. *Journal of Religious Health*, 52, 1131-1146. doi: 10.1007/s10943-011-9551-z
- Burns, D. D., & Auerbach, A. (1996). Therapeutic Empathy in Cognitive-behavioral Therapy: Does it really make a difference? In P. M. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of Cognitive Therapy*, (pp. 135-164). New York, United States: Guilford Press.
- Canaval, G. E., González. M. C., y Sánchez, M. O. (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica*, 38(4), 72-78.
- Carr, W. (2000). Some Reflections on Spirituality, Religion and Mental Health. *Mental Health, Religion & Culture*, 3(1), 1-12.
- Chacón A., L. M., & Romero T., J. (2014). *Aprendizaje de las conductas empáticas en un grupo de preescolares* (Tesis doctoral). Universidad de La Sabana, Bogotá.
- Cardoso, Y. E.; Castro, I. C.; Burbano, D. C. & Vernaza-Pinzón, P. (2014). Espiritualidad de las personas/pacientes atendidos en una unidad renal de mediana complejidad en el Departamento del Cauca-Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, Universidad del Cauca, 16(1), 9-16.
- Carifio, J. & Rocco, P. (2008). Resolving the 50-year debate around using and misusing Likert scales. *Medical Education*, 42(12), 1150-1152.
- Christensen, A., Jacobson, N. S. & Babcock, J. C. (1995). Integrative behavioral couple therapy. En N. S. Jacobson y A.S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 31-64). Nueva York, United States: Guilford Press.
- Coleman, P. G., Carare, R. O., Petrov, I., Forbes, E., Saigal, A., Spreadbury & J. H., 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.
- Comte-Sponville, A. (2008). *El alma del ateísmo: introducción a una espiritualidad sin Dios*. Barcelona: Paidós.

- Costa, C., Bastiani, M., Geyer, J., Calvetti, P., Muller, M. & Moraes, M. (2008). Qualidade de Vida e Bem-Estar Espiritual em universitários de Psicologia. *Psicologia Em Estudo, Maringá, 13(2)*, 249-255. doi: 10.1590/S1413-73722008000200007
- Dalmida, S. G. (2006). Spirituality, Mental Health, Physical Health, and Health-related Quality of Life Among Women with HIV/AIDS: Integrating spirituality into mental health care. *Issues in Mental Health Nursing, 27(2)*, 185-198.
- Davis, M. H. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10(4)*, 85-104.
- Decety, J., Echols, S., & Correll, J. (2010). The Blame Game: The Effect of Responsibility and Social Stigma on Empathy for Pain. *Journal of Cognitive Neuroscience, 22(5)*, 985–997. The University of Chicago. Massachusetts Institute of Technology.
- Decety, J., & Norman, G. J. (2015). Empathy: A Social Neuroscience Perspective. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (2nd Edition)*, 541-548.
- Delaney, H., Miller, W. & Bisonó, A. (2007). Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the American psychological association. *Professional Psychology: Research and Practice, 38(5)*, 538–546.
- Deslauriers, J. P. (2004). *La investigación cualitativa*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11059/3365>
- Díaz-Heredia LP. (2012) Promoción de salud: autotranscendencia, espiritualidad y Bienestar en no consumidores y consumidores moderados de Alcohol [Tesis doctoral]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, p.309.
- DiLalla, L. K., Hull, S.K. & Dorsey, J.K. (2004); Effect of Gender, Age, and Relevant Course Work on Attitudes Toward Empathy, Patient Spirituality, and Physician Wellness. *Teaching & Learning in Medicine, 16(2)*, 165-170.

- Domínguez Morano, C. (1992). *Crear Después de Freud*. Madrid, España: Ediciones Paulinas.
- Domínguez Morano, C. (2002) Ambivalencia de la Religión-Frontera, número 23. <http://www.atrío.org/FRONTERA/frontera.htm>
- Domínguez Morano, C. (2006, octubre) Entre los rincones de la mente y el espíritu. *Magis ITESO*, 393. Recuperado de: http://www.magis.iteso.mx/anteriores/015/015_colloquium_dominguez.htm
- Domínguez Prieto, X. M. (2017). *El arte de Acompañar*. Madrid, España: PPC, 27-35.
- Dorsaz, G. (2009). *Psico-Espiritualidad. La alianza que cura*. Burgos, España: Monte Carmelo.
- Duriez, B. (2004). Are religious people nicer people? Taking a Closer Look at the Religion-empathy Relationship. *Mental Health, Religion & Culture*, 7(3), 249-254.
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (1987). *La empatía y su desarrollo*. Bilbao, España: editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation, and Moral Development. *Annual review of Psychology*, 51, 665-697.
- Ellsworth, R. B., & Ellsworth, J. B. (2010). Editorial: Special issue on spirituality, mental health and wellbeing. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 99-101.
- Espíndula, J. A., Ranier-Martins, E., Do Valle, A., & Bello, A. (2010). Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1-8. Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Etchezahar, E. & Simkin, H. (2013). Religiosidad, espiritualidad y escepticismo: la mediación del autoritarismo. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 17(2), 48-58.

- Euade, T. (2009). Happiness, Emotional Well-being and Mental Health - What has children's spirituality to offer? *International Journal of Children's Spirituality*, 14(3), 185-196.
- Farran, C. J., Paun, O., & Elliott, M. H. (2003). Spirituality in Multicultural Caregivers of Persons with Dementia. *Dementia*, 2(3), 353-377.
- Fernández Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24(2), 284-298.
- Fischman, D. (2010). *La alta rentabilidad de la felicidad*. Lima, Perú: UPC
- Florenzano U., R. (2010). Religiosidad y salud mental: ¿amigos o enemigos? *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6(2), 221-229.
- Font, J. (1999). *Religión, psicopatología y salud mental: introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias*. Barcelona, España: Fundación Vidal i Barraquer; Paidós.
- Foskett, J., Marriot, J., & Wilson-Rudd, F. (2004). Mental Health, Religion and Spirituality: Attitudes, experience and expertise among mental health professionals and religious leaders in Somerset. *Mental Health, Religion & Culture*, 7(1), 5-22.
- Fox, V. (2000). Empathy: The wonder quality of mental health treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 292-293.
- Frances, L., Lewis, C. A., & Robbins, M. (2010). Religious Orientation, Mental Health and Culture: Conceptual and empirical perspectives. *Mental Health, Religion & Culture*, 13(7/8), 659-666.
- Franks, C. M. (1994). Behavioral Model. In V.B. Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Advanced abnormal psychology*. (93-110). New York, United States: Plenum.
- Galek, K., Krause, N., Ellison, Ch., Kudler, T., & Flannelly, K. J. (2007). Religious Doubt and Mental Health Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 14(1/2), 16-25.

- Gamboa, P., Yabar, N & Rojas A. (2007). *Orientación empática de los docentes kinesiólogos de la escuela de kinesiología de la universidad de Chile*. Tesis como Licenciado en Kinesiología. Recuperado de: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/gamboa_p/sources/gamboa_p.pdf
- Garaigordobil, M. & García, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18(2), 180-186.
- García, E., González, J., Maestú, F. (2011). Neuronas espejo y la teoría de la mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad y Stress*, 17(2-3), 265-279.
- González, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2), 19-29. Recuperado de: <http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/21653/20404>
- Gorostiaga, A; Balluerka, N & Soroa, G. (2014). Evaluación de la Empatía en el ámbito educativo y su relación con la Inteligencia Emocional. *Revista de Educación*, 364. doi: 10.4438/1988-592X-RE-2014-364-253
- Grün, A. (2005). *Las fuentes de la espiritualidad*. Navarra, España: Verbo Divino.
- Gutiérrez, M., Escartí, A., & Pascual, C. (2011). Relaciones entre empatía, conducta prosocial, agresividad, autoeficacia y responsabilidad personal y social de los escolares. *Psicothema*, 23(1),13-19.
- Gutiérrez R., R., Andrade-Palos, P., Jiménez-Tapia, A., & Juárez-García, F. (2008). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos Anónimos (AA). *Salud Mental*, 30(4). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Distrito Federal, México.
- Hackney, C., & Sanders, G. (2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 43-55.
- Hall, T. W. (2004). Spirituality and Mental Health: A Relational Spirituality Paradigm for Empirical Research. *Journal of Psychology & Christianity*, 23(1), 66-81.

- Harris, K. M., Edlund, M. J., & Larson, Sh. L. (2006). Religious Involvement and the Use of Mental Health Care. *Health Services Research, 41*(2), 395-410.
- Henning Geronasso, M. C., Ojeda Ocampo Moré, C. L. (2015). Influência da Religiosidade/Espiritualidade no Contexto Psicoterapêutico. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35*(3), 711-725.
- Heredia D., L. P., Sánchez M., A. I., Vargas D. (2012) Confiabilidad y validez del cuestionario de espiritualidad de Parsian y Dunning en versión española. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 20*(3). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a18v20n3.pdf
- Hinojosa, L., Alonso, M., Armendáriz, N. A., López, K. S., Gómez, M. V., Álvarez, J. (2018) El efecto de la espiritualidad y el apoyo social en el bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona dependiente del alcohol. México. *Health and Addictions, 18*(1), 71-79.
- Hodges, S. (2002). Mental Health, Depression, and Dimensions of Spirituality and Religion. *Journal of Adult Development, 9*(2), 109-115.
- Hofmann, L. & Walach, H. (2011). Spirituality and Religiosity in Psychotherapy - A Representative Survey among German Psychotherapists. *Psychotherapy Research, 21*(2), 179-192. doi: 10.1080/10503307.2010.536595
- Hoffman, M. (2002). *Desarrollo moral y empatía: implicaciones para la atención y la justicia*. Barcelona, España: Idea Books.
- Holland, J. C., Kasch, K. M., Passik, S, Gronert, M. K, Sison, A., Lederberg, Fox, B. (1998). A Brief Spiritual Beliefs Inventory for Use in Quality of Life Research in Life-threatening Illness. *Psycho-Oncology, 7*(6), 460-469.
- Howard, N. C. (2000). Spiritual Directors and Clinical Psychologists: A comparison of mental health and spiritual values. *Journal of Psychology & Theology, 28*(4), 308.

- Ho Yee Ng, K., & Shek, D. T. L. (2001). Religion and Therapy: Religious Conversion and the Mental Health of Chronic Heroin-Addicted Persons. *Journal of Religion & Health, 40*(4), 399-410.
- Jacobs Lawson, J. M., Schumacher, M.M., Hughes, T. & Arnold, S. (2010). Gender differences in psychosocial responses to lung cancer. *Gender medicine, 7*(2), 137-148. doi: 10.1016/j.genm.2010.03.002
- Jaffe, A. (2005). *Jung, recuerdos, sueños, pensamientos*. Colección Los Tres Mundos (7ª. Edición). Barcelona, España: Seix Barral.
- James, A., & Wells, A. (2003). Religion and Mental Health: Towards a Cognitive-behavioural Framework. *British Journal of Health Psychology, 8*(3), 359-376.
- Jaramillo, A., Carvajal, S., Marín, N. & Ramírez, A. (2008). Los estudiantes Universitarios Javerianos y su respuesta al sentido de la vida. *Pensamiento Psicológico, 4*(11), 199-208.
- Jaramillo Vélez, D. E., Ospina-Muñoz, D. E., Cabarca-Iglesias, G., & Humphreys, J. (2005). Resiliencia, Espiritualidad, Aflicción y Tácticas de Resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Revista de Salud Pública, 7*(3), 281-292.
- Jiménez, J. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la Medicina. *Revista Gaceta Universitaria, 1*, 92-101.
- Jiménez López, J. L., Arenas Osuna, J. & Ángeles Garay, U. (julio-diciembre, 2017). Niveles de empatía y ética profesional en candidatos a subespecialidad médica. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 8*(2), 372-387. doi: <http://dx.doi.org/10.21501/22161201.1970>
- Jones, B. A. (2013). *Spirituality as Positive Predictor of Coping with Stress for Individuals in Recovery from Alcohol and Other Drug Addictions* (Tesis doctoral). Universidad de Capella, Minnesota, Estados Unidos
- Kamm Steigelman, L., Kimble, L., Dunbar, S., Sowell, R., & Bairan, A. (2006). Religion; Relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction. *Issues in Mental Health Nursing, 27*(2), 141-159.

- Kahn, E. (1985). Heinz Kohut and Carl Rogers: A Timely Comparison. *American Psychologist*, 40(8), 893-904.
- King, M. (2014). *El desafío de las investigaciones sobre la religión y la espiritualidad*. En I. Rodríguez (Ed.), *Espiritualidad y Salud Integral* (189-204), Burgos, España: Editorial Monte Carmelo
- Koenig, H. G., Mc-Cullough, M., & Larson, D. (2000). *Handbook of Religion and Health*. New York, United States: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., & Larson, D. (2001). Religion and Mental Health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 67-78.
- Koenig, H. G. (2008). Concerns About Measuring “Spirituality” in Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 349-355.
- Koenig, H. G. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig, H. G. (2010). Spirituality and Mental Health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 116-122.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network*, 1, 1-33. Doi:10.5402/2012/278730
- Korman, G., Sarudiansky, M., Rosales, M., Simkin, H., Schinelli, F., Pinto, C., Cermesoni, D., Etchevers, M. & Garay, C. (2011). Psicología, psiquiatría y religiosidad. Exploración en profesionales de la salud mental del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Revista Fundamentos en Humanidades*, 12, 199-212. [accessed Nov 23 2018].
- Leibrich, J. (2000). Making Space: Spirituality and mental health. *Health, Religion & Culture*, 5(2), 143-162.

- Lemos, R. (2010). *Espiritualidad: un abordaje interdisciplinario*. Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, México.
- Lemos, V., Vargas Rubilar, J., Ordano, E. (2017). Estudio preliminar del funcionamiento psicométrico del test multidimensional de empatía TECA (Lopez-Pérez, Fernández-Pinto & Abad-García, 2008) en estudiantes argentinos de psicología. *XVI Reunión Nacional y V Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento (AACCC)*. San Luis, Argentina.
- Lemos, V. & Oñate, M. E. (2018). Espiritualidad y personalidad en el marco de los Big Five. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 59-66.
- Lerner, H. & Nemirovsky, C. (1987). *La empatía en el psicoanalizar*. Presentado en el XXXV Congreso Psicoanalítico Internacional, Montreal.
- Levin, J. (2010). Religion and Mental Health: Theory and research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 102–115.
- Levin, J. & Vanderpool, H Y. (1987). Is frequent religious attendance really conducive to better health?: Toward an epidemiology of religion. *Social Sciences and Medicine*, 24(7), 589-600.
- Löckenhoff, C. E., Ironson, G. H., O'Cleirigh, C., & Costa, Jr., P T. (2006). Five-Factor Model Personality Traits, Spirituality/Religiousness, and Mental Health Among People Living With HIV. *Journal of Personality*, 77(5), 1411-1436.
- López Ibor, J. J., & Valdés Miyar, M. (2005). *DSM-IV Criterios Diagnósticos*. Barcelona, España: Masson.
- López, M. B., Filippetti, V. A. & Richaud, M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 37-51. doi: dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03
- López-Pérez, Fernández-Pinto & Abad-García (2008) TECA (Test de Empatía Cognitiva y Afectiva). España: Edición: TEA

- Luhrmann, T. (2000). God as The Ground of Empathy. *Anthropology Today*, 16(1), 19-24.
- Lyons, A. C., Cude, B., Lawrence, F. C. & Gutter, M. (2005). Conducting Research Online: Challenges Facing Researchers in Family and Consumer Sciences. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 33(4), 341-356. Doi: 10.1177/1077727X04274116.
- MacDonald, D. A. (2000). Spirituality: Description, Measurement, and Relation to the Five Factor Model of Personality. *Journal of personality*, 68(1), 153-197. doi: 10.1111/1467-6494.t01-1-00094
- Martí Noguera, J. J., Martí Vilar, M., & Puerta Lopera, I. C. (2011). Hacia un modelo de neuro-responsabilidad: una perspectiva de la responsabilidad social desde el desarrollo humano. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 24-28.
- Martínez Otero, V. (2007). La inteligencia afectiva. Teoría, práctica y programa. Madrid, España: CCS.
- Martínez, M., Méndez, C. & Ballesteros, B. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Univ. Psychol.* 3(2), 231-246
- Maslow, A. (1991). *Motivación y Personalidad*. Madrid, España: Ediciones Diaz de Santos, S. A.
- Matéu C., Campillo, C., González, R., & Gómez, O. (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 1-18.
- McConnell, K. M., Pargament, K. I., Ellison, C. G., & 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 Nelly, D. V. (2005). Spiritual Mirroring: A concept and an experience. *Creative Nursing, 11*(1), 11-15.
- McSherry W, Draper P, Kendrick D. (2002) The Construct Validity of a Rating Scale Designed to Assess Spirituality and Spiritual Care. *International Journal of Nursing Studies, 39*(7), 723-34.
- Meadow, M. J. & Kahoe R. (1984). *Psychology of Religion*. New York, Unites States: Harper and Row.
- Meiring, L. M. (2014). Empathy and Helping: Effects of racial group membership and cognitive load. *South African Journal of Psychology, 44*(4), 426-438.
- Mestre, M. V., Frías-Navarro, M. D. & Samper-García, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema, 16*(2), 255-260.
- Mestre, M., Samper-García, P & Tur, A. (2008). Empatía y conducta prosocial. En M.M. Casullo (Coord.), *Prácticas en psicología positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Miller, A. & Stark, R. (2002). Gender and religiousness: Can socialization explanations be saved? *American Journal of Sociology, 107*(6), 1399-1423. doi: 10.1086/342557
- Miller, W., & Thoresen, C. (2003). Spirituality, Religion and Health. An Emerging Research Field. *The American Psychologist, 58*(1), 24-35.
- Miranda, S. Lopes de, Lanna, M. & Felipe, W. C. (2015). Espiritualidad, Depresión y Calidad de Vida en el Enfrentamiento del Cáncer: Estudio Exploratorio. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35*(3), 870-885.
- Monod, S., Brennan, M., Rochat, E., Martin, E., Rochat, S. & Büla, C. (2011). Instruments measuring spirituality in clinical research: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine, 26*(11), 1345-1357.
- Monroe, M. H., Bynum, D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Franco, M., MacLean, C. D., Cykert, S. & Garrett, J. (2003). Primary care physician preferences

regarding spiritual behavior in medical practice. *Archives of Internal Medicine*, 163(22), 2751-2756.

Montilla-Jiménez, G., Aranda-López, M., & Montes-Berges, B. (2010). Evaluación de la empatía, experiencia espiritual y altruismo. Adaptación y validación al español. *Revista Electrónica, Universidad de Jaén*, 4, 1-10. Recuperado de: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/310/293>

Morales, F. (2015). Empatía y perdón: fortalezas que protegen los vínculos. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), Temático: "Aspectos positivos en la vejez. Cuestiones teóricas", pp. 35-54.

Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and Mental Health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.

Moya Albiol, L., Herrero, N. & Consuelo, B. (2008). Bases neuronales de la empatía, 89, 90-91.

Mytko J., & Knight, S. (1999). Body, Mind and Spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psychooncology*, 8(5), 439-450.

Navas C. & Villegas H. (2007). Espiritualidad y salud. *Saberes compartidos*, 1, 34-42.

Nervi Vidal, M. (2011). Espiritualidad, Religiosidad y Bienestar. Una aproximación empírica a las diferencias entre espiritualidad y religiosidad y su relación con otras variables. Reduciendo la controversia. *Revista electrónica de Psicología*, 15.

Nogueira, M. J. (2015). La Espiritualidad y su relación con el bienestar subjetivo y psicológico. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 1(2), 33-50.

Nogués, R. M. (2016) *Neurociencias, Espiritualidades y Religiones*. Editorial Sal Terrae, Universidad Pontificia de Comillas: Madrid, España.

- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy Relations that Work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, United States: Oxford University Press.
- Oman, D. (2013). Defining Religion and Spirituality. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (23-48). New York, United States: The Guilford Press.
- Oñate, M. E., Resett, S., Sanabria, M. E. & Menghi, M. S. (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, XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/941>
- Oñate, M. E.; Menghi, M. S. & Moreno, J.E. (2017). Definiciones sobre religiosidad y espiritualidad en jóvenes, Universidad Católica Argentina Paraná - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- Oblitas, L. (2008). *Enfoques psicoterapéuticos contemporáneos*, México: Cengage Learning.
- Olivera, J., Braun, M., Roussos, A. J. (2011). Instrumentos para la evaluación de la empatía en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 121-132. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281922823003.pdf>
- Oros, L. B., & Fontana, A. C. (2015). Niños socialmente hábiles: ¿Cuánto influyen la empatía y las emociones positivas? *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 32(1), 109-125.
- Palhoco, A. (2011). *Estudo da empatia e da percepção de emoções em psicoterapeutas e estudantes de psicologia*, Tesis de Maestría, Psicología (Secção de Psicología Clínica e da Saúde - Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e

Integrativa), Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
<http://hdl.handle.net/10451/4997>

- Palhoco, A., & Afonso, M. (2011). A Empatía e a Percepção de emoções em estudantes de psicologia e psicoterapeutas, *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 2(2) 133-153.
- Palomar, J., Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Revista interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Pániker, A. (2011). *El sueño de Shitala, viaje al mundo de las religiones*. Barcelona, España: Kairós.
- Parsian, N. & Dunning, T. (2009). Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: psychometric process. *Global Journal of Health Science*, 1(1), 2-11.
- Parsian, N., Dunning, T. (2009). Spirituality and coping in young adults with diabetes: a cross-sectional study. *European Diabetes Nursing Journal*, 6(3), 100-4.
- Pérez Santiago, J. A. (2007). Estudio exploratorio sobre el tema de la espiritualidad en el ambiente laboral. *Anales de Psicología*, 23(1), 137-147.
- Peteet, J. (2010). Selected Annotated Bibliography on Spirituality and Mental Health. *Southern Medical Journal*, 100(6), 654-659.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues. A Handbook and Classification*. Washington D. C., United States: American Psychological Association.
- Piedmont, R. L. (2004). *Assessment of spirituality and religious sentiments, technical Manual* (1st ed.). Timonium, Maryland: Edición de autor.
- Piedmont, R. L. (2007). The relations among spirituality and religiosity and Axis II functioning in two college samples. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 18, 53-73. doi: 10.1163/ej.9789004158511.i-301.24

- Piedmont, R. L. (2012). Overview and Development of Measure of Numinous Constructs: The Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale. En L. J. Miller (Ed.), *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality*, Oxford: Oxford University Press, 104–122.
- Piedmont, R. L. & Friedman, P. H. (2012). Spirituality, Religiosity, and Subjective Quality of Life. En *Handbook of social indicators and quality of life research*, Springer Netherlands, 313-329.
- Piedmont, R. L., Kennedy, C., Sherman, M. F., Sherman, N. C., Williams, J. E. G. (2008). A psychometric evaluation of the Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale: Shortform. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 19 (2), p. 163-181
- Piedmont, R. L., & Wilkins, T. A. (2013). Spirituality, Religiousness, and Personality: Theoretical foundations and empirical applications. In K. I. Pargament, J. J. Exline, & J. W. Jones (Eds.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality: Context, theory, and research*, 1, 173-186. Washington, D. C., United States: American Psychological Association. doi: 10.1037/14045-009
- Pope, J. (2012). *Investigación de Mercados*, Guía maestra para el profesional. Bogotá, Colombia: Norma.
- Portugal, A. C. (2004). Epistemología da experiencia religiosa: Uma comparação entre Alston e Swinburne. *Revista de estudos e pesquisa da religião*, 7(2), 137-180.
- Post, B. & Wade, N. (2009). Religion and Spirituality in Psychotherapy: A Practice Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 65(2), 131-146
- Prieto Bascón, M. A. (2011). Empatía, asertividad y comunicación. *Revista digital Innovación y Experiencias Educativas*. Recuperado el 4 de agosto de 2015: [http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_41/MI GUEL_ANGEL_ PRI ETO_BASCON_02.pdf](http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_41/MI GUEL_ANGEL_PRI ETO_BASCON_02.pdf)

- Puchalski, C., & Romer, A. (2000). Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129-137.
- Puentes, Y. M., Urrego, S. C. & Sánchez, R. (2015). Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 481-495. doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.08
- Putrino, N.; Etchevers, M. & Mesurado, B. (2017) The Physician-Patient Relationship and the Role of Empathy Training, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 63(4), 276-287.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Revista DIVERSITAS*, 5(2), 321-336.
- Quinn, C., Clare, L. & Woods, R. T. (2010). The Impact of Motivations and Meanings on the Wellbeing of Caregivers of People with Dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22, 43-55.
- Rahimi, A., Anoosheh, M., Ahmadi, F., & Foroughan, M. (2013). Exploring spirituality in Iranian healthy elderly people: A qualitative content analysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18(2), 163–170.
- Reed, P.G. (2003). The theory of Self-Transcendence. In M.J. Smith & P. Liehr, (Eds.). *Middle range theories in nursing*. New York: Springer
- Retuerto, A. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*, 22(3), 323-339.
- Richards, P. & Bergin, A. (2005). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy* (2nd ed.). Washington, D. C., United States: American Psychological Association.

- Richaud de Minzi, M. C. (2013). Children Perception of Parental Empathy in Relation with Children Empathy. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 147(6), 1-14.
- Richaud de Minzi, M. C., Lemos, V. N., & Oros, L. B. (2014). Empathy in Children: Theory and assessment. In D. Watt & J. Panksepp, (Eds.). *Psychology of Empathy*. Nova Science Publishers.
- Rivera-Ledesma, A. (2007). *Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico en el adulto mayor en un contexto religioso*. (Tesis doctoral). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivera-Ledesma, A. (2011). Consejería Cristiana: Introducción. *Investigación y Saberes*, 1(1), 1-3.
- Rivera-Ledesma, A. & Montero-López Lena, M. (2005). Espiritualidad y Religiosidad en adultos mayores Mexicanos. *Medigraphic Artemisa*, 28(6), 51-58.
- Rivera-Ledesma, A. & Montero-López Lena, M. (2007a). Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología*, 23(1), 125-136.
- Rivera-Ledesma, A. & Montero-López Lena, M. (2007b). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1).
- Rivera-Ledesma, A. & Montero-López, M. (2014). Ajuste psicológico y vida religiosa en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 13(3), 895-906. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.apvr>
- Rizzuto, A. M., (2005). Psychoanalytical considerations about spiritually oriented psychotherapy, en L. Sperry & E.P. Shafranske (eds.), *Spiritually oriented psychotherapy*, Washington, D. C.
- Rodríguez, M., Fernández, M. L., Pérez, M. L., y Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11(2), 24-49.

- Rodríguez Fernández, M. I. (2011). ¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de Psicopatología? *PSIQUIATRIA.Com*, 2-19. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10401/4928>
- Rodríguez Yunta, E. (2016) Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *pers.bioét.* 20(2), 192-204. doi: 10.5294/pebi.2016.20.2.6
- Roehlkepartain, E. C., King, P. E., & Wagener, L. (2006). *The Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence*. California, United States: Sage Publications Inc.
- Romero, J. L. R. (2017) *Implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en la calidad de vida de pacientes oncológicos* (Tesis Doctoral). Universidad Católica de Murcia, Murcia, España. Recuperado de: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2379/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ross, L. (1995). The Spiritual Dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32(5), 457-468.
- Rudilla, D., Oliver, A., Galiana, L. & Barreto, P. (2015). Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling. *Psychosocial Intervention*, 24(2), 79-82.
- Ruiz B., P. (2016). *Propiedades Psicométricas del test de empatía cognitiva y afectiva en estudiantes no universitarios*. Cátedra Villarreal Psicología, 1(1), 99-116. Lima, Perú.
- Russinova, Z., & Blanch, A. (2007). Supported Spirituality: A New Frontier in the Recovery-Oriented Mental Health System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 247-249.
- Salgado Lévano, A. C. (2014) Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Revista de psicología educativa*. 2(1), 121-59.

- Salgado Lévano, A. C. (2015). Formación universitaria en Psicología de la Religión y Espiritualidad: ¿Necesidad o utopía? *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 9(2), 89-103. doi: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.9.442>
- Salgado Lévano, A. C. (2016). Acerca de la Psicología de la Religión y la Espiritualidad, *Revista EDUCA UMCH*, 7, 7-27.
- Salgado Lévano, A. C. (2017). Espiritualidad y educación: retos y desafíos en la formación universitaria de estudiantes de psicología. *Memorias VI congreso internacional de psicología y educación. Psychology investigation*. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/322642323>
- Sandage, S. J., Hill, P. C., & Vaubel, D. C. (2011). Generativity, Relational Spirituality, Gratitude, and Mental Health: Relationships and Pathways. *International Journal for the Psychology of Religion*, 21(1), 1-16.
- San Martin Petersen, C. (2008). La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. *HOLOGRAMATICA, Facultad de Ciencias Sociales -UNLZ*, VI (8), 103-120.
- Schreurs, A. (2004). *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Segovia, J. (2011). Búsquedas identitarias juveniles en las prácticas espirituales: Comprensiones y acercamientos desde la Psicología Humanista (trabajo de grado). Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana.
- Seligman, M. E. P. (1999). The President's Address (*Annual report*). *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Sevensky, R. (1984). Religion, Psychology, and Mental Health. *American Journal of Psychotherapy*, 38(1), 73-86.
- Shaw, I. (2008). Society and Mental Health: The Place of Religion. *Mental Health Review Journal*, 13(1), 4-7.

- Shelton, C. (2010) Spirituality, Mental Health and the New Physics. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 161-171.
- Simkin, H., Cermeson, D. (2014) Factores de la personalidad, espiritualidad y su relación con la calidad de vida. *Revista Calidad de vida y salud*, 6(11), 7-17. Universidad de Flores (UFLO).
- Simkin, H. & Azzollini, S. (2015). Personalidad, autoestima, espiritualidad y religiosidad desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 339-361.
- Simkin, H. (2016). *Espiritualidad, religiosidad y bienestar subjetivo y psicológico en el marco del Modelo y la Teoría de los Cinco Factores de la Personalidad* (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología. Universidad de la Plata, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.academica.org/hugo.simkin/14>
- Singer, T., Lamm, C. (2009). The Social Neuroscience of Empathy. *Annals of the New York Accademy of Sciences*, 1156, 81-96.
- Snyder, C. R., & López, S. J. (2006). *Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. California, United States: Sage.
- Sperry, L. & Shafranske, E. P (2005). (Eds.) *Spiritually Oriented Psychotherapy*. Washington, D. C., U. S.: American Psychological Association Publishing. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/10886-000>
- Spilka, B. (2003). *The psychology of religion: An empirical approach*. New York, USA: Guilford.
- Szretter Noste, M. E. (2017). *Apunte de regresión lineal*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://mate.dm.uba.ar/~meszre/apunte_regresion_lineal_szretter.pdf
- Taha, N., Florenzano U., R., Sieverson R., C., Aspillaga H., C., Alliende, L. (2011) La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 49(4), 347-360.

- Torres, O. Y. (2015). *Estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas* (Tesis doctoral). Universitat de Lleida, Facultat de Medicina Humana, Lima, Perú.
- Tungshan, C. (2014). Relating Religiosity to Quality of Life in Older People in Differentiation from Spirituality: Some Insight from 2011 Taiwan Social Change survey. *International Journal of Asian Social Science*, 4(3), 366-378. Recuperado de: [http://www.aessweb.com/pdf-files/ijass-2014-4\(3\)-366-378.pdf](http://www.aessweb.com/pdf-files/ijass-2014-4(3)-366-378.pdf)
- Ureña B., P., Barrantes B., K., Solís B., L. (2014). Bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y percepción subjetiva de la salud en personal académico y administrativo de la Universidad Nacional. *Revista Electrónica Educare*, 18(1), 155-175. Recuperado de: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/issue/current>
- Valiente-Barroso, C. (2013) Intersecciones entre espiritualidad/religiosidad y psicología: desde la filosofía hasta la neurociencia. *Revista de Historia de la Psicología*, 34(4), 67-88.
- Valiente-Barroso, C., & García-García, E. (2010). Aspectos neurológicos relativos a estados alterados de conciencia asociados a la espiritualidad. *Revista de Neurología*, 51(4), 226-236.
- Vergheze, A. (2008). Spirituality and Mental Health. *Indian Journal of Psychiatry*, 50(4), 233-237.
- Vidal y Benito, M. C. (2012). *La empatía en la consulta*. Buenos Aires, Argentina: Polemos Editori.
- Watts, J. (2009). Meanings of Spirituality at the Cancer Drop-in. *International Journal of Qualitative Studies Health and Well-being*, 4(2), 86-93.
- Watson, P. J., Hood Jr., R. W., Morris, R., & Hall, J. (1984). Empathy, Religious Orientation, and Social Desirability. *Journal of Psychology*, 117(2).

- Weber, J. A. & Bradley, K. D. (2006). *Strengths and Weaknesses of Conducting Web-based Surveys: A Review of the Literature*. Paper presented at the Mid-Western Educational Research Association annual meeting, Columbus, OH. <http://www.uky.edu/~kdbrad2/WebbasedSurveys>
- Wheelwright, S., & Baron-Cohen, S. (2011). Systemising and Empathising. In D. A. Fein (Ed.), *The neuropsychology of autism*.
- Whetsell, M., Fredrickson, K., Aguilera, P. & Maya, J. L. (2005). Niveles de bienestar espirituales y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. *Aquichan*, 5(1), 72-85.
- Wig, N. N. (1999). Mental Health and Spiritual Values. A View from the East. *International Review of Psychiatry*, 11(2/3), 92-96.
- Williams, D. R., Larson, D. B., Buckler, R. E., Heckmann, R. C. & Pyle, C. M. (1991). Religion and psychological distress in community sample. *Social & Science Medicine*, 32(11), 1257-62.
- Williams, D. R. & Sternthal, M. J. (2007) Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *The Medical Journal of Australia*, 186(10), 47-50.
- Wispe, L. (1987). *History of the Concept of Empathy*. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Cambridge Studies in Social and Emotional Development. Empathy and its development* (pp. 17-37). New York, United States; Cambridge University Press.
- Wnuk, M., & Marcinkowski, J. T. (2014) Do Existential Variables Mediate Between Religious-Spiritual Facets of Functionality and Psychological Wellbeing. *Journal of Religion and Health*, 53(1), 56-67. doi: 10.1007/s10943-012-9597-6
- Wong, Y. R., L. & Slaikeu, K. D. (2006). A Systematic Review of Recent Research on Adolescent Religiosity/Spirituality and Mental Health. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 161-183.

- Yaccarini, C. & Furman, H. (2017). Materialismo, espiritualidad y propósito de vida. *Revista de Investigación en Psicología Social {PSOCIAL}*, 3(1), 31-38.
- Yoffe, L. (2007). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate 7 Psicología, Cultura y Sociedad, UP*, 7, 193-205.
- (2009). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicodebate 3 Psicología, Cultura y Sociedad, UP*, 3(9), 127-157.
- Zavala, M. R., Vazquez Martinez, O. & Whetsell, M. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Revista Aquichan*, 6(6), 7-21.
- Zinnbauer, B. J. & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and Spirituality. En R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. Nueva York, USA: The Guilford Press.
- Zuckerman, P. (2007). Atheism: Contemporary numbers and patterns. In M. Martin (Ed.), *Cambridge Companion to Atheism* (pp. 47-65). New York, United States: Cambridge University Press.
- Zuckerman, P. (2008). *Society without God: What the Least Religious Nations Can Tell Us About Contentment*. New York, United States: New York University Press.
- Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J., & Murken, S. (2008). Religious Commitment, Religious Coping and Anxiety: A study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care (ingl.)*, 17(4), 361-370.

Apéndice

Cuestionario de Espiritualidad *

(N. Parsian y T. Dunning, 2008)

Traducción al español Luz Patricia Diaz Heredia

Para los propósitos de este estudio, se define espiritualidad como la experiencia única de los individuos que influencia su pensamiento y sus percepciones acerca de la salud, la familia y la vida. Se refiere a las creencias acerca del significado de la vida que puede encontrarse a través de la relación con el yo interno y las relaciones armoniosas con las otras personas y con la naturaleza.

Por favor indique qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones marcando la casilla apropiada que mejor se ajuste a su respuesta.

Por favor, elija una sola respuesta.

Sección uno. Autoconciencia: Esta sección busca información acerca de cómo se ve usted a usted mismo.

Afirmación	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Creo que soy una persona valiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Creo que soy igual a otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Siento que tengo muchas cualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En un todo, me siento satisfecho con la persona que yo soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Siento que soy una persona compasiva y amable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En general, soy una persona con autoconfianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mi vida es significativa para mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Soy capaz de encontrar significado en situaciones difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso acerca de cosas positivas cuando evalúo mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección dos. Importancia de las creencias espirituales en la vida

Afirmación	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
11. La espiritualidad me ayuda a definir las metas que establezco en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La espiritualidad me ayuda a decidir quién soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. La espiritualidad es una parte de mi enfoque general hacia la vida

14. La espiritualidad está integrada en mi vida

Sección 3. Prácticas espirituales: Esta sección pregunta acerca de sus prácticas espirituales.

Afirmación	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
15. Medito para alcanzar la paz interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Leo libros acerca de la espiritualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Empleo el silencio para ponerme en contacto con mi yo interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Trato de vivir en armonía con la naturaleza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. A menudo me involucro en programas para cuidar el medio ambiente tales como limpiar el	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

medio ambiente,
plantar árboles o
en programas de
conservación

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Trato de encontrar cualquier oportunidad para ampliar mi espiritualidad				

Sección 4. Necesidades espirituales: esta sección pregunta sobre sus necesidades espirituales

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Busco la belleza en la vida				

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Trato de encontrar respuestas a los misterios de la vida				

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Trato de alcanzar paz interior y armonía				

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Realmente disfruto escuchar música				

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Estoy buscando un propósito en la vida				

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Mi vida es un proceso de conversión y está en constante evolución				

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. Necesito tener una conexión emocional fuerte con las personas que me rodean | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Mantener y nutrir las relaciones con los demás es importante para mí. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Estoy desarrollando una filosofía significativa de la vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inventario de Sistemas de Creencias-15R

(Systems of belief inventory/SBI-15R)26

[sup*] Subescala I (Creencias y Prácticas)

[sup] Subescala (Soporte Social)**

A1=[sup*] 1. La religión es importante en mi vida cotidiana

A1

0 = Fuertemente en desacuerdo

1 = Algo en desacuerdo

2 = Algo o de acuerdo

3 = Fuertemente de acuerdo

[sup*] 2. Rezar me ha ayudado para enfrentar tiempos de enfermedades serias

0 = Nada del tiempo

1 = Poco tiempo

2 = Buena parte del tiempo

3 = Todo el tiempo

[sup] 3. Disfruto asistir a actos religiosos que tiene mi grupo religioso o espiritual**

0 = Fuertemente en desacuerdo

1 = Algo en desacuerdo

2 = Algo de acuerdo

3 = Fuertemente de acuerdo

[sup*] 4. Tengo la certeza de que Dios existe en alguna forma

0 = Fuertemente en desacuerdo

1 = Algo en desacuerdo

2 = Algo de acuerdo

3 = Fuertemente de acuerdo

[sup] 5. Cuando necesito sugerencias en cómo lidiar o enfrentar mis problemas, conozco gente de mi comunidad espiritual o religiosa a quien acudir**

0 = Fuertemente en desacuerdo

1 = Algo en desacuerdo

2 = Algo de acuerdo

3 = Fuertemente de acuerdo

[sup*] 6. Creo Dios no me dará una carga que yo no pueda soportar

0 = Fuertemente en desacuerdo

1 = Algo en desacuerdo

2 = Algo de acuerdo

3 = Fuertemente de acuerdo

[sup] 7. Disfruto reunirme y hablar frecuentemente con personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales**

0 = Nada de tiempo

1 = Poco tiempo

2 = Buena parte del tiempo

3 = Todo el tiempo

[sup*] 8. Durante tiempos de enfermedad, mis creencias religiosas o espirituales se han fortalecido

0 = Fuertemente en desacuerdo

1 = Algo en desacuerdo

2 = Algo de acuerdo

3 = Fuertemente de acuerdo

[sup] 9. Cuando me siento solo, confío o cuento con personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales para apoyarme**

0 = Fuertemente en desacuerdo

1 = Algo en desacuerdo

2 = Algo de acuerdo

3 = Fuertemente de acuerdo

[sup*] 10. He tenido una sensación de esperanza como

resultado de mis creencias religiosas o espirituales

0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo

[sup*] 11. He sentido tranquilidad en mi mente mediante mi oración y meditación

0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo

[sup*] 12. La vida y la muerte de uno, sigue un plan de Dios

0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo

[sup] 13. Busco gente en mi comunidad religiosa o espiritual cuando necesito ayuda**

0 = Nada del tiempo 1 = Poco tiempo
2 = Buena parte del tiempo 3 = Todo el tiempo

[sup*] 14. Creo que Dios me protege del daño

0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo

[sup*] 15. Suelo rezar pidiendo ayuda a Dios durante tiempos difíciles

0 = Nada del tiempo 1 = Poco tiempo
2 = Buena parte del tiempo 3 = Todo el tiempo

TECA (1)

Nombre: Sexo..... Edad.....

Fecha de nac.../...../.....

Estado Civil.....Educación.....

Fecha de hoy...../...../.....

Las siguientes frases se refieren a sentimientos y pensamientos en una variedad de situaciones. Indique, para cada frase, en qué medida se aplica a usted mismo eligiendo una de las siguientes respuestas: “totalmente en desacuerdo” / “algo en desacuerdo” / “neutro” / “algo de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”. Lea cada frase cuidadosamente antes de responder y marque con una (X) su respuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas. Simplemente conteste honestamente con lo que más se identifique. No deje ninguna frase sin contestar. Totalmente en desacuerdo

		Totalmente en desacuerdo	Algo en Desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Me resulta fácil darme cuenta de las intenciones de los que me rodean.					
2	Me siento bien si los demás se divierten.					
3	No me pongo triste sólo porque un amigo lo esté.					
4	Si un amigo consigue un trabajo muy deseado, me entusiasmo con él.					
5	Me afectan demasiado los noticieros.					
6	Antes de tomar una decisión intento tener en cuenta todos los puntos de vista.					
7	Rara vez reconozco cómo se siente una persona con solo mirarla.					
8	Me afecta poco escuchar desgracias sobre personas desconocidas.					
9	Me alegra mucho ver que un amigo nuevo se encuentra a gusto en nuestro grupo.					
10	Me es difícil entender cómo se siente una persona ante una situación que no he vivido.					
11	Cuando un amigo se ha portado mal conmigo intento entender sus motivos.					
12	Salvo que se trate de algo muy grave, me cuesta llorar con lo que les sucede a otros.					
13	Reconozco fácilmente cuándo alguien está de mal humor.					

14	No siempre me doy cuenta cuando la persona que tengo al lado se siente mal.					
15	Intento ponerme en el lugar de los demás para saber cómo actuaran.					
16	Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría.					
17	Si tengo una opinión formada no presto mucha atención a los argumentos de los demás.					
18	A veces sufro más con las desgracias de los demás que ellos mismos.					
19	Me siento feliz sólo con ver felices a otras personas.					
20	Cuando alguien tiene un problema intento imaginarme cómo me sentiría si estuviera en su piel.					
21	No siento especial alegría si alguien me cuenta que ha tenido un golpe de suerte.					
22	Cuando veo que alguien recibe un regalo no puedo reprimir una sonrisa.					
23	No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas.					
24	Cuando conozco gente nueva me doy cuenta de la impresión que se han llevado de mí.					
25	Cuando mis amigos me cuentan que les va bien, no le doy mucha importancia.					
26	Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otras personas.					
27	Entender cómo se siente otra persona es algo muy fácil para mí.					
28	No soy de esas personas que se deprimen con los problemas ajenos.					
29	Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva.					
30	Me considero una persona fría porque no me conmuevo fácilmente.					
31	Me doy cuenta cuando las personas cercanas a mí están especialmente contentas sin que me hayan contado el motivo.					
32	Me resulta difícil ponerme en el lugar de personas con las que no estoy de acuerdo.					
33	Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos.					

1 Autores: López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad-García. (2008). Adaptación solo con fines de investigación: M. E. Brenlla (CIPP, UCA)