



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

RELIGIOSIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TERMINALES

Autor: Paula Martín de Bustamante González

Director: Maribel Rodríguez

Madrid

Mayo 2015

Paula
Martín de
Bustamante
González

RELIGIOSIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TERMINALES



RELIGIOSIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TERMINALES

Resumen

El objetivo de este trabajo es examinar la influencia que el afrontamiento religioso ejerce sobre la calidad de vida en pacientes terminales. Diversos estudios han relacionado la religiosidad con niveles más altos de bienestar general y calidad de vida. La muestra ha consistido en 18 pacientes terminales a los cuales se les ha pasado dos cuestionarios. El Brief-RCOPE se ha utilizado para medir la religiosidad. Este instrumento ofrece dos resultados, el afrontamiento religioso positivo y el afrontamiento religioso negativo. El MVQOL se ha empleado para valorar la calidad de vida en 5 dimensiones (síntomas, funcionamiento, interpersonal, bienestar y trascendencia) y está especialmente diseñado para su empleo con pacientes terminales. Los resultados han demostrado la importancia del afrontamiento religioso positivo en el aumento de la calidad de vida respaldando nuestra hipótesis inicial. A sí mismo se ha podido ver que el afrontamiento religioso negativo presenta una relación inversa con la calidad de vida. Los resultados apuntan a la importancia de tener en cuenta los aspectos religiosos en el tratamiento de las personas con enfermedades terminales debido al peso que esta puede tener en la calidad de vida.

Palabras clave

Religiosidad, calidad de vida, cuidados paliativos, enfermedad terminal, afrontamiento positivo, afrontamiento negativo.

Abstract

The aim of this study is to examine the influence that the religious coping strategies have over the quality of life in terminally ill patients. Diverse studies have related religiosity with higher levels of general well-being and quality of life. The sample consisted of 18 terminal patients which fulfilled two questionnaires. The Brief-RCOPE was used to measure religiosity. This instrument offers two possible results; positive religious coping strategies and negative religious coping strategies. The MVQOL has been used to assess the quality of life in five dimensions (symptoms, function, interpersonal, wellbeing and transcendence) and is specifically designed for its use among terminally ill patients. The results have shown the importance of the positive religious coping strategies in the overall quality of life which confirms our initial hypothesis. We were also able to see the negative religious coping strategies have an inverse relation with the quality of life. Results show the importance of keeping in mind the religious aspects in the treatment of patients with terminal illness due to the weight it has on the quality of life.

Key Words

Religiosity, quality of life, palliative care, terminal illness, positive coping, negative coping.

El objetivo de este trabajo es examinar qué impacto tiene el afrontamiento religioso sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales. Partimos de la hipótesis de que aquellas personas que ponen en juego el afrontamiento religioso positivo en las fases terminales de una enfermedad tienen una mejor calidad de vida.

El interés por los cuidados paliativos es un área que ha levantado mucho interés en las últimas décadas. El objetivo principal de este tipo de cuidados no se limita a mejorar la calidad de vida de los pacientes sino que también se centra en las necesidades de la familia. Incluye cualquier tratamiento enfocado a prevenir el sufrimiento tanto físico como mental. Según Kaasa y Loge (2003) la medicina paliativa debería reconocer la importancia que tiene la calidad de vida, la espiritualidad, el dolor por la pérdida, la participación familiar y el afrontamiento en las fases finales de una enfermedad. Para conseguir esto la medicina paliativa necesita operativizar variables cuyos constructos reflejen objetivos específicos como son: mejorar la calidad de vida antes de la muerte, controlar los síntomas físicos, apoyar a la familia del enfermo, otorgar sentido a la vida, espiritualidad y aflicción (Armentrout, 2007).

Existen una serie de estrategias psicológicas, sociales, y espirituales que se pueden implementar para reducir el malestar y aumentar la calidad de vida (Albers, Echteld, de Vet., Onwuteaka-Philipsen, van der Linden, & Deliens, 2010). Si bien es cierto que los cuidados paliativos han estado muy asociados a pacientes con cáncer, no se excluyen otras enfermedades como las neurodegenerativas, las cardiovasculares, las renales o las esclerosis múltiples. Ya en el año 1992, la Organización Mundial de la Salud puso de relieve que la mejora en la calidad de vida de pacientes terminales y sus familias es el objetivo último de los cuidados paliativos (Theofilou 2012). A raíz de esto, la calidad de vida ha pasado a formar el eje central de los cuidados en fases terminales.

La calidad de vida se ha convertido en un concepto central dentro del ámbito de los cuidados paliativos. Esta ha dejado de ser un concepto meramente teórico y ha empezado a tener una mayor implementación y puesta en práctica. Se tiene constancia de que ya en la antigua Grecia, uno de los objetivos principales del sistema de salud era mejorar la calidad de vida de los pacientes (Kaasa y Loge, 2003). La definición ofrecida por la Organización Mundial de la Salud dice que la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (WHOQOL Group, 1993, p.10). La esperanza de vida a finales del S.XX ha aumentado considerablemente respecto a siglos anteriores, y debido a la larga trayectoria de muchas enfermedades, el momento de la muerte cada vez es más incierto. El largo camino que se recorre hasta llegar a la muerte hace necesario que se conceptualice y operativice una medida fiable de calidad de vida para estas situaciones (Patrick, Curtis, Engelberg, Nielsen y McCown, 2003). Algunos estudios recientes la consideran un

constructo totalmente subjetivo definiéndola como “las percepciones que se tienen respecto a la posición en la vida en un particular contexto cultural y de sistema de valores y en relación con los objetivos personales, expectativas, normas e intereses” (Diehr, Lafferty, Patrick, Downey y Devlin, 2007). Otros la consideran un constructo objetivo sin embargo la valoración que hace el sujeto de ella la consideran subjetiva (Convinsky et al., 1999). No existe una definición común pero existen dos acercamientos distintos que nos ayudan a entenderla. La primera de ellas entiende la calidad de vida como un concepto amplio que abarca cómo es la vida. La segunda está orientada a la salud e incluye aspectos como síntomas y funcionamiento. Estos dos conceptos no son excluyentes, sino que se consideran dos polos de un mismo continuo (Kaasa y Loge, 2003).

Según Clinch y Shipper (1993), la medida de calidad de vida es la evaluación más acertada en pacientes terminales debido a que se centra en qué le ocurre al paciente. Es un constructo que no se limita a medir los cambios fisiológicos, sino que mide los efectos de esos cambios, como una mejor deambulacion y libertad del paciente por la reducción del dolor. La calidad de vida, dentro de un contexto de enfermedad incurable, es definida como la experiencia subjetiva de las dificultades a nivel interpersonal, psicológico, existencial o espiritual que se van produciendo debido al deterioro y la muerte inminente. Puede oscilar desde el sufrimiento asociado a la angustia por la muerte hasta una sensación de bienestar por haber conseguido un desarrollo personal pleno (Byock y Merriman, 1998). Evaluar la calidad de vida es un aspecto muy importante a tener en cuenta dentro de los cuidados paliativos ya que maximizar el bienestar y la comodidad de los pacientes y reducir el malestar es el objetivo principal de este tipo de asistencia (Albers, Echteld, de Vet, Onwuteaka-Philipsen, van der Linden, y Deliens, 2010).

Si bien no existe una medida estándar, en los últimos años se han desarrollado dos tipos de instrumentos para intentar medirla. Las medidas objetivas y las medidas subjetivas de salud y funcionalidad han sido las más usadas, sin embargo, la mayoría de ellas no son apropiadas para el uso en pacientes terminales ya que su evaluación debería centrarse sobre todo en problemas psicosociales y espirituales (Namisango, Katabira, Karamagi, y Baguma, 2007). El periodo de vida antes de la muerte sigue siendo vida y no muerte, y así lo perciben los enfermos y sus familiares. Aunque la calidad de vida se haya visto mermada por las limitaciones propias del deterioro esta está compuesta por muchas variables que es importante tener en cuenta.

De particular interés resulta la relación entre religiosidad y calidad de vida al final de la vida. Muchas veces se utilizan como sinónimos la espiritualidad y la religiosidad cuando en realidad no lo son. Estudios empíricos y teóricos han establecido que ambos son conceptos multidimensionales, contruidos por una infinidad de pensamientos, sensaciones, acciones, experiencias, relaciones y respuestas fisiológicas que cumplen muchos objetivos y producen un gran numero de consecuencias (Pargament, 2013). Tanto la espiritualidad como la religiosidad fomentan que el sufrimiento y el malestar se depositen en una nueva estructura de significados benignos. Aunque se han hecho intentos para esclarecer y operativizar ambos conceptos, lo cierto es que tienen una frontera muy poco definida, sin embargo, intentaremos diferenciarlas

lo mejor posible con la definición ofrecida por Hood (2003). Según este autor las diferencias entre religión y espiritualidad se diferencian en una serie de oposiciones básicas: la religión es vista como sustantiva, estática, institucional y objetiva, mientras que la espiritualidad es vista como funcional, dinámica, personal, subjetiva y basada en la experiencia (Hood 2003, citado en Quinceno y Vinaccia, 2009).

A mediados del S.XX el concepto de espiritualidad empezó a cobrar fuerza y, según O'Brien (2008) a apropiarse de algunos significados de la religiosidad. Incluye aspectos como valores personales, rituales y perspectivas pero a su vez incluye prácticas religiosas. Conlleva preocuparse por el ser humano, conseguir un estado de conexión total con uno mismo e intentar comprender el significado de la vida (O'Brien, 2008). Ante la muerte inminente, muchas personas espirituales se enfrentan a ella con estrategias que les generan bienestar, seguridad y paz e intentan conseguir un equilibrio con lo que les rodea y evocar a la sanación (Armentrout, 2007). Una definición de espiritualidad que ayuda a comprenderla fácilmente es la que dieron Muldoon y King (1995) que dice así; “[la espiritualidad] es la manera en que la gente comprende el significado y el valor de sus vidas”.

Es a principios del S.XX cuando surge la psicología de la religión con aportaciones de diversas corrientes como el conductismo, el psicoanálisis, el humanismo o la psicología transpersonal. La psicología de la religión comprende las manifestaciones psicológicas que están vinculadas a la práctica religiosa, y se centra en el estudio de las creencias, actividades y experiencias religiosas desde un enfoque psicológico (Rodon, 1999). La religión es un aspecto fundamental en la vida de las personas y en el funcionamiento de la sociedad. William James (1902), considerado el fundador de la Psicología de la Religión la definió como “los sentimientos, actos y las experiencias de individuos en soledad, en la medida en que éstos creen estar en relación con aquello que consideran lo divino” (James 1902, citado en Pargament, 2013). Una de sus aportaciones más importantes fue la de diferenciar la religión como institución o como práctica personal así como diferenciar entre religiosidad sana y religiosidad enfermiza (Quinceno, & Vinaccia, 2009). Allport (1950) llegó a comparar la religión con el sexo considerando ambos como intereses humanos universales. Las teorías psicodinámicas la consideran una fuente de protección, respuestas y esperanza, equiparándola a la función que cumplen los padres con los niños (Pargament, 2013). Cuando hablamos de religiosidad nos estamos refiriendo un concepto que se encuentra integrado dentro un sistema organizado de fe o religión y en la circunstancia de afrontamiento a la muerte, las personas utilizarán estrategias como rezar, asistir a misa o participar en grupos de rezo (Armentrout, 2007).

Estas estrategias están centradas en mantener un contacto directo con Dios y poder pedir perdón por los pecados cometidos o pedir fuerzas para poder afrontar una enfermedad (Armentrout, 2007). En 1950, Allport formuló su teoría sobre la orientación religiosa. Planteó que las personas difieren en sus motivaciones para tener un comportamiento religioso. Distinguió entre dos tipos de orientación; la orientación intrínseca y la orientación extrínseca. La orientación intrínseca es un motivo dominante, un valor supremo con el que afrontar las cuestiones importantes de la vida. Las personas con una orientación

intrínseca consideran las prácticas religiosas como un fin en sí mismo. La orientación extrínseca se centra en los beneficios personales que puede aportar la religión (sensación de pertenencia, plenitud personal, estatus comunitario) y esta es buscada solo cuando se necesita y puede no estar integrada en la vida de la persona. En este caso la religión tiene un uso instrumental para alcanzar fines personales (Simkin y Etchezahar, 2013). En palabras del propio Allport "el individuo motivado extrínsecamente usa su religión, mientras el motivado intrínsecamente encuentra su vida motivada por esta" (Allport 1950, citado en Simkin y Etchezahar, 2013). Resulta interesante que incluso en la era de ateísmo en la que vivimos actualmente, en los Estados Unidos, un 85% de las personas dicen tener creencias religiosas, y un 82% dice que la religión juega un papel fundamental en su día a día (Pargament, 2013).

La pregunta que se plantea entonces es ¿qué función cumple la religión en la calidad de vida de las personas con una enfermedad incurable? Se ha observado que la religiosidad tiene la capacidad de amortiguar los efectos nocivos de la ansiedad. Algunos estudios muestran que la creencia en la vida después de la muerte puede ser un fuerte indicador de baja ansiedad y de asociaciones positivas hacia esta (Pargament, 2013). Son muchos los estudios que han puesto de manifiesto la importancia de la religión como variable moduladora ante eventos traumáticos como lo es una muerte inminente (Quiceno y Vinaccia, 2009). Aunque las estrategias de afrontamiento seculares pueden ser de mucha utilidad, las prácticas y creencias religiosas pueden facilitar el proceso de afrontamiento. Algunos estudios apuntan a que la religión puede servir para encontrarle significado a los eventos negativos de la vida. Estos pueden verse como oportunidades con beneficios secundarios o como una oportunidad de reorganizar las prioridades, generar *insight* o como una lección de vida.

Se han vinculado los aspectos positivos del afrontamiento religioso con menores niveles de ansiedad y depresión, menor desesperanza y menor estrés percibido (Pargament, 2013). Además se ha visto una fuerte vinculación con aspectos de salud mental como mayor felicidad, calidad de vida y bienestar psicológico (Ayele, Mulligan, Gheorghiu y Reyes-Ortiz, 1999). Para las personas religiosas, la religión proporciona la creencia en un poder superior que ayudará a alcanzar resultados positivos y evitar los negativos. Las prácticas y creencias se ven movilizadas en respuesta a una enfermedad física y cumplen con un rol único en los diversos funcionamientos del afrontamiento (Pargament, 2013). La teoría del manejo del terror (Pargament, 2013) propone que las personas manejan la ansiedad generada por la conciencia de muerte asumiendo visiones del mundo que permiten ver la vida como algo que va más allá de la muerte. De esta manera la muerte se vuelve un poco menos amenazante y la ansiedad se puede reducir gracias a la religiosidad. Por tanto, como consecuencia de la reducción de niveles de ansiedad, la calidad de vida se ve positivamente afectada. Desde esta perspectiva se supone que las religiones que ofrecen inmortalidad podrían disminuir el miedo hacia la muerte ya que esta no implicaría la aniquilación del self, sino que sería una mera transición hacia la vida eterna.

Diferentes estudios empíricos han demostrado que la religiosidad está positivamente correlacionada con varios indicadores de funcionamiento psicológico positivo, sentido de la vida, calidad de vida, menores niveles de depresión, esperanza, optimismo, apoyo social y autosuficiencia (Koenig, McCullough, y Larson, 2001). La mayoría de las investigaciones en enfermedades terminales han encontrado mejor ajuste y salud mental en personas que usan la religión como afrontamiento comparado con otras estrategias. En la mayoría de los estudios se ha visto que puntuaciones altas en religiosidad están asociadas con menores índices de depresión y una mejor salud mental y física (Pargament, Koenig y Perez, 2000). Se ha visto de manera consistente que la religiosidad aparece como un modo de afrontamiento hacia enfermedades físicas. En un estudio realizado por Gordon *et al.*, (2002) el 63% de los sujetos con enfermedades crónicas afirmaba que sus creencias religiosas les ayudaban a hacer frente a la enfermedad. Se ha visto también que la religiosidad puede ser particularmente importante en el afrontamiento de enfermedades que constituyen una amenaza para la vida como enfermedades pulmonares terminales y el VIH/SIDA (Pargament, 2013).

En situaciones de enfermedad, y sobre todo en enfermedades terminales, las personas se ven inmersas en un mar de dudas sobre su mortalidad, el significado de la vida o la existencia de un ser superior. Estas cuestiones les hacen plantearse asuntos que previamente habían sido ignorados y que pueden ser fuente de miedos y ansiedades. Si estas emociones nuevas no se canalizan de manera apropiada pueden desencadenar en comportamientos destructivos. La desesperanza a la que se ven expuestos puede manifestarse como sentimientos de inutilidad, desmoralización o incluso en deseos de muerte acelerada o suicidio. El enfermo pierde el sentido de la vida, y difícilmente ve posibilidades de placer o diversión y empieza a plantearse cuál es el sentido de seguir con vida. La pérdida de esperanza rápidamente conduce a un abandono personal que genera mayor sensación de desesperanza e inutilidad. Aunque la religión no conduzca a la cura ni siempre sea fuente de bienestar, existe mucha evidencia de testimonios individuales e investigaciones sistemáticas que indican que la religión puede ayudar en el afrontamiento de circunstancias tan terribles como la muerte (Pargament, 2001). Debido al distress emocional que acompaña a las personas en sus últimos días, tener una religión a la que recurrir podría minimizar la ansiedad y ayudar a mejorar su calidad de vida. Por tanto es importante tener estos aspectos en cuenta tal como dijeron Bergin y Payne (1991) cuando afirmaron que ignorar los constructos espirituales y sus experiencias predispone a un terapeuta a malinterpretar y desatender segmentos importantes de la vida del paciente que pueden tener un impacto significativo en su crecimiento personal.

A mediados y finales de los años 80 empezaron a surgir estudios que revelaban la importancia que la religión tiene sobre el bienestar emocional. En 2009, Koenig realizó un metaanálisis del que concluyó la existencia de una relación inversa entre implicación religiosa y depresión en pacientes con enfermedades graves (Meisenhelder, Schaeffer, Younger y Lauria, 2013). Siegel, Anderman y Schrimshaw (2001) resumieron tres maneras por las cuales los aspectos religiosos pueden afectar al bienestar: (a) ofrecer un marco de trabajo cognitivo donde interpretar los eventos estresantes, (b) acentuar los esfuerzos de

afrontamiento y (c) aumentar el acceso al apoyo e integración social (Siegel, Anderman y Schrimshaw, 2001 citado en Pargament, 2013).

Los estilos de afrontamiento se han definido como variables mediadoras en la adaptación de las personas a eventos altamente estresantes como son las enfermedades terminales (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007). Se ha definido el afrontamiento como las estrategias que las personas utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que los estresores producen sobre el bienestar psicológico. Incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud (Fernández y Díaz, 2001). Consiste en cualquier intento para evitar, eliminar o disminuir los estímulos estresantes o para experimentar sus efectos de la manera menos perjudicial posible (Matheny, Aycock, Pugh, Curlette y Silva-Canella, 1986). El afrontamiento utilizado puede ser saludable y constructivo, o perjudicial (Caballo y Serrano, 2002). El afrontamiento religioso ocurre cuando la manera de proceder para conseguir unos objetivos está relacionado con lo sagrado. Este afrontamiento tiene cinco funciones básicas: encontrar significado, aumentar la sensación de control, aumentar el bienestar por la cercanía con Dios, establecer relaciones íntimas con los demás y la sensación de transformación vital (Pargament, 1997).

Las estrategias de afrontamiento religioso pueden clasificarse de dos maneras diferentes: positivo y negativo (Pargament, Koenig y Perez, 2000). El primero de ellos lleva a la persona hacia un afrontamiento espiritual productivo y eficiente que está asociado con parámetros de salud más positivos que el afrontamiento negativo. Está formado por métodos como la apreciación religiosa benevolente, el afrontamiento religioso colaborativo, la conexión y búsqueda de apoyo espiritual, la purificación religiosa y el perdón religioso. Sin embargo, el afrontamiento religioso negativo está formado por aspectos negativos entre los que se encuentran la apreciación religiosa punitiva o demoníaca, la reapreciación del poder de Dios, y el descontento espiritual y religioso (Rivera-Ledesma y Montero López, 2007).

Si bien hay mucha bibliografía que indica que la religiosidad puede conducir a una mejor calidad de vida en esta población, hay otros datos que apuntan a lo contrario. Las estrategias de afrontamiento pueden proporcionar un sentido de vida y una mayor sensación de control a la vez que permiten una perspectiva diferente de la vida. Sin embargo, existen situaciones en las que las soluciones religiosas no se adaptan al problema y son capaces de generar mayor malestar. Por ejemplo, Ideler y Kasl (1997) encontraron que la asistencia a misa tenía efectos significativamente protectores, pero los sentimientos religiosos no mostraron ninguna correlación positiva con el bienestar general en población anciana. El estudio realizado por Meisenhelder, Schaeffer, Younger y Lauria (2013) sugiere que no todas las creencias religiosas son igualmente positivas sino que el concepto de un Dios bueno o castigador es lo que ayudará o mermará el bienestar de los pacientes. Es decir, que el grado de internalización de la fe no tenía relación con la salud mental, sino que era el concepto de Dios lo que mayor influencia tenía. Por lo tanto no es el nivel de religiosidad de cada persona lo que influye en el bienestar, si no el concepto positivo o negativo que se tiene de Dios. Wasteson, Nordin, Hoffman, Glimelius y Sjoden (2002) declararon que el afrontamiento religioso

era la estrategia menos utilizada comparada con otras (como la aceptación) entre pacientes con cáncer gastrointestinal. Es posible que los datos contradictorios que se han encontrado se deban a limitaciones metodológicas en la medición de la religiosidad más que a otros factores. Las estrategias positivas se basan en la religión como una fuente de apoyo que resulta beneficiosa para afrontar situaciones de estrés y que se ha visto mantienen asociación con salud mental. Las estrategias negativas suponen, por el contrario, dudas y luchas y generan soluciones inadaptadas (Pargament, Koenig, y Perez 2000).

MÉTODO

Participantes

En el estudio han participado un total de 18 sujetos. La edad mínima para participar en el estudio es de 18 años y no hay edad máxima. Se valorará la capacidad cognitiva mediante una serie de preguntas que permitan conocer si el paciente es capaz de comprender y responder a los cuestionarios que se le van a pasar. Los sujetos no compartirán un diagnóstico principal, pero todos tienen en común que están ingresados con un diagnóstico de incurabilidad y muerte inminente. A todos los participantes se les facilitó un consentimiento informado para poder formar parte del estudio. Los criterios de inclusión al estudio fueron: ser mayor de 18 años, estar hospitalizado, tener una enfermedad terminal, obtener una puntuación PPS (Palliative Performance Scale) mayor o igual a 40 y participar de forma voluntaria. La puntuación obtenida por el PPS nos fue dada, por lo que no tuvimos que pasar este cuestionario. Tanto el nivel educativo, como el nivel socioeconómico no fueron tenidos en cuenta a la hora de seleccionar la muestra. Ninguno de los pacientes preguntados rehusó participar en el estudio

Instrumentos de medida

Se utilizaron dos instrumentos de medida; El Brief-RCOPE para medir la religiosidad y el Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI) para medir la calidad de vida.

El Brief-RCOPE es un instrumento de 14 ítems que mide el afrontamiento religioso y es el instrumento más utilizado para medir esta variable (Pargament, Feuille, y Burdzy, 2011). Es la versión reducida del RCOPE que cuenta con 21 ítems. Fue desarrollado a partir del programa de teoría e investigación sobre el afrontamiento religioso llevado a cabo por Pargament (1997). Está dividido en dos subescalas diferentes, una que evalúa afrontamiento religioso positivo y otra afrontamiento religioso negativo. La subescala de afrontamiento positivo se centra en una relación de seguridad y afecto con un Dios bueno, y la creencia de que la vida tiene un sentido más grande. La subescala de afrontamiento religioso negativo se caracteriza por signos de tensión espiritual, conflicto y lucha con Dios, que se manifiestan en forma de una re-evaluación negativa de los poderes de Dios, un cuestionamiento espiritual e insatisfacción religiosa.

Sus propiedades psicométricas son las siguientes:

En cuanto a la consistencia interna el alpha para las estrategias positivas de afrontamiento tienen una media 0.92 con el valor más alto encontrándose en 0.94 y el más bajo en 0.67. Para las estrategias de afrontamiento negativas, los valores de alpha se encuentran entre 0.60 y 0.90 con una media de 0.8. El Brief RCOPE ha demostrado tener una buena validez concurrente. El afrontamiento religioso positivo (PRC) se relaciona de manera consistente con medidas de constructos psicológicos positivos y bienestar espiritual. Solo de manera ocasional se ha relacionado con constructos negativos como depresión o salud pobre. El afrontamiento religioso negativo (NRC) está asociado a indicadores de un pobre funcionamiento como pueden ser la ansiedad, depresión, síntomas del TEPT, afecto negativo y dolor. Solo de manera ocasional se ha relacionado con constructos positivos de bienestar, pero cuando esta correlación es significativa suele ser negativa.

Validez en otras religiones y culturas: Casi todos los estudios se han realizado en Estados Unidos y Europa del Este sobre todo con muestra cristiana. Khan y Watson (2006) lo tradujeron para una muestra musulmana. Sus alphas para PRC y NRC fueron 0.75 y 0.60 respectivamente (Pargament, Feuille, y Burdzy 2011).

El Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI) se ha considerado especialmente adecuado para este trabajo ya que se ha empleado exclusivamente en pacientes terminales. Los ítems que lo componen están muy centrados en aspectos relevantes para esta población. Algunos de esos aspectos son el control del dolor o el miedo ante la incertidumbre de lo que vendrá. Las dimensiones evaluadas son: síntomas, funcionamiento, interpersonal, bienestar y trascendencia. Dentro de cada dimensión, se recopila información de tres tipos: *Assesment* (Evaluación) - medida subjetiva del estado actual; *Satisfaction* (Satisfacción) - grado de aceptación del estado actual; *Importance* (Importancia) - el grado en que una dimensión en concreto afecta al estado general.

El marco teórico del MVQOLI se construyó basándose en el modelo multidimensional de personalidad y el modelo del desarrollo humano de Cassell (1982). Se diferencia de otros instrumentos en tres aspectos; (1) se centra en las fases terminales de la enfermedad; (2) el uso de categorías de respuestas y el modo de corrección permiten valorar cada ítem en función de la importancia que tiene para el paciente; (3) uso de lenguaje subjetivo; (4) su utilidad clínica como una herramienta de evaluación para desarrollar planes de tratamiento y de intervención. El MVQOLI es una herramienta que tiene como objetivo describir la experiencia cualitativa y subjetiva de la calidad de vida.

Sus propiedades psicométricas son las siguientes: Cuenta con una consistencia interna razonable con un alpha de Cronbach de 0.77. En cuanto a su validez concurrente tiene un valor de 0.93 con respecto a su sucesor de 25 ítems. Por último la validez convergente con un valor de 0.43. Tiene también una alta validez de contenido y una alta validez de constructo.

Procedimiento

Se procedió a entrar en las habitaciones de los pacientes y tras una breve charla y presentación personal se preguntaba por la posibilidad de administrarles unas pruebas para un estudio. Se les explicaba en qué consistía el estudio y se les preguntaba por posibles dudas que hubiesen surgido. Siempre se hacía hincapié en que podían abandonar el estudio en cualquier momento. Tras haber sido informados de todas las características se les pasaba el consentimiento informado. Una vez firmado se estimaba la capacidad cognitiva mediante una serie de preguntas que valoran la orientación en tiempo, persona y espacio (por ejemplo ¿Sabe qué día es hoy?, ¿Cómo se llama? ¿Dónde está y por qué?). Si la persona se encuentra orientada en los tres aspectos se procederá a la explicación de las pruebas y a la aplicación de las mismas tras haber pedido a los acompañantes que abandonen la habitación. A continuación se les leían los ítems del Brief-RCOPE y posteriormente los ítems del MVQOL.

La asignación a los grupos se realiza mediante la puntuación obtenida en el Brief R-COPE que determinará si pertenecen al grupo de afrontamiento religioso positivo o afrontamiento religioso negativo.

RESULTADOS

Tabla 1.

Consistencia interna del Brief-RCOPE y MVQOL

Estadísticos de fiabilidad Brief-RCOPE		Estadísticos de fiabilidad MVQOL	
Alfa de Cronbach	N de elementos	Alfa de Cronbach	N de elementos
0,872	14	0,247	15

La consistencia interna de los ítems de ambos cuestionarios ha sido medida mediante el alfa de Cronbach. La consistencia interna del cuestionario Brief-RCOPE ha sido muy alta con un alfa de Cronbach de 0,872 entre sus ítems como podemos observar en la tabla 1. El cuestionario MVQOL ha presentado una muy baja consistencia interna. Sin embargo nos remitimos al manual de uso que presenta un alpha de Cronbach de 0,77. Estas diferencias pueden deberse al escaso número de sujetos que componen nuestra muestra (n=18) y que los factores que componen el cuestionario son muy dispares.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos del MVQOL

Estadísticos							Total
	Síntomas	Funciones	Relaciones Interpersonales	Bienestar	Trascendencia	MVQOL	
Media	5,94	5,33	-0,44	-2,72	-2,72	5,39	
Mediana	8	9	5	-8,5	1,5	4,5	
Desv. típ.	8,03	8,13	13,07	18,74	17,06	23,99	
Mínimo	-12	-10	-20	-25	-30	-38	
Máximo	20	15	15	30	30	34	

La Tabla 2 nos presenta los estadísticos descriptivos del MVQOL de cada una de las cinco dimensiones (síntomas, funciones, relaciones interpersonales, bienestar y trascendencia) y del total de todas ellas. Nos centraremos en los valores totales que han sido los que hemos utilizado para todo el análisis estadístico. El MVQOL tiene una media de 5,39, una mediana de 4,50 y una desviación típica de 23,99. Su valor más grande ha sido de 34 y su valor más pequeño de -38.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos del Brief-RCOPE

Estadísticos		
	Afrontamiento positivo	Afrontamiento negativo
Media	16,1111	10,8889
Mediana	17	9,5
Desv. típ.	7,55286	4,30989
Mínimo	7	7
Máximo	26	20

La Tabla 3 nos presenta los estadísticos descriptivos del Brief-RCOPE de sus dos variables (afrontamiento religioso positivo y afrontamiento religioso negativo). El afrontamiento positivo tiene una media de 16,11, una mediana de 17 y una desviación típica de 7,55. Su valor más grande ha sido de 26 y su valor más pequeño de 7. El afrontamiento negativo tiene una media de 10,88, una mediana de 9,50 y una desviación típica de 4,30. Su valor más grande ha sido de 20 y su valor más pequeño de 7.

Tabla 4.

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Síntomas	,913	18	,096
Función	,893	18	,043
Relaciones Interpersonales	,853	18	,009
Bienestar	,905	18	,069
Trascendencia	,942	18	,313
Total MVQOL	,883	18	,029
Afrontamiento Positivo	,840	18	,006
Afrontamiento Negativo	,842	18	,006

Para poder evaluar la normalidad de las observaciones hemos utilizado el contraste de Shapiro-Wilk. Nuestro objetivo es comprobar si con base a la información ofrecida por nuestra muestra podemos aceptar que la población de origen sigue una distribución normal. En la dimensión síntomas la significación ($p = 0,096$) asociada al estadístico de contraste (Shapiro-Wilk = 0,913) con 18 gl es mayor a 0,05 por lo que asumimos que la distribución de esta variable es normal.

En la dimensión función la significación ($p = 0,043$) asociada al estadístico de contraste (Shapiro-Wilk = 0,893) con 18 gl es menor a 0,05 por lo que no asumimos que la distribución de esta variable es normal.

En la dimensión relaciones interpersonales la significación ($p = 0,009$) asociada al estadístico de contraste (Shapiro-Wilk = 0,853) con 18 gl es menor a 0,05 por lo que no asumimos que la distribución de esta variable es normal.

En la dimensión bienestar la significación ($p = 0,069$) asociada al estadístico de contraste (Shapiro-Wilk = 0,905) con 18 gl es mayor a 0,05 por lo que asumimos que la distribución de esta variable es normal.

En la dimensión trascendencia la significación ($p = 0,313$) asociada al estadístico de contraste (Shapiro-Wilk = 0,942) con 18 gl es mayor a 0,05 por lo que asumimos que la distribución de esta variable es normal.

En el total del cuestionario MVQOL la significación ($p = 0,029$) asociada al estadístico de contraste (Shapiro-Wilk = 0,883) con 18 gl es menor a 0,05 por lo que no asumimos que la distribución de esta variable es normal.

En la dimensión evaluación positiva del Brief-RCOPE la significación ($p = 0,006$) asociada al estadístico de contraste (Shapiro-Wilk = 0,840) con 18 gl es menor a 0,05 por lo que no asumimos que la distribución de esta variable es normal.

En la dimensión evaluación negativa del Brief-RCOPE la significación ($p = 0,006$) asociada al

estadístico de contraste (Shapiro-Wilk = 0,842) con 18 gl es menor a 0,05 por lo que no asumimos que la distribución de esta variable sea normal.

Tabla 5.

Asimetría y Curtosis

	Función	Relaciones Interpersonales	Total MVQOL	Afrontamiento Positivo	Afrontamiento Negativo
Asimetría	-,603	-,299	-,308	-,046	1,013
Curtosis	-,923	-1,722	-1,451	-1,898	-,141

Para todas aquellas variables en las que no podemos asumir normalidad por la prueba de Shapiro-Wilk (función, relaciones interpersonales, total MVQOL, afrontamiento positivo y afrontamiento negativo) vamos a contrastarlas mediante los estadísticos de Asimetría y Curtosis para contrastar la normalidad mediante una vía distinta. Esta vía nos va a aportar más información que la prueba de normalidad anterior. Mediante el estadístico de asimetría asumimos que todas las variables excepto el afrontamiento negativo tienen una distribución simétrica. En el caso del afrontamiento negativo sigue una distribución simétrica negativa. Todos nuestros valores se encuentran entre las puntuaciones de 4 y -4 por lo que mediante el estadístico de Curtosis podemos determinar que todas nuestras variables se encuentran dentro de una curva normal.

Tabla 6.

Modelo	R	R cuadrado
1	,809	,654

El valor de R (0,80) nos indica el grado de correlación de ambas variables del cuestionario Brief-RCOPE (Evaluación Positiva y Evaluación Negativa) en su conjunto con la Calidad de Vida evaluada mediante el MVQOL. El valor de R cuadrado (0,65) nos indica la cantidad de varianza de la variable Calidad de Vida que estamos explicando con nuestro modelo. Por lo que la religiosidad explica el 65,4% de la calidad de vida según nuestros datos.

Tabla 7. ANOVA

Modelo		gl	F	Sig.
1	Regresión	2	14,188	,000

La significación ($p = 0,000$) asociada al estadístico de contraste ($F = 14,188$) con 2 gl es menor de 0,01 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la religiosidad no tiene efectos significativos sobre la calidad de vida.

Tabla 8.

Modelo	Coeficientes ^a		t	Sig.
	Coeficientes no estandarizados	Coeficientes tipificados		
	B	Beta		
(Constante)	34,268		2,895	,011
1 Evaluación Positiva	1,133	,357	2,325	,034
Evaluación Negativa	-4,328	-,777	-5,070	,000

En la variable evaluación positiva la significación ($p = 0,034$) asociada al estadístico de contraste ($t = 2,325$) es menor a 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la beta es igual a cero. Siendo la beta igual a 0,357 diremos que por cada unidad que aumente la Evaluación Positiva, la Calidad de Vida va a aumentar en 0,357 puntos. En la variable evaluación negativa la significación ($p = 0,000$) asociada al estadístico de contraste ($t = -5,070$) es menor a 0,01 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la beta es igual a cero. Siendo la beta igual a -0,777 diremos que por cada unidad que aumente la Evaluación Negativa, la Calidad de Vida va a verse disminuida en 0,777 puntos.

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio era conocer el impacto que la religiosidad ejerce sobre la calidad de vida en pacientes terminales. Planteamos que los sujetos con un afrontamiento religioso positivo tendrían una mejor calidad de vida al final de la misma. Los resultados encontrados han mostrado una relación estadísticamente significativa entre las dos variables estudiadas que nos lleva a creer que nuestra hipótesis inicial se confirma. Se ha visto que las personas con un afrontamiento religioso positivo tienen puntuaciones

más elevadas en el cuestionario de calidad de vida en comparación con aquellas que emplean un afrontamiento religioso negativo.

El análisis de datos aplicado ha mostrado un grado de asociación muy alto ($R=0,89$) entre las dos variables estudiadas (religiosidad y calidad de vida). Por tanto parece ser que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables y a medida que una aumenta, la otra también lo hará. Además, mediante la prueba de R corregida se ha encontrado que el 65,4% de la calidad de vida viene explicada por la religiosidad. Estos datos revelan la importancia que la variable religiosidad puede ejercer sobre algunas personas a la hora de enfrentarse a eventos traumáticos.

Si bien no se ha podido analizar la influencia de la religiosidad de manera particular en cada una de las cinco dimensiones que componen el cuestionario de calidad de vida (es decir; síntomas, función, relaciones interpersonales, bienestar y trascendencia), si que se ha podido hacer de manera general utilizando su puntuación total. De esta manera se ha podido ver que por cada punto que se suma en afrontamiento religioso positivo, la calidad de vida se ve aumentada en 0,357 puntos. Muy llamativo ha sido el hallazgo encontrado al examinar las puntuaciones del afrontamiento religioso negativo ya que nos hemos encontrado con lo contrario. Es decir, por cada punto que se suma en afrontamiento religioso negativo, la calidad de vida se veía disminuida en 0,777 puntos. En este caso, la relación de las variables era inversa y a medida que una aumentaba (afrontamiento religioso negativo), la otra disminuía (calidad de vida). Esto lleva a la conclusión de que el afrontamiento religioso negativo podría tener un mayor peso en la calidad de vida que el afrontamiento positivo.

A pesar de los resultados encontrados todavía se debería investigar más en este campo. Se lleva a pensar de manera general que la religiosidad únicamente presenta beneficios a nivel personal, pero también hay que tener en cuenta los aspectos nocivos que la religión puede tener en la calidad de vida y no centrarse únicamente en los aspectos positivos que esta pueda aportar. El estudio realizado por Meisenhelder, Schaeffer, Younger, y Lauria (2013) reflejó que no todas las creencias religiosas eran igualmente beneficiosas. El bienestar psicológico venía mediado por la concepción de un Dios castigador o de un Dios benevolente. Aunque el objetivo era comprobar la existencia de efectos beneficiosos de la religiosidad sobre la calidad de vida, ha sido muy interesante encontrarse con los efectos que un afrontamiento negativo puede tener sobre esta.

Nuestras conclusiones se ven respaldadas por las encontradas por Pargament, Feuille y Burdzy (2011) que vieron que el uso del afrontamiento religioso positivo estaba relacionado con menores síntomas psicossomáticos. En cuanto al afrontamiento religioso negativo, sus resultados fueron los mismos que se han encontrado en este estudio. Estos autores vieron que el afrontamiento religioso negativo estaba relacionado con una peor calidad de vida. Muchos estudios se han centrado en el estudio de la depresión como variable moduladora de la calidad de vida en pacientes terminales, sin embargo parece que la religiosidad es una

variable con mucho peso y que se debería tener en cuenta (McClain, Rosenfeld y Breitbart, 2003) y que se suele dejar de lado. La vida espiritual influye de manera positiva en el sentido de bienestar personal de las personas enfermas (Pargament, 2013). Pargament (2013) argumentaba que las estrategias de afrontamiento positivo añaden una varianza específica a la predicción de la salud. Los métodos de afrontamiento religioso parecen mediar la relación existente entre la orientación religiosa de la persona y sus resultados en los sucesos importantes de la vida.

Los resultados que se han encontrado tienen importantes repercusiones a nivel práctico. Muestran la importancia que la religiosidad puede tener en el mantenimiento de la calidad de vida en pacientes terminales y como esta puede mejorar o empeorar los últimos momentos de la vida de la persona. No se suelen contemplar las necesidades religiosas y/o espirituales de los pacientes terminales pero podría ser un aspecto crucial del funcionamiento psicológico sano. Son muchos los estudios que han establecido una conexión entre los índices de afrontamiento religioso y las medidas de salud y bienestar en personas enfrentadas a situaciones críticas (Pargament, 2011). Esto nos lleva a pensar que la intervención psicológica de los enfermos terminales se podría beneficiar de la introducción de un acompañamiento espiritual que potencie un afrontamiento religioso positivo y minimice el negativo. Es posible que se viesen beneficios a nivel general si el personal sanitario facilitase y promoviese la elaboración e integración de estos temas en el enfoque terapéutico. Sería posible entonces reducir los sentimientos negativos que suelen aparecer momentos antes de la muerte tales como miedo, ansiedad, desesperanza, sensación de pérdida de control o de que se quedan asuntos sin resolver. Quizás se podrían potenciar aspectos como autocontrol, bienestar y trascendencia que ayudarían a enfrentarse a la muerte de una manera más adaptativa.

Tener en cuenta el papel que la religión juega en la vida de la persona ayudará a los profesionales de salud mental a realizar un acompañamiento más efectivo y afectivo a los enfermos terminales. Es importante no minimizar la influencia que la religiosidad puede ejercer e introducirla como un aspecto más en la evaluación e intervención. Diversas investigaciones empíricas plantean que a pesar de que las personas no sean sumamente religiosas en su día a día, pueden serlo o expresarlo más en momentos de enfermedad debido a la pérdida de control que se experimenta. Se podría buscar entonces un poder más alto, un Dios que ayude a encontrar el significado de la vida y ayude al afrontamiento de situaciones estresantes (Quinceno y Vinaccia, 2009). Es en estos momentos cuando las estrategias de afrontamiento religioso positivo pueden ayudar a sobrellevar aspectos difíciles de la vida, a mejorar la calidad de la misma y a aumentar el bienestar psicológico.

Trabajar con el afrontamiento religioso positivo podría ayudar a potenciar aspectos globales de la calidad de vida y ayudar al enfermo a llegar a la muerte con una mayor sensación de serenidad. No hay que dejar de lado el afrontamiento negativo, ya que trabajar sobre este permitirá reducir sus consecuencias y reducir el malestar que generan. Desde el equipo médico se podría ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes a los que se está enfrentando facilitando la verbalización de los miedos, realizando

acompañamientos, o ayudarle a sentir mayor control sobre la situación. Sería también interesante estudiar qué factores psicológicos potencian uno u otro tipo de afrontamiento religioso. De esta manera se podría predecir el tipo de afrontamiento religioso y actuar en consecuencia.

La religiosidad y la espiritualidad son dos conceptos muy difíciles de diferenciar debido también a la dificultad que existe para definirlos. La línea entre ambas es muy fina y en ocasiones se toman como sinónimos. La religión está compuesta por rituales públicos y doctrinas organizadas. Puede entenderse como la creencia en un dios con un código de ética que hay que seguir y un conjunto de creencias y actos que sirven para mantener una relación con Dios. La espiritualidad sin embargo es vista como algo más personal y privado. La religiosidad es humana y la espiritualidad divina. La primera se basa en cosas externas, visibles, pero la espiritualidad es una cuestión de corazón. Por tanto es difícil comprender la religiosidad de manera independiente a la espiritualidad.

Se suele decir que la espiritualidad forma parte de la religiosidad, y que puede haber espiritualidad sin religiosidad. Sin embargo la espiritualidad carece de sentido si no lo asociamos a alguna entidad de otro mundo, a algo más grande que el ser humano. La espiritualidad como estructura mental o manera de posicionarse en el mundo o como un patrón de comportamiento es una definición muy vaga y poco útil. Es cuando la unimos a algo sobrenatural que empieza a cobrar sentido, cuando la asociamos a algo o alguien que nos guía, que nos juzga o que nos enseña.

Las limitaciones que nos hemos encontrado en este estudio son varias. La primera de ellas ha sido la referente al número que compone la muestra. El limitado número de sujetos (N=18) que hemos podido recolectar para el estudio limita también las generalizaciones sobre sus conclusiones. Debido a las características propias de la muestra, se tuvo que descartar a varios sujetos que no cumplían los criterios de inclusión. Entre estos sujetos se encontraban personas con un deterioro cognitivo muy avanzado o que se encontraban muy sedadas para controlar el dolor. Del mismo modo, las rutinas propias del centro hospitalario nos limitaban a la hora de acceder a la muestra ya que no se molestaba a los pacientes en las horas de comidas ni de siestas. Aunque los cuestionarios están específicamente diseñadas para la población paliativa, en ocasiones resultaba tedioso y cansado de contestar. Se tenían que hacer varias pausas debido a que se cansaban con facilidad.

Aunque no es un campo demasiado reciente, aún queda espacio para seguir explorando y profundizando los efectos que la religión y/o espiritualidad pueda tener en las personas enfermas. Faltaría conocer las características psicológicas que determinan uno u otro tipo de afrontamiento religioso y que posibilita, finalmente, que se aumente o reduzca la calidad de vida. Es importante continuar investigando en el área de la religiosidad de las personas con el fin de aprovechar este importante recurso dentro de la psicoterapia y como parte de las estrategias de intervención. Es importante, además, valorar en este sector el efecto diferencial que la religiosidad y/o espiritualidad puede ejercer sobre ciertos aspectos clínicos tales

como depresión, desesperanza, ansiedad ante la muerte y sobre la salud física en general. Puede resultar interesante investigar cómo el afrontamiento religioso influye en otras poblaciones que han sufrido otros eventos traumáticos como la pérdida de un hijo, un accidente con graves secuelas o ser víctima de maltrato.

REFERENCIAS

1. Albers, G., Echteld, M. A., de Vet, H. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Linden, M. H., & Deliens, L. (2010). Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: a systematic review. *Palliative Medicine*, 24(1), 17-37.
2. Armentrout, D. C. (2007). Holding a place: Parents' lives following removal of infant life support. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(1), e4-e11.
3. Ayele, H., Mulligan, T., Gheorghiu, S., & Reyes-Ortiz, C. (1999). Religious activity improves life satisfaction for some physicians and older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(4), 453-455.
4. Bergin, A. E., & Payne, I. R. (1992). Proposed agenda for a spiritual strategy in personality and psychotherapy. *Journal of Psychology and Christianity*, 10, 197-201.
5. Byock, I. R., & Merriman, M. P. (1998). Measuring quality of life for patients with terminal illness: the Missoula-VITAS® quality of life index. *Palliative Medicine*, 12(4), 231-244.
6. Caballo, V. E., & Serrano, S. A. A. (2002). Estrés, estilos de personalidad y contratiempos cotidianos. *Psicología y Salud*, 71.
7. Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England journal of medicine*, 306(11), 639-645.
8. Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C., & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 169-179.
9. Diehr, P., Lafferty, W. E., Patrick, D. L., Downey, L., Devlin, S. M., & Standish, L. J. (2007). Quality of life at the end of life. *Health and quality of life outcomes*, 5(1), 51-62.
10. Fernández, M. D., & Díaz, M. A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6(2).
11. Idler, E. L., McLaughlin, J., & Kasl, S. (2009). Religion and the quality of life in the last year of life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(4), 528-537.

12. Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1997). Religion among Disabled and Nondisabled Persons I: Cross-sectional Patterns in Health Practices, Social Activities, and Well-being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(6), S294-S305.
13. James, W. (2006). *Las variedades de la experiencia religiosa: estudio de la naturaleza humana* (Vol. 2). LD Books
14. Kaasa, S., & Loge, J. H. (2003). Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliative medicine*, 17(1), 11-20.
15. Koenig, H. G., McCullough, M. E., and Larson, D. B. (2001) Handbook of religion and health. New York, New York: Oxford University Press.
16. Matheny, K. B., Aycock, D. W., Pugh, J. L., Curlette, W. L., & Cannella, K. A. S. (1986). Stress coping A qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *The Counseling Psychologist*, 14(4), 499-549.
17. McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607.
18. Meisenhelder, J. B., Schaeffer, N. J., Younger, J., & Lauria, M. (2013). Faith and mental health in an oncology population. *Journal of religion and health*, 52(2), 505-513.
19. Muldoon, M., & King, N. (1995). Spirituality, health care, and bioethics. *Journal of Religion and health*, 34(4), 329-350.
20. Namisango, E., Katabira, E., Karamagi, C., & Baguma, P. (2007). Validation of the Missoula-Vitas Quality-of-Life Index among patients with advanced AIDS in urban Kampala, Uganda. *Journal of pain and symptom management*, 33(2), 189-202.
21. O'Brien, M. E. (2013). *Spirituality in nursing*. Jones & Bartlett Publishers.
22. Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519-543.
23. Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.

24. Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51-76.
25. Pargament, K.I (2013) *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality*. Washington DC: American Psychological Association.
26. Patrick, D. L., Curtis, J. R., Engelberg, R. A., Nielsen, E., & McCown, E. (2003). Measuring and improving the quality of dying and death. *Annals of internal medicine*, 139(5_Part_2), 410-415.
27. Quinceno, J. M., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas*, 5(2), 321-336.
28. Rivera-Ledesma, A., & Montero López, L. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*, 30(1), 39-47.
29. Rodon, J. F. (1999). *Religión, psicopatología y salud mental: introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias*.
30. Simkin, H., & Etchezahar, E. (2013). Las Orientaciones Religiosas Extrínseca e Intrínseca: Validación de la "Age Universal" IE Scale en el Contexto Argentino. *Psykhe (Santiago)*, 22(1), 97-106.
31. Theofilou P (2012) The Missoula-VITAS Quality of Life Index. *J Palliative Care Med* S1 e:001. doi: 10.4172/2165-7386.S1-e001.
32. Tsevat, J., Leonard, A. C., Szaflarski, M., Sherman, S. N., Cotton, S., Mrus, J. M., & Feinberg, J. (2009). Change in quality of life after being diagnosed with HIV: a multicenter longitudinal study. *AIDS patient care and STDs*, 23(11), 931-937.
33. Wasteson, E., Nordin, K., Hoffman, K., Glimelius, B., & Sjöden, P. O. (2002). Daily assessment of coping in patients with gastrointestinal cancer. *Psycho-Oncology*, 11(1), 1-11.
34. WHOQOL Group. (1993). Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). *Ginebra: OMS*. 10pp.

