

**ESPIRITUALIDAD EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ (FSFB)**

GERMÁN CARRILLO ARANGO MD

Miembro institucional, sección de rodilla

Departamento de Ortopedia

Fundación Santa Fe de Bogotá

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS HUMANAS

CHÍA, 2023

**ESPIRITUALIDAD EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ (FSFB)**

GERMÁN CARRILLO ARANGO

**DIRECTORA:
DRA. ESTEFANÍA LOSADA NIETO**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAGISTER EN TEOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS HUMANAS**

CHÍA, 2023

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
Antecedentes de la espiritualidad en la salud.....	5
Intervención clínica y espiritualidad, breve recuento histórico	7
Estado del arte	10
Descripción del tema.....	12
Espiritualidad y recuperación de la salud.....	13
Espiritualidad	13
Recuperación de la salud: instrumentos que miden aspectos de la espiritualidad y/o religiosidad.....	14
Breve descripción de los instrumentos validados	15
Uso aplicado de la escala de bienestar espiritual	17
1. The spirituality scale, holistic assessment of the human spiritual dimension.....	18
2. Escala de espiritualidad personal (EEP) en adultos.....	19
3. The Spiritual Well-Being Scale (SWBS).....	21
Conclusiones.....	22
Bibliografía.....	23

INTRODUCCIÓN

Objetivo General.

El objetivo del presente trabajo es desarrollar un proyecto de investigación relacionado con la espiritualidad de los pacientes en la Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB), dado que se considera que el acompañamiento espiritual puede contribuir efectivamente en la recuperación de su salud.

Para lograr este objetivo, se desarrollarán tres fases investigativas: la primera etapa consiste en establecer una escala de bienestar espiritual (EBE) que mida este constructo y su estructura en los pacientes que son asistidos clínicamente. Esta escala puede ser escogida entre las que ya existen en la literatura, algunas de las cuales ya han sido validadas, revisadas y aplicadas en pacientes, y sus resultados se encuentran disponibles en español. El disponer de una herramienta que mida el nivel de espiritualidad, supone una valiosa oportunidad para aportar a su incremento y fortalecimiento e impactar así en el sector de la salud.

Una vez aplicada la escala y reconocido el nivel espiritual en el que se encuentran los pacientes, la segunda fase busca medir el impacto que tiene la espiritualidad en los diferentes desenlaces clínicos y, así, poder influir positivamente en la recuperación de la salud, mejorando su bienestar, su calidad de vida y la aceptación de su condición de salud, teniendo en cuenta que hay pleno reconocimiento de la importancia de la espiritualidad en la recuperación de la salud (Campbell, 1976), (Ledbetter S. F.-H., 1992), (Gomez, 2003), (Gómez & Fisher , 2005).

La tercera fase propone desarrollar proyectos integrando espiritualidad y religiosidad en el cuidado interdisciplinario de la salud

Justificación.

Para la FSFB, cuya misión es liderar y actuar positivamente en el sector de la salud para contribuir al bienestar de los individuos y de las comunidades en Colombia y América Latina,

está plenamente justificado el desarrollo de este trabajo, consciente de la Importancia de la espiritualidad en el ámbito médico, en tres aspectos:

1. Dimensión holística del cuidado: La medicina moderna, a pesar de sus avances tecnológicos y científicos, no puede pasar por alto la complejidad inherente de los seres humanos. Cada individuo es una intersección de cuerpo, mente y espíritu. Negar o minimizar cualquier dimensión de esta tríada es omitir una parte fundamental de la experiencia humana. La espiritualidad, entendida como el sentido de conexión con algo más grande que uno mismo y la búsqueda de propósito y significado, es una dimensión clave en cómo las personas comprenden, interpretan y enfrentan las enfermedades.

2. Impacto en la recuperación y adaptación: Diversos estudios han demostrado que una fuerte conexión espiritual puede influir positivamente en la recuperación de los pacientes. La espiritualidad puede proporcionar un sentido de esperanza, propósito y resiliencia en momentos de adversidad, ayudando a los pacientes a manejar mejor el estrés, la ansiedad y el dolor.

3. Humanización de la atención médica: En un mundo cada vez más tecnológico, la espiritualidad puede ser un puente hacia la humanización de la atención médica. Permite a los profesionales de la salud conectar con sus pacientes en un nivel más profundo, reconociendo y respetando sus valores, creencias y necesidades espirituales

Este proyecto se pretende desarrollar en un marco ecuménico, ofreciendo esta oportunidad no solo a los católicos, sino a todos quienes profesen otras confesiones religiosas y aún a los que se reconozcan como agnósticos, y se buscará darle continuidad en su ejecución e implementación.

Antecedentes de la espiritualidad en la salud

La presente exposición introduce algunos conceptos antropológicos como base para mostrar la naturaleza de la espiritualidad en el ser humano y, con ello, poder realizar un estudio teológico con un fin práctico: reconocer una escala de espiritualidad en el contexto

hospitalario que sea útil para contribuir en el bienestar y mejoramiento de los pacientes, teniendo en cuenta la relevancia que supone la espiritualidad en este ambiente.

Es fundamental la presencia de la antropología, ya que, para adentrarse en la cuestión de la espiritualidad en el marco de la salud, es necesario partir de unos presupuestos antropológicos que se involucran en el estudio de los enfermos, sus familias y el personal sanitario, permitiendo entender el contexto cultural y las realidades particulares de los pacientes¹.

Al respecto, algunos estudios antropológicos muestran que, desde sus orígenes, el ser humano se ha cuestionado el principio y el fin de la vida, reflexionando al respecto de asuntos relacionados con la religión, la ética, el mito, la magia, la técnica y la filosofía, y cada una de estas cuestiones se ubica en una postura singular (Frazer, 1966).

Por su parte, la religión se basa en una vida presente que contempla el futuro, donde se espera la salvación sin dolor y sufrimiento, con una mezcla de esfuerzos naturales y participación de fuerzas sobrenaturales. La ética, en cambio, se fundamenta en el presente, donde se busca una vida virtuosa con esfuerzos prácticos en la cotidianidad. Mientras tanto, el mito mira hacia el pasado y concluye que el presente es resultado de las acciones previas de un ídolo particular. La magia es un saber práctico que intenta solucionar los problemas cotidianos del ser humano a través de invocaciones y procedimientos rituales para alcanzar un mejor futuro. Asimismo, la técnica se enfoca en el presente, tratando de solucionar, mediante mejoras en instrumentos y herramientas, la vida cotidiana.

Finalmente, la filosofía es un saber teórico que se ubica en el presente y se dedica a pensar para lograr identificar distintos momentos históricos y culturales del ser humano. El saber en sí es el objeto de ésta. Sin embargo, pese a la diferencia, estos asuntos poseen un denominador común que confirma la necesidad del ser humano para buscar la trascendencia en el futuro:

¹ Cada persona tiene el derecho autónomo de manifestar una serie de creencias y prácticas que dependen de factores tales como el origen geográfico, la cultura, la experiencia personal o la forma de ver la vida. Al experimentar la pérdida de la salud, esta asociación de factores puede generar, en mayor o menor medida, la expresión de esas creencias y prácticas.

una cierta vocación individual que reflexiona en torno al destino personal, y que es superior a la técnica o a lo puramente material e histórico (Sellés Dauder & Fidalgo Alaiz, 2020).

De acuerdo con lo anterior, se parte de la idea de que la dimensión espiritual es constitutiva de la persona humana, tanto de quienes asumen tenerla como de quienes reflexionan no tenerla. En ese sentido, de tal experiencia aparecen dos líneas que comparten entre sí elementos comunes: la experiencia espiritual y la experiencia religiosa. La espiritual se considera una percepción o intuición personal a la que llega el sujeto cuando experimenta un sentido metafísico o sobrenatural que emerge de sí mismo. La religiosa, por su parte, es más compleja, pues implica una vivencia colectiva con signos, símbolos, liturgias y un entorno histórico específico. Estos elementos permiten que el sujeto tenga una claridad sobre lo trascendente que no depende de percepciones o deducciones personales y que requiere de una comunidad y unos requerimientos establecidos y concretos. De acuerdo con Font, se podría decir que la religiosidad es un desarrollo de la espiritualidad con un marco contextual más avanzado y declarado (Font, 2017). Ese camino de la espiritualidad hacia Dios en la vocación humana es un proceso que no termina sino trasciende el ciclo vital. En ese proyecto se encuentran realidades que superan los sentidos, y se abre la posibilidad de que los creyentes encuentren a Dios (Jadad & Jadad , 2023).

No obstante, el cuidado de la salud en el entorno hospitalario se enfrenta a una formación positivista científica de parte del personal que allí labora, y existe una brecha entre lo puramente biológico y lo espiritual. En el ámbito de la relación entre la espiritualidad y la enfermedad, se debe entender que la enfermedad hace cuestionar al paciente por el sentido de la existencia, especialmente en procesos terminales de la vida (Riveros Rios, 2017). Es imposible desconocer esa realidad y, por esto, en el escenario hospitalario se deben desarrollar proyectos que favorezcan el diagnóstico de la espiritualidad y de la religiosidad, para que, de una manera objetiva, se integren al cuidado interdisciplinario de los pacientes.

Intervención clínica y espiritualidad, breve recuento

En los orígenes de la humanidad, las explicaciones relacionadas con las enfermedades y con sus tratamientos carecían de evidencias científicas, y los conocimientos sobre la estructura del cuerpo humano eran escasos, razón por la cual los chamanes y los médicos tradicionales

eran las principales autoridades en la intervención clínica y terapéutica, usando componentes espirituales como sus principales herramientas. En ese caso, el misterio y la magia desempeñaban un rol fundamental, y las causas de las alteraciones en la salud eran atribuidas a factores divinos o mágicos, llevando a la conclusión de que las mejores opciones de manejo salubre provenían de los dioses (Piedmont, 2001).

El pueblo de Israel, por ejemplo, manejó el concepto de salud en términos espirituales más que en términos médicos, como se puede constatar en la biblia hebrea, teniendo en cuenta que el término *shalom*², que se traduce como paz, podía significar salud y bienestar espiritual³. Para los egipcios y mesopotámicos, por otra parte, la salud y la integridad física se podían mantener siempre que la vida estuviera en armonía con la naturaleza, de manera que la concepción metafísica y mística prevalecía sobre los hechos fácticos (Ferndren, citado por Puchalski & Rumbold, 2014).

Entre tanto, la salud en la cultura griega, *Higeia*⁴, representaba un equilibrio de varios elementos del cuerpo, y la enfermedad significaba la alteración de ese equilibrio. La fisiología, en ese ámbito, se basaba en la existencia de cuatro fluidos corporales (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra); cuando el equilibrio de estos humores se alteraba, el manejo médico consistía en retornarlos a sus proporciones correctas en armonía con la naturaleza. Además, el concepto griego de salud incluía el concepto de la virtud moral como parte del equilibrio de los elementos del alma (Puchalski & Rumbold, 2014).

Los médicos, llamados hipocráticos, buscaron la comprensión teórica de las enfermedades y recurrieron a la filosofía⁵, que era la única disciplina que podía proporcionar formulaciones universales. Al respecto, muchos tratados hipocráticos revelan un enfoque que es a la vez

² Del hebreo: שלום (Ascunce, 2023).

³ Shalom, que a menudo es traducido como paz fue un concepto hebreo que denotaba un amplio e inclusivo concepto de salud que incluía bienestar espiritual (Puchalski & Rumbold, 2014).

⁴ De la mitología griega, **Higía** (en griego antiguo Ὑγίεια *Hygíeia*, o Ὑγεία *Hygeia*, ‘salud’) (Atsma, 2017).

⁵ La medicina hipocrática presentaba como enfoque terapéutico que se basaba en el poder curativo de la naturaleza, según esta doctrina, el cuerpo contiene de forma natural el poder intrínseco de sanarse (*physis*) y cuidarse (Garrison, 1966).

racional y empírico: racional en su ausencia de magia y demonios, y en la creencia de las causas naturales de la enfermedad, y empírico en la recopilación de historias de casos con descripciones cuidadosas de los síntomas⁶(Garrison, 1966).

En esta línea, otros médicos - filósofos como Galeno, defendieron la práctica de la medicina como filantropía, es decir, como amor a la humanidad, incorporando dentro de la medicina conceptos éticos y filosóficos (Nutton, citada en Puchalski & Rumbold, 2014).

La analogía cuerpo-alma fue empleada en casi todas las escuelas griegas. Debido a esto, se aceptaba que un individuo con buena salud se protegía de las enfermedades del alma con la práctica de la auto moderación. Así, la medicina y la filosofía se complementaban logrando una vida equilibrada cuyo fin era la felicidad; de ahí la conocida expresión “*mens sana in corpore sano*” (Mente sana en cuerpo sano) (Juvenal, citado en Puchalski & Rumbold, 2014).

Por su parte, el cristianismo introdujo la idea de dolor y sufrimiento como propósito redentor y santificador. Hasta entonces se pensaba que sin salud no valía la pena vivir (Nutton, citada en Puchalski & Rumbold, 2014). Sin embargo, para el cristianismo primitivo, la salud no era una virtud, sino una bendición que provenía de Dios. La parábola del buen samaritano, por ejemplo, influyó significativamente en el cuidado de los enfermos (Biblia de Navarra , 2004, Lc 10, 25:37). A partir de las enseñanzas de Jesús, la medicina cristiana buscó replicar la compasión hacia quien padecía alguna enfermedad, entendiendo el cuidado al otro como una oportunidad para realizar un examen personal que podría traer iluminación espiritual⁷.

⁶ El más conocido de sus escritos es el Juramento Hipocrático. No se sabe cuándo fue escrito, la mención más antigua es del siglo I D.C. Aquellos que tomaron el Juramento, juraron por Apolo, Asclepio y otros dioses y diosas de la curación para proteger su vida y el arte “en pureza y santidad”. El juramento fue considerado durante el período imperial romano como un estándar de comportamiento profesional, no es tampoco una recopilación de “historias de casos con descripciones cuidadosas de los síntomas”. Quizás lo sea el Corpus Hipocraticum.

⁷ Aunque los cristianos creían que el sufrimiento podía ser el castigo de Dios por el pecado, no pregonaban una relación entre el pecado y el sufrimiento, más bien lo vieron como un medio de gracia para el beneficio espiritual del que sufre. Tan universal, sin embargo, ha sido la conexión entre el fracaso moral y la enfermedad que ha seguido siendo una teodicea dominante en muchas sociedades, incluida la nuestra (Ortiz Martínez, 2022).

No obstante, a medida que se expandieron progresivamente conceptos científicos en la práctica médica, la espiritualidad se distanció del concepto de la curación, creándose una desconexión entre las nociones de curación científica, religiosidad y espiritualidad. Así, durante la mayor parte del siglo XX, la medicina ignoró la espiritualidad o la consideró un elemento nocivo para la atención médica. Se pensó, entonces, que estas creencias habían perdido viabilidad en el mundo moderno. Dado esto, autores como Freud insistieron en que tales creencias eran neuróticas e irracionales⁸ (Barroso, 2013).

Sin embargo, en las décadas de 1980 y 1990, algunas investigaciones⁹ mostraron que la religiosidad podía tener efectos positivos para la salud, independientemente de que se basaran en realidades y creencias no materiales: Dios, oración, vida después de la muerte, etc. Al respecto, puede resaltarse que, en la actualidad, una buena parte de los médicos en países desarrollados como Estados Unidos, profesan o practican la espiritualidad y la religiosidad, y entienden que la espiritualidad tiene un efecto positivo en la salud (Ferndren, 2000). De la misma forma, menos del 5 % opina lo contrario, y una gran mayoría cree que Dios interviene en el bienestar de los pacientes (Puchalski & Rumbold, 2014).

Estado del arte

La Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB); es una institución centrada en la atención y el reconocimiento humano del paciente. Esta definición de atención centrada en la persona se desarrolló de manera multidisciplinar en 2018, y se enfoca en una atención cálida, empática, compasiva, segura y oportuna, que se fundamenta en el respeto por la autonomía, las necesidades, expectativas y valores del paciente y su familia, y es brindada por un equipo humano apasionado por el servicio y por el compromiso social y ambiental.

⁸ Dentro del campo específico de la reflexión psicológica, Sigmund Freud (1856-1941), padre del psicoanálisis, considera la religión como “neurosis obsesiva universal”.

⁹ (Emmons, 1999), (Howard , 1995), (Krmptotic, 2016), (Koenig, 2012), (Peterman, 2002), (Phillips, 2006), (Ledbetter, Smith, L.A. , & Fischer, 1991), (Moberg, 1979), (Landis, 1996) y (Park, 2010).

La clínica se encuentra afiliada a la Joint Commission International¹⁰, institución que impulsa constantemente una asistencia médica que integre la religiosidad y/o la espiritualidad, y entiende que este tipo de apoyo varía dependiendo del contexto propio de cada hospital. Por tanto, esta clase de sustento espiritual terapéutico debe tener características propias de acuerdo con las necesidades de la población que asiste. Por esto, es muy importante conocer cuál es el nivel de la espiritualidad propio de cada Institución (Joint commission international accreditation standards for hospitals, 2016). Es fundamental reiterar que el proyecto se realiza dentro de un marco ecuménico, ofreciendo esta posibilidad a todas las confesiones religiosas, y también a quienes se consideran agnósticos, teniendo en cuenta la condición de laicidad defendida por la fundación Santa Fe¹¹.

Actualmente, los médicos con experiencia reconocen que la mejoría de la salud va más allá del conocimiento médico (WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs, (SRPB), 1998). Por lo tanto, es ideal tener una visión integral del mundo vivido por el paciente e identificar el espacio que tienen los factores espirituales en la enfermedad. Los conceptos de salud siempre han reflejado la cultura en la que se desarrollan (Saad & De Medeiros, 2016). En ese sentido, es muy importante para la FSFB fortalecer la relación médico-paciente, entendida como “un encuentro clínico entre una persona que busca ayuda

¹⁰ La Joint Comisión Internacional es una organización sin ánimo de lucro que identifica, mide y comparte las mejores prácticas en calidad y seguridad para el paciente. Esta brinda soluciones innovadoras e impulsa el liderazgo para ayudar a las organizaciones de atención en salud.

Modelo Planetree: es un camino estructurado, medible y probado hacia la excelencia en los servicios de salud

¹¹ Desde su inicio, la FSFB se ha caracterizado por su condición de laicidad (Esguerra, 2017). Vale la pena hacer claridad sobre la diferencia entre laicidad y laicismo, ya que este es un tema de actualidad y controversia: Se entiende por laicidad el respeto entre iglesia y estado, aspecto fundamentado en la autonomía de cada una de las partes. El estado debe ser autónomo respecto a las leyes eclesiásticas, pues esto garantiza el ejercicio de la libertad de creencias y de cultos, y es compatible con la cooperación con todas las confesiones religiosas dentro de los principios de libertad religiosa y neutralidad. El laicismo, en cambio, propone una autonomía de la política respecto al orden moral y quiere mantener la religión en la esfera puramente privada; atenta contra el derecho a la libertad religiosa y perjudica el orden social.

para el cuidado de su salud y un profesional de la salud, cuya ayuda es buscada¹²” (Siegler, 1981).

Descripción del tema

El enfoque holístico en la salud se relaciona con el funcionamiento del ser humano de una manera integral, es decir, conociendo los aspectos biológicos, mentales, emocionales y sociales que forman parte de cada individuo. El médico Alejandro Jadad menciona que la salud es la capacidad de las personas o de las comunidades para adaptarse y autogestionar los desafíos físicos, mentales o sociales que se les presenten en la vida (Jadad & Jadad , 2023). De la misma forma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta el hecho de que:

La salud es el estado completo de bienestar físico y social de una persona y no solo la ausencia de enfermedad [en ese sentido] el valor de los elementos espirituales y calidad de vida ha llevado a una visión más integral de la salud que incluye, no solamente los aspectos físicos, sino una dimensión no material (Irreña, 2016).

Así, la espiritualidad en la salud es un tema de gran relevancia actual en relación con los diagnósticos médicos y la eficacia de los tratamientos desarrollados. En ese caso, este tema ha sido ampliado y desarrollado por la OMS desde la década de 1980 con el fin de que la espiritualidad sea incorporada oficialmente en el concepto de la salud en relación con la calidad de vida, defendiendo el examen de aspectos que contienen espiritualidad, religiosidad y creencias del individuo, en donde el paciente es la fuente primaria de información. Esta organización entiende a la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su

¹² Esta relación debe tener un correcto balance que en ocasiones no es fácil de obtener, pues suele variar entre una especie de paternalismo médico y la desproporcionada autonomía del paciente. En estos términos, es indispensable encontrar un justo equilibrio entre el paternalismo médico y la autonomía excesiva del paciente, teniendo en cuenta que la relación médico-paciente debe ser un encuentro humano balanceado entre los derechos de los pacientes y las responsabilidades de los médicos. Esta relación, no obstante, es dinámica y debe considerar los valores espirituales, actitudes y personalidad de cada uno de los involucrados (Ortiz Martínez, 2022).

posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (Irreña, 2016).

En esa medida, la OMS recomienda integrar la espiritualidad como una cuarta dimensión en el concepto de salud. Por lo tanto, el concepto moderno de salud debe incluir cuatro conceptos: Biológico, psicológico, social y espiritual. Estas afirmaciones explican la progresiva aceptación de la espiritualidad y religiosidad como parte relevante para la recuperación del estado de salud (WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs, (SRPB), 1998).

El fin de la medicina no solo es sanar o mejorar el componente biológico de la salud, sino que debe ayudar, acompañar, consolar y cuidar a seres humanos integrados por diversos factores como la espiritualidad y, debido a ello, los programas de espiritualidad en relación con el ambiente hospitalario deben lograr un balance entre el respeto a la autonomía del paciente y el beneficio médico. Pese a que esta postura pueda generar controversia, la dimensión espiritual de los pacientes debe ser atendida e incluida dentro del contexto de programas terapéuticos médicos, teniendo en cuenta que está comprobado que las instituciones que impulsan estos programas de espiritualidad como parte integral de sus planes, obtienen mejores resultados en el manejo integral de sus pacientes (Jadad & Jadad, 2023) y (Joint commission international accreditation standards for hospitals, 2016).

Espiritualidad y recuperación de la salud

Espiritualidad

Existen varios conceptos de espiritualidad y se debe reconocer que su definición puede ser un tanto ambigua. Una propuesta común la define como la relación personal de un individuo con lo trascendente¹³, al tiempo que se comprende como aquello que no es material, sino que tiene que ver con el espíritu. Decker; define espiritualidad como “la búsqueda de sentido y

¹³ Del latín “trascendere”, subir por encima o más allá, superar.

propósito que incluye la trascendencia de la propia existencia que va más allá de lo físico y lo psicológico” (Decker, citado en Shafranske & Sperry , 2004).

De la misma forma, también se ha definido como la búsqueda de los últimos significados, la finalidad, el objetivo y la importancia de la relación con la vida y la experiencia humana. Puede entenderse globalmente como la búsqueda individual o comunitaria de lo trascendental, del significado y propósito de la vida que puede incluir un sentido de conexión con los demás, con la naturaleza y/o con lo divino. Autores como Koenig afirman que la espiritualidad se puede encontrar a través de una conexión con la naturaleza, o a través del compromiso religioso (Koenig, citado por Ledbetter, 1992).

Un concepto de espiritualidad incluye 7 dimensiones principales de acuerdo con las sociedades seculares (Smoyak, 1982) y son estas:

1. Oración, confianza, Dios y refugio.
2. Perspicacia, conciencia y sabiduría.
3. Convicción de trascendencia.
4. Compasión, generosidad y paciencia.
5. Interacciones conscientes.
6. Gratitud, reverencia y respeto.
7. Ecuanimidad.

Y esto permite afirmar que la espiritualidad es una construcción compleja que combina temas trascendentes para el individuo y que le permite reflexionar y trabajar con la comunidad buscando soluciones.

Recuperación de la salud: instrumentos que miden aspectos de la espiritualidad y/o religiosidad

El trabajo de investigación que se desarrollará en la FSFB incluye emplear un instrumento para evaluar la espiritualidad o religiosidad de los pacientes. Existen diferentes formas de categorizar esta evaluación, relacionándola con los siguientes aspectos:

1. Intensidad de convicciones, actitudes y esperanzas.
2. Frecuencia de distintas prácticas y/o actividades.

3. Bienestar espiritual, significado y propósito.
4. Estrategias y recursos de afrontamiento.
5. Necesidades psicosociales y espirituales.

Como lo afirma Puchalsky, antes de elegir el instrumento, se debe tener en cuenta el objetivo y el contexto del estudio que se va a realizar, considerando las siguientes preguntas:

1. ¿Se aplica a pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas?
2. ¿Busca definir el bienestar espiritual, intensidad o diferenciación de prácticas (formas, frecuencia, angustia, necesidades)?
3. ¿Pretende evaluar efectos de distintas intervenciones espirituales en un entorno de atención médica?

En este proceso investigativo se requiere una evaluación continua que puede emplear estos dos métodos:

1. Escalas: son cuestionarios estandarizados autoadministrados, y tienen el beneficio de comparar las puntuaciones respectivas con otros estudios.
2. Entrevistas semiestructuradas realizadas a los pacientes en el hospital: estas tienen la ventaja de brindar una visión más profunda e involucrar al paciente en el diálogo.

Cada enfoque tiene fortalezas y debilidades y, como se ha mencionado en los últimos años, la mayoría de los instrumentos que miden la espiritualidad han sido validados y desarrollados en países anglosajones. Algunos de ellos ya han sido validados en pacientes en países latinoamericanos (Kay Coleen, 1996) y (Gonzales Rivera , Veray , & Rosario , 2017).

Breve descripción de los instrumentos validados

Existen múltiples escalas de medición de la espiritualidad que ya han sido validadas y con las cuales se puede llegar a precisar e identificar, midiendo su posible impacto. La validez de una escala se refiere: “al grado de confianza que se puede tener de que la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo”. ¿Cómo se puede saber si una escala es validada? Implica efectuar una cuidadosa revisión sistemática de la literatura

disponible y eventualmente una consulta de expertos en el área (Lamprea & Gómez Restrepo, 2007).

Las escalas de bienestar espiritual (EBE) evalúan la percepción subjetiva de las personas conforme a su propio sentido de bienestar espiritual (BE). Debe decirse que fueron desarrolladas para ser herramientas de autoevaluación y para establecer el cómo se perciben aspectos generales y específicos de ese bienestar.

Este bienestar espiritual (BE) puede ser un bienestar religioso (BR), o puede no serlo y expresarse como un bienestar existencial (BEX) (Ellison, 1983) y (Puchalski & Rumbold, 2014). El BR es una autoevaluación de la relación individual con Dios. Algunos investigadores han encontrado útil indicar que Dios puede entenderse como un “poder superior” que es significativo para el sujeto, en sus creencias religiosas o culturales (Ellison, 1983). Los elementos de bienestar existencial (BEX) son una autoevaluación del sentido propio de la vida y su propósito, “es una experiencia positiva, inquietud por el futuro, satisfacción y significado” (Ellison, 1983).

Las EBE fueron creadas hace cerca de 32 años para ser indicadores sociales de la calidad de vida. Son diferentes a los indicadores sociales comunes de esa época, que frecuentemente evaluaban otros aspectos de dicha calidad y que reflejaban el acceso y la cantidad de bienes, servicios o cosas tangibles (Diener, 2008) y (Myers, 1995).

Los estudios de Frankl y el modelo de personalidad propuesto por Maslow mencionan que una vez satisfechas las necesidades básicas, los valores y motivos “espirituales” de orden superior toman prioridad (Frankl, 1963) y (Boeree, 2003). Detrás del concepto de BE está implícita la noción de que las personas necesitan trascendencia. Al trascender las preocupaciones inmediatas, la mente de las personas va más allá de sí mismas y hace atribuciones sobre el significado de eventos en su entorno pasado, presente y futuro.

Desde la primera publicación de las escalas de bienestar espiritual (EBE) en 1982, se han desarrollado en las últimas décadas investigaciones¹⁴sobre el papel de la espiritualidad en el cuidado de la salud, y han crecido con gran rapidez¹⁵.

Existe una variedad de estudios que utilizan las EB desarrollando el concepto de BE, el cual está relacionado con variables de salud mental y con condiciones de salud física. El concepto de espiritualidad está relacionado con el bienestar espiritual (Ellison, 1983), que es un indicador de qué tan bien le está yendo a una persona respecto a los problemas que enfrenta. Por tanto, se puede afirmar que BE es la percepción subjetiva de bienestar de una persona en las dimensiones religiosa y/o existencial, de acuerdo con la espiritualidad de cada individuo.

La investigación específica sobre la relación entre las EBE y la salud integral muestran que la forma como cada persona enfrenta las dificultades que se le presentan en su vida es diferente, y puede desempeñar un papel importante en el mantenimiento de su salud y en el manejo de los problemas que surgen con la enfermedad. Por lo tanto, las escalas de bienestar espiritual; son una valiosa ayuda para enfrentar y sobrellevar mejor el dolor y el sufrimiento (Piedmont, 2001).

Uso aplicado de la escala de bienestar espiritual

En la aplicación de las escalas de bienestar espiritual se ha encontrado, repetidamente, que las puntuaciones bajas en esta, y sus subescalas, predicen puntuaciones más altas en estados de depresión y ansiedad, menor satisfacción conyugal, menor resistencia para hacer frente a una enfermedad terminal, mayor abuso de alcohol y otras sustancias (Bufford R. R., 1994), (Bufford R. P., 1991). Recientemente se han realizado investigaciones utilizando las escalas expuestas anteriormente para explorar el bienestar psicológico en asociación con la salud mental y física (Barroso, 2013).

¹⁴ (Bufford R. R., 1994), (Bufford R. P., 1991) y (Coleman, 1999).

¹⁵ La mayoría de las escalas e instrumentos que miden la espiritualidad, han sido desarrolladas en inglés, pero recientemente se han realizado traducciones fiables y probadas al español (Kay Coleen, 1996).

Estudios de salud y bienestar en general demuestran mejores resultados en los pacientes cuando los puntajes de BE o BR son mayores. Estos han sido probados en patologías tales como respuesta al estrés, presión arterial, frecuencia cardíaca, violencia doméstica, SIDA y salud inmunológica, diabetes, síndrome de intestino irritable, insuficiencia renal, depresión, ansiedad, violencia doméstica, calidad del sueño, delincuencia juvenil y suicidio¹⁶.

A continuación, se mencionan algunas escalas ya validadas que se han empleado en algunos estudios médicos y que pueden ser la base para desarrollar la escala que podrá ser aplicada en la FSFB.

1. The spirituality scale, holistic assessment of the human spiritual dimension

En esta investigación se desarrolla una escala de espiritualidad como un instrumento holístico, psicométrico de investigación en 240 pacientes con enfermedades crónicas. Define la espiritualidad como un fenómeno multidimensional que es experimentado de manera universal, en parte socialmente construido, y desarrollado individualmente a través de la vida (Delaney, 2005).

Este modelo promueve que la espiritualidad es un concepto que está enmarcado dentro de un contexto personal y la autora señala cuatro dominios importantes en su conceptualización de la espiritualidad:

1. Autodescubrimiento: se fundamenta en el hecho de que el camino espiritual comienza con una reflexión interna, a través de la búsqueda del significado y propósito. Este proceso de búsqueda conduce al crecimiento, a la sanación y a la transformación interior.

2. Relaciones con otros: explica que existe una profunda conexión integral con otros, basada en un sentido de respeto y reverencia a la vida.

3. Conciencia ecológica: se define como una conexión integral con la naturaleza con base en un tratamiento respetuoso por el ambiente y por la creencia de que la tierra es sagrada.

¹⁶ (Paranjape, 2010), (Cotton , Larkin, Hoopes, Cromer, & Rosenthal, 2005), (Brown, 2009), (Coleman, 1999), (Dalmida, 2009), (Yampolosky, 2008), (Ledbetter S. F.-H., 1992), (Toh, 1994) y (Bufford R. R., 1994).

4. Poder superior/Inteligencia universal: se define como el reconocimiento de un poder superior o inteligencia universal que puede, o no, ser parte de prácticas religiosas formales. La escala analiza los siguientes factores en relación con el yo:

1. Tener un sentido de propósito.
2. Ser feliz con la persona que se ha llegado a ser.
3. Ver lo sagrado en la vida diaria.
4. Meditar para tener contacto con el espíritu.
5. Creer en un poder superior / inteligencia universal.
6. Creer que todas las criaturas vivientes merecen respeto.
7. Valorar el mantener y alimentar relaciones humanas con los demás.
8. Utilizar el silencio para lograr un contacto con el propio yo.
9. Creer que la naturaleza debe ser respetada.
10. Tener una relación con un poder superior / inteligencia universal.
11. Entender que la propia espiritualidad brinda fortaleza interna.
12. Aceptar que la fe es un poder superior / inteligencia universal que ayuda a enfrentar los retos de la propia vida.
13. Respetar la diversidad de personas.
14. Aceptar la oración como parte integral de la naturaleza espiritual.
15. Experimentar el sentimiento de comunidad con el universo.

Los resultados informan que la escala es confiable, válida y facilita la inclusión de la espiritualidad dentro del contexto global del cuidado de la salud. En ese sentido, transforma la visión del cuidado de enfermería y es un vehículo para optimizar los resultados médicos de los pacientes.

2. Escala de espiritualidad personal (EEP) en adultos

El autor y sus colaboradores desarrollaron, validaron y realizaron una descripción teórica de la escala de espiritualidad personal (EEP) en adultos en Puerto Rico analizando las propiedades psicométricas de la EEP en un total de 347 participantes en un estudio de carácter exploratorio y psicométrico (González-Rivera, 2017). Los resultados reflejan una solución de tres factores:

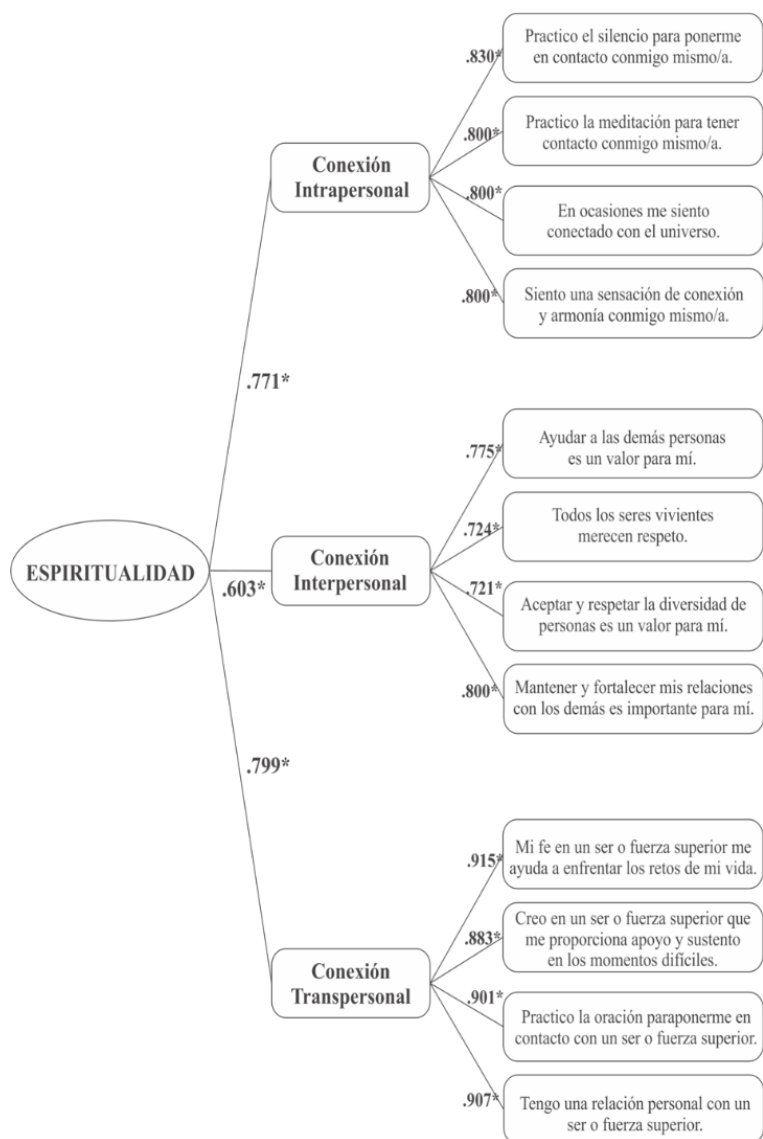
1. **Conexión intrapersonal:** búsqueda de sentido de la experiencia humana, a través del autodescubrimiento y la armonía de la conexión interior personal. Se adquiere y se fortalece por medio de algunas prácticas espirituales: la meditación, la reflexión y el silencio (espacio para el autodescubrimiento).
2. **Conexión interpersonal:** capacidad de relacionarse respetuosamente con los demás. Se logra a través del amor, el respeto y la compasión. Esta dimensión se potencia en la medida en que los seres humanos establecen conexiones saludables en todos sus ámbitos y considera que un ser humano se evalúa espiritualmente.
3. **Conexión transpersonal:** presenta dimensiones intangibles trascendentales de la experiencia humana ligadas a aspectos del contexto sociocultural, ambiental e histórico de cada ser humano. Uno de los componentes principales de la trascendencia es la unión teísta.

El índice de confiabilidad de la escala fue 0.84, resultados que sugieren que la EEP tiene el potencial para medir este constructo en adultos y, además, puede permitir el avance de nuevas investigaciones sobre el fenómeno de la espiritualidad.

Esta escala establece los siguientes criterios de la espiritualidad personal:

1. Creer en un ser o fuerza superior que proporciona apoyo y sustento en los momentos difíciles.
2. Practicar la meditación para tener contacto con el yo.
3. Aceptar y respetar la diversidad de las personas y entenderlo como algo importante.
4. Entender que la fe en un ser o fuerza superior ayuda a enfrentar los retos de la propia vida.
5. Practicar el silencio para alcanzar el contacto interior personal.
6. Pensar que mantener y fortalecer relaciones humanas con los demás es importante.
7. Defender que todos los seres vivientes merecen respeto.
8. Considerar importante ayudar a las demás personas.
9. Practicar la oración para lograr un contacto con un ser o fuerza superior.
10. Sentir una sensación de conexión y armonía con el propio yo.
11. Tener una relación personal con un ser o fuerza superior.
12. Sentirse conectado con el universo.

Plantea el siguiente modelo estructural de la EEP (Análisis Exploratorio).



Coefficiente Producto-Momento Pearson, $n = 347$, $p = .01$

3. The Spiritual Well-Being Scale (SWBS)

Es esta otra de las escalas analizadas y consiste en un instrumento desarrollado por Paloutzian 1982 y Ellison 1983 para evaluar la percepción de las personas sobre su propio sentido de bienestar espiritual, sea religioso o no, en el contexto de la calidad de vida y del bienestar subjetivo respectivamente (Paloutzian, 1982) y (Ellison, 1983). Esta escala es una de las más empleadas en los Estados Unidos y proporciona un indicador general del bienestar espiritual.

Mide la percepción de calidad de vida espiritual; consta de 20 ítems: 10 relacionados con el bienestar religioso (autoevaluación de la relación de la persona con Dios) y 10 con el bienestar existencial (autoevaluación del sentido del propósito y la satisfacción con la vida), tiene una traducción confiable al español (Kay Coleen, 1996).

Conclusiones

Es fundamental reconocer el nivel espiritual propio de los pacientes que son atendidos en la Fundación Santa Fe de Bogotá aplicando un instrumento validado, modificado o creado en la institución, que mida este constructo. Se propone así desarrollar una herramienta que contribuya al fortalecimiento y mejoría de la espiritualidad. Este debe ser un instrumento para utilizarse en futuras investigaciones y debe tener continuidad en su implementación y ejecución para enviar mensajes al alcance de todos los pacientes con el fin de que fortalezcan e incrementen su espiritualidad.

Además, es importante estudiar el impacto que tiene en diferentes desenlaces clínicos con el objetivo de contribuir positivamente en la recuperación de la salud de los pacientes, mejorando su bienestar, calidad de vida y aceptación de su condición de salud. Es necesario precisar que el nivel y tipo de espiritualidad, por sí mismo, desempeña un papel destacado en la forma como una persona enfrenta los problemas relacionados con la salud y con el grado de bienestar espiritual que percibe, y tiene una alta relación con el concepto de bienestar general (Piedmont, 2001) y (Masters, 2013).

Con este proyecto, la FSFB busca seguir liderando e influyendo positivamente en el sector de la salud para contribuir al bienestar de los individuos y de las comunidades en Colombia y América Latina. Es esencial mencionar que la idea central de la presente tesis no promueve que deban impulsarse formas particulares de espiritualidad o que los pacientes deban ser alentados o manipulados para “ser espirituales”. Por lo tanto, se debe garantizar la autonomía del paciente en cualquier programa integral de atención médica que conciba la espiritualidad como aspecto relevante dentro de la recuperación del individuo.

La concepción de la espiritualidad como elemento clave para la recuperación del paciente, no solo debería estar relacionado con la gravedad de la enfermedad o el trastorno que se

padezca, debe enfocarse a todos los pacientes que presenten una pérdida importante de su salud.

Es un hecho comprobado el resurgimiento contemporáneo de la espiritualidad. Se reconoce que el “espíritu” está regresando a la posmodernidad. La secularización que se vive a nivel social no se encuentra necesariamente vinculada a la conciencia individual.

Algunas instituciones religiosas han perdido poder e influencia en la sociedad (Edwards A, 2010), pero las creencias, la espiritualidad y la religiosidad y sus prácticas han permanecido en la vida de las personas. Tanto la religiosidad como la espiritualidad ayudan a los pacientes a comprender mejor su dolor y sufrimiento, brindan una atención compasiva y ofrecen consuelo espiritual que es un aspecto muy importante (Murphy, 2008).

La investigación sobre las relaciones entre el bienestar espiritual (BE) y la salud mental y física muestra que el amplio espectro bajo el cual una persona percibe interpreta y enfrenta las dificultades de la vida, puede desempeñar un papel importante en su salud y en el manejo de los problemas que vienen con la enfermedad.

Finalmente, debe decirse que es elemental apoyar a las personas que asisten a la Fundación Santa Fe de Bogotá para que, durante su estancia, logren ser conscientes de la espiritualidad y/o religiosidad que tengan y la consoliden para que esta tenga impacto en su salud, incluso que les sirva de guía o de impulso para que, una vez que superen su estadía en la Fundación, la sigan teniendo como algo importante en su vida y en la vida de su familia. La investigación desde la teología puede dar insumos muy importantes para el análisis de la espiritualidad en los pacientes y la importancia de una comprensión holística de la misma.

Bibliografía

Ascunce, D. (2023). *Biblia Kadosh Israelita Mesiánica*. Obtenido de Biblia Kadosh Israelita Mesiánica: bibliatodo.com/la-biblia/version/kadosh-israelita-mesianica

Atsma, A. J. (2017). *theoi.com*. Obtenido de theoi.com.

Barroso, C. V. (2013). Intersecciones entre espiritualidad/religiosidad y psicología: desde la Filosofía hasta la neurociencia. *Revista de historia de la psicología*, 67-88.

- Barroso, C. V. (2013). *Neurociencia, Intersecciones entre espiritualidad/religiosidad y psicología: desde la Filosofía hasta la Neuorciencia*. Madrid: REVISTA DE LA HISTORIA DE LA PSICO.
- Biblia de Navarra* . (2004). Eunsa .
- Boeree, G. (2003). *Biografía y teoría de la personalidad de Abraham Mashllow* .
- Brown, D. (2009). Health promotion behaviours among African American women [dissertation]. - *Coral Gables: University of Miami*.
- Bufford, R. P. (1991). Norms for the spiritual well-being scale. *J Psychol Theol* , 56–70.
- Bufford, R. R. (1994). *Spiritual well-being and depression in psychotherapy outpatients*. Christian Association for Psychological.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *Am Psychol*, 117–24 .
- Coleman, C. H. (1999). Spirituality, psychological wellbeing, and HIV symptoms for African Americans living with HIV disease. - *Ass Nurses AIDS Care* , 42–50. .
- Cotton , S., Larkin, E., Hoopes, A., Cromer, B., & Rosenthal, S. (2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviours. *J Adolesc Health*.
- Dalmida, S. H. (2009). Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status among women living with HIV/AIDS. *Women Health* , 119–143.
- Delaney, C. (2005). The Spirituality Scale, holistic assessment of the human spiritual dimension. *Journal Holistic Nursering*, 145-167.
- Diener, E. B.-D. (2008). *Happiness: Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth*.
- Edwards A, P. N. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta- study of qualitative research. *Palliat Medicine* , 753-770.
- Ellison, C. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *J Psychol Theology*, 332–40.
- Emmons, R. (1999). *The Psychology of Ultimate Concerns: Motivation and Spirituality in Personality*-. Guilford Press.
- Esguerra, A. (2017). *La Fundación Santa Fe de Bogotá: Sus primeros años*. Fundación Santa fe de Bogotá .
- Ferndren, A. D. (2000). The history of science and religion in the western tradition: an encyclopedia. *Medicin*, 485-87.
- Font, J. (2017). Vista de naturalización de la espiritualidad. *Pensamiento*, 73, 633.
- Frankl, V. (1963). *Man's Search for Meaning*. -Washington Square Press.

- Frazer, G. (1966). *La rama dorada, magia y Religion*. -Fondo de cultura económica.
- Garrison, F. (1966). *History of Medicine*. -Saunders Company.
- Gómez , R., & Fisher , J. W. (2005). The Spiritual Well-Being Questionnaire: testing for model applicability, measurement and structural equivalencies and latent mean differences across gender. *Personal Individ*, 1383–1393.
- Gomez, R. - (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire . *Personal Individ Diff* , 1975–1991.
- Gonzales Rivera , J., Veray , J., & Rosario , A. (2017). *Desarrollo, Validación y Descripción Teórica de la Escala de Espiritualidad Personal en una muestra de Adultos en Puerto Rico*. -Universidad Carlos Albizu San Juan.
- González-Rivera, V-A-A-R. (2017). Desarrollo, validación y descripción teórica del la Escala Espiritualidad personal (EEP) en adultos en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología* , 388-404.
- Howard , J. T. (1995). The effect of short-term hospitalizations on the spiritual well-being of psychiatric, adolescent inpatients [dissertation] . *The effect of short-term hospitalizations on the spiritual well-being of psychiatric, adolescent inpatients [dissertation]* . George Fox University.
- Irreña, J. L. (2016). *Antropología teológica* . Eunsa.
- Jadad, A., & Jadad , T. (2023). *Healthy No Matter What: How Humans Are Hardwired to Adapt*. Penguin Random House.
- (2016). *Joint commission international accreditation standards for hospitals*.
- Juan Gullermo Ortiz Martínez. (2022). El dolor y el sufrimiento en la enfermedad: Perspectiva teológica desde los cuidados paliativos. *Tesis*. Universidad de la Sabana.
- Juvenal. (2011). *Satires* . A. S. Kline.
- Kay Coleen, B. (1996). *A Spanish translation of the Spiritual Well-Being Scale: preliminary validation [dissertation]*. George Fox University ProQuest Dissertations Publishing.
- Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *Psychiatry*.
- Krmpotic, C. (2016). *La espiritualidad como dimensión de la calidad de vida, exploraciones conceptuales de una investigación en curso*.
- Lamprea, J. A., & Gómez Restrepo, C. (2007). Validez en la evaluación de escalas. *Revista colombiana de psiquiatría* -, 1-9.

- Landis, B. U. (1996). spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness-. *Iss Ment Hlth*, 217–33 .
- Ledbetter, M., Smith, L.A. , & Fischer, J. (1991). An evaluation of the research and clinical usefulness of the Spiritual Well-Being Scale. *J Psychol Theol*, 49–55.
- Ledbetter, S. F.-H. (1992). An evaluation of the construct validity of the Spiritual Well-Being Scale: a confirmatory factor analytic approach. *Journal of Psychology and Theology*, 94-102.
- Masters, K. ., (2013). Religion, spirituality, and health. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, 519-539.
- Moberg, D. (1979). The development of social indicators of spiritual well-being for quality of life research-. En D. Moberg, *Spiritual Well-Being: Sociological Perspectives*. Washington.
- Murphy, P. F. (2008). *factor model for the FACIT-Sp* . *Psycho-oncol*, 908–916.
- Myers, D. ., (1995). Who is happy? *Psychol Sci* , 10–19 .
- Nutton, V. (2004). *Ancient Medicine*.Routledge.
- Paloutzian, R. ., (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life . In: L.A. Peplau , D. Perlman (eds) Loneliness: a Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. *Wiley-Interscience* , 224–37.
- Paranjape, A. -(2010). Family violence exposure and health outcomes among older African American women: does spirituality and social support play a protective role? -. *Womens Health* , 1899-1904.
- Park, C. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol Bull* , 257–321
- Peterman, A. ., (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therap-Spiritual Well-being Scale. *FACIT* .
- Phillips, K. -(2006). Spiritual well-being, sleep disturbance, and mental and physical health status in HIV-infected individuals. *Iss Ment Hlth Nurs* , 125–41 .
- Piedmont, R. L. (2001). Spiritual transcendence and the scientific study of spirituality . *J Rehabil* , 4–14 .
- Puchalski, C. M., & Rumbold, B. (2014). *Oxford textbook of spirituality in healthcare*. Oxford: Oxford University Press.
- Riveros Rios, M. ((2017).). Bioethical aspects from the personalist vision of spirituality in the management of people in health area. *Anales de la facultad de ciencias médicas*, 25-50.

- Saad, M., & De Medeiros, R. (2016). Programs of religious/spiritual support in hospitals - five “Whies” and five “Hows”. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*.
- Sellés Dauder, J. F., & Fidalgo Alaiz, J. M. (2020). *Antropología filosófica: la persona humana*. Eunsa.
- Shafranske, E., & Sperry, L. (2004). *Spiritually Oriented Psychotherapy*.
- Siegler, Mark (1981). Clinical medical ethics. *Springer*, 9-16.
- Smoyak, S. A. (1982). Loneliness: a Sourcebook of current theory, research and therapy. *Wiley-Interscience*, 224-237.
- Toh, Y. (1994). The evaluation of a church-based lay counseling program: some preliminary data. *J Psychol Christian*, 270-275.
- WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs, (SRPB). (1998). *World Health Organization*, 2–23.
- Yampolosky, M. (2008). The role of spirituality in coping with visual impairment. *J Vis Impairment Blindness*, 32–41.