

Revista electrónica de
Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Revista Electrónica de Psicología
Iztacala
Vol. 7 No. 2
Marzo de 2004**

LAS CREENCIAS RELIGIOSAS Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

Teresa L. González Valdés¹
Escuela Latinoamericana de Medicina.

RESUMEN

Se hace una revisión sobre la religión y la salud y se establecen los beneficios que generalmente determinan las creencias y prácticas religiosas en el proceso salud-enfermedad, destacándose sus caracteres extrínsecos e intrínsecos, así como los factores psicológicos y sociales que explican tales influencias.

Se concluye lo necesario de llevar a la práctica por parte de los trabajadores de la salud, los conocimientos aportados por los recientes estudios, tomando en cuenta la religión de las personas que son objeto de su cuidado en la familia y en la comunidad.

Palabras Claves: religión, proceso salud-enfermedad, estilo de vida, afrontamiento y apoyo social.

ABSTRACT

A revision is made on health and religion, establishing the benefits derived from religious practice and beliefs in relation to the health-illness perspective. Intrinsic and extrinsic characteristics are emphasized as so psychological and social factors which explain these influences. It is concluded that it is necessary that health professionals put into practice the results of recent research, taking into account the religious beliefs of those individuals under their care in the family and in the community.

¹ Mcs y Profesora Auxiliar. Dpto. de Psicología. Escuela Latinoamericana de Medicina. Suárez No. 15. Habana 2. C.P. 10200. Cuba. e-mail: gteresa@infomed.sld.cu

Key words: religion, health-illness process, life style, coping and social support.

La religión fue concebida por Marx en su momento, como “el opio del pueblo” por considerar que tiende a la conformidad de sus creyentes e impide que éstos luchen por transformar el mundo de las injusticias que lo dominan; pero los tiempos han cambiado y las religiones no se han quedado atrás, y muchas de ellas ya se han sumado a la búsqueda de dar solución a los grandes problemas de que es víctima la humanidad, y constituyen, según Pargament (1997) una estrategia de afrontamiento activo para superar mejor los problemas de la existencia, puesto que le permiten al individuo:

1. Buscar significado existencial para ciertas situaciones estresantes de la vida.
2. Construir o reconstruir los eventos o problemas de la vida en términos de significado.
3. Aportar un sistema de orientación existencial a los procesos de afrontamiento.
4. Trasladar el sistema de orientación en métodos específicos de afrontamiento.
5. Buscar significado en el proceso de afrontamiento a través de mecanismos de conservación y transformación de significado de los acontecimientos vitales.
6. Tratar de solucionar los problemas mediante diversas formas que son convincentes para ellos.
7. Resolver los problemas a través de mecanismos que están insertados en su sistema cultural.

Las creencias religiosas han pasado a considerarse como un tema de interés de estudio en cuanto al mantenimiento y recuperación de la salud desde mitad del siglo XX y sobre todo en el último decenio, existiendo una amplia lista de trabajos, algunos de ellos citados en otras publicaciones (Fernández-Ríos y García-Fernández, 2000), y que incluyen variados aspectos, que toman desde la evolución positiva de síntomas y conductas, hasta las intervenciones de salud, entre los que se encuentran: la relevancia que tiene la religión para la psicoterapia (Bergin, 1991), el fomento del estado de ánimo más positivo (de Miguel, 1994), la satisfacción hacia la vida (de Miguel, 1996), la menor probabilidad de implicarse en la conducta de fumar (de Miguel, 1994, 1996), la recuperación ante el alcoholismo (Vaillant, 1995) y el de uso de drogas en general (Avants, Warburton, y Margolin, 2001, Ahmed, Brown, Gary y Saadatmand, 1994), el control de la tensión arterial (Steffen, Hinderliter, Blumenthal, Sherwood, 2001), el pronóstico del cáncer (Feher, Maly, 1996), la reducción de la ansiedad (Koenig et al, 1993), el alivio de la depresión (Commerford y Reznikoff, 1996) y de los eventos estresantes en general (Shams y Jackson, 1993), además de otros aspectos más específicos.

Valoración del carácter extrínseco e intrínseco de la religión en el proceso salud-enfermedad.

Muchas de las investigaciones tienen en cuenta, como variable independiente, la asistencia a los servicios religiosos, a través de la cual se explican los beneficios que se observan sobre la salud (sobre todo en lo que a morbilidad y mortalidad menor se refiere) al compararlos con aquellas personas que no van o que acuden con menos frecuencia. Estos resultados que envuelven a la variante extrínseca de la religión (que incluye además: intercambiar con co-religiosos en ceremonias o realizar misiones), por sí sola, ha sido objetada (Thorensen y Harris, 2002, Sloan y Bagiella, 2002) por considerarse que la situación evaluada tiene una naturaleza más compleja que la de acudir o no a las ceremonias o iglesias; ante esto y para contrarrestar esta deficiencia se han incluido en las investigaciones, nuevas variables a controlar, entre las que se encuentran datos sociodemográficos, el estado y conductas de salud, el apoyo social y la salud mental, obteniéndose con su añadidura, en muchos de los estudios, resultados similares a los anteriores.

El carácter intrínseco de la religión (que incluye: la fe, la oración, la lectura personal de las escrituras, el meditar, etc.) ha sido motivo también de análisis, con conclusiones favorables a los beneficios que aportan a la salud. Como ejemplo de ello se tiene el artículo publicado por Loewenthal, Cinnirella, Evdoka y Murphy (2001) en el Reino Unido, quienes estudiaron la eficacia de la religión como afrontamiento ante la depresión, entre cristianos, hindúes, judíos, musulmanes, otras religiones y personas no religiosas, siendo los musulmanes los que mostraron una más fuerte creencia en ella y por tanto la búsqueda preferencial de su apoyo antes que la de los recursos sociales (entre los que se incluye al médico), al compararlos a los restantes grupos.

La oración, por su parte, entre otros integrantes de la actividad intrínseca, ha pasado a constituirse en uno de los más significativos por la influencia positiva que ejerce en el mantenimiento y restitución de la salud, o en la prolongación de la vida de quienes la emplean (Helm, Hays, Flint, Koenig y Blazer, 2001, Mackenzie, Rjagopal, Meibohm y Lavizzo-Mourey, 2000, VandeCreek, Pargament, Belavich, Cowell y Friedel, 1999); y en los últimos años el interés por su estudio se ha ampliado, al extenderse el dominio de la oración no sólo hacia la propia persona que la realiza, sino, hacia el influjo que ejerce a distancia sobre otras personas.

Desde que Byrd (1988) diera a conocer sus hallazgos positivos en un grupo de pacientes de una unidad de cuidados coronarios, quienes fueron motivo de oración por un grupo de creyentes, sin conocimiento de ellos ni del personal médico y paramédico que los atendía, y se les comparara con otros que sólo recibieron los cuidados habituales en tales casos, reportándose en los primeros mejores resultados sobre su evolución que en los segundos, la oración intercesoria, como se le denomina a tal acción, ha pasado a constituir dentro del contenido Religión-Salud uno de los más “intrigantes y merecedores de cuidadosa consideración” (Thorensen y Harris, 2002). Varias han sido las réplicas que ha

tenido esa primera experiencia (Harris, Gowda, Kolb et. al., 1999, Sicher, Targ y Moore, 1998), y en su mayoría los resultados han sido favorables a la salud, existiendo un proyecto de investigación similar que desarrolla Krucoff, cirujano cardiovascular de la Universidad Duke de Carolina del Norte y del cual se ha hecho eco un reportaje de Internet (Davis, 2001) en el que se informa que se lo aplica a pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente para colocarles un stent, acto que implica un gran riesgo para la vida de los enfermos, debido a las posibles complicaciones que pueden presentarse.

La oración intercesoria y sus resultados pudieran semejarse, hasta el momento, a las conclusiones de “inexplicable” a las que arriba el Consejo Médico que sesiona en Roma, y que se encarga de emitir su juicio sobre hechos de salud que no tienen una explicación médica plausible, a pesar del análisis exhaustivo a que es sometido el expediente clínico del paciente, además de otras investigaciones anexas que se solicitan, ante la petición de la Iglesia Católica de ventilar un asunto, que se dice, pudiera tratarse de una cura milagrosa (Stempsey, 2002), por ser esta total y permanente.

Dentro de los grupos etéreos es en el correspondiente al adulto mayor donde podemos inferir, según hallazgos reportados, que la religión alcanza una especial importancia en el desempeño de su rol como soporte a la salud (Reyes-Ortíz, 1998), debido a que tal y como entendemos es la etapa en donde la muerte adquiere un sentido personal más amenazador, al considerarse más próxima su cercanía y donde además se vivencia la presencia progresiva de las limitaciones biopsicosociales que van siendo cada día más ostensibles. Es donde la religiosidad intrínseca crece, por depender su satisfacción de las acciones mentales del senescente, pues sus posibilidades de acudir a las ceremonias o rituales con autonomía, se van reduciendo (Reyes-Ortíz, 1996, Nelson, 1990, Blazer y Palmore, 1976). Al respecto se reporta que la religiosidad en los ancianos los conduce a una mejor aceptación del envejecimiento, la enfermedad y el sufrimiento, la esperanza y sentido de trascendencia entre la vida y la muerte (Poloma, 1991), una más elevada autoestima y más baja depresión, satisfacción de vida en pacientes enfermos y un menor número de suicidios (Nisbet, Duberstein, Conwell y Seidlitz, 2000, Alvarado, Templer, Bresler, Thomas y Dobson, 1995, Seidlitz, Duberstein, Cox y Conwell, 1995, Koenig, 1988, entre otros).

Idler (1994), según citan Fernández-Ríos y García-Fernández, establece que en las relaciones entre religión y salud en la tercera edad a modo de resumen, se dan las siguientes hipótesis:

1. Conductual: ejecutan conductas de salud religiosamente prescritas.
2. De la cohesividad: se las brindan las redes sociales y el apoyo social de los grupos religiosos.

3. De la coherencia: es explicada por el sentido de coherencia que les provee las interpretaciones religiosas de las situaciones de la vida.
4. De la teodicea: a través de la cual en igualdad de condiciones de enfermedad, al aumentar el nivel de implicación religiosa, disminuye el nivel subjetivo de sufrimiento.

Cuestiones todas que sintetizan, a grandes rasgos, la variedad de planteamientos emitidos a través de los estudios realizados en este tipo de población; sin embargo, señala Reyes-Ortiz (1998) que, en la literatura médica con respecto a los ancianos, sólo un 2% de los trabajos tienen en cuenta la variable religión, en contraste con las menciones que éstos hacen de ella durante el ejercicio de la psicoterapia.

En general, la relación religión-salud, en la literatura hispano-americana (Fernández-Ríos y García-Fernández, 2000) está prácticamente ausente a pesar de ser un territorio con antiguas y ricas raíces religiosas y con una práctica multifacética.

¿Cómo explicar la relación: religión y salud?

Los mecanismos que subyacen y pueden dar explicación a las consecuencias de la religión sobre la salud, aún no se han esclarecido del todo (Koenig, 2000); no obstante, se hacen propuestas teóricas con una integración biopsicosocial para darle explicación (Koenig, 2001) y un grupo de autores, citados por Fernández-Ríos y García-Fernández (2000) en una amplia revisión hecha por ellos sobre el tema, coinciden en que la religión puede favorecer por:

- Las conductas saludables impuestas a los creyentes.
- Los diferentes efectos psicológicos que fomenta la religión en sus seguidores, entre los que aluden al apoyo social, entre otros.

Oman y Thorensen (2001), además de coincidir con los posibles mecanismos antes mencionados, añaden el que denominan “Superempírico” y/o Influencias “Psi” en las que incluyen a la oración intercesoria, comentada con antelación, puntualizando que todos estos patrones pueden operar simultáneamente.

La primera de estas modalidades como se infiere, está vinculada a los estilos de vida que adoptan los creyentes en cumplimiento de las orientaciones, la más de las veces prohibitivas, que caracterizan a las doctrinas religiosas en general, y que se dirigen indirectamente a sanear, entre otros, los hábitos alimentarios, los sexuales y las conductas adictivas que están contempladas dentro de los factores de riesgo a la salud más comunes en nuestros tiempos y que por ende, conducen a la ruptura del equilibrio salud-enfermedad.

Por este camino se reitera la conclusión, de que de hecho se observa un enlace entre la religión y la salud, al concebirse esta última no sólo como ausencia de enfermedad sino en su concepción más amplia, es decir, en aquella en que el bienestar biopsicosocial constituye su esencia. Aunque se produce un cuestionamiento en muchos de los estudios realizados sobre este tema, derivados sobre todo de fallas en la metodología y diseño empleado, a la hora de seleccionar las variables a controlar y comparar (Sloan y Bagiella 2002, Thoresen y Harris, 2002), entre otras observaciones, no es menos cierto que estos autores, en sus respectivas revisiones, admiten que existen investigaciones sin señalamiento negativo que arrojan resultados en los que la actitud de religiosidad de los sujetos de las muestras o poblaciones estudiadas, presentan una mejor salud o más rápida recuperación que aquellas otras que difieren de ellas en sus creencias, llegándose a comentar que la misma incredulidad que en otros tiempos existiera con la relación psiconeuroinmunología y salud, la que los hechos hicieron modificar, pudiera ocurrir de forma similar con este otro enlace.

El beneficio psicológico que alude la segunda modalidad, sin dejarse de efectuar en la primera, desde el momento en que la persona hace suya y como buena el nuevo estilo de vida predeterminado por las doctrinas de la que es su seguidora, vivenciando satisfacción ante éste, también se observa como consecuencia de las relaciones sociales que se desprenden de la actividad religiosa, cuestiones ya referidas en las características de los senescentes.

La condición social del hombre hace que se adhiera a sus congéneres y comparta sus ideas y sentimientos, no sólo como una simple imitación, sino para ser aceptado y ganar con ello seguridad, de la que Sullivan (1959) dijo, era uno de sus principales objetivos. El apoyo que deviene de las creencias religiosas, puede sobrevenir en dos niveles, el tangible a través del contacto con los restantes creyentes y el social y espiritual, dado por la fe en la existencia de "alguien" que puede protegerlo. Al respecto Allport y Ross (1967) reconocieron que la religión es útil en una variedad de formas, pues provee seguridad, consuelo, sociabilidad y autojustificación.

Saber que se cuenta con alguien o "algo" capaz de orientarlo, quererlo, ayudarlo material o espiritualmente, contribuye al bienestar y con ello a protegerlo de los factores psicológicos y sociales de riesgo a enfermar, entre otros determinantes, tal y como lo señalan los autores que al estudiar el estrés hablan sobre la existencia de factores protectores en el individuo (Alvarez, 2000, Zaldívar, 1996, Buendía y Mira, 1993).

El percibir el apoyo se ha señalado, como algo más eficaz, que el de tener redes sociales que estén dispuestas a ofrecerlo, y es obvio que así sea, pues entonces la psicología del individuo estaría siendo sustituida por la social. Cornes (1994) dice en cuanto a esto que "lo más importante del apoyo social es que sea tanto percibido como accesible, disponible y adecuado para el individuo, pues cualquier apoyo que el individuo *no perciba* como tal termina por ser, sino inútil, sí por lo

menos ineficaz". Y aquí, aunque se emplea la palabra percepción, sabemos que en las personas esto es algo más, por estar en el inicio del camino del conocimiento, y por ende, de las creencias de todo tipo.

La tercera razón, enunciada por Oman y Thoresen (2001), puede ser considerada de más esotérica por encontrarse pendiente todavía de aclaración científica, dando lugar a las interpretaciones mágicas que abundan tanto en las mentes, sobre todo cuando se está en algún tipo de crisis existencial, pero que sin duda, le introyectan generalmente a la persona esperanza, fuerza y valor que le hacen ser optimista y esperar lo mejor, con la consecuente repercusión positiva sobre su fisiología. De todo lo expresado, tal y como citan estos mismos autores, se desprende que todas estas variantes se entrelazan entre sí, haciendo que la religión, como parte de la conciencia social, sea usada por muchas personas para ayudarlos a vivir.

La asunción de una religión está determinada por múltiples razones, una de las más frecuentes, el seguimiento de la tradición familiar o de la comunidad en la que se vive, y que se corresponde al aprendizaje social (Bandura, 1964), mientras que otra de las razones en orden de importancia la fundamenta el tener la salud amenazada o ya quebrantada, tanto la propia persona como otra que le resulta sentimentalmente relevante, es decir, se produce ante este evento el acercamiento a la religión o el desarrollo de la religiosidad previamente existente como una forma de afrontar situaciones estresantes, permitiéndole adoptar un sentido de coherencia (Antonosky, 1981) que como recurso general de resistencia favorece su salud.

Aunque es evidente que la religión no siempre aporta bienestar, pues no debemos olvidar que también pueden derivarse de ella influencias negativas, al originar entre sus seguidores, sentimientos de culpa, miedo, ansiedad, reducción del control interno sobre sus decisiones de salud, entre otros, para muchos de los creyentes o en algún momento de sus vidas, por los resultados reportados por quienes investigan en esta temática se deduce que, también les sirve como un factor protector más dentro del proceso salud-enfermedad.

¿Cómo llevar a la práctica profesional de la salud estos conocimientos?

La religión, de acuerdo al interés y al número de trabajos que ha suscitado en el ámbito de la salud, ha pasado a ocupar un lugar destacado dentro de la Medicina, por ese motivo se le debe de prestar atención a su expresión individual y a su connotación comunitaria, pues la presencia o no de las creencias y prácticas de este tipo, pueden contribuir a la modificación de las tasas de morbi-mortalidad, de la preservación de la salud e incluso, de la esperanza de vida.

Las creencias religiosas se forman, al igual que las restantes, en el influjo de la interrelación del individuo con el medio y pasan a integrar el complejo sistema de

la personalidad en forma de actitudes, interactuando por ende, con la jerarquización motivacional; por tanto, el conocer qué piensa, siente y realiza cada persona miembro de una familia y de una comunidad, le facilita a los agentes responsables de velar por su salud, las acciones a ejecutar, entre las que se encuentra hacer uso activo de las creencias religiosas para vencer actitudes negativistas ante las indicaciones u orientaciones dadas o apoyarse en otros miembros que comparten con éste sus mismas creencias, para ayudarlo con mayor efectividad, por basarse en el poder de ascendencia que le inspira su "hermano" de religión.

King y Dein (1998) se refirieron a la necesidad de hacer considerar la relevancia de las creencias religiosas en los futuros profesionales de la salud, para su trabajo cotidiano; no consistiendo esta labor en hacer proselitismo religioso entre las personas sanas o enfermas o entre sus familiares e incurrir por ello en una transgresión ética (Sloan y Bagiella, 2002), sino en aprovechar la tendencia natural y espontánea de los propios creyentes en aras de su salud; por consiguiente, la actitud del profesional debe distar de minimizar las creencias o sus valores, a través del menosprecio explícito e implícito, así como el de pretender eliminar o modificar los preceptos doctrinarios que los rigen haciendo uso de la crítica; puesto que sólo conseguiría con ello destruir el rapport y la empatía que todo trabajador de la salud debe establecer, para alcanzar una buena relación y comunicación con cualidades psicoterapéuticas, con las personas objeto de su cuidado. Mayor provecho se obtiene ante el conocimiento franco de las actitudes hacia la vida, el mundo y hacia sí, que cuando éstas se tienen que esconder por no existir suficiente confianza con el interlocutor.

Identificar la religión, al igual que la edad, el género, la ocupación y la escolaridad, entre otros datos generales que se le toma a cada persona en toda actividad asistencial, debe ser tomada en cuenta, porque como los restantes, condicionan el estilo de vida que como se acepta, determina la existencia de muchas de las enfermedades crónicas transmisibles o no y que son en la actualidad un flagelo para la humanidad.

En resumen, en el quehacer profesional de los trabajadores de la salud, debe de aceptarse el hecho de la ausencia o presencia de las creencias religiosas en las personas sobre las cuales se ejercen las funciones de promoción y prevención de salud, pues mientras más conocimientos se tenga sobre éstas y otras cogniciones que la acompañan, como las referidas a la salud, mayor colaboración y resultados se obtendrá en cualquier nivel de atención en el que se trabaje.

BIBLIOGRAFIA

-
- Allport, GW y Ross, MJ (1967) Personal religious orientation and prejudice. ***Journal of Personality and Social Psychology*, 5**, 432-443.
- Alvarado, KA, Templer, DI, Bresler, C y Thomas-Dobson, S (1995) The relationship of religions variables to death depression and death anxiety. ***J. Clin Psychol*, 51**, 202-204.
- Álvarez, MA (2000) ***Stress. Un enfoque integral***. Ciudad de la Habana: Ed. Científico-Técnica
- Antonovsky, A (1981) Factores saludables en el trabajo: el sentido de coherencia. En: Ed. Kalimo, R, El-Batawi, MA y Cooper, CL. ***Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su relación con la salud***. (pp. 151-163), Ginebra: OMS.
- Avants, SK, Warburton, LA y Margolin, A (2001) Spiritual and religion support in recovery from addicting among HIV-positive injection drug users. ***J. Psychoactive Drugs* 33**, 39-45.
- Bandura, A y Kupers CJ (1964) Transmission of patterns of self-reinforcement through modeling. ***Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69**, 1-9.
- Bergin, AE (1991) Values and religious issues in psychotherapy and mental health. ***Am. Psychologist*, 46**, 394-403.
- Blazer, DG y Palmore, E (1976) Religion and aging in a longitudinal panel. ***Gerontologist*, 16**, 82-84.
- Buendía, J y Mira, JM (1993) ***Estrés y Psicopatología***. Madrid: Ed. Pirámide S.A.
- Commenford, MC y Reznikoff, M (1996) Relationship of religion and perceived social support to self-esteem and depression in nursing home residents. ***Journal of Psychology* 130**, 35-50.
- Cornes, JM (1994) El apoyo social; su relevancia en la práctica psiquiátrica. ***Revista Psiquiátrica. Facultad Medicina Barna*, 21**, 147-152.
- Davis, J (2001) Does prayer have the power to heal?. Scientists have some surprising answers. En: (Internet). Discípulos de Jesús. WedMD Medical News.
- Feher, S y Maly, RC (1999) Coping with breast cancer in later life: the rol of religious faith. ***Psycho-oncology*, 8**, 408-416.

- Fernández-Ríos, L y García-Fernández, J (2000) La religión como recurso para la promoción de la salud. **Avances en Psicología Clínica Latinoamericana**, **18**, 23-56.
- Helm, HM, Hays, JC, Flint, EP, Koenig, HG y Blazer, DG (2001) Does private religions activity prolong survival?. A six-years follow-up study of older adults, **J Gerontol a Biol Sci Med Sci**, **55**, 400-405.
- King, MB y Dein, S (1998) The spiritual variable in psychiatric research. **Psychological Medicine**, **28**, 1259-1262.
- Koenig, HG (2001a) Religion and Medicine III: developing a theoretical model. **Int J Psychiatry Med**, **31**, 199-216.
- Koenig, HG (2001b) Religion and Medicine II: religion, mental health and related behavior. **Int J Psychiatry Med**, **31**, 97-109.
- Koenig, HG (2000) Psychoneuroimmunology and the faith factor. **J Gend Specif Med**, **3**, 37-44.
- Koenig, HG, Weiner, DK, Peterson, BL, Meador, KG, Keefe, FJ (1997) Religious coping in the nursing home: a biopsychosocial model. **Int J Psychiatry Med**, **27**, 365-376.
- Loewenthal, KM, Cinnirella, M, Evdoky, G y Murphy, P (2001) Faith conquers all?. Beliefs about the role of religious factors in coping with depression among different cultural at religions groups in the U.K. **Br J Med Psychology**, **74**, 293-303.
- Mackenzie, ER, Rajagopal, DE, Meibohm, M y Lavizzo-Mourey, R (2000) Spiritual support and psychological well-being: older adults perceptions of the religion and health connection. **Altern Ther Health Med**, **6**, 37-45.
- Nelson, PB (1990) Intrinsic/extrinsic religious orientation of the elderly: Relationship to depression and self-esteem, **J Gerontol Nurs**, **16**, 29-35.
- Nisbet, PA, Duberstein, PR, Conwell, Y y Seidlitz. L (2000) The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. **J Nerv Ment Dis** **188**, 543-546.
- Oman, D y Thorensen, CE (2001) Does Religion Cause Health?: Differing Interpretations and Diverse Meanings. **Am. J. of Public Health** (en prensa).

-
- Pardini, DA, Plante, TG, Sherman, A y Stump, JE (2000) Religions faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. ***Journal Subst Abuse Treat, 19***, 347-354.
- Pargament, KI (1997) ***The psychology of religion and coping. Theory, research, practice***. New York : Guilford Press.
- Poloma, MM y Pendleton, BF (1991) The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. ***J. Psychol Theol, 19***, 71-83.
- Reyes-Ortíz, CA, Ayele, H y Mulligan, T (1996) Religious activity improves quality of life for ill elderly. ***Clin Geriatr, 4***, 102-106.
- Seidlitz, L, Duberstein, PR, Cox, C y Conwell, Y (1995) Attitudes of older people toward suicide and assisted suicide: An analysis of Gallup Poll findings. ***J. Am Geriatr Soc, 43***, 993-998.
- Shams, M y Jackson, PRT (1993) Religiosity as a predictor of well-being and moderator of the psychological impact of unemployment. ***Br J of Med Psychiatry, 66***, 341-352.
- Sloan, RP y Bagiella, E (2002) Claims about Religious Involvement and Health Outcomes. ***Annals of Behavioral Medicine, 24***, 14-21.
- Steffen, PR, Hinderliter, AL, Blumenthal, JA y Sherwood, A (2001) Religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure. ***Psychosom Med, 63***, 523-530.
- Stempsey, WS (2002) Miracles and the limits of medical knowledge. *Medicine, Health Care and Philosophy, 5*, 1-9.
- Sullivan, HS (1959) ***La entrevista psiquiátrica***. Buenos Aires: Ed. Psique.
- Thorensen, CE y Harris, AHS (2002) Spirituality and Health. What's the Evidence and What's Needed? ***Annals of Behavioral Medicine, 24***, 3-13.
- VandeCreek, L, Pargament, K, Belavich, T, Cowell, B, Friedel, L (1999) The unique benefits of religious support during cardiac bypass surgery. ***J Pastoral Care, 53***, 19-29.
- Zaldívar, D.F. (1996) ***Conocimiento y Dominio del Estrés***. Ciudad de la Habana: Ed. Ciencia y Técnica.

[REGRESAR A ÍNDICE](#)