

La incorporación de la espiritualidad en el cuidado de los enfermos y sus familias

Myr. M.C. Jesús Almanza-Muñoz,*,** Myr. Enf. Margarita Monroy-Puente,*** Dr. Alfredo Bimbela,**
Dr. Jimmie C. Holland****

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, N.Y.

RESUMEN. Diversos reportes clínicos y de investigación sustentan la existencia de una relación positiva entre espiritualidad y salud, lo cual ha generado un amplio campo de desarrollo, así como la consideración de los factores religiosos y espirituales en el cuidado de los enfermos. En el presente trabajo se explora el vínculo histórico entre la espiritualidad y el cuidado de la salud, se establece una aproximación conceptual en el contexto médico y efectúa una revisión crítica de la literatura existente, con base en lo cual se propone una guía clínica práctica orientada a auxiliar a médicos y enfermeras en la incorporación del factor espiritual en su práctica cotidiana con sus enfermos. Finalmente se señalan líneas futuras de investigación en este campo.

Palabras clave: espiritualidad, cuidado de la salud, factores religiosos, familia.

SUMMARY. Several clinical and research reports support the evidence of a positive relationship between spirituality and health, which has generated an broad field development as well as the consideration of religious and spiritual factors in the clinical care. In this work the historic link between spirituality and clinical work is explored, it is established a conceptual approach in the medical context and it is effected a critical review of the available literature. As from to this it is outline a clinical practice guideline oriented to help doctors and nurses in the incorporation of the spiritual factor in their quotidian work. Finally, we pointed out future lines of research in this field.

Key words: spirituality, health care, religious factors, family.

* Secretaría de la Defensa Nacional, México.

** Fellow de Investigación en Psico-oncología y Psiquiatría de Enlace, Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales, Memorial Sloan-Kettering, Cancer Center, Nueva York, NY, USA.

*** Originalmente: Departamento de Enfermería, Hospital Militar Regional de Guadalajara, Jalisco, México. Actualmente: Comandante del Cuerpo de Cadetes, Escuela Militar de Enfermeras, México DF, México.

**** Chair, Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, NY, USA.

Nota: El presente trabajo ha sido desarrollado gracias a la Beca otorgada por la Secretaría de la Defensa Nacional al Myr. M.C. Jesús Almanza-Muñoz, para efectuar el mencionado Fellowship de Investigación.

Correspondencia:

Myr. M.C. Jesús Almanza MD, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Memorial Sloan-Kettering Cancer Center 1275 York Avenue New York NY 10021 Box 421 Tel.: 212-639-7051 Fax: 212-717-3087 E-mail: almanzaj@mskcc.org

Nada en la vida es más maravilloso que la Fe
*William Osler, 1910*¹⁸

El maremagnum de la modernidad impone a hombres y mujeres de nuestro tiempo una mayor cantidad de trabajo, mayor presión y menos tiempo para tomar conciencia de la vida presente, dando origen a una atmósfera en la que predomina la hostilidad, el miedo y la ansiedad. En dicho contexto, la práctica de la medicina a pesar de su deslumbrante desarrollo científico y tecnológico deja entrever preocupantes muestras de deshumanización, que se traducen en una sensación de desamparo.

Tradicionalmente la religión ha ofrecido al ser humano un marco de devoción estructurante,¹⁷ que proporciona alivio y consuelo.^{15,16} Si a ello se suma la existencia del antiguo vínculo entre espiritualidad y salud,⁴³ así como los hallazgos recientes en investigación,^{12,19,39,60} y reportes clínicos,^{2,22,59} puede en-

tenderse la importante función de la espiritualidad en el contexto del cuidado médico y la urgencia de su incorporación integral como una necesidad impostergable.

El objetivo central del presente trabajo es efectuar una revisión crítica partiendo de una aproximación conceptual en el contexto del cuidado de los enfermos y sus familias, revisando después los resultados más relevantes de la investigación así como sus implicaciones para la enseñanza de la medicina, con base en lo cual se enumeran los lineamientos básicos para incorporar la espiritualidad en la clínica, a partir de la labor individual de médicos y enfermeras así como de la creación paulatina de Servicios Pastorales y de la exploración de diversas líneas de investigación en este campo de estudio.

Finalmente se señalan y comentan direcciones futuras de trabajo.

Aproximación conceptual de la espiritualidad en el cuidado de la salud o el vínculo histórico entre medicina y religión se ubica más allá de la era industrial, siendo relevante que a al inicio del cristianismo los médicos eran en su mayoría miembros de la iglesia, cuya orientación a la colectividad incluyó un interés genuino en la totalidad de la persona.⁴³ También es conocido el papel central que ha jugado la religión en la decisión de comunicar o no al paciente que está muriendo, la Iglesia Católica requiere por ejemplo que las personas moribundas reciban la extremaunción para salvar sus almas. Ritos similares existen para la Religión Judía.⁴³ La relación medicina-religión ha sido puntualizada en diversos momentos a través de la historia de la medicina; el celebre clínico William Osler alude a ello como tema central de su clásico artículo «*La fe que cura*» (1910);⁴⁴ el fundador de la psiquiatría norteamericana, Benjamin Rush señaló que «*a los ojos de un médico (el hombre) es un ser único e indivisible en quien su alma y su cuerpo están tan íntimamente unidas que una no puede moverse sin la otra*» (Rush, 1911);⁵² Freud, creador del psicoanálisis explora en profundidad el significado de la religión y puntualiza su función de proporcionar consuelo y alivio al sentimiento de culpa (1930);^{15,16} más adelante Erich Fromm (1989),¹⁷ desde la perspectiva del psicoanálisis humanista hace énfasis en la capacidad estructurante de la religión para el hombre.

A pesar de este sólido vínculo que ha sido apenas esbozado, el transcurrir de la historia de la medicina muestra que se privilegió su avance en el corredor de la ciencia, lo cual en forma indirecta influyó notablemente para su separación de la religión, fenómeno que se ha acentuado aún más con el creciente progreso médico actual y su énfasis hacia la biotecnología. Este panorama hace difícil o infrecuente la adecuada atención de la dimensión espiritual en el cuidado cotidiano de los enfermos.⁴³

Conceptualmente la palabra espiritualidad proviene del Latín *espíritu* vocablo relacionado con respiración como un acto incuestionablemente vital en tanto que su relación con *alma* alude en cierto modo a la capacidad de trascendencia, tal concepto conlleva la percepción de la espiritualidad como

un proceso de interacción entre nuestra conciencia y la relación con Dios o con un poder superior, algo que —en suma— está más allá de nuestros sentidos, en función de lo que denominamos: *fe*; que implica la certeza de algo sin evidencia material de ello.³¹ Así, la búsqueda de un significado y propósito en la vida, un sentido de trascendencia, la capacidad de relación con otros, y la existencia de energía espiritual, son dimensiones de la espiritualidad.

Como un concepto complementario, religión alude a una institución cultural u organización grupal en torno a un culto específico que tiene lugar y tiempo particulares y cuyo devenir muestran una evolución a través de la historia³¹ y tiene una triple función desde una perspectiva social; ofrece consuelo por las privaciones que impone la vida; favorecen la autoaceptación; y constituye una forma de aliviar los sentimientos de culpa.¹⁷ En esa línea, el hombre en tanto viva consciente de sí mismo, necesita de lo que Fromm denomina un marco de orientación y devoción, y requiere un cuadro del mundo y de su lugar en él, que esté estructurado y tenga cohesión interna, que lo guíe para la acción y le permita vislumbrar una meta hacia la cual ir.⁴⁴

Para considerar la dimensión de espiritualidad en relación a la salud, partiremos del concepto de salud en términos de un «*completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad*», según la Organización Mundial de la Salud, cuya perspectiva sociológica agrega que la salud es también la habilidad de identificar y realizar las aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar o enfrentar el ambiente.⁵⁶ Aun cuando tal concepto ha sido objeto de controversias,⁵⁵ es un punto de partida que ofrece apertura para la consideración de la dimensión espiritual, aunada a las dimensiones física, mental y social señaladas.⁶²

La figura 1, ilustra la incorporación de la dimensión espiritual dentro del concepto de salud. En dicho contexto, *salud espiritual*, se refiere a la existencia de un completo estado de bienestar espiritual en términos de tener consciencia del propio significado y propósito en los eventos vitales, incluyen-

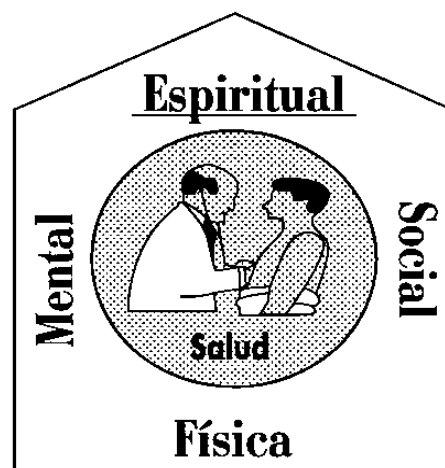


Figura 1. Integración de la dimensión espiritual al concepto bio-psico-social de salud

do la enfermedad, el tener esperanza, fe y una relativa ausencia de culpa, el tener la capacidad de amar y perdonar a sí mismo y a otros, así como la capacidad de participar, celebrar, reír y compartir, e integrarse a otros, formando parte de una comunidad de fe y oración.³⁶

El paradigma de atención a la salud incorporando la espiritualidad es objeto de una atención creciente por parte de investigadores,^{12,21,26,33} de clínicos,^{1,43} así como de educadores.^{50,61,62} Abordaremos enseguida una panorámica global sobre dichas aportaciones y su incorporación a la clínica.

Espiritualidad e investigación clínica. A pesar de que la espiritualidad ha sido con cierta frecuencia omitida en el cuidado de la salud, pues sólo aproximadamente 1% de todos los estudios evalúa una variable religiosa o espiritual, en una revisión de 1,066 artículos encontrados en los siete principales journals de medicina de Estados Unidos,⁴⁷ y aun cuando su medición implica considerables dificultades metodológicas existen reportes de investigación en las siguientes áreas: 1) práctica clínica,^{3,60} y relación espiritualidad-salud en términos de mortalidad, morbilidad, agrupamiento;³⁷ 2) desarrollo de instrumentos de medición de espiritualidad,³⁰ 3) aspectos de medicina alternativa;^{5,28} 4) mecanismo de acción de la espiritualidad en el proceso salud-enfermedad; y 5) el papel de la investigación en consejería pastoral.

1. Práctica Clínica. El confort religioso se relaciona con menor mortalidad,⁴⁹ menor depresión (gracias al denominado reforzamiento religioso),³² y la asistencia a la iglesia se relaciona positivamente con un alto nivel de satisfacción y felicidad.¹³ Asimismo la asistencia regular de los servicios religiosos ha mostrado menor riesgo de cirrosis, enfisema, suicidio y muerte por isquemia cardíaca en 91,000 personas (Comstock y Partridge, 1972),⁷ y menor uso de servicios hospitalarios por ancianos físicamente enfermos ($n = 542$).³⁴ Otro reporte señala una menor tendencia a fumar en relación con la práctica.³⁵

Es de hacer notar que reportes iniciales mostraban la consideración de religión y asistencia a servicios religiosos básicamente como una variable demográfica,³⁸ existiendo reportes más recientes exploran ya la presencia de una asociación positiva entre compromiso religioso y salud, como la revisión de más de 250 estudios hecha por Levin (1994)³⁹ y que demostró una reducción de enfermedad cardíaca coronaria, hipertensión, apoplejía, cáncer y otros indicadores de salud, lo cual fue consistente en diferentes religiones y diferentes culturas, si bien existen todavía limitaciones como son la amplitud en la definición de espiritualidad y la inclusión de estudios con metodología diversa.

Por otro lado, uno de los estudios de mayor nivel metodológico exploró los efectos terapéuticos positivos de rezar, en una muestra de 393 pacientes de la unidad de cuidados coronarios (UCC) quienes fueron clasificados en dos grupos: quienes rezaban y quienes no lo hacían. Se usó un método doble ciego (los pacientes fueron informados que serían monitorizados y se pidió su consentimiento informado), el

personal que efectuó la monitorización ignoró cual era la variable en estudio. Se encontró que el grupo de pacientes que rezaba requirió menos asistencia ventilatoria ($p < .002$), menos antibióticos ($p < .005$), tuvieron menos infartos cardiopulmonares ($p < .02$), menos episodios de falla cardíaca congestiva ($p < .03$) y requirieron menos diuréticos ($p < .05$) (Byrd, 1988).⁶

En otro estudio la espiritualidad apareció vinculada a una mejor calidad de vida en pacientes ancianos, casados y católicos mayormente que en sus contrapartes, lo cual indica la necesidad de reconocer dicha dimensión como una estrategia para disminuir el distrés psicosocial.¹⁹ Por último, un área particularmente sensible al pleno reconocimiento de la espiritualidad en la clínica es la medicina familiar, pues de acuerdo con un reporte de Ellis y cols. (1999),¹² hasta el 96% de dichos especialistas reconocen el papel de las creencias religiosas y espirituales en la atención de sus enfermos y sus familias, asimismo describen y puntualizan el miedo a morir como el tema más frecuentemente abordado.

La noción de espiritualidad es central en la ideología y práctica del movimiento de hospicios y del cuidado del paciente moribundo en instituciones hospitalarias, así como en el creciente desarrollo de servicios de cuidado paliativo,⁴² según fue reiterado por su precursora, la Dra. Cecile Saunders durante su reciente conferencia en el Departamento de Geriátría del Hospital Monte Sinaí de Nueva York.⁵⁴ La fundadora del Hospicio del St. Christopher Hospice en Londres en 1967,⁵³ puntualizó el cuidado espiritual como uno de los pilares de la atención del paciente moribundo.^{54,59} En este contexto ha sido preciso la estructuración de un marco conceptual que defina conceptos como: espiritualidad; cuidado espiritual; y trabajo espiritual,¹¹ así como su interacción conceptual en el área de la salud (*Figura 1*), según se discutió al principio de este trabajo.

2. Desarrollo de escalas. Pese al grado de dificultad que implica medir espiritualidad, se han desarrollado algunos inventarios orientados a explorar objetivamente dichas variables. Su desarrollo ha sido apropiado si bien cabe señalar que su incorporación a la evaluación de la calidad de vida no ha sido efectuado de manera completa o satisfactoria aún, aspecto que es crucial en términos de definir su utilidad clínica y permitir establecer, contrastes y comparaciones de la dimensión espiritual con otras variables de interés clínico. A continuación se describen los principales inventarios desarrollados así como sus características psicométricas:

a) *Inventario de Orientación Religiosa/IOI (Religious Orientation Inventory/ROI)*. Es un instrumento de autorreporte que consta de 20 artículos y evalúa separadamente la orientación intrínseca y extrínseca a la religión. Ha sido debidamente validado y su consistencia interna reportada es de .75 (Allport y cols, 1967).²

b) *Índice de Experiencias Espirituales Cruciales (Index of Core Spiritual Experiences/INSPIRIT)*. Es una escala de 7 artículos que mide las experiencias cruciales que ha vivido un sujeto y que le han persuadido de algún modo en relación a la

existencia de un Ser Supremo, originando una sensación de cercanía a dicho Ser. Cada artículo es calificado en un puntaje de 1 a 4. El artículo número 7 es una lista de los doce tipos de experiencias espirituales que expresan la existencia de Dios. Su consistencia interna va de .76 a .90 (Kass y cols, (1991)).³⁰

c) *Inventario de Sistema de Creencias/ISC (Systems of Beliefs Inventory/SBI)*. Es un instrumento de 15 artículos que se responde en base a cuatro opciones. Mide las prácticas y creencias religiosas y espirituales así como el soporte social derivado. Ha sido debidamente validada en Inglés y Hebreo, su consistencia interna va de .89 a .98. La confiabilidad test-retest fue de .95, y la validez convergente fue de .804 con el ROI, y de .82 con el INSPRIT. El factor I agrupa las creencias espirituales (10 Items) y el factor II el soporte social (5 artículos). (Holland y cols, 1998),²⁶ (Kash, Holland y cols, 1995).²⁹

Dicho instrumento ha sido traducido y adaptado al idioma Español (Apéndice A). Su aplicación a un grupo piloto de 52 pacientes (39/75% hombres y 13/25% mujeres) con edad promedio de 38 años, mostró una consistencia interna (alfa de Cronbach) de .85, un puntaje promedio de 35.44 ± 6.77 , y una varianza de 45.93. La confiabilidad inter-observadores fue alta (0.89). La aplicación de dicha versión a otras muestras poblacionales que incluyen test-retest, validez convergente y medición de calidad de vida se encuentran actualmente en desarrollo (Almanza, Monroy, Mimbela, Payne, Holland y cols, 1999. Comunicación personal).

d) *Escala de Compromiso y Creencias (Spiritual Involvement and Beliefs Scale)*. Fue diseñada para aplicarse ampliamente a través de las tradiciones religiosas y creencias a fin de acceder a componentes clave no evaluados por otros instrumentos. Contiene 26 artículos en un formato de Likert modificado. Luego de un pre-test, el instrumento fue aplicado a 50 pacientes de práctica familiar y 33 educadores familiares. Su consistencia interna mostró un Alfa de Cronbach de .92, asimismo se encontró una sólida confiabilidad test-retest ($r = .92$), y una estructura de cuatro factores. (Hatch y cols, 1998).²⁵

3. **Medicina alternativa.** Una característica del hombre moderno es la actitud de búsqueda activa y propositiva de respuestas a su condición, a ello responde la denominada medicina alternativa que aboga por lo natural e incorpora a un tiempo creencias espirituales,^{28,64} e investigación, lo cual está siendo efectivamente incorporado en algunos centros de cáncer, como el Sloan-Kettering, bajo el rubro de medicina integral. Uno de sus reportes señala justamente que la espiritualidad y el haber tenido una experiencia vital relevante fueron predictores estadísticamente significativos de uso de medicina alternativa, aunados a dolor crónico, ansiedad, perspectiva ecológica y orientación holística a la salud.⁵

4. **Mecanismo de acción.** Por otro lado y aun cuando no existen conclusiones categóricas, se ha señalado que promover prácticas saludables; proveer apoyo de grupo; dar sentido a la vida y favorecer un enfoque positivo de los procesos vitales parecen ser mecanismos de acción que secundariamente explican la influencia positiva de las prácticas religiosas en la salud.⁴⁵ En esta línea, un amplio estudio epidemiológico³⁵ efec-

tuado en 3,968 adultos, mostró que las personas religiosamente activas son menos propensas a fumar, y si lo hacen, fuman menos cigarrillos que personas no religiosas o con un grado menor de espiritualidad; dichos resultados sugieren importantes implicaciones en materia de salud pública.

5. **Consejería pastoral.** La Consejería pastoral ha transitado de su papel como puente entre la comunidad y los servicios formales de salud y se ha ido integrando paulatinamente al equipo médico, existiendo avances en su papel de investigar librando para ello los obstáculos propios de una disciplina ajena inicialmente a la ciencia médica e incorporando las ventajas inherentes a su enorme tradición social y la apertura que existe hacia la comunidad. En tal sentido los investigadores pastorales enfrentan dificultades metodológicas,^{4,18} similares a los clínicos.^{9,23,30}

Espiritualidad y enseñanza en medicina. A pesar del vínculo histórico de espiritualidad y medicina (Osler, 1910),⁴⁸ de su importancia reconocida,^{23,24} de que hasta un 40% de los enfermos reportan su fe religiosa como el factor más importante para afrontar la enfermedad,³⁵ y de que más del 50% considera apropiado hablar de espiritualidad,²⁰ la orientación en la educación médica se dirige principalmente a los aspectos físicos y todavía el aprender los aspectos espirituales no son una parte típica del curriculum en las escuelas de medicina.⁶¹ Si bien existen muestras de un cambio inminente; en la actualidad existen al menos 50 escuelas de medicina en los Estados Unidos que han incorporado dichas materias a su curriculum básico. Mas aún existe un galardón que se ha otorgado ya a 19 de ellas, por el Instituto Nacional de Investigación en Cuidado a la Salud.

Las principales barreras para integrar espiritualidad y religión en la práctica clínica son dos: la falta de tiempo y la falta de entrenamiento.¹² Una respuesta a dichos obstáculos es la propuesta de evaluar la espiritualidad como parte de la historia médica rutinaria; enfatizar la evidencia médica, que vincula espiritualidad y salud; subrayar la participación del capellán o ministro, como parte integral del equipo médico; hacer hincapié en la comunicación médico-paciente desde una perspectiva humanitaria y compasiva; reforzar la adquisición de habilidades para la comunicación de malas noticias; así como animar a los estudiantes a pensar y expresar su propia religiosidad.⁵⁰

Como parte de la historia clínica se ha esbozado ya el capítulo correspondiente a la historia espiritual, que debe incluir la exploración del sistema espiritual de creencia o afiliación religiosa, cual es el significado de la religiosidad o espiritualidad para el enfermo así como la pertenencia a un grupo o comunidad religiosa específicos.⁶² Asimismo se incluya conocer aspectos relativos a rituales o indicaciones particulares de la religión en términos del cuidado médico (por ejemplo: la aceptación de transfusión sanguínea).⁴¹

Espiritualidad y práctica clínica. Un ejemplo clínico será de utilidad para ilustrar como surge en la práctica clínica la demanda espiritual: *una joven madre cuyo único hijo,*

quien fue concebido después de un largo periodo de infertilidad, requirió de hospitalizaciones repetidas debido a la presencia de hipertensión intracraneana y epilepsia. Al presentar status epilepticus, es preciso trasladarle a la unidad de terapia intensiva de pediatría. La madre permanece todo el tiempo tan cerca de él, como los médicos lo permiten y reza con fervor.

La evolución del paciente es tórpida y el equipo médico solicita una consulta a psiquiatría de enlace para la madre del paciente, quien se muestra cada vez más ansiosa. Pocos días después el paciente empeora y muere. La paciente trata de retener el cuerpo de su hijo, para finalmente dejarlo, va luego al cuarto de pediatría, donde con profunda tristeza mira detenidamente los juguetes de su hijo. Repentinamente sus ojos se posan en una figura de Cristo, surgiendo entonces una clara expresión de rabia, odio e impotencia, toma dicha imagen en sus manos y la azota con todas sus fuerzas contra el piso, luego rompe en llanto. El manejo incluyó medicación ansiolítica y psicoterapia de intervención en crisis, abordando sus sentimientos de rabia y enojo para con Dios. Asimismo se favoreció la búsqueda de ayuda espiritual. La intervención (Almanza y cols, 1997).¹

El abordaje del caso descrito exige además de una intervención psicoterapéutica y psicofarmacológica, el manejo de los aspectos espirituales implicados. Asimismo, la demanda de atención a la espiritualidad es muy clara. La oposición de religiones como la de los testigos de Jehová en relación a prohibir la transfusión de sangre total, paquetes globulares y plaquetas, exige también a los clínicos la búsqueda de estrategias que les permitan proporcionar atención médica y quirúrgica eficaz a dichos enfermos en el contexto de su fe.¹⁰

Estrategias de incorporación de la espiritualidad en el hospital. Existen básicamente dos estrategias de incorporación de la espiritualidad en el hospital como lugar central de la práctica médica: La labor de los clínicos (médicos, enfermeras y técnicos) como individuos y como grupo; y la creación formal de un Servicio Pastoral. Conviene señalar que el primer paso es requisito indispensable para el inicio de la consideración de los factores espirituales en la clínica, al respecto un reporte muy reciente de Taylor y cols. (1999),⁶⁰ señala la espiritualidad personal o individual de la enfermera como el predictor más importante para la exploración de la dimensión espiritual en el trabajo clínico.

1. La labor personal de médicos y enfermeras. En este sentido, el esfuerzo individual del profesional de la salud incluye dos premisas básicas: a) todos los enfermos tienen necesidades espirituales²² y b) la vía de acceso para ello es la comunicación médico-paciente,²⁷ en un sistema de interacción que se ilustra en la figura 2, en el que se puntualiza el rol de la espiritualidad en el «encuentro» íntimo con el enfermo y al mismo tiempo como un factor individual tanto del paciente, como del médico. A partir de ello la consolidación de la exploración de la dimensión espiritual como parte de la historia clínica,⁶² debe incluir una actitud de profundo respe-

Equipo médico

- Experiencia
- Edad
- Cultura
- Fatiga
- Personalidad
- Emociones

• Espiritualidad



Dimensiones de comunicación



Esfera de «encuentro»



Paciente

- Diagnóstico
- Edad
- Situación familiar
- Historial médico
- Cultura
- Personalidad
- Emociones
- Espiritualidad

Figura 2. Integración de la dimensión espiritual en la comunicación médico-paciente.

Cuadro 1. Lineamientos básicos de la integración de la espiritualidad en el cuidado clínico.

- A) Pensar en la espiritualidad del paciente
- B) Explorar la espiritualidad individual del paciente
- C) Apoyar los aspectos positivos de la Fe del paciente
- D) Proporcionar apoyo religioso específico
- E) Ofrecer cuidado espiritual de la familia
- F) Atender a las propias necesidades espirituales

to (APA, 1990),³ cuya tarea global puede resumirse en coadyuvar a alcanzar en el enfermo salud espiritual —en términos de Kuhn, (1988),³⁶ a la par que salud física, mental y social.

El papel de enfermería para abordar la espiritualidad es básico pues es bien sabido que las enfermeras han sido tradicionalmente proveedoras de cuidados y deben garantizar a los enfermos al ser tratados con humanidad.^{40,46} Estrategias específicas incluyen el hablar de religión con el enfermo, animarlo a rezar, e identificar la alusión a la muerte, la desesperanza, o la sensación de abandono como expresiones de necesidad espiritual⁵⁹ que necesitan ser escuchadas y requieren de los profesionales de la salud una respuesta apropiada.

El papel del dolor, el autoconcepto, la sensación de aislamiento y soledad, de debilidad y enojo, son temas recurrentes en la atención del paciente gravemente enfermo.⁵⁶ En el paciente moribundo la espiritualidad es un aspecto vital de su cuidado, en ese sentido la presencia de dolor espiritual es a menudo un preludio de una muerte apacible,¹⁴ por tanto el dolor está vinculado a una ardua tarea orientada a la búsqueda de significado, de la sensación de perdón y la exploración de la necesidad de amar y de sentir.⁸ La comprensión de estos elementos básicos en pacientes graves o en quienes se encuentran en estado terminal requiere de sensibilidad y de conocimiento en los profesionales de la salud.

2. Lineamientos básicos de la integración de la espiritualidad en el cuidado clínico. Los esfuerzos a desarrollar desde esta perspectiva individual son resumidos en los siguientes puntos básicos (Cuadro 1):

A. *Pensar en la espiritualidad del paciente.* El esfuerzo consciente y propositivo de considerar que el enfermo tiene una vida espiritual y un sistema de creencias que forman parte de su identidad es un paso fundamental. Ello dará origen al despliegue de las estrategias necesarias para explorar la religiosidad y espiritualidad de los pacientes.

B. *Explorar la espiritualidad individual del paciente.* En forma similar a la toma de la historia clínica, la exploración de la espiritualidad consiste en una serie de preguntas orientadas a determinar cual es la percepción del paciente acerca de Dios o de un poder superior, su filiación religiosa, sus rituales y prácticas y la posible influencia de ello en la recuperación de su salud. Asimismo deberán detectarse actitudes, signos y síntomas que además de sus implicaciones clínicas pueden expresar una necesidad espiritual, tales como; miedo, ansiedad, culpa y sensación de abandono o desamparo, el hablar de muerte o desesperanza, así como recibir malas noticias o encontrarse en medio de una crisis familiar.

C. *Apoyar los aspectos positivos de la fe del enfermo.* Favorecer el apoyo de grupo, eliminar la sensación de aislamiento, dar sentido a la vida y favorecer el enfoque positivo de los procesos vitales son aspectos comunes a todas las religiones que tienen una influencia positiva en la lucha del enfermo en adaptarse a su enfermedad y mantener e incluso incrementar su calidad de vida. Potenciar dichos aspectos mediante el dialogo clínico y la escucha constituye una herramienta sumamente útil.

D. *Proporcionar apoyo religioso específico.* En casos de especial gravedad, familiares o pacientes solicitarán la intervención específica de un ministro religioso, lo cual deberá ser sumado como un elemento a los esfuerzos del equipo de atención. En algunas ocasiones se requerirá la sensibilidad de los clínicos para ofrecer la posibilidad de dicha intervención, muchas veces ello bastará para que el paciente sienta alivio y confort al saber que sus creencias serán respetadas y que tendrá apoyo espiritual si lo necesita.

E. *Ofrecer cuidado espiritual a la Familia del paciente.* Las creencias espirituales o religiosas tienen generalmente su raíz en el núcleo familiar, por lo que dedicar atención a esta red primaria en ese sentido resulta fundamental. Ello permitirá además conocer la existencia de crisis familiares en desarrollo y ofrecer el apoyo integral necesario. Las repercusiones positivas para el paciente no se harán esperar.

F. *Atender las propias necesidades espirituales.* Pensar en términos religiosos y espirituales respecto de sí mismos ayudará a los profesionales de la salud a poner en claro sus propios conceptos e incrementará su habilidad y confort en el abordaje de dichos temas con sus pacientes. En este sentido resultará útil el reconocerse como una persona religiosa o laica, pero tener la capacidad en ambos casos, de desplegar en la práctica clínica una neutralidad que respete las creencias de los enfermos y favorezca sus aspectos positivos en función de sus cuidados médicos.

3. La creación de un Servicio Pastoral. Ilustraremos esta segunda estrategia de incorporación de la espiritualidad con la descripción del Servicio Pastoral del Centro de Cáncer Sloan-

Kettering de Nueva York (Memorial Sloan-Kettering Cancer center/MSKCC), el cual ofrece auxilio espiritual a los enfermos, sus familias y al equipo médico. El modelo de abordaje puede ser *denominacional*, según el cual un sacerdote de un culto específico sirve a los pacientes que profesan de determinada religión, o bien el modelo puede ser el que se conoce como *uno para todos*, en el cual el sacerdote puede ser del mismo o diferente culto al que pertenece el paciente.²²

En ambos casos, se enfatiza el respeto por dicho culto y en ese contexto de respeto se ofrece el consejo espiritual. El segundo modelo ofrece la ventaja de que un ministro puede formar parte de un equipo médico de trabajo, por ejemplo cáncer de mama o pediatría oncológica y participar de lleno con dicho equipo estableciendo un seguimiento más completo de todos los enfermos que reciben atención por dicho grupo de trabajo. Existe una participación muy activa de los diferentes ministros en la atención de los enfermos desde el punto de vista espiritual y cuenta con atención de llamadas de emergencia por un ministro disponible en todo momento.²²

La integración del cuidado pastoral o de ayuda espiritual en el seno de los hospitales está cobrando cada vez mayor importancia e incluye como una estrategia básica la visión multidisciplinaria con trabajadores sociales, equipo médico y especialmente con el servicio de psiquiatría de enlace. Es muy importante también la atención especial dirigida hacia las familias en el enfrentamiento con enfermedades graves y el manejo del duelo. Los miembros del servicio pastoral tienen también un rol educativo que incluye la rotación de seminaristas en formación, quienes participan en las actividades académicas del hospital e interactúan con otros servicios pastorales.^{22,45}

El papel del sacerdote en el hospital es la representación implícita de Dios (Handzo, 1989), con una función clínica de proporcionar consejo y cuidado pastoral estableciendo un puente entre profesionales de la salud mental y la comunidad (Arnold y Schick, 1979). Esto quedó ejemplificado con la visita que el Papa Juan Pablo II efectuó a enfermos de cáncer y sida, durante su visita a la Ciudad de México, saludándoles de propia mano y brindándoles apoyo espiritual.^{51,57,58} Otra faceta de la función del sacerdote alude a su papel como investigador como fue señalada antes.^{4,18}

A nivel operativo, el sacerdote funciona efectuando cuatro acciones específicas: evaluación, apoyo emocional e intelectual de la fe e interpretación.²² La evaluación, incluye indagar los aspectos básicos en materia de religiosidad, pero también realizar una labor de clarificación acerca de Dios como figura rígida e inflexible o como una figura que perdona, comprende, acepta y ama, enfatizando el papel estructurante del sistema religioso.

En el apoyo emocional *de la fe* se fortalecen los aspectos positivos de la misma, procurando no interferir con el proceso de atención a la salud, en tanto que el apoyo intelectual de la fe atiende al proceso racional del paciente en su búsqueda de repuestas y explicación a sus dudas en torno a su enfermedad y de dar sentido a su situación vital.

La *interpretación* alude al significado de la fe del paciente en relación con su cuidado médico, lo cual se traducirá en

Apéndice A:

Inventario de Sistemas de Creencias-15R
(*Systems of belief inventory/SBI-15R*)²⁶

- * 1. La religión es importante en mi vida cotidiana
0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo o de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo
- * 2. Rezar me ha ayudado para enfrentar tiempos de enfermedades serias
0 = Nada del tiempo 1 = Poco tiempo
2 = Buena parte del tiempo 3 = Todo el tiempo
- ** 3. Disfruto asistir a actos religiosos que tiene mi grupo religioso o espiritual
0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo
- * 4. Tengo la certeza de que Dios existe en alguna forma
0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo
- ** 5. Cuando necesito sugerencias en como lidiar o enfrentar mis problemas, conozco gente de mi comunidad espiritual o religiosa a quien acudir
0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo
- * 6. Creo Dios no me dará una carga que yo no pueda soportar
0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo
- ** 7. Disfruto reunirme y hablar frecuentemente con personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales
0 = Nada de tiempo 1 = Poco tiempo
2 = Buena parte del tiempo 3 = Todo el tiempo
- * 8. Durante tiempos de enfermedad, mis creencias religiosas o espirituales se han fortalecido
0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo
- ** 9. Cuando me siento solo, confío o cuento con personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales para apoyarme
0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo
- * 10. He tenido una sensación de esperanza como resultado de mis creencias religiosas o espirituales
0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo
- * 11. He sentido tranquilidad en mi mente mediante mi oración y meditación
0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo
- * 12. La vida y la muerte de uno, sigue un plan de Dios
0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo
- ** 13. Busco gente en mi comunidad religiosa o espiritual cuando necesito ayuda
0 = Nada del tiempo 1 = Poco tiempo
2 = Buena parte del tiempo 3 = Todo el tiempo
- * 14. Creo que Dios me protege del daño
0 = Fuertemente en desacuerdo 1 = Algo en desacuerdo
2 = Algo de acuerdo 3 = Fuertemente de acuerdo
- * 15. Suelo rezar pidiendo ayuda a Dios durante tiempos difíciles
0 = Nada del tiempo 1 = Poco tiempo
2 = Buena parte del tiempo 3 = Todo el tiempo

* Subescala I (Creencias y Prácticas), ** Subescala II (Soporte Social)

términos de anticipar y evitar interferencias con dicho cuidado. El sacerdote sirve como mediador entre el paciente y su familia para con el equipo médico, evitando malos entendidos y favoreciendo la comunicación en las dos vías.²² Existen por supuesto numerosos momentos de dificultad y controversia en la función del sacerdote en el hospital así como un enorme reto en términos de metodología. La consideración de ello con anticipación, la consulta con expertos y la resolución de dudas médicas con el equipo de atención así como la continua práctica de su propia fe, habitualmente son suficientes para llevar a cabo este ministerio de cuidado espiritual.

Comentarios finales y líneas futuras de investigación

A la luz de la revisión y análisis de las evidencias y hallazgos descritos, hemos puntualizado la importancia de pugnar por una incorporación de la espiritualidad en el cuidado cotidiano de nuestros enfermos. Es preciso señalar que la labor individual de médicos y enfermeras es la condición indispensable y necesaria; mientras que la creación de un servicio pastoral en cada hospital constituye el paso siguiente y deseado. La aplicación de dichos conceptos deberá también adaptarse a la idiosincrasia existente en cada comunidad hospitalaria y a las costumbres prevalentes de carácter religioso y cultural prevalentes en cada comunidad específica. La consideración cuidadosa de dichas características orientará a los clínicos para actuar en cada caso específico.

El abordaje integral de la espiritualidad en medicina enfrenta muchos retos, entre ellos: la búsqueda y perfeccionamiento de nuevos instrumentos de medición, el desarrollo de nuevos diseños metodológicos que permitan explorar con mayor acuciosidad los vínculos de causa-efecto entre espiritualidad y salud; la integración curricular del conocimiento generado en las escuelas de medicina y enfermería; su consolidación dentro del sistema convencional de salud; así como su incorporación a la nueva corriente de medicina alternativa o integral, entre otros muchos.

Mientras estos avances ocurren, médicos, enfermeras y todo aquel que trabaje con paciente y familiares pueden, y quizá deben, ser agentes activos de cambio al pugnar por tomar en cuenta la dimensión espiritual de sus enfermos en el «encuentro» diario. Este, bien puede ser el principio; nuestros pacientes, sus familias y nosotros mismos merecemos el esfuerzo.

Referencias

1. Almanza MJJ, Ibañez NP, Altamirano MS. Correlatos religiosos de la Depresión. *Psicopatología* (Madrid) 1997; 17 (2): 65-69.
2. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol*. 1967; 5: 432-443.
3. American psychiatric Association: Committee on Religion and Psychiatry. *Am J Psychiatry*. Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists, religious commitments and psychiatric practice 1990; 147: 542.
4. Arnold D, Schick C. Counseling by clergy; a review of empirical research. *Journal of Pastoral Counseling* 1979; 14: 76-101.
5. Astin JA. Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *JAMA* 1998; 20; 279 (19): 1548-53.
6. Byrd R. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J* 1988; 81: 826-829.
7. Comstock and Partridge. Church attendance and health. *J Chron Dis* 1972; 25: 665-672.
8. Conrad NL. Spiritual support for the dying. *Nursing Clinics of Northamerica* 1985; 20 (2): 415-427.
9. Daaleman TP, Frey B. Association between spirituality and health hard to measure. *Fam Med* 1998; 30(7): 470-1.
10. Dixon JL, Smalley NG. Jehovah's witnesses, the surgical/ethical challenge. *JAMA* 1981; 27 246; 21: 2471-2472.
11. Derrickson BS. The spiritual work of the dying; a framework and case studies. *Hosp J* 1996; 11(2): 11-30.
12. Ellis MR, Vinson DC, Ewigman B. Addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices. *J Fam Pract* 1999; 48(2): 105-9.
13. Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *J Health Social Behav* 1991; 32: 80-99.
14. Elsdon R. Spiritual pain in dying people, the nurses role 1995; 10 (10): 641-643.
15. Freud S. El porvenir de una ilusión. Sigmund Freud Obras Completas, Tomo XXI, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Editores; 1991; 3-56.
16. Freud S. El malestar en la cultura. Sigmund Freud Obras Completas, Tomo XXI, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu Editores 1991; 59-149.
17. Fromm E. El Dogma de Cristo. 8/a Reimpresión, México: Editorial Paidós 1989.
18. Gartner J, Larson DB, Vachar-Mayberry CD. A systematic review of the quantity and quality of empirical research published in four pastoral counseling journals: 1975-1984. *The Journal of Pastoral Care* 1990; 44: 115-123.
19. Gioiella ME, Berkman B, Robinson M. Spirituality and quality of life in gynecologic oncologic patients. *Cancer Pract* 1998; 6(6): 333-338.
20. Ginn DR, Aliff L. The northeast Tennessee Spirituality and end of Life Issues Survey. *Tenn Med* 1998; 91 (11): 425-30.
21. Hamilton DG. Believing in patients' beliefs: Physician attunement to the spiritual dimension as a positive factor in patient healing and health. *Am J Hosp Palliat Care* 1998; 15 (5): 276-9.
22. Handzo G. Psychological stress on clergy: In: Handbook of Psycho-Oncology Psychological care of patient with cancer. Edited by Jimmie C, Holland and Julia H. Rowland, New York Oxford, Oxford University Press 1989; 683-688.
23. Hart CW, Matorin S. Collaboration between hospital social work and pastoral care to help families cope with serious illness and grief. *Psychiatric Services* 1997; 48 (12): 1549-1552.
24. Hatch RL. Relationship between spirituality and health is important. *Fam Med* 1998; 30 (6): 399-400.
25. Hatch RL, Burg MA, Naberhaus DS, Hellmich LK. The Spiritual Involvement and Beliefs Scale. Development and testing of a new instrument. *J Fam Pract* 1998; 46(6): 476-86.
26. Holland JC, Kash KM, Passik MK, Gronert MK, Sison A, Lederberg M, Russak SM, Baider L, Fox B. A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-oncology* 1998; 7: 460-469.
27. Holland J, Almanza J. Communication between doctor and patient: A key issue in cancer care. Editorial. *Journal of Balkan Union of Oncology (BUON)* 1999; 4: 3-4 Printed in Greece.
28. Kaptchuk TJ, Eisenberg DM. The persuasive appeal of alternative medicine. *Ann Intern Med* 1998; 15, 129 (12): 1061-5.
29. Kash KM, Holland JC, Passik SD et al. The System of Belief Inventory (SBI): A scale to measure spiritual and religious beliefs in quality of life and coping research. *Psychosom Med* 1995; 57-62.
30. Kass JD, Friedman R, Laserman J et al. Research note: Health outcomes and a new index of spiritual experience. *J Sci Study Religion* 1991; 30, 203-211.
31. Klass D. Spirituality, Protestantism and Death. In: Death and spirituality Keneth J Doka, John D Morgan Death. Value and meaning series. Amityville, New York, USA: Series editor: John D Morgan Baywood publishing Company Inc; 1993: 51-74.
32. Koenig HG, Kohen HG, Blazer DG et al. Religious coping and depression among elderly hospitalized medical ill men. *Am Journal Psychiatry* 1992; 149: 1693-1700.

33. Koenig HG. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13 (4): 213-24.
34. Koenig HG, Larson DB. Use of hospital services, religious attendance, and religious affiliation. *South Med J* 1998; 91 (10): 925-32.
35. Koenig HG, George LK, Cohen HJ, Hays JC, Larson DB, Blazer DG. The relationship between religious activities and cigarette smoking in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998; 53(6): M426-434.
36. Kuhn C. A spiritual inventory of the medically ill patient. *Psychiatr Med* 1988; 6: 87-89.
37. Larson DB, Pattison EM, Blazer DG et al. Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 329-334.
38. Levin JS, Schiller PL. Is there a religion factor in health? *Journal of Religion and Health* 1987; 27: 9-36.
39. Levin JS. Religious and health, is there an association, is it valid, and is it causal. *Social Science and Medicine* 1994; 38: 1475-1482.
40. Long A. Nursing, a spiritual perspective. *Nurs Ethics* 1997; 4(6): 496-510.
41. Maugans TA. The spiritual history. *Arch Fam Med* 1996; 5: 11-16.
42. McGrath P. The «ignored» dimension. *Hosp J* 1997; 12 (4): 1-14.
43. McKee D, Chappel JN. Spirituality and medical practice. *The Journal of Family Practice* 1992; 35(2): 201-208.
44. Moreno F. *Hombre y Sociedad en el pensamiento de Fromm*. 1/a Edición, México, Fondo de Cultura Económica 1981.
45. Musick MA, Koenig HG, Larson DB, Matthews D. Religion and spiritual beliefs. In: *Psycho-oncology* (Edited by Jimmie C. Holland). New York Oxford. Oxford University Press 1998; 780-789.
46. Oldnall A. A critical analysis of nursing, meeting the spiritual needs of patients. *J Adv Nurs* 1996; 23 (1): 138-144.
47. Orr RD, Isaac G. Religious variables are frequently reported in clinical research. *Family Medicine* 1992; 24: 602-606.
48. Osler W. The faith that heals. *Br Med J* 1910; 1: 1470-1472.
49. Oxman TE, Freeman DH, Manheimer ED. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosom Med* 1995; 57: 5-15.
50. Puchalski CM, Larson DB. Developing curricula in spirituality and medicine. *Academic Medicine* 1998; 73: 970-974.
51. Román JA, Aponte D. México me ha acompañado en mucho camino recorrido; discurso de Carol Wojtyla a su llegada a la Ciudad de México. La Jornada, sábado 23 de enero de 1999. Disponible en (<http://www.nuclecu.unam.mx/~jornada/990123.dir/primera.html>). Accesada el 23 de enero de 1999.
52. Rush B. Sixteen introductory lectures. Philadelphia PA, Bradford & Innskeep 1811.
53. Saunders C. A pioneering approach to the dying. *Nurs Times* 1984; 80 (13): 16-8.
54. Saunders C. Lessons in living from the dying. The Douglas West Endowed Memorial Visiting Lecture in geriatrics/Palliative Care. The Goldwurm, Auditorium, at Mount Sinai Medical Center, New York City 1999.
55. Segre M, Ferraz FC. The concept of health. *Rev Saude Publica* 1997; 31 (5): 538-42.
56. Soeken KL, Carson VJ. Responding to the spiritual needs of the chronically ill. *Nursing Clinics of Northamerica* 1987; 22 (3): 603-611.
57. Stanley A. Million mexicans bond with Pope at mass. *The New York Times on the web*, Monday 25th January, 1999. Disponible en: <http://archives.nytimes.com/archives/search/fastweb?search>). Accesada el 27 de febrero de 1999.
58. Stolberg SG. Reflections on a Life of treating the dying. *The New York Times* 1999.
59. Taylor EJ, Amenta M, Highfield M. Spiritual care practices of oncology nurses. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22 (1): 31-39.
60. Taylor EJ, Highfield MF, Amenta M. Predictors of oncology and hospice nurses' spiritual care perspectives and practices. *Appl Nurs Res* 1999; 12 (1): 30-37.
61. Thomsen RJ. Spirituality in medical practice. *Arch Dermatol* 1998; 134 (11): 1443-6.
62. Waldfogel S. Spirituality in medicine. *Primary Care* 1997; 24 (4): 963-975.
63. Wiener I, Nreitbart W, Holland J. Chapter 34 Psychiatric issues in the care of dying patients. In: *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry* Edited by Rundell JR and Wise MG. USA: The American Psychiatric Press 1996; 804-831.
64. Wright KB. Professional, ethical, and legal implications for spiritual care in nursing. *Image J Nurs Sch* 1998; 30 (1): 81-3.