

Valoración de la espiritualidad: ¿Algo más allá de lo Psico-somático?

La valoración de la espiritualidad ha sido definida como un ingrediente esencial dentro de los cuidados paliativos, estableciéndose como una prioridad tanto para los profesionales como para los pacientes (1). El sentido literal de espiritual tiene que ver con esencia y con cualidad principal. Así la espiritualidad tiene más que ver con la individualidad y el sentimiento de uno mismo como persona que con las creencias religiosas, aunque las primeras puedan incorporarse en un sistema de creencias más específico.

En las reacciones psicológicas a la enfermedad, sea cual sea su estadio, la persona intenta buscar un significado (¿Por qué a mí?) y en este proceso son frecuentes las reacciones de culpa (a veces ligado al concepto de falta/pecado) y enfado (dirigido hacia uno o a una instancia superior como puede ser Dios) como expresiones de malestar espiritual. El proceso de pérdida de control sobre uno mismo y de aceptación de la muerte también conlleva la emergencia de aspectos existenciales.

El impacto sobre la salud de la espiritualidad, fe y creencias religiosas ha sido revisado magistralmente por el Centro Internacional para la Integración de Salud y Espiritualidad (2). Para la mayoría de los pacientes, bien con enfermedad física o con problemas de salud mental, la espiritualidad/religiosidad puede proporcionar una mejor adaptación a través de la cual disminuir los niveles de malestar psíquico. En este sentido diversos estudios recientes (3-4) han documentado el papel central del bienestar y significado espiritual como amortiguador de depresión, desesperanza y deseos de acelerar la muerte (con consiguientes peticiones de suicidios asistidos) entre pacientes con cáncer avanzado.

La comunicación sobre aspectos espirituales con pacientes en el transcurso de su adaptación a la pérdida o amenaza de su salud no suele ser fácil. Se han identificado (5) actitudes e ineptitudes que dificultan esta tarea. Entre las primeras se identifica la preocupación por proyectar nuestras propias creencias en el paciente o entrometernos en su privacidad son algunas de ellas. Sin embargo, la experiencia clínica de atender a pacientes en ese entorno da la razón a los estudios que señalan que la mayoría de los pacientes están receptivos a estas cuestiones. En cuanto a las aptitudes es preciso tener conocimientos básicos sobre algunos dominios: preocupaciones y fuentes de malestar espiritual; principios y creencias religiosas de la población que recibe asistencia; habilidades básicas que incluye escucha y sensibilidad para identificar y señalar aspectos esenciales de la espiritualidad; capacidad para el acompañamiento cuando los pacientes expresan su conflictiva espiritual en el contexto del duelo anticipado.

Este área también tiene sus guías trasatlánticas de buena práctica auspiciadas por la American Academy of Hospice and Palliative Medicine (6). En ellas se enfatiza que cada paciente es una persona y que tiene un sistema de creencias y valores que debe ser reconocido y respetado. También la valoración de aspectos espirituales debe preceder a otras cuestiones más específicas acerca de su religiosidad y se debe evitar entrar en discusiones acerca de las creencias o valores del propio profesional. Se revisan aspectos más específicos de la valoración (lo que denominan la historia espiritual) e incluso incluyen algunas escalas complementarias. Las más empleadas son el Inventario de Creencias (7) y la Escala de Bienestar Espiritual dentro de la valoración de calidad de vida del FACIT que a su vez contiene dos subescalas: la de fe y la de Significado/Paz.

En resumen, para los profesionales con compromiso clínico en Psicología y Psiquiatría

de Enlace es importante la consideración de los aspectos espirituales de todos los pacientes. Es deseable una colaboración estrecha con servicios de ayuda pastoral que puedan estar disponibles para aquéllos con necesidades más específicas, para los cuáles la espiritualidad esté ligada a creencias religiosas. Estamos de acuerdo con que las preocupaciones espirituales deberían ser abordadas de forma tan cuidadosa como otras preocupaciones de los pacientes. Si valoramos la dignidad de las personas en situaciones de enfermedad y/o proximidad de la muerte, reconocer y legitimar esta parte de la reacción psicológica no es baladí. Ello se conseguirá en mayor medida si procuramos que el paciente preserve lo más posible las creencias acerca de sí mismo y de su mundo, conservando la mayor capacidad de autonomía posible y facilitando una elaboración de su situación en donde se atenúen las posibles autoculpabilizaciones. No es tarea fácil pero no por ello irrenunciable, si la relación transferencial lo permite, los profesionales ocupamos indudablemente un espacio preferente para ello. Este área de valoración debería ser incluida como parte de nuestra escucha y acompañamiento terapéutico. No lo dejen para el más allá.

RICARDO CAMPOS RÓDENAS
Director Científico

- (1) Singer P, Martín DK, Kelner M.: Domains of quality end-of-life care from the patient perspective. JAMA, 281: 163-168, 1999.
- (2) Larson DB, Larson SS.: Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: a brief review of quantitative research. J of Psychology and Theology 31; 37-51, 2003.
- (3) Breitbart W, Rosenfield B, Pessin H et al.: Depression, hopelessness, and desire for death in terminally ill patients with cancer. JAMA , 284; 2907-2911, 2000.
- (4) McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W.: Effect of spiritual wellbeing on end-of-life despair in terminally ill patients. Lancet 361; 1603-1607, 2003.
- (5) Breitbart W, Gibson C, Chochinov M.: Palliative Care. En: Levenson JL (ed). Textbook of Psychosomatic Medicine. Washington: American Psychiatric Press, 2005.
- (6) Doyle D, Hanks GCW, Cherny N et al (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. NY, Oxford University Press, 2003.
- (7) Holland JC, Kash KM, Passik MK et al.: A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. Psychooncology 7: 460-469, 1998.
- (8) Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G et al.: A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. Psycho-Oncology 8: 417-428, 1999.
- (9) Puchalski C, Romer AL.: Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. J Palliative Medicine 3: 129-137, 2000.