

# TRABAJO FIN DE GRADO



## UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Departamento de Ciencias de la Salud

Grado en Psicología

### ¿QUÉ ROL JUEGA LA PSICOLOGÍA EN EL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL DENTRO DEL MARCO DE CUIDADOS PALIATIVOS?

Autor:

Dña. Cristina García Gambín

Directores:

Dr. D. Francisco J. Moya Faz

Dr. D. Ángel Rosa Alcázar

Murcia, junio de 2015







# TRABAJO FIN DE GRADO



## UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Departamento de Ciencias de la Salud

Grado en Psicología

### ¿QUÉ ROL JUEGA LA PSICOLOGÍA EN EL ACOMPañAMIENTO ESPIRITUAL DENTRO DEL MARCO DE CUIDADOS PALIATIVOS?

Autor:

Dña. Cristina García Gambín

Directores:

Dr. D. Francisco J. Moya Faz

Dr. D. Ángel Rosa Alcázar

Murcia, junio de 2015





**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SAN ANTONIO

**DEFENSA TRABAJOS FIN DE GRADO**

**ANEXO V**

| DATOS DEL ALUMNO  |                     |
|---|---------------------|
| Apellidos: García Gambín  | Nombre: Cristina    |
| DNI: 48540026K  | Grado en Psicología |
| Departamento Ciencias de la Salud   |                     |
| Título del trabajo: ¿Qué rol juega la psicología en el acompañamiento espiritual dentro del marco de cuidados paliativos? |                     |

El Dr. D. Francisco J. Moya Faz y el Dr. D. Ángel Rosa Alcázar como Tutores del trabajo reseñado arriba, acreditan su idoneidad y otorgan el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo Fin de Grado

En Murcia a 15 de junio de 2015

Fdo.: Dr. D. Francisco J Moya Faz

Fdo: Dr. D. Ángel Rosa Alcázar





## **Agradecimientos**

Agradezco a mis tutores, Francisco Moya Faz y Ángel Rosa Alcázar su apoyo y su confianza durante todo el proceso. Me han ayudado a esclarecer los objetivos y el sentido de este trabajo y a salvar los obstáculos que han ido apareciendo a lo largo de todo el camino que hemos recorrido.

Agradezco a Mamen Gómez, mi tutora de prácticas de psicooncología en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, que haya compartido su inestimable labor conmigo, mostrándome como acercarnos al dolor, al miedo y a la incertidumbre de los pacientes paliativos, y como acompañarlos aliviando el sufrimiento y poniendo en juego la esperanza, el sentido de la vida, el perdón y la gratitud.

Agradezco a Juan José Valverde, doctor en Medicina y especialista en CP y Oncología en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, su confianza y su forma de entender la medicina. Su actitud con los pacientes paliativos y sus familiares han forjado una nueva mirada en mí, llena de cercanía, compasión y humildad.

Agradezco a todos los profesionales vinculados con el servicio de oncología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (adjuntos, residentes, enfermeros, psicólogos, personal de limpieza...). Todos ellos con su actitud me han enseñado a “mirar” al paciente, más allá de la enfermedad y del diagnóstico. Siempre hay razón para la esperanza y para decir “sí” al presente.

Agradezco a todos los pacientes y familiares con los que me he relacionado, su apertura, su autenticidad ante el dolor y sus ganas de trabajar para sacar lo mejor de sí y encontrar sentido ante lo inexplicable.

Agradezco a Fuensanta Sánchez, coordinadora de Cuidados Paliativos del Servicio Murciano de Salud, todo lo compartido en la formación M.A.R. para la elaboración del duelo y su confianza al abrirme las puertas para invitar a los profesionales paliativos a participar en este trabajo.



Agradezco a todos los profesionales de Cuidados Paliativos que han participado en el estudio, por su valiosa labor para influir de una manera saludable en pacientes y familiares al final de la vida.

Agradezco a Antonia Galián, mi tutora de prácticas en el centro oncológico IMO, su confianza, su respeto y sus ánimos para impulsarme a trabajar como psicóloga y terapeuta y por transmitirme su pasión por la dimensión espiritual.

Agradezco a Lucía Guardiola, su profesionalidad, su empeño y su dedicación para orientarme en la realización de este trabajo.

Agradezco a mi familia y muy especialmente a mi marido, Antonio Polo Palau, su apoyo, su confianza incondicional y su generosidad en cada uno de los pasos que he dado hasta llegar aquí.



## ÍNDICE

|      |  |    |
|------|--|----|
| 1.   | INTRODUCCIÓN.....                            | 15 |
| 2.   | OBJETIVO GENERAL.....                        | 20 |
| 3.   | OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                  | 20 |
| 3.1. | Revisión Bibliográfica .....                 | 20 |
| 3.2. | Estudio Empírico .....                       | 20 |
| 4.   | METODOLOGÍA.....                             | 21 |
| 5.   | REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....                 | 23 |
| 5.1. | Conceptualización de Espiritualidad.....     | 23 |
| 5.2. | Espiritualidad y Religión .....              | 29 |
| 5.3. | Espiritualidad y Salud.....                  | 31 |
| 5.4. | La Espiritualidad como Factor Protector..... | 38 |
| 5.5. | Espiritualidad y Psicología de la Salud..... | 40 |
| 5.6. | El Acompañamiento Espiritual.....            | 44 |
| 5.7. | Los Profesionales de CP. ....                | 47 |
| 6.   | ESTUDIO EMPÍRICO.....                        | 50 |
| 6.1. | Hipótesis.....                               | 50 |
| 6.2. | Diseño .....                                 | 51 |
| 6.3. | Resultados.....                              | 52 |
| 6.4. | Discusión .....                              | 56 |
| 6.5. | Conclusiones .....                           | 58 |
| 7.   | REFLEXIÓN Y VALORACIÓN PERSONAL .....        | 60 |
| 8.   | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....             | 62 |
| 9.   | ANEXOS.....                                  | 66 |

## Resumen

El acompañamiento espiritual al final de la vida es un factor protector de la salud. Sin embargo, las necesidades espirituales en el contexto de cuidados paliativos, siguen sin estar cubiertas. Este trabajo describe y analiza, cómo perciben los profesionales de cuidados paliativos de la Región de Murcia, el acompañamiento espiritual y qué papel juega la psicología durante el mismo. Se ha estructurado en dos partes, en la primera, la revisión bibliográfica y en la segunda, el análisis descriptivo, basado en dos estudios previos, mediante un cuestionario diseñado por el Grupo de Espiritualidad (GES) perteneciente a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). De los 80 profesionales a los que se le ha enviado el cuestionario vía online, 20 contestaron. El mayor porcentaje de respuestas procede de medicina y enfermería, llamando la atención la escasez de psicólogos en este ámbito. Los resultados son coherentes con los dos estudios previos y entre las conclusiones destaca la falta de competencia percibida entre los profesionales para abordar la dimensión espiritual al final de la vida.

**Palabras clave:** espiritualidad, cuidados paliativos, acompañamiento espiritual.



## 1. INTRODUCCIÓN

Uno de los signos de humanización de la medicina es el avance de la reflexión y la práctica de los cuidados paliativos (en adelante CP). Este hecho apunta a la importancia de un nuevo enfoque en el que se va más allá de curar la enfermedad, para cuidar a quien está enfermo y no puede ser curado (Higuera, González, Durbán, y Vela, 2013).

Durante las últimas décadas se ha observado un progresivo interés por introducir el ámbito de la espiritualidad y el acompañamiento espiritual en la práctica clínica, especialmente en CP (Sánchez et al., 2013).

Puchalski et al., (2011) recoge la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

En 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los CP como la asistencia y el cuidado total y activo de los pacientes que no responden a un tratamiento curativo, prestando especial atención al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.(p.70).

En 2002, se incluye en la definición la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales (Fombuena, 2014).

Desde la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) se presta especial interés en señalar que sean las demandas de pacientes y familiares las que marquen las directrices y el ritmo progresivo de las actividades relacionadas con los CP.

En la página web de la AECC se destaca la nueva perspectiva propuesta por la OMS y señala que esta definición se amplía con los siguientes términos:

Aliviar el sufrimiento y el dolor. Entender la muerte como un proceso natural. No precipitar ni retardar la muerte. Tener en cuenta el ámbito espiritual y psicológico. Asegurar una vida activa en la medida de lo posible. Acompañar a los familiares en la fase paliativa y en la fase de duelo. Aplicar un enfoque de equipo



multidisciplinar que se ajuste a lo que requiera el paciente paliativo y su familia para asegurar un cuidado y una atención integral. Promover la calidad de vida y generar impactos saludables y positivos mientras dure la fase paliativa. (AECC, 2015)

Según el Plan Estratégico de CP del Sistema Nacional de Salud (2010-2014):

La población diana está conformada por los pacientes diagnosticados con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentren en situación avanzada y terminal, con un pronóstico de vida limitado (6 meses aproximadamente) independientemente de la patología que lo origine, cuando se acompañe de sufrimiento. La mayor parte de las muertes que ocurren en el continente europeo son entre mayores de 65 años, con una tendencia ascendente. El porcentaje de población española mayor de 60 años era del 21% en el año 2002 y se espera que en el año 2020 sea del 27 %. De este tramo de edad, el segmento que proporcionalmente más va a aumentar, es el de los mayores de 85 años. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 24).

Tal y como se ha observado, el objetivo principal de la plan estratégico es aliviar el dolor y promocionar la promoción de la calidad de vida, atendiendo los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.

Estas líneas estratégicas ponen de relieve la importancia que tiene, tanto para la población en general, como para el estado, la puesta en marcha de medidas adecuadas para asegurar que se cumplan las medidas de CP relacionadas con el cuidado y la atención integral.

En concreto, en el caso de la Región de Murcia, según Cuidar y Paliar, página web donde aparecen los recursos de CP del Servicio Murciano de Salud, “los equipos de CP han atendido durante 2014 a 2.128 pacientes, 1.224 en el ámbito domiciliario y 904 en los distintos centros hospitalarios

pertenecientes a la plataforma de instituciones públicas de la Comunidad Autónoma” (Cuidar y Paliar, 2015).

Con estos datos y con los mostrados anteriormente, se puede tomar conciencia de la dimensión actual que alcanzan los CP y del crecimiento exponencial que se les augura. Atender los CP satisfactoriamente conlleva una complejidad que deriva en cubrir las necesidades crónicas que requiere la población general.

Estas necesidades son reconocidas en la literatura científica que recoge la labor asistencial de los CP “Desde las primeras publicaciones científicas y profesionales en CP se señala la importancia de atender el conjunto de las necesidades del paciente, incluyendo las áreas física, social, psicológica y espiritual” (Barreto et al., 2015, p.26).

De manera más específica, tanto las definiciones de CP de la OMS como las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (en adelante SECPAL) y la European Association for Palliative Care contemplan la dimensión espiritual como parte esencial de los mismos. A pesar de ello, tanto por la naturaleza íntima y subjetiva de esta dimensión, como por falta de consenso sobre sus características, sigue siendo el área menos desarrollada de CP (Galiana, Oliver, Gomis, Barbero y Benito, 2014).

La inclusión de lo espiritual en el tratamiento psicológico dentro del marco de los CP es un esfuerzo reciente cuya cristalización se encuentra todavía lejos de ser alcanzada.

El área espiritual debería ser evaluada en la anamnesis junto con el resto de áreas: física, social y psicológica. Desde la literatura científica, ya se ha evidenciado que obviar una realidad, como la necesidad de acompañamiento espiritual al final de la vida, puede ser fuente o expresión de enorme sufrimiento, lo que se convierte en una irresponsabilidad moral por parte de los grupos de profesionales sanitarios (Payás et al., 2008).

En ocasiones, tanto los pacientes en CP como sus familiares, acuden a la espiritualidad como recurso de afrontamiento positivo y desean que los

profesionales sanitarios tengan en cuenta, exploren y atiendan este tipo de necesidades (Reig, Ferrer, Fernández, Albadalejo y Priego, 2015).

En el trabajo de Reig et al., (2015) se subraya la importancia de la capacitación de los profesionales para abordar esta dimensión:

El acompañamiento espiritual, requiere de una identificación clara de este ámbito por parte de los profesionales y un compromiso de los mismos para dotarse del conocimiento, la experiencia y los recursos necesarios para asegurar una atención específica en el ámbito de la espiritualidad. (p. 61).

Sin embargo, la realidad, evidencia que existen altos niveles de precariedad en los servicios destinados para este fin.

Desde la literatura, se apunta a que las principales barreras para el desarrollo de la atención espiritual surgen de la dificultad en el consenso sobre el concepto de espiritualidad y la falta de unanimidad en el modelo de atención y en las herramientas/cuestionarios de evaluación e intervención (Sánchez et al., 2013).

Además, resulta imprescindible tener en cuenta, que otra de las dificultades señaladas para el desarrollo de la espiritualidad, es que la aproximación terapéutica del profesional de CP a este ámbito, supone acercarse a un lugar de experimentación en el que el sentido de la vida y el vacío existencial están muy próximos, y ese espacio abierto, no sólo puede generar miedo en el paciente, sino también en el propio profesional (Benito y Gutiérrez, 2008).

A pesar de todas estas barreras, en nuestro país existe cada vez más, desde hace unos años, un interés creciente por conocer y compartir el ámbito de la atención espiritual en CP.

Como ejemplo, nos encontramos el estudio de Payás et al., (2008), en el que se evalúa la perspectiva de los profesionales de CP de toda España sobre las necesidades espirituales. Entre las conclusiones que se recogen, se pone en primer plano “una escasez generalizada de conocimiento, consenso y recursos en los equipos de CP, excepto entre grupos de profesionales muy

sensibles, interesados y abiertos al acompañamiento espiritual” (Sánchez et al., 2013, p. 3).

Años más tarde, se publica otra investigación basada en el estudio anteriormente comentado de Payás et al., (2008). Esta nueva publicación es la llevada a cabo por Sánchez et al., (2013). Con esta segunda publicación se replica el estudio anterior, con el objetivo principal de conocer el estado durante ese mismo año, de la situación sobre la percepción de los profesionales de CP sobre el acompañamiento espiritual y detectar posibles áreas de mejora.

En este último trabajo se observó que “aunque los profesionales consideran que la evaluación y el acompañamiento espiritual forman parte de la atención integral en CP, también perciben importantes áreas de mejora tanto en la formación como en el modelo de atención de los profesionales” (Sánchez et al., 2013, p.8).

Este trabajo surge con la intención de replicar ambos estudios en el ámbito regional, para conocer cómo perciben los profesionales sanitarios de los equipos de paliativos de la Región de Murcia las necesidades espirituales de pacientes y familiares y analizar el papel de la psicología en este ámbito.

Por un lado se cuestiona si los profesionales tienen en cuenta en su labor asistencial el ámbito de la espiritualidad y si están preparados para detectar, explorar y atender las necesidades espirituales que surjan, ya que tal y como evidencia la literatura revisada, a día de hoy siguen estando lejos de ser cubiertas. Por otro lado, se pretende contribuir aportando claridad y despejando dudas sobre el inestimable papel que la psicología debe jugar en este ámbito.

## **2. OBJETIVO GENERAL**

- Analizar la situación actual sobre el papel que juega la psicología en el acompañamiento espiritual que realizan los profesionales sanitarios de la Región de Murcia al final de la vida.

## **3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **3.1. Revisión Bibliográfica**

- Revisar el estado de la dimensión espiritual en el marco de los CP.
- Señalar las evidencias que aportan diversas investigaciones sobre la espiritualidad como factor protector de la salud.
- Justificar las relaciones que se establecen entre la psicología de la salud y acompañamiento espiritual.
- Conocer las necesidades que requiere el profesional de CP para desarrollar el acompañamiento espiritual.

### **3.2. Estudio Empírico**

- Comprobar si los profesionales sanitarios de CP consideran que el acompañamiento espiritual forma parte de su actividad asistencial.
- Analizar si cuentan con recursos para diagnosticar, evaluar y realizar el acompañamiento espiritual.
- Estudiar si perciben que son competentes y están formados suficientemente para abordar la dimensión espiritual.
- Detectar puntos de mejora orientados a mejorar la labor asistencial en el acompañamiento espiritual.

#### **4. METODOLOGÍA**

Para la consecución de los objetivos establecidos se ha desarrollado la siguiente metodología. El trabajo se ha estructurado principalmente en dos partes compuestas por la revisión bibliográfica y el estudio empírico.

La primera parte de este trabajo, se ha realizado por medio de una revisión bibliográfica, cuyo objetivo principal es el de analizar la situación actual de la espiritualidad en el marco de la salud y justificar, desde la psicología, el acompañamiento espiritual al final de la vida en los CP.

Las bases de datos utilizadas como herramienta han sido principalmente Elsevier Medicina Paliativa, que publica oficialmente la SECPAL y Google Académico. Las palabras clave para la búsqueda giraban en torno a los términos “salud y espiritualidad”, “acompañamiento espiritual”, “CP y espiritualidad”, “dimensión espiritual”, “psicología y espiritualidad”, “espiritualidad al final de la vida” y “bienestar y espiritualidad”, “psicología humanista y espiritualidad” y “profesionales de CP”.

La selección de documentos se ha llevado a cabo utilizando como condición que perteneciesen al contexto clínico de la salud, concretamente en el proceso asistencial de CP.

La principal dificultad ha sido la escasa literatura que, por un lado, aborda en detalle, cómo trabajar las necesidades espirituales en el marco de CP y por otro, diferencia dos constructos indiferenciados en la mayor parte de la literatura revisada, religión y espiritualidad. Otra de las dificultades añadidas, ha sido la falta de consenso todavía existente en la literatura sobre el concepto de espiritualidad.

La segunda parte, se ha llevado a cabo mediante un estudio empírico, cuyo objetivo principal, ha sido el de realizar un análisis descriptivo con el fin de analizar cómo perciben los profesionales de paliativos de la Región de Murcia el acompañamiento espiritual al final de la vida.

El cuestionario replica dos investigaciones previas, Payás et al., (2008) y Sánchez et al., (2013) que han analizado esta misma cuestión en el ámbito nacional. Estos estudios fueron llevados a cabo por el Grupo de Espiritualidad

(en adelante GES) que pertenece a la SECPAL. En el cuestionario han participado vía online:

- Los profesionales sanitarios que trabajan en los equipos paliativos (domiciliarios y hospitalarios) que están formados por médicos, enfermeros y auxiliares. Como criterio de inclusión, se realizaron dos presentaciones del presente trabajo, en los encuentros mensuales que tienen todos los equipos de CP en el Hospital Reina Sofía. En dicha presentación, se compartieron los objetivos de este estudio y se les solicitó la participación en el cuestionario vía online.

- Los voluntarios que realizan su labor en CP a través de FADE (domiciliarios y hospitalarios).

- Los profesionales sanitarios del servicio de oncología del Hospital Virgen de la Arrixaca (médicos, residentes, psicólogos, enfermeros y auxiliares).

- Los equipos de apoyo psicosocial (EAPS) que trabajan en el ámbito hospitalario y domiciliario y están formados por psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y voluntarios.

## **5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

### **5.1. Conceptualización de Espiritualidad**

El objetivo principal de este apartado es el de revisar la conceptualización de espiritualidad y su encuadre teórico. Sin embargo, resulta importante advertir que, conceptualizar y operativizar este constructo, encierra en sí mismo una paradoja.

Nos planteamos abordar desde el marco científico una dimensión que se extralimita, por su propia naturaleza, de los límites de actuación marcados por la ciencia. Así que el objetivo que se persigue, al conceptualizar espiritualidad, es el de cosificar algo que, de por sí, es imposible cosificar al cien por cien.

Si estamos de acuerdo, con estos supuestos, se acepta entonces que, a continuación, al tratar de objetivizar la espiritualidad, se renuncia explícitamente a contemplar matices esenciales que forman parte de la misma y por lo tanto, se descarta la utopía de abordarla en su totalidad.

En este sentido, se procede a mostrar los resultados de la revisión bibliográfica, que se ha llevado a cabo, con el fin de contribuir aportando claridad al concepto de espiritualidad.

El término “espíritu” procede del latín “spiritus” que significa soplo, aliento, exhalación, aunque en repetidas ocasiones, se ha utilizado para nombrar algo sustancialmente etéreo relacionándose con la vivencia, tal vez más tangible, que tenemos de lo intangible (Sánchez et al., 2013).

Actualmente, la espiritualidad sigue apareciendo como un complejo concepto multidimensional cuya definición ha sido objeto de interminables debates en la literatura científica, de manera que los profesionales no disponen de una definición operativa que incluya sus componentes y los aspectos que se deben evaluar y atender (Galiana et al., 2014).

A la falta de consenso y desarrollo actual, se le suma la actitud que la ciencia ha mantenido durante años frente a la dimensión espiritual, exiliándola al terreno de lo mágico y dándole la espalda como constructo susceptible de ser mirado, revisado y medido.



La espiritualidad ha sido largamente disociada también de la psicología, por lo que es oportuno evaluar el espacio que verdaderamente debe ocupar en las ciencias de la salud, “más allá del apasionamiento de la fe y el escepticismo academicista contemporáneo” (Salgado, 2014, p.131).

Al revisar la literatura vamos tomando conciencia de la dificultad, que supone encontrar estudios, sobre la conceptualización de espiritualidad en el ámbito clínico, de una manera rasa y operante que facilite su comprensión. Entre los factores que han favorecido esta situación, se destacan en el trabajo de Benito y Barbero, (2008) los siguientes:

- La idiosincrasia de la espiritualidad: es una dimensión que aparece con características relacionadas con la experiencia y lo vivencial. Esto implica que para aproximarse a ella, en ocasiones, se necesitan recursos como cuentos, parábolas, metáforas etc. Por lo que nos encontramos ante algo inmaterial, etéreo y sutil.

- El lastre del paradigma del modelo biomédico en la práctica clínica impide que se instale completamente el modelo biopsicosocial: el carácter que imprime la ciencia al contexto de la actividad clínica, implica que nos situamos en unos márgenes que giran en torno a parámetros y mediciones objetivas.

Por lo tanto, parece plausible, que “la aproximación científica a este contexto sea más realizable desde la fenomenología, la antropología y/o la psicología transpersonal” (Benito y Barbero, 2008, p.147).

La experiencia, por lo tanto, toma un papel principal en esta dimensión, ya que “la espiritualidad no puede ser enseñada, tan sólo puede ser descubierta” (Maté, 2007, p.43). Solamente desde nuestra experiencia podremos acercarnos auténticamente a esta dimensión.

Más allá de la experiencia, encontramos en investigaciones recientes, una categorización operativa del constructo de espiritualidad.

En el trabajo de Gijsberts et al., (2011) se muestran los resultados de la revisión sistemática que han dado lugar a un modelo operativo del constructo. Estos hallazgos permiten realizar una propuesta taxativa sobre las categorías y

dominios de necesidades relacionadas con la dimensión espiritual. Y además, permiten establecer una relación clara entre los ámbitos de la psicología y la espiritualidad, especificando nítidamente las conexiones entre ambas.

Como se puede observar, (Figura 1), gran parte de las necesidades espirituales se concretan en necesidades psicológicas a las que se les puede ofrecer respuesta desde el ámbito sanitario.



Figura 1. Gijsberts et al., (2011). Modelo operativo del concepto de espiritualidad al final de la vida. [Figura].

En este modelo el afrontamiento espiritual se concibe desde una doble perspectiva psicológica:

- Bienestar Espiritual: Integra aspectos como la paz, confianza, aceptación, esperanza, propósito, significado, conexión y plenitud.
- Contexto Espiritual Cognitivo-Conductual: Toma en cuenta las creencias, las relaciones y las actitudes espirituales.

Por lo tanto, desde este encuadre psicológico de la espiritualidad, se tangibilizan, por un lado, variables relacionadas con el bienestar y por otro, con lo cognitivo-conductual.

Gracias a este modelo, el constructo se operativiza facilitando la detección de recursos validados para acercarnos a esta dimensión y ofreciendo pistas sobre los ámbitos en los que se circunscribe. De todas formas, más allá de dificultades conceptuales que nos arroja este complejo constructo multidimensional, al revisar la literatura, podemos contrastar que existe consenso en algunos aspectos que ayudan a forjar una definición válida de espiritualidad.

Una de las definiciones recogidas en la Conferencia de Consenso (2009) sobre cuidados espirituales en el contexto paliativo es “el aspecto de la persona relacionado con la búsqueda y expresión de significado y propósito, así como el estado de conexión con el momento, con uno mismo (self), con otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado” (Puchalski et al., 2011, p.61).

En Galiana et al., (2014) encontramos la definición de consenso desarrollada por SECPAL hace una década:

Naturaleza esencial que nos conforma y de la que surge la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia. Es el dinamismo de búsqueda personal en tres direcciones: hacia el interior de uno mismo en búsqueda de sentido, hacia el entorno en búsqueda de conexión y hacia el más allá en búsqueda de trascendencia. (p.64).

Por lo tanto, tomando la definición de consenso de SECPAL, la espiritualidad se define como un constructo formado por tres dimensiones relacionales (Barreto et al., 2015):

- Intrapersonal: relación con nosotros mismos, necesidad de sentido y coherencia.

- Interpersonal: relaciones con otros, necesidad de sentirnos amados y amar.

- Trascendente: necesidad de tener esperanza y dejar un legado que va más allá de nosotros mismos.

Otras definiciones de consenso sobre espiritualidad coinciden en su condición como capacidad de auto-trascendencia, lo que permite ampliar las fronteras hacia acciones y metas que trascienden a uno mismo, sin negar lo valioso de estar presente en el aquí y el ahora y favoreciendo la propia maduración, fomentando la búsqueda de sentido y de propósito (Salgado, 2014).

Nos damos cuenta de que aunque la espiritualidad es un recurso universal, que forma parte de la naturaleza del ser humano, no todas las personas toman conciencia de su dimensión espiritual (Fombuena 2014).

Benito y Barbero (2008) ilustran la concepción universal de este concepto:

Toda persona es un ser espiritual y tiene en su interior la capacidad de anhelar la integración de su ser con una realidad más amplia que el sí mismo y, a la par, la posibilidad de encontrar el camino para esa integración, un camino para ese sujeto único e irreplicable, pues la dimensión espiritual no aparece en abstracto, sino vivida en personas concretas. (p.108).

Parece por tanto, que la espiritualidad forma parte de todos nosotros, siendo una característica intrínseca del individuo. Todos somos seres espirituales, aunque podamos elegir pasarnos toda la vida dando la espalda a la esta posibilidad. La espiritualidad no es un añadido o un suplemento, sino que forma parte de nosotros, y en nuestras manos está desarrollarla o no.

“La dimensión espiritual posee un carácter universal; son necesidades de las personas, a la búsqueda de la nutrición del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte” (Higuera et al., 2013, p.2).

Gracia (2004) recoge como factor común en las definiciones de consenso, el anhelo de plenitud del ser humano:

El objetivo de la vida humana es alcanzar la felicidad, la plenitud. No es posible conformarse con menos. Todos vamos dirigidos hacia ello como la flecha del arquero hacia su blanco, es decir,

nuestro común objetivo en la vida es la excelencia, la plenitud, aspiramos a la integridad y en este sentido estar sano lo debemos entender como estar íntegro, entero, completo, no tanto físicamente, como humanamente. (p.77).

Se deduce de estas definiciones, que el perfeccionamiento espiritual supone un recurso evolutivo, que forma parte de cualquier persona, independientemente que elija, a lo largo de su vida, ponerlo en juego o no:

“Se trata de un impulso hacia la totalidad, el descubrimiento del verdadero potencial de uno mismo. Y es tan común y natural como el nacimiento, el crecimiento físico y la muerte, es una parte integral de nuestra existencia” (Grof y Gros, 1995, p. 34).

Desde esta perspectiva, surge la huella antropológica imborrable de entender a la persona como un ser espiritual que convive con sus creencias, en relación y en evolución consigo mismo, con el otro y con la naturaleza y lo trascendente (Benito et al., 2011) y que es además, capaz de tangibilizar todo ello, mediante la realización de acciones y actividades que lleva a cabo en solitario o como ser en relación.

Para completar este apartado, se rescata un recurso como el cuento, con el fin de poner a la luz en forma de metáfora, aquellas partes, que como se adelantaban al comienzo, son esenciales para captar la espiritualidad y que, sin embargo, difícilmente encuentran su lugar en la ciencia.

El cuento que se presenta a continuación, arroja claridad sobre la importancia de la vivencia espiritual y el valor de la experiencia para esta dimensión.

Anthony de Mello (1988):

Los judaicos de una entrañable aldea caucásica celebraban fervientemente la llegada de un maestro. Era un acto inédito y todos sentían la necesidad de aprovechar la ocasión para hacerle al maestro un sinfín de preguntas que le aclarasen todas sus dudas terrenales y celestiales. Tal y como estaba previsto, al

comienzo del atardecer, llegó el maestro y pudo detectar la ansiedad y expectación que causaba su presencia. Percibía como todos estaban alerta, esperando recibir respuestas para todas las cuestiones que habían recopilado durante meses. Sin embargo, el maestro se mantuvo quieto, en silencio, y los miró directamente a los ojos, mientras comenzaba a tatarrear una canción muy pegadiza. Al rato, la canción se convirtió en un murmullo, el cual entonaban todos los participantes. Entonces el maestro se puso a cantar y todos lo siguieron. Después a bailar y todos lo imitaron. Cuando habían pasado unas horas, todos los participantes se encontraban absortos en sus movimientos, en sus pasos y en sus propias danzas, como si se hubiesen olvidado de todo lo demás. De esta forma, todos ellos fueron sanados de la división interna que nos aleja de la Verdad. Al anochecer la danza se detuvo. Una vez sanada su ansiedad interna, todos formaron un círculo observando la paz del silencio que llenaba la estancia. Fue entonces cuando el maestro habló: “confío en haber dado respuesta a todas vuestras cuestiones. (p. 4-5).

## **5.2. Espiritualidad y Religión**

Uno de los principales factores de confusión que condiciona la conceptualización, es la indiferenciación entre espiritualidad y religión. Ambos son conceptos próximos y complementarios, pero no son análogos.

La espiritualidad es una característica del ser humano. Es universal. Todos somos seres espirituales pero no todos somos seres religiosos. Mientras la religión es una opción, la espiritualidad es un rasgo de la persona.

La religión es el mapa que señala los caminos en los que podemos dar cuerpo a nuestra espiritualidad.

Habitualmente, las dificultades que surgen al confundir la espiritualidad con la religión, afectan de lleno en la manera en la que nos aproximamos a las necesidades espirituales de pacientes y familiares.

En muchos casos, por ejemplo, se funde y confunde espiritualidad con religiosidad y un buen número de instrumentos que pretenden medir espiritualidad evalúan realmente religiosidad (Reig et al., 2015).

De hecho, en la década de los 90, tal y como se señala en el trabajo de Quiceno y Alpi (2009):

Comienzan a tener auge las investigaciones relacionadas con espiritualidad, religión y salud, utilizando ambos términos sin distinción alguna. Mientras la espiritualidad es la búsqueda para entender las respuestas sobre la vida, su significado, y la relación con lo sagrado o lo trascendente, que puede o no conducir al desarrollo de rituales y la formación de una comunidad, la religión es un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales, y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente. (p.323).

Estas dificultades, tal y como se sugiere en Barbero (2002) suelen ser una barrera para esclarecer los márgenes entre ambos conceptos.

Por lo tanto, recursos como la formación y la capacitación en estos temas, permitirán a los profesionales de CP realizar un acompañamiento espiritual acertado, sabiendo trabajar en un campo y/o en otro.

En este sentido, resulta imprescindible desterrar todo intento de colonialismo espiritual y/o religioso, evitando así trabajar desde un único ángulo de visión, ya que el pluralismo y la diversidad como exponentes de la realidad cultural y social, son la garantía de respeto necesaria para cualquier aproximación espiritual (Benito y Gutiérrez, 2008).

En el trabajo de Barbero (2002) se recoge la perspectiva de la OMS en estos temas:

Lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. No es lo mismo que religioso, aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluya un

componente religioso. El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito y, para los que están cercanos al final de la vida, se asocia comúnmente con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación de los valores. (p.77).

Se recoge, por tanto, la necesidad de aclarar en un mayor grado, que pertenece a un ámbito y a otro, y que forma parte de los dos, con el sentido de que los profesionales de CP puedan adaptarse al máximo a las necesidades espirituales del paciente.

### **5.3. Espiritualidad y Salud**

Tras la aproximación que hemos realizado a la clarificación de la conceptualización de espiritualidad, el siguiente paso, es el de trazar el recorrido del papel que ha jugado la espiritualidad, a lo largo de los diferentes modelos de salud que se han ido instaurando a lo largo de la historia.

Uno de los cambios de paradigma fundamentales que se produce es al pasar del modelo biomédico al modelo biopsicosocial-espiritual. “Los cuidados espirituales están cimentados en marcos teóricos importantes, uno de los cuales es el modelo biopsicosocial-espiritual de cuidados” (Puchalski et al., 2011, p. 61).

Sin embargo, aunque desde las diferentes investigaciones, se demuestra una y otra vez la obsolescencia de la perspectiva biomédica, parece que en la realidad del contexto sanitario, todavía queda mucho camino por recorrer, ya que se sigue arrastrando el lastre del modelo biomédico, obviando, en ocasiones, otras realidades además de la biológica-física, como son la social, la emocional y la espiritual.

Hace casi cinco décadas, Saunders propuso la definición de “dolor total” para poner de manifiesto la necesidad que tienen los pacientes paliativos de recibir una atención integral tomando en cuenta la dimensión espiritual. Este hecho, marcó un hito en el que se “reabrió la puerta de la dimensión espiritual



en el entorno sanitario” (Benito, de la Sociedad y de Cuidados Paliativos, 2011, p.47) lo que choca de lleno, con la idiosincrasia del modelo biomédico, todavía hoy, presente en gran parte del contexto sanitario y de la salud.

De este nuevo paradigma surge la corriente Hospice, que impulsa el desarrollo de centros y fundaciones con el objetivo de ofrecer en el contexto paliativo, una atención integral a pacientes y familiares y que comulga, con la visión y el propósito del modelo biopsicosocial-espiritual propuesto por Engel en 1977 (Puchalski et al., 2011).

Revisando la literatura, nos podemos hacer una idea de cómo se pasa, al menos sobre el papel, del modelo biomédico al modelo bio-psicosocial-espiritual.

Aunque definir la salud es difícil, y hasta ahora la revisión de la literatura, apunta, tal y como que definir la salud, ante todo, “ha sido y sigue siendo, un proceso” (Montero, 2012, p. 137).

En el trabajo de Payás et al., (2008) se aporta, en este sentido, otra visión sobre la definición de la salud:

El concepto de lo que es estar sano o enfermo, ha ido redefiniéndose a lo largo de las últimas décadas. Una de las definiciones más extendidas es que la salud es la ausencia de enfermedad, sin embargo, cuando hablamos de salud, no nos referimos exclusivamente a la ausencia de enfermedad, sino a la experiencia subjetiva de la misma (p.226).

Desde esta perspectiva, el sujeto deja de ser un actor pasivo, para convertirse en un actor activo respecto a cómo se relaciona con su enfermedad. El poder y la capacidad de influencia se reparten entre el paciente y los profesionales sanitarios, ya que, independientemente del diagnóstico al que se enfrente, siempre tiene la posibilidad de cambiar la relación que establece consigo mismo para afrontar la enfermedad, es decir, siempre cabe la esperanza de mejorar la experiencia subjetiva de la misma.

“Conceptualmente la salud se concibe como un constructo multidimensional que subyace a un amplio abanico de fenómenos observables. De modo que podemos entender la espiritualidad como un aspecto que forma parte de la re-conceptualización del modelo de salud” (Guirao, 2013, p.2).

Otra vez, se da lugar a la espiritualidad en el ámbito de la salud, reconociéndose como dimensión intrínseca del ser humano y por lo tanto como condicionante de la salud a tener verdaderamente en cuenta para realizar cualquier aproximación a la misma.

Desde la perspectiva histórica, Montero (2012), realiza un guiño narrativo para comprender la evolución del concepto de salud:

Hasta la época del dualismo cartesiano en el siglo XVII, la mayoría de los médicos se orientaban hacia la interacción entre el cuerpo y el alma y trataban al paciente dentro del contexto de su entorno social y espiritual. En el siglo XVII se presenta un cambio dramático, cuando Descartes plantea la estricta separación entre mente y cuerpo e introduce la idea que el cuerpo humano es una máquina. (p.138).

Por lo tanto, “con Descartes se inicia el divorcio entre cuerpo y alma. Es entonces cuando se comienza a aplicar la visión mecanicista de la ciencia y del proceso salud-enfermedad que deriva en el modelo biomédico” (Guirao, 2013, p.1), en el que la salud se justifica como ausencia de enfermedad, y los factores imperantes son:

- El diagnóstico diferencial, la uni-casualidad de la enfermedad, la especialización tecnológica y los tratamientos que permiten identificar la causa para erradicarla.

Este axioma cartesiano condicionó robustamente las ciencias de su época y sigue teniendo consecuencias en el panorama actual, habiendo incidido en que los médicos estudiaran “el cuerpo sin cabeza” y los psicólogos “la cabeza sin cuerpo (Payás et al., 2008).

Esta cosificación de la salud da lugar al modelo biomédico, lo que implica ciertas desventajas en el ámbito paliativo, en el que las directrices que se marcan no van enfocadas a curar, sino a cuidar.

“El modelo biomédico presenta numerosas lagunas en cuanto a la conceptualización de los estados crónicos, al pasar por alto las dimensiones sociales, psicológicas, espirituales, ambientales y conductuales de la enfermedad” (Guirao, 2013, p.2).

“La filosofía inherente al modelo biomédico implica un reduccionismo, en el que todos los fenómenos biológicos, son reducibles a procesos bioquímicos básicos. El mantenimiento del dualismo mente-cuerpo, repercute en concebir los procesos somáticos y psicológicos como dos entidades separadas” (Oblitas, 2008, p.224).

Todas estas evidencias derivaron en la aparición de un nuevo paradigma que se materialice en un modelo de atención impregnado por una perspectiva de totalidad. Con la aparición de la OMS y su definición en 1946: “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” se da un giro sustancial al paradigma biomédico (Oblitas, 2008).

Montero (2012) añade en este sentido:

Con la incorporación, años más tarde, por parte de la OMS, de las dimensiones emocional y espiritual, la salud es contemplada como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. (p.137).

El camino recorrido hasta este reconocimiento de las diversas dimensiones del ser humano en el ámbito de la salud ha sido bastante heterogéneo. Han concurrido épocas de oscuridad y de luz, de apertura y de cierre, que han condicionado la manera de entender y relacionarse con la salud.

En los diferentes paradigmas (Tabla 1) que han ido surgiendo en relación a la salud, la espiritualidad ha ido formando parte de un proceso, en el que no siempre ha estado presente.

**Tabla 1. Quiceno y Alpi (2009). Modelos de Salud. [Tabla]**

|   | <b>Modelo de Salud</b>  | <b>Autores</b>             |
|---|---|----------------------------|
| <b>Mágico: (10.000 A.C.)</b>                | Enfermedad como castigo, espíritus.   | Cardona (1995)             |
| <b>Naturalista Egipto 4.000 a.c</b>         | Enfoque basado en la magia, la religión y la medicina.  | Babini (2000)              |
| <b>Grecia 2.500 a.c.</b>                    | La enfermedad era un proceso integral del individuo que incluía lo físico y lo psicológico y no una intervención de dioses o espíritus malignos.  | De Pórter (2004)           |
| <b>Pre-experimental Roma 2000 a.c.</b>      | Medicina anatómica. Estudios experimentales con animales, temperamentos: flemáticos, coléricos, sanguíneos y melancólicos.  | De Medina Domnenech (2005) |
| <b>Medieval siglo II a.c. – VI d.c.</b>     | El corazón sede del alma (enseñanzas aristotélicas) La sangre como principio vital. Prevención mediante medidas higiénicas, siempre en relación con lo religioso.   | López (2002)               |
| <b>Medicina árabe siglo VIII hasta el X</b> | Nexo de unión entre la sabiduría del mundo clásico y la medicina del Renacimiento. Avicena escribió el "Canon de la Medicina".  | López (2002)               |
| <b>Espiritualista Edad Media</b>            | Se pensaba que la enfermedad era castigo por algún pecado cometido o resultado de brujería o posesión.  | De Pórter (2004)           |
| <b>Experimentalista Siglo XV</b>            | Renace el interés por la experimentación. Paracelso proponía como alternativa el método de la observación directa de la naturaleza.   | De Medina Domnenech (2005) |
| <b>Del germen siglo XIX</b>                 | La hipótesis del germen planteó que podían tener una causa específica, abriendo interés por nuevos agentes patógenos y el modo específico de combatirlos.   | López (2002)               |
| <b>Biomédico Siglo XII-XX</b>               | El vínculo entre medicina y biología. El cuerpo es una máquina que puede analizarse desde sus partes y la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos. biología celular y molecular.  | Morales (1999)             |
| <b>Biopsicosocial 1977 en adelante</b>      | Modelo interdisciplinario que implica considerar tanto la salud como la enfermedad, como estados multideterminados por diferentes variables.  | Engel (1977)               |
| <b>Biopsicosocial-espiritual 2001</b>       | La atención integral a pacientes y familiares se tangibiliza en un modelo de relaciones: relación con uno mismo, relación con los otros, relación con la trascendencia. La enfermedad es tenida en cuenta como una disrupción en las relaciones que constituyen la unidad e integridad de la persona. | Jonas (2001)               |

Una fecha clave, es a finales del siglo XX cuando, según encontramos en Puchalski et al., (2011):

Los trabajos de Engel y White et al propusieron un modelo biopsicosocial de los cuidados que puede ser fácilmente extensible a lo espiritual. Engel proyectó una posibilidad diferente de entender el modelo de salud. Cuestionó el modelo biomédico a favor del modelo biopsicosocial. Esta nueva perspectiva, integraba los aspectos físicos y biológicos con los psicológicos, sociales y espirituales. El nuevo enfoque debería tener en cuenta el paciente y el contexto social en el que vive (Puchalski et al, 2011, p.60).

Las principales características de ambos modelos, el biomédico y el biopsicosocial (Tabla 2) atestiguan las carencias asistencias todavía hoy vigentes en el ámbito sanitario.

| <b>Tabla 2. Montero (2012). Comparación entre modelos de salud. [Tabla]</b>   |   |
|---|---|
| <b>Modelo Médico de Salud</b>   | <b>Modelo Psicosocial de Salud</b>  |
| Visión instituida de salud y enfermedad   | Salud y enfermedad integran la construcción social de la realidad, su comprensión responde a la cultura.  |
| La enfermedad es externa a la persona, penetra y se aposenta en ella.<br>Concepción del cuerpo invadido, tomado.                | La enfermedad es el producto de un desbalance entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo cultural, lo económico y lo espiritual.                 |
| El terapeuta sabe y cura.   | El terapeuta sabe y cura contextualizando la enfermedad.  |
| Los procedimientos, técnicas y medicamentos son generados por un campo específico de la ciencia y regulados por el/a terapeuta. | Se reconoce la capacidad de sanación del cuerpo humano, el efecto terapéutico de las relaciones humanas. Aproximación prudente respecto a los fármacos. |
| La enfermedad y la defensa contra ella son los conceptos centrales.   | Énfasis en el apoyo social como factor fundamental para la promoción y mantenimiento de la salud.   |
| La búsqueda de la salud se centra en la relación terapeuta-paciente.  | Se parte de la concepción de que la mayoría de las personas está sana.  |
| La responsabilidad y control por la curación reside en el/a Terapeuta.  | La aproximación a las enfermedades o trastornos se hace desde equipos multidisciplinares  |
| Hay desbalance de poder. Este reside en los proveedores de servicios de salud, que lo ejercen sobre pacientes y grupos.         | La responsabilidad y control son del equipo multidisciplinario y de la persona enferma  |

Queda ilustrado los límites a los que se enfrenta el modelo biomédico para ofrecer una mirada integral al paciente paliativo.

En el grado en que el modelo asistencial de salud en CP ha progresado por el sendero marcado por el modelo biomédico, se han obviado partes esenciales del paciente como la subjetiva, la personal y la trascendente.

Sin embargo, el acto de morir no supone únicamente un hito clínico desde la mirada biomédica en el historial del paciente, sino que implica además, tal y como se señala en el trabajo llevado a cabo por Benito, de la Sociedad y de Cuidados Paliativos (2011), tener en cuenta los aspectos relacionados con la mirada biopsicosocial-espiritual. Al final de la vida nos hallamos frente a la amenaza que proviene de la realidad desencadenada por la crisis del cierre biográfico. Nos asomamos a una vida que se cierra y ese cierre impacta de lleno en la integridad y la estabilidad total de la persona.

De este hecho, surge la necesidad para los pacientes de recibir un cuidado integral, que solo se puede ver reflejado desde el modelo biopsicosocial-espiritual.

En el informe de la Conferencia de Consenso (2009) se sugiere:

Para mejorar la calidad de los cuidados paliativos, estos se deben encuadrar dentro de un modelo de salud biopsicosocial-espiritual basado en la antropología filosófica que define a la persona como ser-en-relación. Bajo este paradigma, la enfermedad puede comprenderse como una disrupción en las relaciones que constituyen la unidad e integridad de lo que conocemos como ser humano. Los seres humanos somos intrínsecamente espirituales, ya que toda persona está en relación consigo misma, con otras personas, la naturaleza y lo significativo o sagrado (Puchalski et al., 2011, p.61).

Desde este enfoque, la dimensión espiritual queda integrada en el modelo biopsicosocial, al reconocer que para, afrontar el dolor y la enfermedad, existen recursos espirituales que debemos tener en cuenta como la esperanza, la aceptación, el perdón, el sentido, la toma de conciencia, la revisión de

creencias y actitudes que generan sufrimiento, la realización de rituales, la gratitud, el encuentro con metáforas y los símbolos espirituales (Rojas-Elizondo, 2003).

Por lo tanto, podemos señalar que “el cuidado espiritual está basado en el modelo biopsicosocial-espiritual y en una perspectiva integral de la persona, mejorando los recursos de los pacientes y facilitando la trascendencia del sufrimiento” (Galiana et al., 2013, p.63).

#### **5.4. La Espiritualidad como Factor Protector**

A continuación, tras justificar la necesidad de la presencia real de un modelo biopsicosocial-espiritual, se pone de relieve la espiritualidad, como factor protector de la salud., haciendo si cabe, un mayor hincapié en esta forma de ofrecer una mirada integral al enfermo paliativo.

“La revisión sistemática de la literatura que hace referencia a las posibles relaciones entre espiritualidad y salud confirma que la espiritualidad suele ser un factor protector” (Payás et al., 2008, p. 226).

Hace años, Saunders, tal y como se comentó anteriormente, acuñó el término de dolor total considerándolo un conglomerado con ingredientes de carácter somático, emocional, social y espiritual (Saunders, 1990).

El “dolor total” o el sufrimiento no puede ser tratado o aliviado con fármacos habituales y requiere aproximaciones e intervenciones diferentes, que suponen no centrarse tanto en la dinámica de “resolver” como en la de “acompañar” (Sánchez et al, 2013).

Son muchas las investigaciones en las que se evidencia la espiritualidad como un factor protector de la salud.

En una búsqueda en PUBMED en los últimos 20 años, la aparición de publicaciones que relacionan la salud y la espiritualidad muestra un aumento progresivo.

“Desde el año 1990 hasta el año 2013 se han publicado 4194 artículos. De ellos el 40% (1698 referencias) en los últimos 5 años y el 82% (3477 referencias) en los últimos 10 años” (Fombuena, 2014, p. 37).

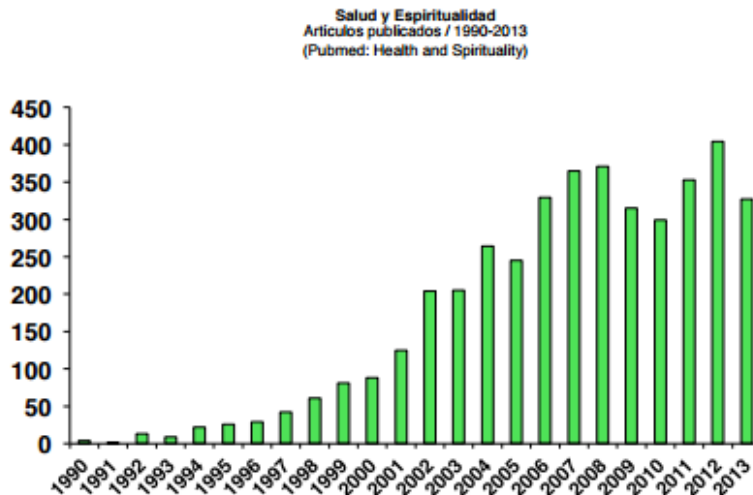


Figura 2. Fombuena (2014). Número de publicaciones que relacionan cuidados de salud y espiritualidad. [Figura].

Desde la literatura científica se sugiere claramente que la cobertura de las necesidades espirituales es un indicador incuestionable de bienestar emocional (Barreto et al., 2015)

El bienestar espiritual de pacientes con cáncer aparece relacionado positivamente con la calidad de vida, menor nivel de dolor, recuperación más rápida, percepción del bienestar, sentimientos de esperanza, y mejor autoestima. “El sufrimiento espiritual se ha asociado a aumento de la tensión, estados confusionales, ansiedad y depresión, mecanismos de afrontamiento evitativos, desesperación, pensamientos suicidas y/o deseo de una muerte pronta” (Payás et al., 2008, p.226).

En Salgado (2014) también se recogen diversas investigaciones que evidencian la espiritualidad como factor protector de la salud:

Desde hace unos años, las investigaciones señalan una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad y se han encontrado correlaciones positivas entre los índices de recuperación y espiritualidad así como bienestar espiritual y calidad de vida, y entre bienestar espiritual y ajuste a las situaciones que supone la enfermedad. La espiritualidad se ha asociado con menor mortalidad, menor



depresión, menor riesgo de cirrosis, enfisema, suicidio y muerte por isquemia cardíaca, así como menor uso de servicios hospitalarios (p. 131).

Otros estudios han encontrado que mayores puntuaciones en espiritualidad se asocian con menores síntomas de ansiedad y depresión, existiendo consenso respecto a que la ausencia de sintomatología depresiva y ansiosa son dos de los mejores indicadores de bienestar emocional en la situación final de la vida (Barreto et al., 2015).

En el trabajo de Barreto et al. (2013), se llega a la conclusión de que, podemos hablar de una relación significativa entre la espiritualidad y la vulnerabilidad emocional, resaltando la relación positiva entre espiritualidad y resiliencia. También se pone de manifiesto la estrecha e inversa relación existente entre las dimensiones espirituales y las ansiedad y depresión.

Estos resultados sugieren que la espiritualidad no solo es una necesidad de los pacientes al final de la vida, sino que es también un recurso que puede ayudar a modular su bienestar emocional (Fombuena, 2014).

Por todo ello, dar la espalda a esta dimensión, es dar la espalda a la promoción de la salud, ya que como se ha demostrado, la espiritualidad supone un factor protector capaz de rebajar los índices de malestar al final de la vida.

### **5.5. Espiritualidad y Psicología de la Salud.**

Una vez enmarcada la espiritualidad en el ámbito de la salud y de conocer sus bondades como factor protector al final de la vida, el siguiente paso, tal y como se recoge en los objetivos propuestos, es el de justificar la relación entre espiritualidad y psicología de la salud, y el papel que esta última debe tomar en el acompañamiento espiritual al final de la vida.

Al igual que en los apartados anteriores, conseguir este objetivo, no es tarea fácil. Actualmente no disponemos de estudios suficientes para concretar el rol del psicólogo al abordar la dimensión espiritual (Del Prado, Sánchez y Hernández, 2012).

A pesar de ello, queda convenientemente justificado que la situación a la que se enfrentan los pacientes paliativos apela a que, desde la psicología, se ofrezca respuesta a las demandas relacionadas con la espiritualidad.

Durante las últimas décadas ha crecido el número de estudios que desde una mirada psicológica asocian la espiritualidad a la salud mental (Quiceno y Alpi, 2009).

Desde esta perspectiva, se entiende a la persona como un ser complejo, dinámico, único y de naturaleza espiritual que se expresa como ser en relación consigo mismo, con los demás y con las trascendencia (Barreto et al., 2015).

Y es, en ese condicionante relacional, donde la psicología juega un papel indudable a la hora de acompañar a pacientes paliativos a establecer de una manera saludable este tipo de relaciones, ya sean intrapersonales, interpersonales y/o trascendentales.

Actualmente, en el ámbito clínico, la espiritualidad se asocia ya desde algunas investigaciones, a la psicología de la salud, estableciendo relaciones entre aspectos espirituales como el sentido de la vida, la sensación de estar conectado con uno mismo y con los demás y la sensación de estar en paz, con los estados de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio (Quiceno y Alpi, 2009).

Este tipo de conexiones (Tabla 1) se enumeran ya en diversas investigaciones recogidas en la revisión bibliográfica.

**Tabla 1. Quiceno y Alpi (2009). Espiritualidad y Psicología de la Salud. [Tabla]**

| <b>Relaciones Espiritualidad/Psicología de la Salud</b> |           |
|---|-----------|
| Significado   | Depresión |
| Propósito   | Suicidio  |
| Conexión  |           |
| Bienestar   | Ansiedad  |
| Paz   |           |
| Esperanza   | Adicción  |

Tal y como se ha argumentado anteriormente, el paciente paliativo debe ser tomado en cuenta en su totalidad.

Para ello el papel de la psicología resulta crucial para asegurar, de la manera más efectiva posible, la calidad de vida en cualquier momento del proceso paliativo. Por lo tanto, se deberán reconocer y trabajar las necesidades psico-afectivas espirituales del paciente paliativo, tal y como se señala en el trabajo de Benito y Barbero (2008):

- Vivir con cierto grado de autonomía y control a pesar de la fase paliativa en la que nos encontremos.

- Reconocer que somos personas, más allá de la enfermedad.

- Realizar un trabajo de búsqueda y encuentro con el sentido a la vida y la muerte.

- Resolver asuntos pendientes, culpas, preocupaciones, en relación con uno mismo y con los demás. Necesidad de perdonar y reconciliar.

- Expresar los miedos y las dudas relacionadas con la muerte.

- Realizar rituales y prácticas que nos permitan conectar con la dimensión espiritual.

- Amar y ser amado.

- Vivir con esperanza.

Sobre todo, en este último punto, “vivir con esperanza”, es donde el papel de la psicología cobra su sentido, teniendo la posibilidad de impactar positivamente independientemente del diagnóstico y el curso de la enfermedad. Las palabras de Vaclav Heavel reflejan a la perfección lo sustancial de la esperanza: “La esperanza es una orientación del espíritu, una orientación del corazón. No es la convicción de que algo saldrá bien, sino la certeza de que algo tiene sentido, sea cual sea el resultado” (Higuera et al., 2013, p.4).

El psicólogo, debe tener en cuenta que frente al malestar que generan las amenazas, temores e incertidumbres relacionadas con un diagnóstico paliativo,

siempre hay oportunidad para trabajar la esperanza, desplegando así el conjunto de potencialidades y posibilidades que se encierran en el ser humano bajo cualquier circunstancia.

De manera más específica, desde la SECPAL se despejan las dudas del papel de la psicología en el acompañamiento espiritual, reconociendo el valor de la atención espiritual en los CP. Para ello, se considera fundamental realizar un trabajo previo que permita a los profesionales de CP: tener claro que esta dimensión forma parte de la labor asistencial, contar con herramientas que permitan su detección junto con el resto de necesidades que se revisan en la anamnesis y ser competentes para abordar las necesidades que hayan detectado, siempre desde una perspectiva plural adaptada a la situación y necesidades de cada persona (Galiana et al., 2014).

Además, no se debe olvidar, siguiendo a Barbero (2002) que la labor del cuidado asistencial en el marco de los CP se debe establecer desde una filosofía grupal, basada en el trabajo de equipo interdisciplinar.

Esto implica que el equipo de CP, en el que pueden intervenir perfiles profesionales como el psicólogo, el trabajador social, el médico, la enfermera y/o el auxiliar, debe contar con una formación que le permita tener en cuenta las necesidades espirituales y dependiendo del perfil, abordarlas en un primer nivel o derivarlas si requiere mayor grado de especialización (Barbero, 2002).

En palabras de Benito y Barbero (2008), es necesario tener en cuenta tres niveles de actuación:

Nivel General: el estado de ánimo y las preocupaciones. El grado de dificultad para afrontar estas. La experiencia de malestar o sufrimiento. Los recursos de ayuda. Expectativas acerca del nivel de ayuda que nosotros podemos aportar. Nivel intermedio: recursos y/o concepciones que le estén ayudando a vivir su proceso. Presencia de determinadas preguntas que expresan necesidades sin resolver. Grado de influencia de estas preguntas en su proceso. Nivel de satisfacción o insatisfacción frente a la vida. Mundo de las expectativas o deseos en su situación actual.

Nivel específico: Más explícitamente el mundo de lo espiritual y/o religioso. Los beneficios potenciales. El deseo de profundizar en todo ello. La necesidad de búsqueda de otro interlocutor. (p.213).

### **5.6. El Acompañamiento Espiritual**

El papel que juega la psicología en el ámbito de los CP toma forma en el acompañamiento espiritual.

El acompañamiento espiritual es la práctica de reconocer, acoger y dar espacio al diálogo interior de aquel que sufre, para que él mismo pueda dar voz a sus preguntas y dar vida a sus respuestas” (Benito y Barbero, 2008, p. 177).

Actualmente en España el acompañamiento espiritual no se contempla en el itinerario formativo para trabajar en CP. Sin embargo, siguiendo las indicaciones de la revisión bibliográfica, en la que se destaca la espiritualidad como un factor protector de la salud, al impactar positivamente aliviando la ansiedad, la depresión y el sufrimiento al final de la vida, queda claro que se debería contar con profesionales específicos y con recursos validos para detectar, explorar e intervenir en este tipo de necesidades (Benito y Barbero, 2008).

Para acompañar no son válidas todas las opciones terapéuticas. Desde la SECPAL se propone la psicología humanista (Benito y Barbero, 2008).

Zaraín (2006) apunta la idoneidad del enfoque humanista en este terreno:

Realizar el acompañamiento espiritual, requiere un enfoque no directivo, evitando cualquier tipo de doctrinas o transmisión de creencias. Se trata más bien, de llevar a cabo, estrategias validadas de comunicación que permitan integrar y trascender la experiencia de dolor y sufrimiento. La psicología humanista permite desarrollar el acompañamiento espiritual al contar con ingredientes tan esenciales como la autenticidad, la transparencia, la aceptación, la experiencia y lo fenomenológico. Estudia la experiencia de vida, captada y descrita tal cual, sin juzgarla, etiquetarla ni darle categorías. Contempla con libertad, sin la

autolimitación de teorías, creencias que dirijan la observación. Pone en primer plano lo que es significativo para esa persona. Explora el significado que tiene para la persona su ser en el mundo. Busca las perspectivas posibles. Saca a la luz los significados profundos que están sumergidos bajo los datos superficiales y obvios. (p.65).

Este contexto posibilita al paciente expresar, experimentar, entender e integrar aspectos de sí mismo, lo que incrementará sin duda, factores clave como la auto-expresión, la confianza y la proactividad, aumentando así la esperanza y por tanto la calidad de vida más allá de la enfermedad.

Es importante tener en cuenta que la comprensión no debe ser solo cognitiva, sino también afectiva.

En este sentido, en el trabajo de Benito y Barbero (2008) se propone generar, siempre que se pueda, un espacio donde reine la confianza y se establezca un vínculo, entre acompañante y acompañado, con el fin de detectar el grado de dolor y sufrimiento y las necesidades de evaluación e intervención.

Todo ello permitirá esclarecer las causas que se esconden tras el malestar del paciente.

De todas formas, aproximarnos como psicólogos a la dimensión espiritual, desde el enfoque humanista no es tarea fácil, ya que requiere exponernos a nosotros mismos, poniendo en juego aquello va desarrollándose en el marco terapéutico.

Al cuestionarnos el final de la vida, el psicólogo se aproxima no solo a la vulnerabilidad del paciente, sino también a la propia, y desde ahí trata de acoger, hospedar y entrar en el mundo del otro mientras el propio se revela con más claridad (Bermejo, 2012).

Además del enfoque humanista, otro recurso que comienza a tener repercusión en la investigación, y que está relacionado con el papel de la psicología en el acompañamiento espiritual es la Inteligencia Espiritual.

Desde nuestro país, el religioso camilo e investigador humanista especialista en psicología, counselling y CP, José Carlos Bermejo está abanderando junto a otros, la puesta en marcha de esta concepción rescatada del éxito que tuvo años atrás la Inteligencia Emocional aportada por Daniel Goleman.

La Inteligencia Espiritual, en este sentido, se entiende como una herramienta para poner en marcha los recursos que disponemos, con el fin de gestionar saludablemente nuestra dimensión espiritual.

Algunos de estos recursos están relacionados con el silencio, la soledad, la contemplación, la meditación, el ejercicio físico, el arte, el perdón, la gratitud, la compasión, la riqueza interior, la calidad de relaciones, el sentido de los límites, la vivencia plena del ahora y el equilibrio interior.

En el trabajo de Bermejo (2012) podemos encontrar que todos estos recursos se fundamentan en varios ejes principales:

- La conciencia del mundo interior: conocer el mundo interior, verbalizarlo, visualizarlo, relacionarnos con él.

- La apertura al misterio: relacionada con el silencio, la soledad, la interpretación de la insatisfacción personal y la búsqueda.

- El reconocimiento de lo sagrado y valioso: el hecho aproximarnos a las cuestiones últimas, descubrir los valores relacionados con aspectos como el amor, el dolor, la belleza y la muerte.

- La arquitectura de creencias saludables y que emanen desde la coherencia interna.

- La vinculación afectiva: fortalecer la comunicación verbal y no verbal, poniendo en juego la intimidad espiritual y emocional con uno mismo y con los demás.

Tanto el enfoque humanista como la Inteligencia Espiritual, son recursos que contribuyen a profesionalizar el acompañamiento espiritual, aportando

rigor en la detección y la atención de las necesidades espirituales en el contexto de CP.

### **5.7. Los Profesionales de CP.**

Antes de comenzar el estudio empírico sobre la percepción de los profesionales de CP de la Región de Murcia, sobre el acompañamiento espiritual al final de la vida, es conveniente conocer su situación actual y el funcionamiento de los mismos.

Puchalsky (2011) resalta la necesidad de que los profesionales de CP se sientan competentes para desempeñar el acompañamiento espiritual:

Los profesionales de CP deben, por un lado, reconocer la necesidad que muchos pacientes tienen, de abordar desde su experiencia de sufrimiento, el mundo espiritual y por otro, recibir una formación específica, que suponga una compromiso en mantenerse abierto al crecimiento personal y al desarrollo de la propia experiencia espiritual, tomando conciencia de las dimensiones espirituales en su propia vida y apoyándose en ellas posibilitar la presencia compasiva con sus pacientes. (Puchalsky et al., 2011, p.65).

Todavía queda un largo camino por recorrer para formalizar un itinerario reglado que capacite a los profesionales de CP para que se sientan competentes a la hora de abordar la dimensión espiritual.

En el marco de la Unión Europea, el Comité de Ministros del Consejo de Europa, en 1999 y 2003, se puso como objetivo garantizar los CP dentro de los sistemas nacionales de salud (Fombuena, 2014).

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 2001 las Bases para el desarrollo del Plan Nacional de CP (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001). En este texto se apostaba por un modelo de atención integral, con la participación de equipos interdisciplinarios, destacando la formación y capacitación de los profesionales específicos.



En el Plan Estratégico de CP del Sistema Nacional de Salud (2010-2014) se plantea como acción decisiva, abordar la cuestión formativa de los profesionales de CP. En ella se recoge la intención de corregir las deficiencias relacionadas con el itinerario formativo existente. Entre las medidas que recomienda está “la mejora de los currículum, creación de estándares formativos y certificación de la competencia, promoviendo una formación específica avanzada, reglada y acreditada en CP” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 56).

Para ello se han establecido los objetivos específicos del currículo que abordan las actitudes, el conocimiento y las habilidades que se deben adquirir en la formación de pregrado.

En el caso particular de la Región de Murcia, según la página web Cuidar y Paliar, donde se muestran los recursos de CP del Servicio Murciano de Salud, es en el año 1990 cuando se comienzan a prestar los servicios asistenciales relacionados con los. Una fecha señalada, fue el año 2002, en el que se otorgaron las competencias relacionadas con la capacidad para gestionar la planificación de las actividades sanitarias, incluyendo las de CP .El 9 de Enero de 2007 se presenta el Plan Integral de CP y se inicia la actividad de los equipos destinados a cubrir el ámbito domiciliario y hospitalario (Cuidar y Paliar, 2014)

El modelo de atención actual, tal y como se desprende de la web de Cuidar y Paliar, está basado en la actuación coordinada de los diferentes recursos asistenciales y en la continuidad de la atención, mediante los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP). Estos equipos están formados por médicos, enfermeras y auxiliares y se dividen en:

Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

Equipos de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH).

En 2013, según la información recogida en Cuidar y Paliar, el número total de profesionales de CP era de 50 personas:

38 pertenecen a ESAD: 8 Auxiliares técnicos en cuidados, 15 Enfermería y 15 Medicina.

12 pertenecen a ESAH: 8 Enfermería y 4 Medicina

Todos estos profesionales trabajan en instituciones públicas velando por cubrir las necesidades de pacientes y familiares en el ámbito paliativo. (Cuidar y Paliar, 2014).



Figura 3. Organización de los Equipos de CP. [Figura]. Recuperado de [www.cuidaypaliar.es](http://www.cuidaypaliar.es)

En la página web de Cuidar y Paliar, aparece El Plan Integral de CP de la Región de Murcia, en el que se recoge en el “Plan de Formación Docencia e Investigación” (2006-2009):

- Modelo Integral de CP. Actitud y filosofía en CP.
- Coordinación, asistencia y soporte en CP.
- Manejo de síntomas en CP.
- Vías de administración de fármacos. Cuidados en la agonía.
- Dilemas éticos. Sedición en CP.
- Soporte para el profesional.
- Atención a la familia en CP.
- El proceso de duelo.

Este plan, aunque tiene como objetivo general, promover la concepción del ser humano como un ser total y trata de capacitar al profesional de CP estructurando la formación en coherencia con tal objetivo (Cuidar y Paliar, 2012) sigue sin contemplar en profundidad las labores asistenciales relacionadas con el ámbito espiritual.

## **6. ESTUDIO EMPÍRICO**

### **6.1. Hipótesis.**

La principal hipótesis que se plantea para realizar este estudio debe dar respuesta a cómo se realiza el acompañamiento espiritual por parte de los profesionales de CP de la Región de Murcia con el fin de conocer la situación actual y detectar posibles puntos de mejora.

Para ello, se plantea fundamentalmente la hipótesis basada en los dos estudios previos de Sánchez et al., (2013) y Payás et al., (2008), en la que se sostiene que, aunque los profesionales de CP reconocen el acompañamiento espiritual como una parte de su labor asistencial, no se sienten competentes para llevarlo a cabo.

De esta hipótesis, se desprende varias cuestiones, que se quieren contrastar. Los profesionales de CP:

- Valoran en gran medida el bienestar espiritual y el sentido de la vida.

- Consideran la espiritualidad como una actividad propia de su profesión.
- Cuentan con instrumentos de evaluación de necesidades espirituales.
- Distinguen los aspectos religiosos de los espirituales.
- Se sienten competentes para la atención espiritual
- Se han formado específicamente en cuestiones espirituales durante el último año.

## **6.2. Diseño**

El Grupo de Espiritualidad (GES) de la Sociedad Española ha diseñado una encuesta *ad hoc* en función de los resultados obtenidos en el estudio que se realizó 5 años atrás.

Tal y como se señala en Sánchez et al., (2013), “tanto la encuesta como las hipótesis han sido elaboradas desde la experiencia docente con más de 150 profesionales que participaron en distintos talleres sobre el acompañamiento espiritual”.

La encuesta está formada por 22 preguntas (anexo I) que se estructuran en diferentes secciones en función de las diferentes variables (Sánchez et al., 2013):

- Variables sociodemográficas: Perfiles profesionales, años de experiencia profesional, tipo de institución laboral, tipo de recurso paliativo y contexto de trabajo:
  - Profesión: Enfermería, Psicología, Medicina, Voluntariado, Trabajo social, Agente pastoral, Auxiliar de enfermería, Otros.
  - Sexo: Mujeres, Varones.
  - Edad.
  - Años de experiencia en CP
  - Tipo de institución: Pública, Privada no religiosa, Religiosa, Otras).

- Tipo de recurso: Hospital, Unidad de CP, Domicilio, Otro).
- Variables relativas al modelo de atención espiritual:
  - Vivencia espiritual.
  - Competencia en el acompañamiento espiritual
  - Compromiso relacionado con el desarrollo de actividades vinculadas al acompañamiento espiritual.
  - Significado de espiritualidad.

El cuestionario se ha enviado vía online a los profesionales que trabajan en los CP de la Región de Murcia. Están formados por médicos, enfermeros, auxiliares, psicólogos y voluntarios.

Como criterios de inclusión, en el caso de los equipos de CP hospitalarios y domiciliarios del Servicio Murciano de Salud se realizó una presentación del presente trabajo para compartir los objetivos y fomentar la participación en el cuestionario vía online.

Todos los cuestionarios han sido contestados de manera individual y anónima.

Las respuestas recibidas han sido introducidas en una base de datos para su análisis estadístico.

### **6.3. Resultados**

De los 80 profesionales de CP, 28 contestaron la encuesta, lo que supone el 35%. De los que contestaron, 25 forman parte del área de CP del SMS. Se presentan a continuación las variables sociodemográficas (Tabla 4).

**Tabla 4. Variables Sociodemográficas. [Tabla]**

| <b>Variable</b>                  | <b>Distribución</b>    | <b>Frecuencia<br/>(n=20)</b> | <b>%</b> |
|----------------------------------|------------------------|------------------------------|----------|
| <b>Profesión</b>                 | Enfermería             | 12                           | 42       |
|                                  | Psicología             | 4                            | 15       |
|                                  | Medicina               | 11                           | 39       |
|                                  | Voluntariado           |                              |          |
|                                  | Trabajo social         | 1                            | 4        |
|                                  | Agente pastoral        |                              |          |
|                                  | Auxiliar de enfermería |                              |          |
|                                  | Otros                  |                              |          |
| <b>Sexo</b>                      | Mujeres                | 24                           | 85       |
|                                  | Varones                | 4                            | 15       |
| <b>Edad</b>                      | 20-30                  | 5                            | 17       |
|                                  | 30-40                  | 5                            | 17       |
|                                  | 40-50                  | 15                           | 54       |
|                                  | 50-60                  | 3                            | 12       |
|                                  | >60                    |                              |          |
| <b>Años de experiencia en CP</b> | 0-5                    | 6                            | 21       |
|                                  | 6-10                   | 22                           | 79       |
|                                  | 11-20                  |                              |          |
|                                  | 21-30                  |                              |          |
| <b>Tipo de institución</b>       | Pública                | 26                           | 92       |
|                                  | Privada no religiosa   |                              |          |
|                                  | Religiosa              | 2                            | 8        |
|                                  | Otras                  |                              |          |
| <b>Tipo de recurso</b>           | Hospital               | 9                            | 32       |
|                                  | Domicilio              | 18                           | 64       |
|                                  | UCP                    | 1                            | 4        |
|                                  | Otro                   |                              |          |

### Variables sociodemográficas:

En los datos sociodemográficos podemos apreciar que el 85% de las personas encuestadas son mujeres. La mitad de los participantes se agrupa en el periodo de edad entre los 40 y 50 años y el 85% cuenta, entre 6 y 10 años de experiencia. Llama la atención la escasez de psicólogos, apenas un 15%, mientras que el 40% procede de medicina y el 42% de enfermería. Por otro lado, el 92% trabajan en el ámbito público, el 64% en el ámbito domiciliario y el 32% en el ámbito hospitalario.

### Variables de competencia, vivencia y significado:

A continuación se analizan los resultados de las variables relacionadas con la auto-percepción de los profesionales de CP acerca de su competencia para llevar a cabo el acompañamiento espiritual, su vivencia de esta dimensión y el significado que le otorgan a la misma.

Respecto a la vivencia espiritual (ítem 10), el 67% de los participantes afirmó sentirse en el grupo de personas que “en su práctica personal valoran en gran medida el bienestar espiritual y el sentido de la vida”, frente a un 33% que manifestaban sentirse “personas religiosas, que en su práctica personal valoran la fe religiosa, el bienestar espiritual y el sentido de la vida”.

Relacionado con la cuestión sobre hasta qué punto se siente competente para hacer acompañamiento espiritual (ítem 12), el 24,5% señaló sentirse bastante competente frente al 75,5% que aseguró mostrarse poco competente.

En este sentido, cabe destacar que el 65% consideró que la evaluación o acompañamiento espiritual forman parte de las tareas propias de su profesión (ítem 13).

Aún sabiendo que puede no ser fácil, se les pidió que identificaran una palabra que representara la esencia de la espiritualidad (ítem 11).

Entre las palabras recogidas, encontramos: amor, energía, valores, sentido, trascendencia, OM y paz. Siendo “valores” la palabra más repetida.

### Variables de asistencia espiritual y compromiso:

A continuación, se describen los datos obtenidos relacionados con el modelo asistencial llevado a cabo por los equipos y su compromiso respecto al abordaje de la dimensión espiritual.

Respecto a la cuestión sobre si consideran de manera específica los aspectos espirituales en los pacientes atendidos (ítem 14), el 80,3% han afirmado que “a veces”. Mientras que solo un 14% afirma que “casi siempre o siempre”.

El 87% afirma no disponer de algún registro o documentación específica para el ámbito de lo espiritual (ítem 15). El 92% de los encuestados no emplea ninguna escala específica sobre las necesidades/recursos espirituales del paciente (ítem 16).

Durante las sesiones del equipo (multidisciplinares y de formación), el 65,7% responde que se tratan “a menudo” de manera específica las necesidades espirituales de los pacientes, frente al 49% que afirma que se “tratan a veces” (ítem17).

Respecto a la diferenciación entre los aspectos religiosos y los espirituales (18) el 62,3% confirma que “a veces”, frente a un 12,5% que responde “nunca” y un 12,5% que afirma “siempre”.

Cerramos éste apartado con las cuestiones que consideramos clave para el valor de este estudio. Por un lado, las relacionadas con el compromiso, un 64% responde que el equipo está comprometido con el desarrollo de la evaluación o acompañamiento espiritual (ítem 21).

Y por otro, si la labor de acompañamiento espiritual, forma parte de su trabajo asistencial. El 97% responde cree que los miembros de su equipo consideran bastante necesario atender específicamente la dimensión espiritual (ítem 19). Y sin embargo, tan solo el 25% asegura sentirse preparado para realizar una evaluación o el acompañamiento espiritual (ítem 20).



Por último, el 77% de los participantes indican que el porcentaje e su tiempo empleado el año pasado en formación sobre cuestiones específicas relacionadas con la espiritual (ítem 22) ha sido “menos del 10%”.

#### **6.4. Discusión**

Respecto a los dos estudios previos, la población diana de este trabajo es menor, ya que es de ámbito regional y no nacional, por lo tanto los porcentajes de participación no son comparables. Sí es conveniente señalar que, al igual que en los estudios anteriores, la gran mayoría de los encuestados han sido mujeres, principalmente provenientes de la medicina y la enfermería, llamando especialmente la atención la escasez de psicólogos en este ámbito.

En cuanto a los resultados obtenidos, podemos asegurar que no corresponden al total de personas que trabajan en CP en la Región de Murcia, ya que la participación ha sido escasa. Se puede deducir que la situación actual de la espiritual es aún más precaria comparada con la muestra de los resultados que se han obtenido.

Respecto a las hipótesis plantadas, los datos que aparecen son similares a los estudios de Payás et al., (2008) y Sánchez et al., (2013). Se sigue evidenciando que, queda mucho por hacer, para tener en cuenta la dimensión espiritual y para que los profesionales, se sientan competentes y preparados para realizar la evaluación y/o el acompañamiento espiritual.

En primer lugar, parece que la vivencia personal de la espiritualidad no asegura, ni estar preparados, ni la competencia para trabajar en esta dimensión. Vemos que el 67% de los participantes valoran en gran medida el bienestar espiritual y el sentido de la vida, sin embargo, solo el 24,5% señaló sentirse bastante competente frente al 75,5% que aseguró mostrarse poco competente para realizar el acompañamiento y/o evaluación espiritual. Y tan solo el 25% aseguró sentirse preparado para realizar una evaluación y/o el acompañamiento espiritual.

Los resultados obtenidos sugieren la carencia de formación para llevar a cabo el acompañamiento espiritual y señalan que, factores como la experiencia, no significan mayor sensación de competencia y preparación. Se

debe tener en cuenta que, la puesta en marcha de los CP es relativamente reciente, por lo que la mayoría de los encuestados, el 80%, cuenta entre cinco y diez años de experiencia.

Aunque el 65% consideró que la evaluación o acompañamiento espiritual forman parte de las tareas propias de su profesión, el 77% de los participantes indicaron que el porcentaje de su tiempo empleado el año pasado en formación sobre cuestiones específicas relacionadas con la espiritual había sido “menos del 10%”.

Queda evidenciado, que seguimos sin contar con un proceso asistencial consensuado para llevar a cabo el acompañamiento espiritual. La propuesta realizada en investigaciones previas sobre incluir la dimensión espiritual en la anamnesis sigue siendo una asignatura pendiente, que dificulta el diagnóstico del malestar espiritual. A ello se suma la falta de recursos para evaluar las necesidades espirituales de los pacientes. El 92% de los encuestados no emplea ninguna escala específica sobre las necesidades/recursos espirituales del paciente.

Una de las barreras para el desarrollo del acompañamiento espiritual, es la falta de diferenciación entre el ámbito religioso y el espiritual. Parece que sigue vigente la falta de claridad al respecto, ya que el 62,3% confirma que “a veces” se realiza la distinción entre ambos términos, frente a un 12,5% que responde “nunca” y un 12,5% que afirma “siempre”.

Aunque el 97% considera bastante necesario atender específicamente la dimensión espiritual, los datos de la percepción sobre la competencia y la preparación son llamativos. Respecto a la sensación de competencia de los profesionales, los datos recogidos son similares a los obtenidos en los estudios anteriores. El 75,5% que aseguró mostrarse poco competente y solamente el 25% afirma sentirse preparado para realizar una evaluación o acompañamiento espiritual.

## **6.5. Conclusiones**

El nivel de concienciación respecto a la dimensión espiritual, sigue siendo bajo. Los profesionales no se sienten del todo competentes para abordar la espiritualidad y las necesidades de los pacientes paliativos siguen sin estar cubiertas. Como resultado, muchas personas, al final de la vida, desconocen que pueden solicitar ayuda para aliviar el sufrimiento espiritual y padecen un malestar susceptible de ser mirado y acompañado.

A día de hoy, todavía carecemos de un modelo asistencial de espiritualidad que este verdaderamente profesionalizado para detectar esas necesidades y abordarlas de una manera efectiva.

Los resultados de este trabajo, aunque son de ámbito regional, son coherentes con los resultados de los estudios de Payás et al., (2008) y Sánchez et al., (2013).

Las cuestiones que se despiertan al final de la vida sobre el sentido, los asuntos pendientes, la culpa, las dudas etc. se convierten, en ocasiones, en amenazas que generan, un malestar y un sufrimiento, a los que seguimos dándole la espalda.

Que los pacientes se den permiso para expresar este malestar y ese sufrimiento, depende en cierto grado, del permiso que le demos nosotros para abordar estas cuestiones.

Aunque se ha avanzado durante estos últimos años, en difusión de información, investigación y formación, la dimensión espiritual sigue siendo la gran olvidada de las dimensiones reconocidas por la OMS.

Esto supone que estamos privando a los pacientes de una atención integral, y que en parte, el modelo biomédico, aunque en la revisión bibliográfica aparece como obsoleto, sigue presente en nuestros servicios sanitarios.

El desarrollo exponencial de las investigaciones sobre la espiritualidad como factor protector de la salud al final de la vida choca con una realidad, en la que todavía estamos ajenos a esta perspectiva.

Falta claridad sobre qué significan las necesidades espirituales y la forma de abordarlas. Además, la escasez del uso herramientas para facilitar el diagnóstico promueve que no se tenga en cuenta esta dimensión

Un primer paso, tal y como se propone en Sánchez et al., (2013), sería “señalar específicamente a un profesional para liderar la responsabilidad de evaluación y acompañamiento espiritual, promoviendo la reflexión y la formación al respecto”. Sin duda, esta actuación, aseguraría la capacitación y competencia de los profesionales y fomentaría el uso de recursos diagnósticos para detectar y abordar las necesidades espirituales.

La falta de psicólogos en los equipos de CP es otra de las barreras que se detectan para el abordaje de esta dimensión. Se debería incrementar su presencia para asegurar la evaluación y el acompañamiento espiritual.

Por otro lado la formación reglada en el ámbito sanitario sobre cómo abordar el área de espiritualidad sigue siendo deficiente.

Por lo tanto, es importante el desarrollo de investigaciones que propongan modelos de formación con el fin de asegurar una asistencia profesionalizada. Necesitamos crear un contexto que permita a los profesionales de CP sentirse capacitados para afrontar la dimensión espiritual.

Obviar la espiritualidad en el contexto paliativo, en ocasiones, puede suponer transformar una fuente protectora de salud, en una fuente de sufrimiento y malestar.

Desde la psicología debemos hacer un esfuerzo por estar más presentes en el contexto paliativo y ofrecer recursos y herramientas que promuevan la profesionalización del acompañamiento espiritual generando impactos saludables en pacientes, familiares y profesionales.

Debemos trabajar para que esta dimensión se tenga en cuenta, mirándola, escuchándola y acompañándola, para que deje de ser la gran olvidada. Nuestros esfuerzos deben ir dirigidos a rescatarla del ámbito de lo mágico, y acercarla al mundo sanitario dándole el lugar que merece.

Todos estos pasos impactarán positivamente para que el proceso de morir, no se convierta en un proceso patológico y que el duelo se pueda transformar en un estado más saludable.

Es importante recordar, que trabajar para la muerte es trabajar para la vida.

Se trata de cerrar un capítulo, restableciendo, de la mejor manera posible, nuestra relación, con uno mismo, los demás y lo trascendente. Todo ello, pasa por exteriorizar los asuntos pendientes, elaborarlos y cerrar, en la medida que podamos, sanando las heridas abiertas.

El acompañamiento espiritual es acercarnos a nuestros propios miedos, a nuestros límites, a nuestra parte finita y a nuestra vulnerabilidad.

Pero también es la oportunidad de ejercer la libertad que tenemos como seres humanos, para dotar de sentido a nuestras vidas y rescatar la esperanza a pesar de la peor de las circunstancias posibles.

## **7. REFLEXIÓN Y VALORACIÓN PERSONAL**

La realización de este trabajo me ha llevado a dar respuesta a las cuestiones que, en un primer momento, me empujaron a llevarlo a cabo.

Efectivamente, hay una toma de conciencia sobre la importancia de abordar la dimensión espiritual, pero, a día de hoy, todavía no está claro quién, cómo, dónde y cuándo.

Esta miopía tiene como consecuencias que muchos pacientes vivan el proceso de muerte con un dolor y un sufrimiento adicional.

Por lo que desde este estudio, mi principal intención, ha sido la de contribuir a realizar un llamamiento para que, desde la mirada psicológica, en la parte que nos compete, podamos cubrir estas carencias asistenciales que tanto impactos negativos generan en pacientes, familiares y profesionales.

Es nuestra responsabilidad como psicólogos trabajar para asegurar, en la medida de lo posible, el bienestar espiritual. Sin duda, este hecho, repercutirá saludablemente en el paciente y todas las personas que se encuentran a su alrededor, fomentando al final de la vida, un tipo de

comunicación y unas relaciones con uno mismo y con los demás, menos patológicas y más saludables.

Seguir dando la espalda a esta realidad, es resignarnos a no vivir completamente nuestro anhelo de plenitud y nuestra vocación como seres humanos, a actualizarnos a cada instante entre un sinfín de posibilidades.

Es nuestra tarea acompañar a quién lo necesite. Y es nuestro trabajo prepararnos, personal y profesionalmente, para estar a la altura de estas cuestiones.

Debemos ser valientes, para acercarnos junto con el paciente, a cuestiones universales a los que nosotros mismos no tenemos respuesta, poniendo en juego nuestra vulnerabilidad, nuestra humildad y nuestros límites frente a algo que se nos escapa y que no somos capaces de controlarlo ni de sostenerlo con nuestras propias manos.

Para precipitarnos en este viaje, sin duda, deberemos previamente haber realizado un trabajo personal que nos permita rescatar la esperanza tras ahondar y dar voz a nuestros miedos y a nuestras incertidumbres.

Solo desde esa coherencia interna, encontraremos la serenidad y la confianza para trabajar cómodamente una dimensión tan compleja, a la que nunca podremos amarrar objetivamente a los parámetros de la ciencia.

Cuando la vida se nos escapa, tenemos la posibilidad de no escapar de nosotros mismos, con el fin de evitar las amenazas que nos sobrevuelan.

Dormirnos a esa realidad, significa dormirnos a nuestra capacidad para tomar conciencia de lo que significa ser persona y poner en juego todas nuestras posibilidades.

Desde la psicología, podemos ayudar a estar despiertos, acompañando hasta el último momento a vivir las amenazas, pero también la esperanza de ejercer el anhelo de plenitud que tanto sentido otorga a nuestras vidas.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anthony de Mello. (1988). La oración de la rana. Madrid: Sal Terrae.

Asociación Española Contra el Cáncer (aecc). Disponible en:  
<https://www.aecc.es/Paginas/PaginaPrincipal.aspx>.

Barbero, J. (2002). El apoyo espiritual en cuidados paliativos. *Labor hospitalaria*, 263, 6-7.

Barreto, P., Fombuena, M., Diego, R., Galiana, L., Oliver, A., y Benito, E. (2015). Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa* 22(1), 25-32.

Benito, E., y Barbero, J. (Eds). (2008). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Arán Ediciones.

Benito, E., de la Sociedad, G.D.E., y de Cuidados Paliativos, E. (2011). Los cuidados espirituales, entraña de los cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 18(1), 1-3.

Benito, E., y Gutiérrez, J.B. (2008). Espiritualidad en Cuidados Paliativos: la dimensión emergente. *Medicina Paliativa*, 15(4), 191-193.

Bermejo, J. C. (2012). Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Cuidar y Paliar. Servicio Murciano de Salud. Disponible en  
<http://www.cuidarypaliar.es/>

Del Prado, C.I., Sánchez, R.D., y Hernández, E.D. (2012). ¿Qué es para usted un psicólogo? Responden enfermos y cuidadores principales. *Medicina Paliativa*, 19(3), 87-94.

Fombuena Moreno, M (2014). Situación clínica de enfermedad avanzada y espiritualidad.

Galiana, L., Oliver, A., Gomis, C., Barbero, J., y Benito, E (2014). Cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una revisión crítica. *Medicina Paliativa*, 21(2), 62-74.

- García-Monge, J.A. (2010). La esperanza en la experiencia de sufrimiento humano. El psicólogo humanista y su ayuda en la integración del dolor. *Clínica*, 1(j), 19-20.
- Grof, C., y Grof, S. (1995). La tormentosa búsqueda del ser. Una guía para el crecimiento personal a través de la emergencia espiritual. Barcelona: Ed. La liebre de Marzo.
- Gijsberts, M. J. H., Echteld, M. A., van der Steen, J. T., Muller, M. T., Otten, R. H., Ribbe, M. W., & Deliens, L. (2001). Spirituality at the end of life: Conceptualization of measurable aspects- A systematic review. *Journal of palliative medicine*, 14(7), 852-863.
- Gracia, D. (2004). Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela.
- Guirao-Goris, J.A. (2013). La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de la salud. *ENE, Revista de Enfermería*, 7(1).
- Higuera, J.C.B., González, B. L., Durbán, M. V., y Vela, M.G. (2013). Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Medicina Paliativa*, 20(3), 93-102.
- Jonas, H. (2001). The Phenomenon of Life: Towards a philosophical biology. Evanston, IL: *Northwestern University Press*.
- Maté J. Dimensió espiritual i malaltia. (27 de septiembre de 2007). Mesa redonda organizada por la Asociación Española contra el Cáncer (AECC). Caixa Forum Barcelona.
- Ministerio de Sanidad, Igualdad y Consumo (2010). Plan de Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud Actualización 2010-2014. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/cuidadosPaliativos.htm>.
- Montero, M. (2012). Construcción psicosocial del concepto de salud: De la ética a la práctica. *Consciencia y Diálogo*, 3(3), 137-147.



- Oblitas, L.A. (2008). El estado del Arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología* (Lima) ,26(2) ,219-254.
- Plan integral de Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Octubre 2007. Disponible en [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/97914/PLAN\\_CUIDADOS\\_PALIATIVOS-2009\\_nueva\\_edicion.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/97914/PLAN_CUIDADOS_PALIATIVOS-2009_nueva_edicion.pdf)
- Payás Puigarnau, A., Barbero Gutiérrez, J., Bayés Sopena, R., Benito Oliver, E., Giró París, R. M., Maté Méndez, J.,... y Tomás Bravo, C. M. (2008). Cómo perciben los profesionales de paliativos las necesidades espirituales del paciente al final de la vida. *Medicina paliativa*, 15(4), 225-237.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J.,...y Sulmasy,D. (2011). La mejora de la calidad de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Medicina Paliativa*, 18(1), 20-40.
- Quiceno, J. M., y Alpi, S.V. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 5(2), 321-336.
- Reig- Ferrer, A., Ferrer- Cascales,R., Fernández-Pascual, M.D., Albadalejo-Blázquez, N., y Valladares, M.P. (2015). Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*;22(2),60-68.
- Rojas-Elizondo. (2003). Abordaje de la intervención psicológica en casos diagnosticados de dolor crónico. *Enfermería*, 25(1), 16-21.
- Salgado, A. C. (2015). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, la religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*, 2(1).
- Sánchez, M.D., Bimbaum, N.C., Gutierrez, J.B., Bofill, C. G., Mora-Figueroa, P. B., y Oliver, E. B. (2013), ¿Cómo percibimos los profesionales el

acompañamiento espiritual Cuidados Paliativos en España? *Medicina Paliativa*.

Zaraín, I. (2006). Detección de necesidades en pacientes terminales a través de la entrevista profunda y su consecuente apoyo psicológico humanista y tanatológico. *Revista Internacional De Psicología*, 7(02).

## 9. ANEXOS

### ANEXO I

**Cuestionario «Espiritualidad en Clínica» GES SECPAL** (Sánchez et al., 2013, p.9).

#### Identificación

1. Profesión:

- a) Médico
- b) Enfermera
- c) Auxiliar enfermería
- d) Psicólogo
- e) Trabajador social
- f) Agente de pastoral
- g) Voluntario
- h) Otro (especificar)

2. Género:

- a) Hombre
- b) Mujer

3. Edad\_\_\_años

#### Experiencia, Competencia y Compromiso

4. Años de experiencia en Cuidados Paliativos\_\_\_\_\_

5. Lugar de trabajo: comunidad autónoma\_\_\_\_\_

6. Tipo de institución:

- a) Pública
- b) Religiosa

- c) Privada no religiosa
  - d) Otra (especificar)
7. Número de miembros del equipo \_\_\_\_\_
8. Tipo de recurso:
- a) Domicilio
  - b) Hospital
  - c) UCP
  - d) Otro (especificar)
9. Existencia de persona específica dedicada a la atención espiritual en el equipo:
- a) Sí
  - b) No
10. Indique con cuál de los siguientes grupos se siente usted, en el momento actual, más identificado:
- a) Personas religiosas, que en su práctica personal valoran la fe religiosa, el bienestar espiritual y el sentido de la vida.
  - b) Personas que en su práctica personal valoran en gran medida el bienestar espiritual y el sentido de la vida.
  - c) Personas que confieren escaso valor a la religiosidad, la espiritualidad o a la importancia del sentido de la vida.
11. Aun sabiendo que puede no ser fácil, identifique en una palabra la esencia de la espiritualidad: \_\_\_\_\_
12. Personalmente ¿Hasta qué punto se siente competente para hacer acompañamiento espiritual?
- a) Nada competente

- b) Poco competente
- c) Bastante competente
- d) Muy competente

13. ¿Considera que la evaluación o acompañamiento espiritual forman parte de las tareas propias de su profesión?

- a) Sí
- b) No
- c) Solo si no hay otro profesional que las pueda desarrollar.

#### **Identificación del modelo de atención**

14. Considera usted o su equipo de manera específica los aspectos religiosos/espirituales en los pacientes atendidos:

- a) Nunca
- b) A veces
- c) A menudo
- d) Casi siempre
- e) Siempre

15. Dispone el equipo para la evaluación de necesidades del paciente de algún registro o documentación específica para el ámbito de lo religioso/espiritual:

- a) Sí
- b) No

16. Emplean alguna escala específica de evaluación de sufrimiento/distrés emocional y o de necesidades/recursos espirituales de los pacientes?:

- a) Sí
- b) No

17. En las sesiones del equipo (multidisciplinares y de formación) ¿se trata específicamente sobre necesidades religiosas/espirituales de los pacientes?:

- a) Nunca
- b) A veces
- c) A menudo
- d) Casi siempre
- e) Siempre

18. ¿Consideran de forma independiente los aspectos religiosos de las necesidades espirituales?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) A menudo
- d) Casi siempre
- e) Siempre

19. ¿En qué medida cree que los miembros de su equipo consideran necesario atender específicamente esta dimensión?:

- a) Nada necesario
- b) Poco necesario
- c) Bastante necesario
- d) Muy necesario

20. ¿En qué medida considera que los miembros de su equipo están preparados para el desarrollo de la evaluación o acompañamiento espiritual de los pacientes?:

- a) Nada preparados

- b) Poco preparados
- c) Bastante preparados
- d) Muy preparados

21. ¿En qué medida considera que su equipo está comprometido en el desarrollo de la evaluación o acompañamiento espiritual de los pacientes?:

- a) Prácticamente nada comprometido
- b) Poco comprometido
- c) Bastante comprometido
- d) Muy comprometido

22. ¿Qué porcentaje de su tiempo de formación ha dedicado en el pasado año a formarse específicamente en cuestiones de espiritualidad?:

- a) Ningún tiempo
- b) Menos de un 10%
- c) De un 11 a un 25%
- d) Entre un 26 y un 50%
- e) Más de un 50%