

Espiritualidad y salud

Espiritualidade e saúde

José Carlos Bermejo*

Resumem

La espiritualidad es una dimensión del ser humano que requiere ser profundizada, en particular para humanizar la asistencia a las personas que sufren a causa de la enfermedad o la pérdida de un ser querido. El abordaje de este tema es imprescindible para un enfoque centrado en la persona y requiere profesionales no solo sensibles, sino familiarizados y formados con la dimensión espiritual. La detección de necesidades, el conocimiento de síntomas, podrán dar una mayor competencia espiritual para un cuidado espiritual adecuado. La inteligencia espiritual permitirá a los profesionales acompañar de manera humanizada a los pacientes y familiares. Iniciativas de formación al respecto son imprescindibles. Las situaciones de mayor complejidad y sufrimiento espiritual requieren ser abordadas por profesionales específicos en servicios de atención espiritual que debe haber en las estructuras sanitarias y sociosanitarias, más allá de la garantía de la asistencia religiosa plural. Como abordar la espiritualidad en la perspectiva de los cuidados en salud es la temática que se persigue en este artículo, pautado por una investigación bibliográfica.

Palabras llave: Espiritualidad y salud. Dimensión espiritual. Inteligencia espiritual. Diagnóstico espiritual. Necesidades espirituales.

Resumo

A espiritualidade é uma dimensão do ser humano que precisa ser aprofundada, em particular para humanizar o cuidado de pessoas que sofrem de doenças ou luto. A abordagem desta questão é essencial para uma abordagem centrada na pessoa e requer profissionais que não só sejam sensíveis, mas também familiarizados e treinados na dimensão espiritual. A detecção das necessidades, o conhecimento dos sintomas, pode proporcionar maior competência espiritual para um cuidado espiritual adequado. A inteligência espiritual permitirá aos profissionais acompanhar pacientes e familiares de forma humanizada. As iniciativas de treinamento nesta área são essenciais. Situações de maior complexidade e sofrimento espiritual precisam ser tratadas por profissionais específicos em serviços de cuidado espiritual que devem estar disponíveis em estruturas de saúde e sóciosanitárias, além da garantia de atendimento religioso plural. Como abordar a espiritualidade na perspectiva da saúde é o tema deste artigo, que se baseia em pesquisas bibliográficas.

Palavras-chave: Espiritualidade e saúde. Dimensão espiritual. Inteligência espiritual. Diagnóstico espiritual. Necessidades espirituais.

Artículo presentado el 06 de abril de 2021 y aprobado el 29 de septiembre de 2022.

* Doctor en Teología Pastoral Sanitaria pela Pontifícia Universidade Lateranense (Camilianum). Director del Centro de Humanización de la Salud y del Centro Asistencial San Camilo de Tres Cantos. País de origen: España. E-mail: jcbermejo@humanizar.es

Introducción

Quizás asistimos a un despertar de lo espiritual, a la vez que a un desprestigio de la dimensión religiosa del ser humano. O quizás estamos ante una muerte de lo espiritual. Hay quien dice lo uno y quien dice lo otro. En todo caso, diferentes contextos experimentamos sensibilidades hacia lo más íntimo del corazón, hacia lo intangible.

Con Dios o sin Dios, muchas personas sienten que, en las situaciones de fragilidad, especialmente, cuando nos cuidamos unos a otros, profesionalmente o desde vínculos familiares o de ciudadanía, es necesaria una mirada integral, multidimensional, donde lo espiritual ocupe su lugar correspondiente para humanizar la mirada.

Yo creo que hoy en día, se está dando un cierto despertar espiritual en la humanidad. Hay personas que despiertan, que se les caen las vendas de los ojos y ven que hay verdades más allá de los sentidos, que se puede hacer experiencia de sentido, de trascendencia...

La espiritualidad, las creencias, la salud y el sufrimiento, están vinculadas. Aspectos relacionados con la espiritualidad y las creencias, pueden influir en la vida biológica de la persona, incluyendo su prolongación. Ramón Bayés, en el capítulo sobre el duelo de su obra “Psicología del sufrimiento y de la muerte”, refiere un estudio realizado con población judía y no judía, inmediatamente antes y después de la celebración de la principal fiesta anual del primer grupo, la Pascua judía, encontrando que la mortalidad descendía drásticamente antes de la celebración de la Pascua para ascender en una cantidad similar después de ella, mientras que las tasas de mortalidad del grupo no judío de comparación no mostraban, en el mismo período, ninguna variación. La diferencia encontrada entre los grupos era estadísticamente significativa y la conclusión provisional fue la de que algunos individuos judíos eran capaces de prolongar su vida hasta después de la celebración de su principal fiesta anual. (BAYÉS, 2001, p. 186-187).

Para algunas personas, la religión es una fuente de soporte social, de ayuda, de fortaleza y de esperanza en medio de situaciones de enfermedad. Hay

documentación abundante que señala que creer en Dios y pedir su apoyo ayuda a muchas personas a sobrellevar su limitación. (SANCHEZ, 2009, p. 8-22). De igual forma, se relaciona la oración con la sensación de control, y esta se tiene en cuenta como una forma de motivación intrínseca. En este mismo sentido, las creencias y prácticas religiosas tienden a redimensionar el sufrimiento, disminuir el estrés, y son fuente de autocuidado y ayudan a evitar la depresión. (SANCHEZ, 2009, p. 86-95). Además, la religión se identifica como fuente de soporte social, de ayuda, de fortaleza y de esperanza en medio de situaciones de enfermedad.

1 La dimensión espiritual

Varios estudios sugieren que el ejercicio de actividades espirituales puede influir a través de las emociones positivas como la esperanza, el perdón, la autoestima y el amor, las cuales pueden ser importantes para la salud mental, a través de mecanismos de acción psiconeuroinmunológicos y psicofisiológicos. (GASTAUD; SOUZA; BRAGA; HORTA; DE OLIVEIRA; SOUSA; DA SILVA, 2006, p. 12-18).

Hay que decir que, ante el tema de la espiritualidad y sus vínculos con la salud, la enfermedad, el morir... quizás haya que rescatar un cierto equilibrio en su abordaje. Durante décadas, en la ciencia se evitó investigar las variables ligadas a la religión y espiritualidad por considerárselas nada científicas. Al respecto, Rivera (2007) señala que el área espiritual de la vida humana fue largamente segregada del campo de la psicología, y parece ser necesario hoy en día, asignarle un lugar más allá del apasionamiento de la fe y el escepticismo academicista contemporáneo.

Hay que lamentar en algunos momentos de la historia de las religiones, miradas negativas en relación al cuerpo. Por el contrario, hoy se le mira de manera saludable, si no nos vamos al extremo salutista. En el cuerpo encontramos la dimensión músculo-esquelética, pero también nuestro canal de comunicación, la caja de resonancia de nuestras emociones; el cuerpo es lenguaje y tiene su dimensión simbólica. En el cuerpo concreto (y no separado de él), es donde tiene lugar la experiencia espiritual y religiosa. (LÓPEZ GONZÁLEZ;

SANTAMARÍA, 2021, p. 14). Quizás uno de los retos de la teología sea precisamente actualizar la comprensión del cuerpo.

La espiritualidad responde a la dinámica relacional del ser humano, donde nos jugamos buena parte de la salud. En esta dimensión espiritual, el ser humano entra en relación con el misterio. Es una dimensión dinámica de la vida que concierne al modo a través del cual la persona experimenta e indaga sobre sí misma, sobre el sentido, como perteneciente también a la naturaleza, vinculada con los demás y con el mundo que, si es creyente, cuenta con Dios. A menos que apostemos por deshumanizarnos.

Las concepciones actuales de la espiritualidad, superan los dualismos, según los cuales lo espiritual sería algo añadido a lo corporal. La vida espiritual no es una vida paralela a la corporal, sino que está íntimamente unida a ella. La dimensión espiritual deberíamos entenderla, como una dinámica de emigración del egocentrismo, en un movimiento centrífugo desde el yo autocentrado. (NOGUÉS, 2011, p. 19).

La dimensión espiritual es ese marco de referencia que, desde las más profundas raíces del organismo, se orienta intelectual y emocionalmente, hacia una opción fundamental que tiñe nuestro vivir y actúa como un molde mental y cultural que da forma al anhelo de trascendencia. (NOGUÉS, 2016, p. 133). Es obvio que este dinamismo está en la raíz de la salud si la miramos como experiencia biográfica de armonía y equilibrio de una persona en su cuerpo, en su mente, en sus relaciones, en sus emociones, en la gestión de los valores y en la mirada trascendente y –en su caso- religiosa. Salud y espiritualidad son hermanas.

Uno de los espacios donde más se ha trabajado el tema de la espiritualidad y la salud es el ámbito de los Cuidados Paliativos en España. El grupo GES (grupo sobre espiritualidad), creado en 2004, consensuó la definición de espiritualidad como: “la 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 un dinamismo de anhelo personal de plenitud en tres direcciones: hacia el interior de uno mismo en

búsqueda de sentido; hacia el entorno en búsqueda de conexión; hacia el más allá en búsqueda de trascendencia”. (GALIANA; OLIVER; BARRETO, 2014, p. 138). Esta es una definición inclusiva, que comprende aspectos significativos de la relación con uno mismo (necesidad de significado y coherencia), de la relación con los otros (armonía en las relaciones con las personas queridas y necesidad de amar y ser amado) y de la trascendencia (necesidad de tener esperanza y sentido de pertenencia).

Cecily Saunders (1988, p. 3), a quien se le atribuye un gran protagonismo en el surgir del movimiento paliativo, se refiere a lo espiritual como el campo del pensamiento que concierne a los valores morales a lo largo de toda la vida, donde se dan cita recuerdos de defecciones y cargas de culpabilidad, apetencia de poner en primer lugar lo prioritario, de alcanzar lo que se considera como verdadero y valioso, rencor por lo injusto, sentimiento de vacío... etc.

Cuando la dimensión espiritual llega a cristalizar en la profesión de un credo religioso; cuando el mundo de los valores, de las opciones fundamentales, la pregunta por el sentido, cristalizan en una relación con Dios, entonces, hablamos de dimensión religiosa. Muchos elementos pertenecen, pues, a la dimensión espiritual, irrenunciable para toda persona, pero no todos los individuos dan el paso de la fe: la relación con Dios, la profesión de un credo, la adhesión a un grupo que comparte y concelebra el misterio de lo que cree.

Diversas investigaciones (MARTÍNEZ; MÉNDEZ; BALLESTEROS, 2004, p. 231-246) han demostrado implicaciones importantes referente a la consideración de la dimensión espiritual frente a la enfermedad, donde la espiritualidad se constituye como una forma de afrontamiento para los pacientes, más que una forma de negación o evitación. Así también, se ha comprobado la importancia del bienestar espiritual en la disminución del estrés y síntomas.

Respecto a estas investigaciones, Navas y Villegas (2007, p. 34-42) afirman que la espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza promoviendo la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad, ya que capacita a la persona para poder realizar cambios positivos en su modo de vida y a tomar

mayor conciencia de cómo sus creencias, actitudes y comportamientos influyen positiva o negativamente en su salud.

2 Inteligencia espiritual

Propiamente, el término inteligencia espiritual, fue acuñado por Dahar Zohar, profesora de la Universidad de Oxford e Ian Marshall, psiquiatra de la Universidad de Londres. (ZOHAR; MARSHALL, 2001). Ambos descubrieron que cuando las personas efectúan alguna práctica espiritual o hablan sobre el sentido global de sus vidas, las ondas electromagnéticas en sus cerebros presentan oscilaciones de hasta cuarenta megahercios a través de las neuronas. Estas oscilaciones recorren todo el cerebro, pero presentan una oscilación mayor y estable en el lóbulo temporal. Según Zohar, la inteligencia espiritual activa las ondas cerebrales permitiendo que cada zona especializada del cerebro converja en un todo funcional. Según ellos, las personas que cultivan esta forma de inteligencia son más abiertas a la diversidad, tienen gran tendencia a preguntarse el porqué y el para qué de las cosas, buscan respuestas fundamentales y son capaces de afrontar con valor las adversidades de la vida.

También encontramos estudios paralelos en el psiquiatra Robert Cloninger, o el psicólogo Emmons que definiría más tarde lo que llama la inteligencia espiritual, que abarca la capacidad de trascendencia del hombre, el sentido de lo sagrado o los comportamientos virtuosos que son exclusivos del hombre... Danah Zohar y Ian Marshall se preguntan acerca de la inteligencia espiritual y de cómo podemos mejorarla. Según ellos, existen caminos a una mayor inteligencia espiritual. Mac Gilchrist, Myers y Reed, entre su elenco de tipos de inteligencia necesarios en el sistema escolar, proponen la inteligencia espiritual, la cual se define por facilitar la adquisición de un sistema de valores.

La inteligencia espiritual está caracterizada por valorar fundamentalmente la vida y el desarrollo de todos los miembros de una comunidad. Abraham Maslow nos habla de “experiencias cumbre o pico”, es decir, aquella realización personal con la que alcanzamos una auténtica cota como seres humanos. Asegura que la persona empeñada en un acto creador se siente más espontánea que antes,

se percibe como un ser agraciado. Durante las experiencias cumbre, la persona se siente más integrada. (COMPETENCIA, s/d).

Al incorporar el concepto de inteligencia espiritual a la reflexión y, en particular, al mundo de la salud y de la asistencia sanitaria, abandonamos un poco la disciplina y el lenguaje puramente teológico, donde tradicionalmente la espiritualidad ha sido pensada (LÓPEZ GONZÁLEZ; SANTAMARÍA, 2021, p. 36), y nos situamos a otros lenguajes, afines a la psicología, a la pedagogía, a la salud.

Emmons, profesor en la universidad de California, en su desarrollo de la inteligencia espiritual propone cinco componentes (EMMONS, 2000, p. 3-26):

- Habilidad para utilizar recursos espirituales para resolver problemas de la vida.
- Capacidad para alcanzar estados de conciencia intensa.
- Habilidad para revestir los acontecimientos cotidianos y las relaciones personales de un sentido de lo sagrado o lo divino.
- Capacidad de trascendencia que permite una visión más profunda de uno mismo y de lo que nos rodea.
- Capacidad para ser virtuoso.

3 Necesidades espirituales

El concepto de necesidad es ambiguo, en particular, al referirlo a la dimensión espiritual. En principio, necesidad se refiere clásicamente a un objeto cuya falta puede ser llenada por el objeto mismo. Pero ya Maslow nos invita a tomar conciencia de la diversidad de necesidades, que –con todos sus límites- él clasifica de manera jerárquica: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y reconocimiento y de autorrealización.

La no satisfacción de necesidades físicas suele entrañar sufrimiento y normalmente su satisfacción viene dada por objetos. Sin embargo, las necesidades psicológicas hacen referencia a relaciones interpersonales y la satisfacción viene más por la vía de la relación. Pues bien, también hablamos de necesidades espirituales, y su no satisfacción entraña sufrimiento igualmente.

Algunos autores nos pueden ayudar a dar definición o concreción a estas, aunque se han desarrollado más en el ámbito de los enfermos al final de la vida, por la importancia que estos le dan a la dimensión espiritual. C. Jomain (1987) define las necesidades espirituales así: “necesidades de las personas, creyentes o no, a la búsqueda de un crecimiento del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o que están todavía deseando transmitir un mensaje en su vida”.

Cada vez se es más consciente de la importancia de la detección de las necesidades espirituales. Se va abriendo camino, justamente promovido por la filosofía de los cuidados, un estilo relacional que se define como holístico, centrado en la persona, integral, donde se contemplan las necesidades que tienen que ver con la dimensión física, la intelectual, la emotiva, la social o relacional, la valórica y la espiritual.

Podemos presentar de manera sucinta las siguientes necesidades espirituales:

3.1 Necesidad de ser reconocido como persona

El peligro de ser considerado por los demás de manera anónima, constituye una amenaza que hace que emerja intensamente la necesidad de ser reconocido como persona y no mediante mecanismos de despersonalización.

3.2 Necesidad de amor

Todo ser humano necesita amar y ser amado. El riesgo de soledad, de despersonalización, trae consigo un fuerte refuerzo de la necesidad de amor.

3.3 Necesidad de releer la propia vida

El pasado reclama una particular atención en las estaciones críticas o de sufrimiento, particularmente cuando la persona se ve amenazada por algo. Surge entonces la necesidad de narrar la propia vida. La mirada al pasado, a veces es realizada en la soledad, descubriendo las cosas que realmente han valido la pena

y relacionándolas con las que han sido menos significativas. Esta relectura despierta, en ocasiones, el sentimiento de culpa, que reclama procesos de perdón.

3.4 Necesidad de sentido:

El ser humano, en ocasiones, se pone frente a lo esencial, ante lo que realmente puede haber dado o descubrir que proyecta sentido. Surgen preguntas vitales, las preguntas sobre el sentido último de las cosas, el deseo de satisfacer las necesidades más hondas o elevadas, las necesidades de autorrealización. Es aquí donde el ser humano puede ser capaz de dar sentido a lo que aparentemente no lo tiene, mediante valores cultivados o no con anterioridad.

La mirada al pasado, la búsqueda de sentido, reclama hacer la paz con uno mismo y con los demás. A veces es la culpa racional y proporcionada la que genera esta necesidad; en otros casos, la culpa irracional, pero en todo caso, el deseo de poner paz en el corazón se hace sentir.

3.5 Necesidad de establecer la vida en un más allá:

Algo nos distingue del resto de los seres vivos. Por eso, las personas, experimentamos la necesidad de trascendencia. Es una necesidad cultivada a lo largo de la vida mediante diferentes caminos: mediante el arte, la contemplación de la naturaleza, el encuentro interpersonal significativo y profundo, el culto desde las propias creencias.

3.6 Necesidad de continuidad:

En estrecha relación con la anterior, muchas personas desean traspasar el testigo de alguna forma a otros, seguir “vivos”, con la satisfacción de haber logrado algo (hijos que viven, proyectos realizados, esperanzas cumplidas...). Es un modo de vivir el deseo de prolongación de uno mismo por encima del límite de la muerte, dejando un legado valórico.

3.7 Necesidad de esperanza:

El ser humano es siempre alguien que espera. Entre negación, aceptación y otras reacciones, la esperanza se mantiene siempre. Es un dinamismo vital, la

expresión, por un lado, del instinto de supervivencia, pero por otro, la vivencia del deseo traducido en buenos augurios: alivio, encuentro o re-encuentro, vida más allá de la vida, mejoría...

3.8 Necesidad de expresar sentimientos religiosos:

El creyente, particularmente, necesita expresar sus experiencias más o menos vividas a lo largo de su pasado. Mediante el culto, especialmente, muestra aquello en lo que cree, se une a la comunidad a la que pertenece o ha pertenecido, ritualiza la dimensión sagrada, se comunica y hace experiencia de presencia del Dios en quien confía...

3.9 Necesidad de poner orden:

Relacionada con la necesidad de perdón, algunas personas viven la necesidad de poner orden en las propias cosas o asuntos, cerrar un círculo, traspasar responsabilidades, expresar últimas voluntades, deshacerse de las cosas y asignarlas a otros, relacionarse con alguien para traspasar un mensaje o arreglar un conflicto. Dejar resuelto aquello que se experimenta no cerrado, da una gran paz a la persona.

Francesc Torralba, profesor de filosofía de la Universidad Ramón Llull y colaborador del Instituto Borja de Bioética, en uno de sus artículos considera que las necesidades espirituales tienen 12 dimensiones: necesidad de sentido, necesidad de reconciliación, necesidad de reconocer la identidad, necesidad de orden, necesidad de verdad, necesidad de libertad, necesidad de arraigo, necesidad de oración, necesidad de símbolos y ritos, necesidad de soledad y silencio, necesidad de cumplir el deber, necesidad de gratitud. (TORRALBA, 2003, p. 7-16).

Diversos autores han propuesto instrumentos para evaluar, en forma lo más objetiva posible, la dimensión espiritual en la práctica clínica. (O'CONNELL; SKEVINGTON, 2007, p. 77-87). Entre los sistemas de evaluación descritos en la literatura, se encuentran instrumentos que miden distintas expresiones de la dimensión espiritual (KREITZER; GROSS; WALEEKHACHONLOET; REILLY-SPONG; BYRD, 2009, p. 7-16), como p. ej. 1) La orientación religiosa; 2) La

historia espiritual; 3) Las “necesidades espirituales”; 4) El “bienestar espiritual”; 5) Los problemas espirituales (SPECK, 2003, p. 805-814) y 6) “Distress espiritual”.

Una atención holística, integral, humanizada, en salud, habrá de tener bien en cuenta el empeño por detectar cómo están satisfechas o frustradas estas necesidades espirituales, para buscar así, los adecuados satisfactores y acompañar a hacer la mayor experiencia de salud posible.

4 Síntomas espirituales

Hoy en día, se considera que algunas personas sienten un despertar espiritual y algunos síntomas de ello son: el deseo de menos cosas, en algunas personas, así como la búsqueda de más simplicidad en la propia vida; la atracción de las lecturas que expanden la mente; el profundo anhelo de significado; el aprecio de soledad y silencio; la entrega de uno mismo al mundo; la conexión con la naturaleza y los seres vivos, entre otros.

Otras personas sienten también un despertar de lo religioso y también hay síntomas de ello: deseo de retornar a prácticas de culto, quizás abandonadas; búsqueda de un conocimiento adulto de las Sagradas Escrituras; compromiso con instituciones de solidaridad confesional; interés por el arte religioso en sus diferentes expresiones; uso de prácticas tradicionales de oración, etc.

Al centrar la atención en la vinculación de la salud con la dimensión espiritual, es bueno contar con síntomas, que nos evocan cómo está la dimensión espiritual. En algunos contextos, más en enfermería que en otros, se han desarrollado listas de indicadores que permiten identificar y cuantificar de manera confiable la dimensión espiritual y su estado, de forma que esto ayude a describirla y así considerarla en la comprensión integral de la persona.

En enfermería, también se han hecho trabajos de validación de escalas, como la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual. (VARGAS ESCOBAR, 2015, p. 34-44). Todos estos esfuerzos contribuyen a dar la importancia debida a la dimensión espiritual y también indican que el mundo clínico hace su camino propio, más allá del camino de las religiones.

Es frecuente también que, en el mundo de las disciplinas teológicas, estos trabajos académicos sobre la dimensión espiritual, sean ignorados. Quizás subyace una tendencia a creer que la dimensión espiritual no se explora, no se describe, no se somete al diagnóstico, sino que solo se acompaña desde los ministros de las religiones que, quizás intuitivamente, se aproximan a la experiencia de cada uno, con muy poco hábito o ninguno, de hacer “historia clínica” y considerar profesionalmente esta dimensión.

Actualmente, en algunos servicios de atención espiritual en hospitales, se comienza a exigir llevar un histórico de acompañamiento en el que se pudiera estar abriendo esta conciencia de la importancia de nombrar las necesidades espirituales de las personas, sobre todo en los procesos de internamiento hospitalario, particularmente cuando la situación del paciente es grave o terminal.

Ya el documento “La asistencia religiosa en el hospital; orientaciones pastorales”, de la Comisión Episcopal de Pastoral de España, decía: “El enfermo es, pues, un ser sumamente necesitado de ayudas de muy diverso tipo, a causa de la diversidad de sus necesidades; biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (de carácter ético o religioso). Su situación reclama lo que hoy se llama atención integral para poder restablecer o para asumir sanamente la enfermedad, para luchar contra la muerte o para poder aceptarla y vivirla con dignidad cuando llega”. (COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL, 2007).

5 Sufrimiento espiritual

Un nuevo concepto, que se va abriendo camino, es el de sufrimiento espiritual y existencial. Es importante manejar este concepto, que nos abre a la conciencia de que no todo el sufrimiento se agota en la dimensión psicológica.

De hecho, se han hecho algunos trabajos muy interesantes a propósito de la oportuna sedación paliativa no motivada por síntomas refractarios físicos o psicológicos, sino expresamente por síntomas refractarios espirituales y/o existenciales.

Una persona sufre cuando experimenta un daño físico o psicosocial que valora como importante, o teme que acontezca algo que percibe como una amenaza para su existencia o integridad psicosocial y/u orgánica; y, al mismo tiempo, cree que carece de recursos para afrontarla. (BONAFONTE, 2018, p. 12).

Estos conceptos, se manejan de la siguiente manera, en el trabajo realizado en torno a la sedación paliativa en situaciones de sufrimiento espiritual y/o existencial:

- *Sufrimiento psicológico*: Percepción subjetiva de un mal causado por el flujo mental y/o por el flujo emocional. Dicho de otro modo, es un sufrimiento causado por determinados pensamientos, recuerdos, anticipaciones que elabora nuestra mente o bien suscitado por emociones tóxicas que fluyen dentro de nuestro ser, como por ejemplo, el resentimiento o la envidia.
- *Sufrimiento espiritual*: percepción de un mal causado en nuestra dimensión espiritual, es decir, por un hecho que daña, vulnera o perjudica nuestro sistema de valores, de creencias o de ideales.
- *Sufrimiento existencial*: Percepción de un mal subjetivo que tiene lugar a propósito de una situación de fracaso, del dolor, de la enfermedad, de la proximidad de la propia muerte. El sufrimiento existencial es una profunda crisis de sentido, lo que genera la experiencia del desamparo o abandono vital.

El documento sobre la sedación al que nos referimos, contempla la variable espiritual oscilante entre la paz con uno mismo y el mundo, hasta la incertidumbre y culpabilidad experimentada sin saber afrontarla.

El sufrimiento espiritual nos hace perder nuestra fuerza, nuestra esperanza. Nos lleva a dudar acerca de nuestros valores y creencias, dificulta la interacción familiar y con el entorno. Por lo tanto, es importante propiciar el bienestar espiritual. Cuando un individuo logra conectar sus creencias con un ser superior, los beneficios para la salud pueden ser altos, ya que hay una interconexión entre mente, espíritu y cuerpo, por lo que las creencias y

expectativas de la persona pueden tener efectos sobre el bienestar de la misma. (AVILA SANSORES, 2007, p. 236).

Sufrimiento espiritual refractario sería aquel que no remite a un buen acompañamiento y a pesar de una buena atención de parte de las relaciones familiares, significativas; a pesar de la intervención de los profesionales y/o pastores expertos. Se trata de una situación en la que la persona puede sentir un intenso vacío, fracaso, sinsentido, ausencia de Dios –si era referente para él-, de tal manera que no encuentra luz, ni paz, y el malestar consecuente se le hace insoportable. También esta situación justificaría, al final de la vida, una oportuna sedación, como venimos diciendo, realizada con las habituales condiciones de información y correcto consentimiento informado directo.

6 Diagnóstico espiritual

Pudiera parecer que el concepto de diagnóstico habría que restringirlo al ámbito de la medicina. Sin embargo, algunos autores hablan de diagnóstico aplicándolo también al ámbito de las relaciones de ayuda, al ámbito del acompañamiento.

En este contexto, el concepto de diagnóstico puede provocar frecuentes resistencias por parte de los ayudantes. Tanto más, si nos referimos a “diagnóstico espiritual”. Pero la exploración de este concepto y sus implicaciones pueden dar rigor al hacer de cuantos se ocupan de manera privilegiada del ámbito espiritual, así como a quienes desean promover estilos de acompañamiento holísticos.

Veamos las principales formas que toman estas resistencias y las posibilidades del diagnóstico en el acompañamiento espiritual.¹

¹ Para el desarrollo de este tema, nos inspiramos especialmente en: HËTU, 1982, p. 49-69. Este aspecto lo hemos desarrollado en: BERMEJO, 2005.

6.1 El diagnóstico como juicio

La primera resistencia se basa en considerar el diagnóstico como un juicio, una aprobación o -más normalmente- una reprobación de la manera cómo actúa u organiza su vida el ayudado.

Podría, efectivamente, suceder que los ayudantes que se sienten personalmente amenazados o inquietos por ciertas actuaciones de sus ayudados, les comunicasen más o menos claramente su reprobación bajo la forma de diagnóstico.

Sin embargo, es también posible imaginar un ayudante que tuviera una mayor seguridad personal y utilizara el diagnóstico para clarificar la forma con la que el problema se plantea. Actuando así, el presupuesto del ayudante no es que el ayudado ha fallado por tener un problema, sino que, movilizándolo sus recursos, él puede ejercer un cierto control sobre esta situación o sobre este funcionamiento problemático.

Es cierto que el diagnóstico es un juicio, en el sentido de un esquema cognitivo que trata de comprender mejor la dinámica de una situación, o de una forma de actuar que provoca problemas. Pero no es verdad que este juicio deba, necesariamente, tomar la forma de una reprobación de la manera de actuar el ayudado o de un rechazo de la persona en cuestión.

6.2 El diagnóstico como técnica despersonalizante

Esta es otra resistencia: algunos dicen que hacer diagnóstico espiritual es una forma de despersonalizar. Detrás de esta objeción se encuentra la crítica al modelo médico tradicional, que trata los síntomas y no a las personas: ¿Por qué etiquetar a las personas? El diagnóstico se ve como un esquema arbitrario que aísla unos indicios y excluye otros y que, por tanto, solo puede dar lugar a una visión "compartimentada" del tratamiento que se deriva de este diagnóstico.

Se asocia fácilmente "diagnóstico" a "síntomas" y "análisis de los síntomas" a "tratamiento específico". Sin embargo, la persona humana es un complejo sistema en interacción con un medio psíquico y social que, a su vez, es también

complejo. Es por esta razón por la que para muchas personas resulta problemático adoptar el modelo del diagnóstico médico. Pero el concepto de diagnóstico resulta irremplazable en el acompañamiento, siempre que no se reduzca a una técnica despersonalizante.

6.3 El binomio diagnóstico-tratamiento como atentado contra la libertad del ayudado

Quien se resiste al diagnóstico con el argumento de que es un atentado a la libertad del ayudado, razona diciendo que el recurso a la relación de ayuda se hace, habitualmente, con ocasión de elecciones existenciales o situaciones críticas del ayudado; y la naturaleza misma de estas cuestiones obliga al ayudante a permanecer neutral, a abstenerse de contaminar el proceso con presupuestos teóricos que estarían a la base de sus diagnósticos. Recurrir a un diagnóstico significaría, inevitablemente, recurrir a la elección de unas teorías, de unas elecciones y de unos valores sobre otros.

Es verdad que todo experto -y el ayudante se considera fácilmente como un experto- tiende a asentarse sobre la autoridad de sus conocimientos para determinar el tratamiento que hay que prescribir. Haciendo esto, el ayudante no tiene la impresión de bloquear la libertad del ayudado, sino que tiene, simplemente, la convicción de poner en práctica honestamente su rol de experto.

El ayudante establece una relación espontánea entre su lectura o su interpretación de lo que ocurre (el diagnóstico) y el rol correspondiente que él juega en el seguimiento de la entrevista (el tratamiento). De esta manera, el influjo sobre el ayudado puede ser importante, y haciendo desaparecer el diagnóstico podría evitarse esta influencia que se ejerce sobre el caminar del ayudado.

6.4 El diagnóstico inevitable

Pero las cosas no son tan simples. La cuestión que hay que plantearse no es el saber si es oportuno o no hacer un diagnóstico espiritual sino, más fundamentalmente aún, si es posible funcionar cognitivamente sin hacer diagnósticos.

Los estudios sobre el funcionamiento cognitivo tienden a demostrar que toda actividad perceptual se acompaña de una actividad organizativa. El binomio percepción-organización está entremezclado, y hablar de organización es hacer referencia, de una manera más o menos formal, a unas percepciones y conocimientos anteriores y, por tanto, diagnóstico (o sea, tratamiento crítico de los indicios que emergen).

Según esto, el diagnóstico es el proceso cognitivo por el cual el ayudante selecciona, organiza e interpreta las informaciones verbales y no verbales, emitidas por el ayudado en el marco de una visión significativa y coherente del funcionamiento personal de este ayudado. Es una especie de mirada con perspectiva de águila, suficientemente a distancia como para complementar la proximidad de la escucha con mirada de gallina, de cercanía, de inmediatez. La mirada con perspectiva, lleva a diagnosticar.

La cuestión no es saber si el ayudante organiza o no sus percepciones (si trabaja con o sin diagnóstico espiritual), sino de ser consciente del diagnóstico espiritual que utiliza espontáneamente, y, a veces, incluso inconscientemente.

En las cuestiones de carácter existencial, no se puede nunca estar seguro de nada; los diagnósticos adquieren carácter de hipótesis; y un buen ayudante es aquel cuyo saber es lo suficientemente amplio como para poder permitirle la formulación de varias hipótesis. Quien dispone de varias hipótesis puede cotejar unas con otras, evaluar su respectivo grado de probabilidad, estar más preparado para captar los indicios que faltan y para sacar partido de los indicios inexplicables, etc.

El diagnóstico espiritual, por tanto, serviría para establecer hipótesis con las que comprender lo que le sucede al otro en clave de opciones fundamentales en su vida, en términos de valores, en términos de sentido último de lo que vive y de lo que busca.

6.5 El diagnóstico espiritual como proceso

Las diferentes objeciones hacia el diagnóstico convergen hacia el hecho de que este es algo impuesto. Esta formulación encierra la cuestión del diagnóstico

en una falsa alternativa, pues no es un acontecimiento al que se llega en un momento preciso o que se impone a alguien. El diagnóstico corresponde, más bien, a la comprensión que se hace de la realidad tal y como se la percibe desde unos puntos de vista concretos, que pueden estar más o menos ajustados en términos de conceptos teóricos.

La forma más satisfactoria de abordar el diagnóstico espiritual y de definirlo, es como el proceso por el cual el ayudante llega a comprender al ayudado, su universo y el significado que conlleva para él la interacción con este universo en términos de valores, de sentido, de trascendencia, de relación con sus creencias...

Los psicólogos Carkhuff y Berenson comparten también este acercamiento cuando refieren que un proceso diagnóstico significativo se deduce de un proceso permanente de interacción entre el terapeuta y el cliente. (BERMEJO, 2011). No hay proceso diagnóstico separado y distinto.

Hemos visto cómo el diagnóstico es un concepto dinámico, en el sentido de que permite no solo saber, sino también prever y, por tanto, intervenir.

Partiendo del saber del ayudante en una situación concreta y a través de la observación de ciertos indicios en el ayudado, que yo confronto con mis conocimientos, puedo establecer una serie de hipótesis que me permitirán unas posteriores previsiones sobre las reacciones del ayudado. Estas previsiones provienen de mis hipótesis, me permitirán influir efectivamente sobre la realidad de la persona concreta, o sea, ejercer sobre ella un impacto positivo, que es, precisamente, la razón por la cual pide ayuda o se le ayuda.

En efecto, sin diagnóstico espiritual, sin idea por parte del ayudante de lo que está ocurriendo en el plano de los valores y del sentido, el ayudado correría el riesgo de encontrarse ante alguien impersonal, insensible y sin capacidad de contemplar todas las dimensiones de la persona.

Categorías útiles para el que acompaña a la persona en situación de enfermedad, a la hora de realizar un diagnóstico espiritual pueden ser las siguientes:

- Sentido de la vida: experimentada como proyecto realizado, como sinsentido, como trunca, etc.
- Sentido del fracaso y de las pérdidas: vividas como algo inevitable, en paz, con angustia, como un castigo, como una injusticia debida al destino, a la responsabilidad de los otros, etc.
- Actitud ante la situación de enfermedad: evitación de la responsabilidad, negación, pasividad, oportunidad para crecer y afrontar responsablemente, oportunidad para reconciliarse con el pasado, prueba, misterio, absurdo, etc.
- Grado y manejo del sentimiento de culpa: en relación consigo mismo, con los demás, con Dios (¿castigo?).
- Esperanza: dinamismo activo o desesperanza y pasividad...
- Experiencia de Dios: como alguien ausente, que no existe, que ayuda, que libera, que pone a prueba, que castiga, que es injusto...
- Etc.

Diversos investigadores, clínicos y organismos sostienen que la evaluación de la espiritualidad y su atención son aspectos de suma relevancia en el cuidado integral del paciente con problemas graves de salud o con enfermedades con compromiso vital. (RADBRUCH *et al.*, 2009, p. 278-289).

Con respecto al diagnóstico de "Sufrimiento espiritual", puede decirse que las características definitorias ansiedad, temor, fatiga, llanto e insomnio predominan. De entre ellas la ansiedad y el temor son las características más destacadas. (MUÑOZ JIMENEZ, 2017).

El abordaje de las necesidades espirituales (AVILA SANSORES; CASIQUE, 2007) dentro del cuidado holístico, por parte de los profesionales sanitarios, muestra una interesante paradoja. Si bien la literatura refleja que los pacientes manifiestan interés en expresar y tratar sus necesidades espirituales, los profesionales, tanto médicos como enfermeras, tratan escasamente este aspecto (BEST; BUTOW; OLVER, 2016, p. 327-337), pese a que reconocen que dicho abordaje tendría un impacto positivo en la salud de los pacientes (ELLIS; THOMLINSON; GEMMILL; HARRIS, 2013, p. 1306-1318), el 80% de los profesionales consideran que es una competencia propia, afirmando que las

figuras que con mayor frecuencia prestan la atención espiritual son los representantes religiosos y capellanes, seguidos del personal de enfermería y el voluntariado.

El trabajo realizado por Payás (PAYÁS; BARBERO; BAYÉS; BENITO; GIRÓ; MATÉ; TOMAS, 2008, p. 225-237) en personal sanitario y no sanitario de unidades de cuidados paliativos españolas revela que un 31% de los sujetos tiene una gran dificultad para identificar las necesidades espirituales y 40% manifiesta no tener o tener recursos escasos ante el sufrimiento espiritual. En resumen, existe una importante brecha entre lo que la enfermería sabe que debe hacer como profesión, lo que se siente capaz de hacer y lo que está dispuesta a hacer, puesto que el cuidado espiritual se reconoce importante pero la práctica no lo refleja. (BALDACCHINO; BUHAGIAR, 2003, p. 558-570).

Es imprescindible despojarse de los prejuicios y problemas éticos de la atención espiritual entre los profesionales de la salud, así como promover el conocimiento y uso de estrategias adecuadas para el abordaje de esta necesidad y la promoción de resultados de salud en la dimensión espiritual de una manera activa. (MUÑOZ JIMÉNEZ, 2017, p. 128-129).

Entre los diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, red mundial de enfermeras, cuyo propósito es definir, promover y seguir trabajando para que se implemente la terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras, también conocidos como diagnósticos de enfermería) se encuentran instrumentos de diagnóstico tales como “Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068), Diagnóstico de riesgo de sufrimiento espiritual (00067), diagnóstico de sufrimiento espiritual (00066), diagnóstico de desesperanza (000124).

La realidad actual que podemos describir es que los diagnósticos de espiritualidad y religiosidad son diagnósticos complejos que se identifican escasamente en la práctica de los cuidados, probablemente por los deficientes conocimientos de los aspectos espirituales y religiosos por parte de los profesionales, así como por la falta de interés en estos fenómenos.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos ha sido proactiva y fecunda en el estudio y propuestas humanizadoras en la cuestión del diagnóstico espiritual, tanto de necesidades como de acompañamiento. El grupo creado específicamente para esto en 2004, en el seno de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), convocó un importante congreso sobre Espiritualidad en Clínica, en torno al cual se congregó conocimiento y se motivó en este asunto.

Se detectó una ausencia de protocolos de evaluación y se consideró conveniente la valoración espiritual formal, como fruto de un proceso extenso de escucha activa y parte de la historia del paciente. Se hicieron recomendaciones para la valoración espiritual a partir de instrumentos sencillos con preguntas concretas y preguntas que permitieran la narración de historias relativas a la propia biografía de los pacientes al final de esta vida. Junto con la Universidad de Valencia, se investigó y se hallaron 57 herramientas de medida de espiritualidad en la literatura. (GALIANA; OLIVER; BARRETO, 2014, p. 131-282). Se decía que estos cuestionarios adolecen un modelo antropológico subyacente.

Este grupo de reflexión sobre la espiritualidad en clínica conocido como GES, elaboró un cuestionario con este mismo nombre, que recoge las tres dimensiones de la espiritualidad que consideró integrantes: la intrapersonal, la interpersonal y la transpersonal, y los ítems son los siguientes, en torno a los cuales se preguntaba su grado de identificación con las afirmaciones, entre nada, poco, bastante o mucho.

1. Revisando mi vida me siento satisfecho con lo que he vivido y conmigo mismo.
2. He hecho en mi vida lo que tenía que hacer.
3. Encuentro sentido a mi vida.
4. Me siento querido por las personas que me importan.
5. Me siento en paz y reconciliado con los demás.
6. Creo que he podido aportar algo valioso a la vida o a los demás.
7. A pesar de mi enfermedad mantengo la esperanza de que sucedan cosas positivas.
8. Me siento conectado con una realidad superior (la naturaleza, Dios...).

La experiencia nos dice que es necesario un mapa para adentrarse en el territorio de la interioridad del paciente y para facilitar la exploración y acompañamiento de sus necesidades y recursos. Quizás no es tan importante la herramienta como el hecho de que se tenga alguna y el uso que se haga de ella y la sensibilidad y competencia espiritual de los profesionales de la salud, entre los cuales, naturalmente, los asistentes espirituales y religiosos. No es menos importante, la madurez espiritual lograda por estos profesionales que, paradójicamente, podrían ser expertos en evaluación y acompañamiento –al menos teóricamente- e inmaduros espiritualmente. Signo de ello sería, entre otras cosas, las dificultades para trabajar interdisciplinariamente con el resto de profesionales.

7 Diagnóstico espiritual

A través de sus investigaciones, algunos autores constatan que los diversos estilos de afrontamiento religioso espiritual promueven también efectos positivos en la salud mental de las personas religiosas. Es obvio que la fe religiosa promueve actitudes de esperanza, cambio y curación; ya que la religión- a través de la fe- brinda una sensación de control y de autodeterminación personal que resulta promotora de la salud mental. (BERMEJO, 2021).

Las personas religiosas cuentan con creencias y prácticas del credo al que adhieren y en el que participan, el cual provee de valores y significados útiles para orientar la vida y para atribuir sentido a los sucesos negativos que debemos enfrentar. (YOFFE, 2011). Por otro lado, tener creencias hace contar con el apoyo de clérigos y pares espirituales, lo que colabora reforzando la visión del mundo. Las personas creyentes y practicantes podemos hacer uso de recursos religiosos espirituales como también de otras alternativas de afrontamiento no religioso que nos permiten afrontar situaciones negativas como la pérdida de un ser querido.

El concepto de afrontamiento religioso espiritual (PARGAMENT, 1997), basado en la teoría del afrontamiento² de Lazarus y Folkman, otorga especial importancia a la cosmovisión y al sistema de creencias de cada individuo, y a la

² El afrontamiento, para Lazarus y Folkman es el conjunto de “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (LAZARUS; FOLKMAN, 1986, p. 164).

función de estos para orientarse en el mundo y en las situaciones específicas de la vida cotidiana. El afrontamiento a través de las creencias ayuda a las personas a orientarse en la realidad, al brindar conceptos sobre el mundo y la realidad personal e interpersonal. Según Attig (2003, p. 61-78), existen mecanismos de afrontamiento emocional, conductual y social; pero las creencias tienen mayor influencia, debido al impacto que producen sobre los sentimientos, sobre la evaluación de estos y sobre las elecciones de la vida personal de cada sujeto.

Las creencias sirven, en general, para vivir en el mundo con un sentimiento de mayor confianza y seguridad. Las creencias espirituales son los medios principales de afrontamiento cognitivo de la realidad, ya que las capacidades de la mente y del espíritu orientan a las personas dentro de su realidad, dando sustento al sentido que prima en su vida. Las creencias espirituales relacionadas con temas como la vida, la muerte, el proceso de morir, el sentido de la vida, Dios, la inmortalidad y con valores significativos orientan a los hombres en su modo de vivir. Existe una vasta literatura donde se destacan los efectos salutogénicos de la religión y la espiritualidad. Sin embargo, cabe mencionar que cierto tipo de creencias y/o experiencias religiosas o espirituales pueden actuar produciendo efectos negativos en la salud y en el bienestar en general.

La psicología de la religión y la espiritualidad, surgida a comienzos del siglo XX en Europa y en Estados Unidos, ha investigado en las últimas dos décadas, modos en que los sujetos religiosos se relacionan con la salud y con el afrontamiento de situaciones de vida negativas. Por ello, esta podría ser pensada como un área cuyos enfoques pueden ser complementarios con los de la psicología positiva.

Dentro de la psicología de la religión y la espiritualidad, el concepto de “afrontamiento religioso” se entiende como “aquel donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos estresantes, así como para facilitar la resolución de problemas”. (YOFFE, 2015).

Los credos religiosos estimulan la superación de las pérdidas de seres queridos por medio de la fe, la plegaria, la meditación, los rituales, las creencias

sobre la vida y la muerte; buscando ayudar a los que sufren a superar su malestar y aumentar los sentimientos positivos y el bienestar psicológico, afectivo y espiritual. Los representantes de credos religiosos son entrenados en prácticas, conocimientos y habilidades específicas para brindar consuelo, apoyo, y ayudar a los que sufren a enfrentar mejor las pérdidas de seres queridos.

Los grupos religiosos pueden brindar distintos tipos de sostén: emocional, práctico, intelectual, espiritual. Ser y sentirse parte de una comunidad religiosa puede ayudar a aquellos en duelo a disminuir sus sentimientos de soledad, como también a aumentar una mayor conexión con la vida, con sus sentimientos positivos y con la posibilidad de hacer proyectos nuevos. (YOFFE, 2007).

Lo central de la religión y la espiritualidad son los sentimientos y las creencias de que hay fuerzas superiores al hombre que actúan en el universo, forzando a la capacidad humana más allá de su límite de comprensión. Tanto desde el campo de la psiquiatría como desde la teología, se señala que cuando el ser humano se ve enfrentado a situaciones límites, busca otorgar sentido a algo sagrado en su vida, tratando de atribuir significados a la vida y a la muerte, basándose en visiones de Dios, de alguna deidad o de algún tipo de fuerza sobrenatural que lo supere y trascienda como ser humano.

En cuanto a los estilos de afrontamiento religioso espiritual, Pargament, referente fundamental, describe tres estilos, que las personas religiosas de distintos credos adoptan: autónomo, evitativo y colaborador.

Según Pargament, el estilo de afrontamiento religioso colaborador indica un mayor nivel de competencia personal y provoca diferentes beneficios y efectos positivos, tales como: una menor cantidad de síntomas de enfermedad, menores niveles de ansiedad y menores sentimientos de culpa asociados a un estado de gracia y de perdón de uno mismo por los males cometidos. En cambio, el estilo de afrontamiento autónomo parece ser más exitoso en temas asociados a los problemas de dependencia del alcohol; mientras que el estilo evitativo, en el que la persona puede dejar la situación problemática en manos de Dios y/o de otros poderes superiores, es el más utilizado -en general- en situaciones negativas en

las que las personas religiosas sienten que tienen muy poco control sobre los acontecimientos, tales como guerras, inundaciones, catástrofes naturales, etc.

Dirigirse a Dios en calve de oración de petición, implica establecer una situación de dependencia hacia un poder externo, ni asumir una actitud pasiva para la resolución de problemas. Efectivamente, las personas creyentes pueden asumir actitudes activas aun cuando hagan plegarias con peticiones a Dios, ya que confían también en sí mismos, en su fe y en la eficacia de su práctica religiosa/espiritual.

Por otro lado, también hay coincidencia en cuanto a que la religión puede actuar de manera negativa en los casos en que es usada para negar la realidad, para actuar de manera evitativa y pasiva en la resolución de problemas, o en los casos de individuos que mantienen posturas pasivas frente a Dios, esperando algún tipo de milagro o una resolución mágica de sus dificultades. Sin embargo, la concepción de que la religión solo produce efectos negativos forma parte de estereotipos ya que, tanto la religión como la espiritualidad, como sistemas multidimensionales y complejos, se refieren a distintos modos de afrontamiento de sucesos negativos de la vida.

La religión, como la espiritualidad, se dirigen hacia lo sagrado, hacia la promoción de valores éticos y morales, hacia la búsqueda de sentido y significados para temas tan misteriosos como el origen de la vida, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. La ciencia no brinda respuestas últimas a estos temas centrales para el ser humano; y cuando las da, estas son parciales o imposibles de probar y de comprobar.

La religión también puede producir patología, en particular cuando se refiere a negaciones que promueven distintos grupos religiosos fundamentalistas de diversos credos. Las religiones pueden producir distorsiones o contradicciones en sus fieles en cuanto a maneras de actuar, pensar, sentir y/o a la expresión de sus sentimientos.

En este sentido, la religión puede actuar en forma negativa a través de creencias o modos de apreciación de la realidad y de algunos acontecimientos. Es

el caso que se da cuando una enfermedad es vista como un castigo divino. También ejerce un influjo negativo cuando no se busca o no se acepta la ayuda de la medicina para el tratamiento de enfermedades, y en cambio, se quiere resolver las situaciones por medio exclusivamente religiosos o espirituales. De igual modo, la religión ejerce un influjo negativo al interpretar que los conflictos personales se deben solo a la intromisión de las fuerzas del mal en el cuerpo de una persona, por lo que se deja de recurrir a diagnósticos y tratamientos médicos adecuados que pueden mejorar la salud. También puede afectar negativamente la religión cuando se deja la solución solo en manos de Dios y se recurre a modos de afrontamiento pasivos, evitativos o de negación de la realidad.

En el tipo de afrontamiento religioso positivo se incluyen *items* tales como: la apreciación de Dios como benevolente, el intento de colaborar con Dios, la búsqueda de una relación de mayor proximidad con Dios, la búsqueda de apoyo religioso espiritual de parte del grupo religioso y/o del representante de la misma, la confianza en Dios, el ofrecer ayuda espiritual a otras personas, la purificación religiosa por medio de oraciones, de pedir y otorgar perdón a otros. En el afrontamiento religioso negativo se incluyeron creencias sobre: Dios como un ser que castiga por medio de enfermedades, las fuerzas demoníacas relacionadas con una salud pobre, las experiencias de descontento emocional y la sensación de interferencias en la relación con Dios.

También es cierto que algunas personas religiosas, ante situaciones negativas, se vuelcan contra su credo religioso, contra su Dios o su grupo de pertenencia, rechazando por entero sus creencias religiosas, volviéndose ateos, agnósticos o antirreligiosos. Otras, en cambio, podrán reconstruir su sistema de creencias atravesando procesos de profunda transformación espiritual y/o de conversión religiosa hacia otro credo religioso en el que encuentran más respuestas que les brinden sentido y significación a lo vivido y a su vida en general.

8 Cuidado espiritual

También podemos hablar de cuidado espiritual. Si la espiritualidad es una dimensión del ser humano, es propio pensar en cuidarla, atenderla, considerarla,

no solo identificarla y explorarla. Esta es una responsabilidad de uno para consigo mismo y de los demás, particularmente profesionales de la salud: cuidar la dimensión espiritual del enfermo.

Cuando nos planteamos el tema de la espiritualidad para el ser humano, vamos tomando conciencia de que esta capacidad se desarrolla especialmente cuando nos toca vivir situaciones de dolor y sufrimiento. Está vinculada con la salud y la enfermedad.

Afrontar la enfermedad no es reto fácil, y se ha demostrado que cuando contamos con una visión más integradora, más alejada de la rigidez mental que confieren nuestras creencias individuales, abrimos la puerta a una comprensión que facilita enormemente su afrontamiento y, en muchos casos, su mejor evolución clínica. (BENITO; BARBERO; DONES, 2014).

Cuidar la dimensión espiritual es abrirse a la experiencia espiritual que nos pone delante la posibilidad de liberarnos de la rigidez de nuestro ego, de una visión particular y sesgada, nos abre a conectar desde el corazón con los demás y con todo, incluso con nuestro yo más profundo e íntimo. Cuidar la dimensión espiritual es permitir y fomentar que surjan vivencias de comprensión, de perdón, de reconciliación, de gratitud, a pesar de la dureza de lo que se está viviendo.

Y este camino parece ser bidireccional. Algunas investigaciones van relacionando ciertas actitudes, como el resentimiento o la ira que impide abrirse al perdón, como factores que influyen en la aparición o mantenimiento de ciertas condiciones patológicas, como el dolor crónico. Al final, no son los hechos, sino la interpretación que hacemos de ellos, cómo contamos lo vivido, lo que nos puede liberar o, por el contrario, encerrar en una ratonera de la que nos vemos, en muchas ocasiones, incapaces de escapar. (MORILLO, 2018).

¿Deberían los profesionales de la salud y de la intervención social, saber acompañar estas necesidades espirituales? La respuesta es claramente sí. Pues acoger sin juicio todo lo que necesita compartir y expresar una persona enferma, en situación de exclusión o sus familias, contribuye a un mejor afrontamiento y,

a buen seguro, a una mejor evolución. Esa acogida abarca desde el respeto a creencias religiosas que tiene gran peso en la vida de la persona, y que muchas veces pueden no ser totalmente compatibles con ciertas prácticas sanitarias, a la tan crucial escucha atenta y empática del profesional.

La escucha atenta y la empatía terapéutica de la persona que sufre puede remover las propias convicciones de este profesional, tocar su corazón, y puede llevar a considerar que acompañar a otros implica un profundo autoconocimiento, una cierta madurez, para no interferir y sí facilitar nuestra presencia plena. Es aquí donde se enmarcan los cada vez más numerosos programas de formación de profesionales para aprender a acompañar en situaciones de enfermedad, sufrimiento y cercanía a la muerte.

La inclusión de la temática del cuidado espiritual en procesos de formación continuada puede disminuir las deficiencias acerca de ese asunto y mejorar la competencia para el cuidado en esta esfera de la vida del paciente. En un estudio realizado con el objetivo de evaluar el efecto de una sesión de formación sobre la dimensión espiritual sobre las perspectivas de enfermeros para la prestación del cuidado espiritual, se observó que la formación ejerció un efecto positivo sobre las perspectivas de los profesionales. Al hacerse más sensibles sobre el cuidado espiritual, los individuos se hacen también más capaces de entrar en un diálogo más profundo con el paciente. (VASCONCELOS, 2006).

En el contexto del final de la vida, se ha desarrollado también la terapia de la dignidad, de Chochinov, con su instrumento de medición *Desire to Die Rating Scale*, para explorar el eventual deseo de morir. (CHOCHINOV; WILSON; ENNS; MOWCHUN; LANDER; LEVITT; CHINCH, 1995, p. 94-100).

Cuidar la dimensión espiritual en contexto de salud, es un deber de profesionalidad. Descuidar la dimensión espiritual, lo más normal es que revele sencillamente la inmadurez de los profesionales, la deshumanización que lleva, en ocasiones, a “veterinizar” la profesión sanitaria, despojándola de lo más específicamente humano.

9 Bienestar espiritual

La evaluación del bienestar espiritual del paciente es un aspecto crítico y fundamental en la atención holística y multidisciplinar.

El bienestar espiritual es el conjunto de valores y creencias que llevan a una persona a encontrar el significado y propósito de su vida.

Ellison, uno de los más reconocidos estudiosos del tema de la espiritualidad, define el bienestar espiritual como un sentido de armonía interna, generado a partir de la relación de una persona consigo misma, con los otros, con el orden natural y con un ser o un poder superior. Según Ellison, el nivel de bienestar espiritual puede ser medido a partir de la percepción de cada persona, y esta percepción se compone de dos dimensiones que interactúan de manera estrecha: una dimensión transversal o existencial (hacia sí mismo y hacia los demás) y otra vertical o religiosa (hacia Dios, un ser o una fuerza superior).

El Índice de Bienestar Espiritual fue diseñado por Daaleman y Frey a partir de un estudio cualitativo con el objetivo de evaluar el bienestar espiritual subjetivo de la persona. El mismo se compone de doce ítems agrupados en dos subescalas: una sobre autoeficacia (por ejemplo: “No puedo comenzar a entender mis problemas”; y otra que consiste en un esquema de vida, por ejemplo: “No sé quién soy, de dónde vengo y hacia dónde voy”).

Si bien el instrumento ha sido empleado principalmente en países angloparlantes, existen adaptaciones en Colombia, Brasil y Argentina.

El bienestar espiritual no se reduce al bienestar subjetivo emocional, – hedonista, podríamos decir –, sino también a la sensación de paz que da la conciencia de hacer el bien, ser honesto, practicar el bien -bienestar eudaimónico –, tal como sugiere la filosofía griega. Este bienestar, refiere la experiencia subjetiva.

El bienestar subjetivo, contempla un componente cognitivo, la satisfacción con la vida, y su componente emocional, y el balance afectivo. Este bienestar está relacionado con las ideas de Maslow de autorrealización y el concepto de pleno

funcionamiento de Rogers. En el fondo, quien hace el bien y practica las virtudes. El bienestar eudaimónico se basa en la premisa de que se siente bien quien tiene un propósito de vida, un desafío, y quien se dispone en clave de crecimiento y de autodeterminación.

Algunos caminos hacia este tipo de bienestar espiritual son, además del placer o estado emocional positivo, el mundo de la vivencia del compromiso y el significado y propósito que las personas son capaces de tener y dar a sus vidas, especialmente en los momentos o experiencias difíciles.

Varios investigadores documentan la relación entre bienestar espiritual y salud y entre el desarrollo de rituales y prácticas religiosas y la calidad de vida.

Sobre esto hay cada vez más literatura que presenta cómo las creencias afectan el estilo de vida, la dieta, el tratamiento, las decisiones frente al cuidado de la salud, etc.

Ellison define el bienestar espiritual como un sentido de armonía interna, generado a partir de la relación de una persona consigo misma, con los otros, con el orden natural y con Dios.

Dentro de los estudios de espiritualidad en situaciones crónicas de enfermedad con discapacidad, se destacan los que enfatizan la espiritualidad como una forma de manejar las dolencias, como un ancla en medio de la dificultad y de la situación de enfermedad. Algunos asocian directamente la espiritualidad con comportamientos saludables. Otros documentan las manifestaciones particulares de la espiritualidad en sus dimensiones religiosa o existencial en las personas con enfermedad crónica o cercanía de la muerte.

Así pues, un instrumento que existe para medir el bienestar espiritual es la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison. Tiene 20 ítems, se compone de dos subescalas: una que mide la dimensión existencial del bienestar espiritual y otra que mide su dimensión religiosa. En tal sentido, la investigación presenta tres resultados: bienestar espiritual total, dimensión religiosa y dimensión existencial del bienestar espiritual.

Para el mundo de la salud y del sufrimiento, el bienestar espiritual puede significar un factor de crecimiento personal, de resiliencia, un hecho trascendente que los acerca a muchas respuestas necesarias para dar sentido a la vida, al sucederse de lo cotidiano, al sufrimiento humano.

¡Cuán importante es que los profesionales de la salud trabajen por el bienestar espiritual de los pacientes, las familias, y el propio!

10 Competencia espiritual

En el contexto educativo, particularmente en el contexto educativo católico, se ha producido una interesante reflexión sobre el concepto de competencia espiritual, a partir de la definición de las competencias básicas que deben contemplarse en la tarea educativa. Una competencia educativa para que sea denominada básica, constituye un saber hacer, esto es, un saber que se aplica; es susceptible de adecuarse a una diversidad de contextos; y tiene un carácter integrador, abarcando conocimientos, procedimientos y actitudes. (COMPETENCIA, s/d).

Este trabajo no se ha hecho en el contexto sanitario y social. Mi experiencia muestra que presentando lo que he dado en llamar “competencias blandas humanizadoras” y preguntando a los participantes de numerosas acciones formativas cuál experimentan que tienen menos desarrollada, es que la mayor parte de la gente afirma no contar con suficiente competencia espiritual.

Entendemos por competencia espiritual la capacidad de construir la propia identidad personal y descubrir el sentido de la vida. Se trata de una capacidad latente, está ahí, pero requiere de cultivo, necesita la interacción, necesita la estimulación, necesita la vinculación para que se despierte y se desarrolle. Por lo tanto, es necesaria una formación de la inteligencia espiritual y requiere de procesos educativos como el resto de inteligencias (MELLONI; OTÓN, 2004), también en las Facultades de ciencias de la salud.

La competencia espiritual consiste en la toma de conciencia del propio mundo interior y de la necesidad de cultivarlo. Configura toda la persona y todas

sus actuaciones. Una persona “espiritualmente competente” es aquella persona capaz de situarse ante la vida desde un fundamento y con un horizonte.

No ha faltado quien ha desarrollado el concepto de competencia espiritual de manera escalonada, proponiendo cuatro tipos, a modo de matriuscas que incluyen una a la otra. Así lo ha hecho el mundo educativo en nuestro país. (MARCO, 2013). El símbolo analógico de las matriuscas trata de expresar cómo el recorrido de la competencia espiritual es un proceso de descubrimiento continuo, en el que, como con las matriuscas, cada vez que miras dentro hay una sorpresa y necesidad de seguir profundizando aún más. En este sentido:

- la *competencia espiritual* habla de la preparación para hacerse preguntas hondas, para asombrarse y comprometerse con la realidad del mundo en que vivimos; responde a la búsqueda de sentido, a la identificación de valores, a la conciencia de sí, a la introspección, a los sentimientos de admiración y posicionamiento ante la belleza, la bondad, la injusticia; tiene que ver con una vida humana con sentido, pasión, veneración de la realidad, etc.
- la *competencia espiritual trascendente* expresa la inclusión en esas preguntas-respuestas y en ese compromiso de la dimensión trascendente, el Misterio; evoca la apertura ante lo que nos desborda, la búsqueda de sentido en las experiencias humanas, la pregunta del porqué, la creatividad, la disposición humana hacia lo absoluto y trascendente, la disposición ante el destino y la muerte.
- la *competencia espiritual religiosa* hace tener las habilidades para saber qué tipo de respuestas y aportaciones se han realizado desde las diferentes religiones; evoca el mundo del absoluto, el hecho de confesarse creyente, las manifestaciones religiosas, los espacios religiosos –privados o públicos-, la convicción personal, etc.
- y la *competencia espiritual cristiana* desarrolla todo ello en la propuesta cristiana, en los procesos de pastoral y acciones explícitas; implica el conocimiento de la persona de Jesús y de lo cristiano a nivel histórico; la capacidad de diálogo fe-cultura, la verosimilitud de que

Jesús de Nazaret sea algo más que un hombre; el camino del descubrimiento de la relación personal con Dios.

En un trabajo reciente sobre las competencias blandas, propias del profesional de la salud humanizador, he incluido la competencia espiritual y sus subcompetencias, que presento a continuación. Confiamos contar pronto con una herramienta para medir el grado de competencia espiritual que cada profesional cree tener.

La competencia espiritual se define por el manejo del mundo simbólico, trascendente y de creencias en lo relativo a su influjo en los procesos de sufrimiento y/o sanación. Identifica y nombra las necesidades espirituales, sin prejuicios ante vivencias ajenas. Reconoce, si se da, el desarrollo de una dimensión trascendente en el sufrimiento, en la naturaleza, en el arte y en las relaciones. La persona con competencia espiritual, en el mundo de la salud, conoce las preguntas que el ser humano se hace por el sentido del sufrimiento aportando respuestas que ayudan. Es consciente de la complejidad de la experiencia del límite, aceptando lo desconocido y utilizando recursos procedentes de la religión, del mundo de los símbolos o de los ritos tanto en cuanto al enfermo o familia le aproveche. (BERMEJO; MARTINEZ; VILLACIEROS, 2021).

En el trabajo publicado recientemente, esta competencia, la presento así:

Competencia Espiritual: *Manejo del mundo simbólico, transpersonal y espiritual propio y ajeno.*

- 1. Capacidad de nombrar necesidades trascendentes, espirituales y transpersonales.*
- 2. Reconocimiento y respeto a lo transpersonal y trascendente: en el sufrimiento, en la naturaleza, en el arte y en el encuentro.*
- 3. Manejo del mundo del sentido.*
- 4. Conocimiento de paradigmas explicativos tradicionales en torno al sufrir humano, a la salud y al morir.*
- 5. Actitud diferenciada ante el problema y el misterio.*

6. *Conocimiento y apoyo en el manejo de recursos transpersonales, simbólicos y espirituales.*

7. *Apertura a lo trascendente, respetando lo que cada uno entiende como tal*

Fuente: Cuadro creado por el autor.

Hemos de preguntarnos cómo se forman los profesionales de la salud, incluidos los asistentes espirituales, para adquirir una suficiente competencia espiritual y acompañar de manera adecuada a las personas que sufren. Algunos sufrimientos son propiamente en esta dimensión espiritual; otros –sean de la naturaleza que sean- encuentran en esta dimensión la mejor fuente de consuelo o de recursos para afrontarlo saludablemente.

Profesionales y acompañantes menos preparados en competencia espiritual, exploran menos, movilizan menos los recursos propios del paciente y, a buen seguro, también ellos sufren, como vulnerables que son, cuanto menos a nivel de incomodidad emocional.

Concluyendo

Que el ser humano no se agota en lo biológico, es un dato de experiencia humana. Que la búsqueda de sentido no se alcanza si no hay apertura a la trascendencia, nos lo dice también la experiencia. Que el dinamismo cotidiano de la esperanza no queda satisfecho suficientemente con ningún objeto y relación, lo vivimos en los momentos más amenazantes. Que entre el mundo de la razón y de la emoción, media una delicada trascendencia, lo experimentamos al levantar acta de la complejidad del ser humano. Que algo exclusivamente humano regula y atrae la vida, por encima del resto de las especies, dando a luz una dimensión ética, una búsqueda de bien y de felicidad, lo sentimos.

Es la dimensión espiritual la que nos ha interesado en estas páginas, desplazada del monopolio de las religiones, incluso con momentos deshumanizadores. A lo largo de la segunda mitad del siglo XX han sido frecuentes los estudios en los que se han observado a sujetos en actividades meditativas u oracionales y su influjo en la salud, sometándose la espiritualidad a debate y lo trascendente a estudio científico. (AAVV, 2010).

Asistimos a diferentes modos de tomarse en serio la dimensión espiritual y religiosa, liberándola de la mirada exclusiva de la religión, y reconociéndola su poder de influjo en la salud y en el bienestar del ser humano.

Por eso, diferentes profesionales de la salud, se han ido aproximando al mundo de la dimensión espiritual, interesándose por si se puede hablar de necesidades específicamente espirituales, si su vivencia es objeto de diagnóstico espiritual, si se puede hablar de recursos espirituales, de sufrimiento espiritual.

El proceso humanizador al que asistimos en el mundo de la asistencia sanitaria – compatible con otros dinamismos deshumanizadores – está mostrando interés por el cuidado de lo intangible, por el cuidado espiritual, sabiendo que forma parte del deber ético de centrarse en las personas en los dinamismos de cuidado.

La neurociencia que se precie, se interesa por la existencia de áreas con zonas o dominios de especificidad que están alojadas en redes complejas, relacionadas con el mundo de la trascendencia. (JEEVES; BROWN, 2010, p. 398). Los científicos siguen interesándose por si existe un programa neural para la trascendencia. (ALPER, 2008). Algunos teólogos –quizás pocos-, se asoman a una mirada positiva al cuerpo como símbolo del yo espiritual, visto, en todo caso, con buenos ojos (ROCCETTA, 1993), abriéndose un mundo por explorar para el cuidado espiritual encarnado.

Humanizar la asistencia sanitaria pasa, necesariamente, por reconectar el cuerpo con lo intangible, reconocerle habitado, captar la profundidad somática, la memoria emocional, la dimensión relacional (*ad intra* y *ad extra*), y reconocerle lugar de trascendencia o, si se quiere, “templo del espíritu” (1 Cor 6,19). (LÓPEZ; SANTAMARÍA, 2021, p. 200-201).

Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores que ella siente como peculiares e inalienables. Aplicado al mundo sanitario, humanizar significa hacer referencia al hombre en todo cuanto se hace para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armónica en lo físico, lo

emocional, lo social y lo espiritual (COSMACINI, 2014, p. 169). No considerar el cuidado espiritual equivaldría, sencillamente, a deshumanización.

Pero el cuidado espiritual no consiste solo en la inclusión de asistentes espirituales en los equipos interdisciplinarios o en las estructuras sanitarias, sino en la mirada integral al ser humano en los procesos de enfermar y del morir, así como en el mundo de la salud en general.

Cuidar, intentar curar, paliar, prevenir, rehabilitar, habrán de ser verbos que se conjuguen simultáneamente a consolar, comprender, motivar, admirar, asombrarse, ritualizar... y, en contexto creyente, orar. Cualquier propuesta de humanización que no incluya este salto a los “verbos del hortelano del espíritu”. (BERMEJO, 2016).

REFERÊNCIAS

AAVV. **La espiritualidad a debate**. El estudio científico de lo trascendente. Barcelona: Kairós, 2010.

ALPER M. **Dios está en el cerebro**. Barcelona: Granica, 2008.

ATTIG, T. Respecting the Spirituality of the Dying and the Bereaved. *In*: CORLESS, I.; GERMINO, B. B.; PITTMAN, M. A. (eds.). **Dying, Death and Bereavement**. New York: Springer Publishing Company, 2003. p. 61-78.

AVILA SANSORES, Grever María. Diagnóstico y Cuidado Enfermero en el Sufrimiento Espiritual. **Desarrollo Científico de Enfermería**. Granada, v. 15, n. 5, p. 231-236, 2007.

BALDACCHINO, D. R.; BUHAGIAR, A. Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 42, n. 6, p. 558-570, 2003.

BAYÉS, R. **Psicología del sufrimiento y de la muerte**. Barcelona: Martínez Roca, 2001.

BENITO, E.; BARBERO, J.; DONES, M. (Ed.). **Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos**. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014. Disponible en: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMonografia%20secpal.pdf>. Acceso en: 03 mar. 2021.

BERMEJO, José Carlos. **Exclusión y sufrimiento desde la fe**. Espiritualidad y acompañamiento. Santander: Sal Terrae, 2005.

- BERMEJO, José Carlos. **Introducción al counselling**. Relación de ayuda. Santander: Sal Terrae, 2011.
- BERMEJO, José Carlos. **Espiritualidad para ahora**. Verbos para el hortelano del espíritu. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2016.
- BERMEJO José Carlos. **Las siete tareas espirituales del duelo**. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2021.
- BERMEJO J.C.; MARTINEZ P.; VILLACIEROS M. **Humanizar**. Humanismo y asistencia sanitaria. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2021.
- BEST, M.; BUTOW, P.; OLVER, I. Doctors discussing spirituality: A systematic literature review. **Palliative Medicine**, Lancaster, v. 30, n. 4, p. 327–337, 2016.
- BONAFONTE, J. L. (coord.). **Reflexiones sobre la sedación por sufrimiento espiritual y/o existencial**. Barcelona: Ed. San Juan de Dios, 2018.
- CHOCHINOV, H. M.; WILSON, K.G.; ENNS, M.; MOWCHUN, N.; LANDER, S.; LEVITT, M.; CHINCH, J. J. Desire for death in the terminally ill. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 152, n. 8, p. 94-100, 1995.
- COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL. **La asistencia religiosa en el hospital**. Orientaciones pastorales. Madrid: EDICE, 2007.
- COMPETENCIA espiritual. ¿Se puede hablar de Competencia Espiritual? Disponible en: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/03GPS1%20Resumen%20Ejecutivo%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/03GPS1%20Resumen%20Ejecutivo%20(3).pdf). Acceso en: 22 mar. 2021.
- COSMACINI, Giorgio. **Camilo de Leis**. Un sanitario con corazón de madre. Santander: Sal Terrae, 2014.
- ELLIS, M.; THOMLINSON, P.; GEMMILL, C.; HARRIS, W. The Spiritual Needs and Resources of Hospitalized Primary Care Patients. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 52, n. 4, p. 1306–1318, 2013.
- EMMONS R. Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of the ultimate concern. **International Journal for the Psychology of Religion**, London, v. 10, n. 1, p. 3-26, 2000.
- GALIANA L.; OLIVER A.; BARRETO P. Recursos en evaluación y acompañamiento espiritual. Revisión de medidas y presentación del cuestionario GES. In: BENITO E.; BARBERO J.; DONES M. **Espiritualidad en Clínica**. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Madrid: Monografías SECPAL, 2014. n. 6, p. 131-282.
- GASTAUD, M.; SOUZA, L.; BRAGA, L.; HORTA, C.; DE OLIVEIRA, F.; SOUSA, P.; DA SILVA, R. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 12-18, 2006.
- HÈTU J. L. **La relation d'aide**. Québec: Méridien, 1982.

JEEVES, Malcolm; BROWN, Warren. **Neurociencia, psicología y religión**. Estella: Verbo Divino, 2010.

JOMAIN, C. **Morir en la ternura**. Madrid: San Pablo, 1987.

KREITZER, M; GROSS, C; WALEEKHACHONLOET, O; REILLY-SPONG, M; BYRD, M. The Brief Serenity Scale: A Psychometric Analysis of a Measure of Spirituality and Well-Being. **Journal of Holist Nursing**, v. 27, n. 1, p. 7-16, 2009.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona: Martínez Roca, 1986.

LÓPEZ, Luis González; SANTAMARÍA, Txemi. **Cuerpo y espiritualidad**. Santander: Mensajero, 2021.

MARCO de espiritualidad. Educación de la interioridad. Equipo Provincial de Pastoral. Provincia Marista Mediterránea. Granada, abril 2013. Disponible en: http://www.maristasmurcia.com/archivos/Pastoral/ME_EI.pdf. Acceso en: 20 mar. 2021.

MARTÍNEZ, M.; MÉNDEZ, C.; BALLESTEROS, B. Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. **Univ. Psychol.**, Bogotá, v. 3, n. 2, p. 231-246, 2004.

MELLONI, J.; OTÓN, J. **La interioridad**: un paradigma emergente. Madrid: PPC, 2004.

MORILLO, Juanma. Dimensión espiritual y cuidados de salud: hacia una atención integral del ser. **Psiquentelequia**, 09 sep. 2018, Madrid. Disponible en: <https://psiquentelequia.com/espiritualidad-salud/>. Acceso en: 18 mar. 2021.

MUÑOZ JIMÉNEZ, Daniel. **Validación de los diagnósticos enfermeros de espiritualidad y religiosidad en pacientes con cáncer en contexto español**. Murcia, 2017, 498f. Tese (Doctorado en n Ciencias Sociales y de la Salud). Escuela Internacional de Doctorado – Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y de la Salud. Universidad Católica de Murcia. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2561/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acceso en: 02 mar. 2021.

NAVAS, C.; VILLEGAS, H. Espiritualidad y salud. **Saberes Compartidos**, Valencia, n. 1, p. 34-42, 2007.

NOGUÉS, R. M. **Dioses, creencias y neuronas**. Barcelona: Fragmenta, 2011.

NOGUÉS, R. M. **La salud espiritual**. Barcelona: Fragmenta, 2016.

O'CONNELL, K; SKEVINGTON, S. Reviewing the assessment of spirituality and religion in health-related quality of life. **Chronic Illness**, v. 3, n. 1, p. 77-87, 2007.

PARGAMENT, Kenneth. **Psychology of Religion and Coping**. Theory, research and practice. New York: The Guilford Press, 1997.

PAYÁS, A.; BARBERO, J.; BAYÉS R.; BENITO, E.; GIRÓ, R. M.; MATÉ, M.; TOMAS, C. M. ¿Cómo perciben los profesionales de paliativos las necesidades espirituales del paciente al final de la vida? **Medicina paliativa**, Madrid, v. 15, n. 4, p. 225-237, 2008.

RADBRUCH, L. *et al.* White Paper on standards and norms for hospice and palliative care: Part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. **European Journal of Palliative Care**, London, v. 16, n. 6, p. 278-289, 2009.

RIVERA, A. **Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico en el adulto mayor en un contexto religioso**. México, 2007, 352f. Tesis doctoral (Doctorado en Psicología) – Universidad Nacional Autónoma de México.

ROCCHETTA, C. **Hacia una teología de la corporeidad**. Madrid: San Pablo, 1993.

SANCHEZ Beatriz. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. **Aquichan**, Bogotá, v. 9, n. 1, p. 8-22, 2009.

SÁNCHEZ, Beatriz. Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 27, n. 1, p. 86-95, 2009.

SAUNDERS, Cicely. Spiritual Pain. **Journal of Palliative Care**, v. 4, n. 3, p. 29-32, 1988.

SPECK, P. Spiritual issues in palliative care. In: DOYLE, D.; HANKS, G; MACDONALD, N. (eds.). **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 805-814.

TORRALBA, Francesc. Necesidades espirituales del ser humano: cuestiones preliminares. **Labor Hospitalaria**, Bogotá, n. 271, p. 7-16, 2003.

VARGAS ESCOBAR, Lina María. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual. **Rev. Colomb. Enferm**, Bogotá, año 10, v. 11, p. 34-44, 2015.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

YOFFE Laura. **La religión y la espiritualidad en los duelos**: desde la visión de la psicología positiva. 2011. Disponible en: file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/La_religion_y_la_espiritualidad_en_los_d.pdf. Acceso en: 03 mar. 2021.

YOFFE Laura. Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. **Psicodebate**. Palermo, n. 7, p. 193-206, 2007. Disponible en: <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/435>. Acceso en: 10 mar. 2021.

YOFFE Laura. Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. **Avances en psicología**. Lima, v. 23, n. 2, p. 155-176, 2015. Disponible en: https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_2/L.Yoffe.pdf. Acceso en: 10 mar. 2021.

ZOHAR D.; MARSHALL I. **Inteligencia espiritual**. Barcelona: Plaza & Janés, 2001.