

EDITORIAL

“Salud y espiritualidad”: de la evidencia científica a la práctica clínica

“Spirituality and Health”: from scientific evidence to clinical practice

Giancarlo Lucchetti *

Traducción de Brasil Fernandes de Barros **

La relación entre “Salud y Espiritualidad” (S/E) viene de lejos, estando presente en la antigüedad por los curanderos, pasando por la apertura de hospitales y atención a los enfermos por instituciones religiosas, hasta la era de la “Espiritualidad basada en la evidencia” a partir de los años 70 y 80 (KOENIG, 2012). Aunque mucho ha evolucionado en este campo a lo largo de los años, muchos debates siguen abiertos, como las definiciones y los conceptos. Aunque no hay consenso, la religión generalmente se define como “un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos diseñados para facilitar el acceso a lo sagrado, a lo trascendente (Dios, poder superior, verdad suprema...)”. (KOENIG, 2012).

El término espiritualidad, por su parte, tiene un significado más amplio. Dos autores importantes en el campo de la S/E aportan diferentes puntos de vista sobre estas definiciones (BRITO SENA et al, 2021). Según Harold Koenig (2012), la espiritualidad “es una búsqueda personal para comprender las cuestiones relacionadas con el final de la vida, con su significado, con las relaciones con lo sagrado o trascendente que puede o no conducir al desarrollo de prácticas

* Professor Associado, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. País de origem: Brasil. E-mail: g.lucchetti@yahoo.com.br

** Doctor y Máster en Ciencias de la Religión por el PPGCR-PUC Minas. País de origen: Brasil. Correo electrónico: brasil@netinfor.com.br. ORCID:0000-0002-5285-4871.

religiosas o a la formación de comunidades religiosas”. Por otro lado, Christina Puchalski (et al., 2009) aporta un concepto aún más ampliado, incluyendo no sólo lo sagrado o trascendente, sino expandiéndose a otros aspectos, como vemos a continuación: “es un aspecto de la humanidad que trata de la forma en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como, de la forma en que expresan su conexión con el momento, consigo mismos, con los demás, con la naturaleza y con lo sagrado”. Independientemente del concepto adoptado, está claro que un individuo puede tener una espiritualidad, pero no ser religioso.

En el contexto brasileño, las creencias religiosas y espirituales son muy importantes, influyendo en la salud e impregnando las decisiones médicas y las cuestiones éticas del proceso salud-enfermedad (LUCCHETTI et al, 2014). Una breve búsqueda en la base de datos de artículos de Pubmed realizada en noviembre de 2022 utilizando la expresión (spiritual* OR religio*) ha resultado en 88555 artículos, lo que demuestra la magnitud y el crecimiento de la investigación en el campo. El campo de la S/E ha crecido considerablemente en los últimos años, impulsado por la creciente evidencia científica y la publicación de guías para su incorporación a la práctica clínica (G. LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014).

Las evidencias señalan una gran influencia de las creencias de un individuo tanto para la salud física como mental, el bienestar y otros marcadores positivos de la salud. Una revisión sistemática realizada en 2012 (KOENIG, 2012) evaluó 3300 artículos y descubrió que cerca del 80% de la evidencia científica en el área está relacionada con la salud mental. La mayoría de los estudios, de hecho, muestran que la religiosidad y/o la espiritualidad (R/E) están generalmente asociadas con un mayor bienestar, calidad de vida, felicidad, esperanza, optimismo, significado y autoestima. Por otra parte, la R/E se asocia con menores niveles de síntomas depresivos y ansiosos y menor prevalencia de consumo de sustancias y delincuencia. (KOENIG, 2012; G. LUCCHETTI, KOENIG, & LUCCHETTI, 2021).

Con respecto a los estudios que abordan la salud física, aunque son menos numerosos, muestran que las personas con mayores niveles de R/E presentan, en general, menor riesgo cardiovascular (menor prevalencia de tabaquismo y

alcoholismo, dietas más saludables, mayores niveles de actividad física), menores niveles de presión arterial, menor prevalencia de enfermedades cerebrales, menor progresión del deterioro cognitivo, mejor función inmunológica, menor sensación de dolor y mayor sobrevida. (KOENIG, 2012).

Aunque la mayoría de las evidencias sean positivas y prometedoras, es importante señalar que alrededor del 15% de los individuos utilizarán sus creencias de forma negativa (es decir, disfuncional), cuestionando el amor de Dios y alimentando el sentimiento de que Dios está castigando y reprimiendo (HEBERT; ZDANIUK; SCHULZ; SCHEIER, 2009). Este sufrimiento religioso/espiritual puede, por otra parte, conducir a peores resultados de salud, al estar asociado con una mayor mortalidad y peores marcadores de salud mental, y debe ser tenido en cuenta por el profesional sanitario. (PARGAMENT et al, 2001).

Se han propuesto una gran diversidad de mecanismos a través de los cuales las creencias de un individuo pueden influir en su salud. De hecho, las E/R influyen en el apoyo social, los comportamientos saludables en materia de salud, los pensamientos positivos, la salud mental, y esto repercute en última instancia en los marcadores inflamatorios (como el fibrinógeno, la proteína C reactiva, la interleucina 6), los marcadores inmunológicos (CD4, carga viral, inmunoglobulinas), los marcadores cardiovasculares (como el control autonómico y la reactividad a la presión) y los marcadores de estrés (como el cortisol). Estos marcadores darán lugar, en última instancia, a los diferentes resultados observados por los estudios en relación con la salud física. (KOENIG, 2012; G. LUCCHETTI et al., 2010).

Basándose en todas las evidencias mostradas anteriormente, varias organizaciones internacionales (Organización Mundial de la Salud, Colegio Americano de Médicos, Asociación Mundial de Psiquiatría, Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería, Asociación Médica Americana) y brasileñas (Asociación Brasileña de Psiquiatría, Sociedad Brasileña de Cardiología y Asociación Brasileña de Educación Médica) ya han incluido este tema en sus eventos y/o publicaciones, que orientarán la práctica clínica de los profesionales de la salud.

A pesar de estos avances, sigue existiendo una brecha entre la importancia que dan los pacientes a este tema, en el que el 70,5% desearía que sus médicos atendiesen sus creencias en la práctica clínica (BEST; BUTOW; OLVER, 2015) y el escaso acercamiento de los profesionales sanitarios (aproximadamente 1 de cada 10) al tema (BEST; BUTOW; OLVER, 2016). Gran parte de esta evidente dicotomía se produce debido a la falta de una mayor ilustración de los profesionales sanitarios respecto al tema y a la ausencia de una formación adecuada. A pesar de que el 90% de las facultades de medicina norteamericanas, el 59% de las británicas y el 40% de las brasileñas tienen contenidos de S/E en sus planes de estudio (G. LUCCHETTI et al., 2012), la mayor parte se sigue haciendo de forma electiva y sin aplicabilidad práctica, lo que hace es que el profesional muchas veces no sea capaz de adoptar ese abordaje y se perpetúen las barreras que lo impiden como el “miedo a ofender al paciente”, el “miedo a imponer creencias” y la “falta de conocimiento” (G. LUCCHETTI et al., 2013).

La formación para abordar el tema es esencial para que el alumno y el profesional sanitario tengan confianza y se sientan cómodos con el abordaje. Este abordaje es provechoso para el paciente y puede resultar en una mejor relación profesional de la salud-paciente, mayor adherencia a los tratamientos, mejor afrontamiento de la enfermedad y mejor respuesta (ASTROW; SULMASY, 2004; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2014). Sin embargo, debe estar guiada por algunas precauciones, y debe estar centrada en el paciente, sin imponer sus propias creencias ni hacer proselitismo, mostrando interés genuino y respeto por las creencias del paciente, y, cuando el paciente plantee la cuestión, evitando reacciones muy frías, como “desviar el tema”. (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2014).

No hay un único momento y adecuado para acercarse a las creencias de un individuo. Generalmente, debe hacerse cuando el paciente está en proceso de tratamiento, cuando está hospitalizado o cuando alguna decisión médica o ética puede estar influenciada por las creencias del individuo. En este sentido, la historia espiritual (también conocida como anamnesis espiritual) puede insertarse dentro de la anamnesis general o incluso realizarse de forma aislada (G. LUCCHETTI; BASSI; LUCCHETTI, 2013).

En la literatura científica, existen varios instrumentos para facilitar el abordaje de la espiritualidad en la práctica clínica, como el FICA, SPIRITual History, FAITH y HOPE, entre otros. Una revisión sistemática previa señaló al FICA como el instrumento más adecuado, breve, rápido e inclusivo (G. LUCCHETTI, BASSI, et al., 2013). FICA es un acrónimo que se divide de la siguiente manera: (F): Fe, Creencia, Significado, (I) Importancia o Influencia, (C) Comunidad, y (A) Dirección/Acción en el Cuidado. Para cada una de estas dimensiones, existen preguntas propiciatorias que se formulan al paciente. Una de las grandes ventajas del FICA es que puede ser aplicado en individuos sin creencias religiosas o espirituales como los ateos, ya que, en estos casos, busca comprender lo que da sentido a la vida de la persona (naturaleza, ciencia, amigos, familia, etc.) (BORNEMAN; FERRELL; PUCHALSKI, 2010).

Para concluir, el campo de la “Salud y Espiritualidad” ha crecido en las últimas décadas, impulsado por la evidencia y por el interés de los profesionales de la salud y de las comunidades científicas que desean una asistencia sanitaria más amplia. Las pruebas son sólidas en cuanto a la influencia de la R/E en los resultados físicos y mentales y, en la gran mayoría de los casos, los resultados son positivos para el paciente. Los profesionales de la salud deben conocer dichas pruebas y estar formados para abordar el tema en la práctica clínica.

REFERENCIAS

- ASTROW, A. B., SULMASY, D. P. (2004). **STUDENTJAMA. Spirituality and the patient-physician relationship.** Jama, 291(23), 2884. doi:10.1001/jama.291.23.2884
- BEST, M., Butow, P., & OLVER, I. (2015). **Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review.** Patient Educ Couns, 98(11), 1320-1328. doi:10.1016/j.pec.2015.04.017
- BEST, M., Butow, P., & OLVER, I. (2016). **Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review.** Palliat Med, 30(4), 327-337. doi:10.1177/0269216315600912

- BORNEMAN, T., Ferrell, B., & PUCHALSKI, C. M. (2010). Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. **Journal of pain and symptom management**, 40(2), 163-173.
- BRITO SENA, Marina Aline de, et al. Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. **Frontiers in Psychology**, 12, 756080. 2021. doi:10.3389/fpsyg.2021.756080
- HEBERT, R., ZDANIUK, B., SCHULZ, R., & SCHEIER, M. (2009). **Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer**. *J Palliat Med*, 12(6), 537-545. doi:10.1089/jpm.2008.0250
- KOENIG, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, 2012, 278730. doi:10.5402/2012/278730
- LUCCHETTI, G., BASSI, R. M., & LUCCHETTI, A. L. (2013). Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. **Explore (NY)**, 9(3), 159-170. doi:10.1016/j.explore.2013.02.004
- LUCCHETTI, G., et al.. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBAME. **BMC Med Educ**, 2013. 13, 162. doi:10.1186/1472-6920-13-162
- LUCCHETTI, G. et al., 2010. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **Revista Brasileira Clínica Médica**, 2010, 8(2), 154-158.
- LUCCHETTI, G., KOENIG, H. G., & LUCCHETTI, A. L. G. (2021). Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. **World J Clin Cases**, 9(26), 7620-7631. doi:10.12998/wjcc.v9.i26.7620
- LUCCHETTI, G., LUCCHETTI, A. L. (2014). Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). **Int J Psychiatry Med**, 48(3), 199-215. doi:10.2190/PM.48.3.e
- LUCCHETTI, G., LUCCHETTI, A. L., ESPINHA, D. C., de OLIVEIRA, L. R., LEITE, J. R., Koenig, H. G. (2012). Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Med Educ**, 12, 78. doi:10.1186/1472-6920-12-78
- MOREIRA-ALMEIDA, A., KOENIG, H. G., & LUCCHETTI, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Braz J Psychiatry**, 36(2), 176-182. doi:10.1590/1516-4446-2013-1255
- PARGAMENT, K. I., et al.. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. **Arch Intern Med**, 2001. 161(15), 1881-1885. doi:10.1001/archinte.161.15.1881

PUCHALSKI, C., FERRELL, B., VIRANI, R., OTIS-GREEN, S., BAIRD, P., Bull, J., . . . SULMASY, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **J Palliat Med**, 12(10), 885-904. doi:10.1089/jpm.2009.0142.