

## EDITORIAL

### LA INTEGRACIÓN DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN LA ATENCIÓN A LA SALUD ¿TIENE SENTIDO?<sup>1</sup>

#### *A INTEGRAÇÃO DA DIMENSÃO ESPIRITUAL NO CUIDADO EM SAÚDE FAZ SENTIDO?*

#### *DOES THE INTEGRATION OF THE SPIRITUAL DIMENSION IN HEALTH CARE MAKE SENSE?*

**Mary Rute Gomes Esperandio\***  
**Carlos Frederico Barboza de Souza\*\***

En las dos últimas décadas, la comunidad académica ha visto nacer un campo de conocimiento que ha venido ganando cada vez más atención: el campo de la Religión, la Espiritualidad y la Salud. Los investigadores que se ocupan de estos temas ya no son vistos con sorpresa o desconfianza, ni se da por supuesto que el interés por este campo sea un mero reflejo de las opciones religiosas personales de quienes se ocupan de él. Esto se debe, por una parte, a que ya se ha reconocido que la *neutralidad científica* es una imposibilidad, una *ilusión arrogante*. El *lugar del discurso* o la *perspectiva* desde la que surgen los discursos de la verdad refleja los colores y matices de nuestra propia subjetividad, incluidas nuestras creencias y descreencias religiosas y espirituales. Por otra parte, además de mostrarse más abierta a la investigación sobre estos temas, la comunidad académica también ha demostrado ser madura y competente a la hora de aplicar criterios para evaluar el rigor

---

<sup>1</sup> Traducción realizada por Brasil Fernandes de Barros, Doctor y Master en Ciencias de la Religión. PUC Minas. Brasil. ORCID: 0000-0002-5285-4871. Correo electrónico: brasil@netinfor.com.br.

\* Doctora en Teología por la Escuela Superior de Teología (EST). Graduada en Psicología por la UNISINOS. Maestra en Teología por la Escuela Superior de Teología (EST). Post-doctorado en Psicología de la Religión por la Indiana University South Bend; Post-doctorado en Espiritualidad en Cuidados Paliativos por la Universidad de Estudios Humanísticos de Utrecht, Holanda. Profesora del Programa de Postgrado en Bioética y del Programa de Postgrado en Teología de la Pontificia Universidad Católica del Paraná (PUC PR). País de origen: Brasil. ORCID: 0000-0001-8521-8794. Correo electrónico: mary.esperandio@pucpr.br.

\*\* Doctor en Ciencia de la Religión por la Universidad Federal de Juiz de Fora (UFJF). Máster en Ciencia de la Religión por la Universidad Federal de Juiz de Fora (UFJF). Profesor del Programa de Postgrado en Ciencias de la Religión de la Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais (PUC Minas). País de origen: Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1549-2039>. Correo electrónico: fred@pucminas.br.

científico de los diseños de estas investigaciones.

Los estudios en este campo indican que cuando los enfermos hospitalizados tienen cubiertas sus necesidades espirituales se obtiene: menor prevalencia de depresión (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998); mejor afrontamiento de los síntomas en el contexto de la Salud Mental (HEFTI, 2011); menos dolor y más energía en pacientes con cáncer; mayor adherencia al tratamiento; (SHERMAN et al..., 2005); menos trabajo para los equipos de enfermería (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001); la tasa de rehospitalización es menor (BALBONI et al. 2014) y se informa de una mayor sensación de bienestar (BALBONI M.; BALBONI T., 2019; BALBONI T. et al., 2017; BALBONI et al., 2010; BALBONI T. et al., 2011; GIJSBERTS et al., 2019). También hay estudios que apuntan a una reducción de los costes financieros, especialmente debido a un menor uso de las Unidades de Cuidados Intensivos (BALBONI et al. 2011) y a un menor tiempo de hospitalización (CUMMINGS; PARGAMENT, 2010). Un destaque especial es reportado por Cummings y Pargament (2010, p. 44) al traer el estudio de Iler, Obenschain y Camac (2001) sobre una reducción significativa del tiempo de hospitalización, de 3,3 días menos, que el grupo de control que no recibió atención espiritual o cualquier visita del capellán del hospital. Leget (2017a; 2017b) también señala que la atención espiritual al enfermo colabora en la toma de decisiones éticas y en la resolución de conflictos psicológicos y espirituales en el proceso de terminalidad, pudiendo considerarse uno de los mayores indicadores de una buena atención al final de la vida (WILLIAMS, 2006). El tema del *dolor total* señalado por Cicely Saunders, como indicativo de la necesidad de atención espiritual de las personas en Cuidados Paliativos (SAUNDERS, 2000), no es un asunto menor. La percepción y comprensión del dolor total fue uno de los principales elementos que hizo proliferar la filosofía de los Cuidados Paliativos (SAUNDERS, 2004). Cicely Saunders descubrió que algunos pacientes eran refractarios a las altas dosis de morfina administradas para el control del dolor. Así, la autora observó que el dolor es más difícil de controlar cuando no se atiende al enfermo en todas sus dimensiones, incluida la espiritual.

A pesar de este conjunto de evidencias y de una mayor apertura a las cuestiones relacionadas con la integración de la espiritualidad en la atención, en Brasil, se verifica que los profesionales de la salud, en general, tienen dificultades para identificar las necesidades espirituales de los enfermos y atenderlas (MATOS et al., 2017; MARINHO, 2010). En el estudio de Marinho (2010), menos del 15% de los pacientes hospitalizados tenían sus necesidades espirituales atendidas o recibían apoyo psicológico. El autor también señala que, en la mayoría de los casos, no hay evaluación del sufrimiento espiritual por parte del

equipo, y la dimensión espiritual se confunde con la religiosidad y, por lo tanto, se considera de carácter privado (MARINHO, 2010, p. 131).

Son muchas las razones para no escuchar la dimensión espiritual, más allá de la consideración de que se trata de una dimensión íntima y privada de las personas. Para muchos, la invisibilidad de esta área se debe a la falta de formación para este tipo de escucha, tanto desde el punto de vista teórico como práctico, incluso en los cursos de formación técnico-profesional, incluidos los realizados en las universidades, y también en los cursos de posgrado. Cabe destacar también que la percepción de los profesores sobre la importancia de incluir este tema en el currículo parece estar relacionada con su propia espiritualidad (SILVA et al., 2021). En un reciente estudio de actualización sobre la educación de los profesionales médicos en temas relacionados con la integración de la espiritualidad en la asistencia sanitaria, Lucchetti et al. (2023) observaron que la mayoría de los representantes de las facultades de medicina están de acuerdo en que este tema es importante en la educación médica y que se necesita más espacio en el plan de estudios. Sin embargo, reconocen varias barreras, como la falta de conocimiento de los profesores de medicina sobre el tema y la habitual y supuesta falta de tiempo para no incluir el tema en los planes de enseñanza. También es difícil incluir en los planes docentes cierta concepción predominante de un enfoque cuantitativo, muy centrado en el conocimiento basado en la evidencia y generalizable en propuestas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas. Si bien es cierto que las acciones basadas en la evidencia generan una conquista para el conocimiento biomédico, por otro lado, no significa que sea la única forma de acceder a los pacientes y a su sufrimiento en sus diversas dimensiones. La propia dimensión de la espiritualidad escapa a menudo a perspectivas evidentes, requiriendo una escucha que capte la singularidad de cada paciente y, al mismo tiempo, sepa leer señales sutiles no siempre aparentes o susceptibles de generalización en relación con su aplicabilidad a todas las personas.

Además, la realidad de los profesionales de la salud muchas veces no permite la disponibilidad interna para que esa escucha ocurra, como las rutinas estresantes y sobrecargadas de atención a los pacientes y de acciones administrativas. Sin embargo, uno de los mayores factores para la invisibilidad de esta área es la propia dificultad de muchos profesionales de la salud para escuchar su propia espiritualidad, tratarla y cultivarla (BERMEJO; SANTAMARÍA, 2007, p. 150). No como un aspecto necesariamente religioso, sino, sobre todo, como una dimensión de construcción de sentido profundo de la existencia, de capacidad de trascendencia y de conexión (ya sea con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y con lo Sagrado), además de la capacidad de integrar las diversas dimensiones

de la propia existencia y de la propia vida. Aunque algunos estudios muestren que los profesionales religiosos son más propensos a integrar las cuestiones espirituales en la práctica asistencial (ESPERANDIO *et al.*, 2021), es importante entender que la atención espiritual puede prestarse, independientemente de las creencias personales del profesional de la salud, sin preocuparse de que sea religioso, espiritual, ateo, etc. y de que comparta las mismas creencias que la persona enferma.

Aunque la investigación científica producida hasta el momento no deja lugar a dudas sobre el impacto de la integración de la dimensión espiritual en los resultados de salud, se ha hecho mayor énfasis en los resultados positivos de esta integración, como se evidencia en los estudios enumerados anteriormente. Son más escasos los estudios empíricos que discuten este tema con poblaciones específicas, como la población LGBTQIA+ (ROSA; ESPERANDIO, 2022); los cuidadores de personas con discapacidad intelectual (XAVIER; ESPERANDIO, 2023) y los conflictos espirituales vividos por estos grupos.

El desarrollo de estudios con énfasis en el papel de la religiosidad popular y la religión (especialmente algunos grupos específicos) en las prácticas de salud también se está expandiendo en Brasil, como lo demuestran los diversos estudios realizados en la Universidad Federal de Juiz de Fora, guiados por el profesor Alexander Moreira-Almeida (SILVA; MOREIRA-ALMEIDA, 2023), incluyendo un estudio sobre la terapia cognitivo-conductual adaptada a la religiosidad espírita (COSTA; MOREIRA-ALMEIDA, 2023).

Hay que recordar que, aunque los estudios científicos hacen énfasis en la dimensión espiritual/religiosa como fuente importante de recursos para hacer frente a situaciones en las que la salud se ve amenazada, la espiritualidad es más que un *recurso de afrontamiento* en situaciones de estrés. La espiritualidad se refiere a la dimensión del sentido y el propósito de la existencia. Tiene que ver con la conexión que una persona desarrolla consigo misma, con los demás, con el entorno más amplio, incluida la naturaleza y/o una trascendencia o aquello que es sagrado para ella. La espiritualidad puede expresarse de forma religiosa, pero también al margen de los ámbitos institucionales-religiosos.

Así, para el avance de los estudios en este campo, especialmente en Brasil, es necesario mirar de cerca algunos temas que permanecen poco investigados y/o descuidados. Como sugerencia para futuras investigaciones, cabe destacar, entre otros temas:

- a) Los aspectos tóxicos y negativos que pueden estar presentes en ciertas manifestaciones religiosas, como el tema de los conflictos religiosos y espirituales, en su potencia de actuar como causa y efecto de problemas psicológicos y peores

- resultados de salud (incluyendo muertes por suicidio);
- b) La necesidad de estudios teórico-conceptuales sobre los términos espiritualidad, religiosidad, sagrado, fe y sus mutuas relaciones y diferenciaciones; y las formas de florecimiento humano (o desarrollo del espíritu y expansión del espacio interior);
  - c) El concepto de atención espiritual y propuestas prácticas para una atención espiritual culturalmente sensible, desvinculada de la noción tradicional de capellanía religioso-confesional;
  - d) Formas científicamente fundamentadas de identificar las necesidades espirituales;
  - e) Relación entre la propia espiritualidad de los profesionales de la salud y la calidad y forma de la atención prestada;
  - f) El desarrollo humano en relación con la maduración emocional y la salud global;
  - g) El concepto de compasión y autocompasión en las prácticas asistenciales y la toma de decisiones en la atención de salud;
  - h) Los efectos de la meditación en el control de la ansiedad y el afrontamiento de la depresión;
  - i) Teoría del apego y apego a Dios y los procesos de luto;
  - j) El impacto de la capellanía profesional en los equipos de cuidados paliativos;
  - k) Las perspectivas comunes o cercanas para abordar la espiritualidad en salud, con el desarrollo de categorías centrales que favorezcan que la polisemia que caracteriza a este ámbito no sea un impedimento para compartir investigaciones, actitudes, cuidados y aproximaciones a los pacientes;
  - l) Aproximaciones a la espiritualidad con no creyentes, ateos y agnósticos.

Teniendo en cuenta el carácter esencialmente interdisciplinar de este campo de conocimiento, dichos temas pueden ser investigados desde diferentes enfoques y por diferentes disciplinas, ya sea a través de un enfoque teórico-conceptual, empírico, o con una referencia teórico-metodológica de carácter cualitativo o cuantitativo.

Finalmente, en esta breve reflexión, después de recorrer autores que muestran, a través de sus investigaciones, el valor de atender las necesidades espirituales de las personas enfermas, así como los retos que rodean a quienes se dedican a este campo del conocimiento en entornos de la salud, volvemos a nuestra pregunta inicial: ¿Tiene sentido la atención a la dimensión espiritual en el contexto de la atención a la salud? Basándonos en lo expuesto, podemos afirmar que sí, que tiene sentido. Sin embargo, los desafíos son muchos, especialmente en una sociedad marcada por el consumismo y el materialismo, que exige

eficiencia, resultados eficaces y rapidez, y que incluso nos pide que abandonemos nuestro ritmo humano. Y hay retos inherentes al acercamiento a esta dimensión humana que, por su profundidad, no siempre es de rápido acceso, y que requiere cultivo humano, sensibilidad para mirar, escuchar, comunicar y tocar; tanto hacia las personas con las que trabajamos como hacia nosotros mismos. Sin embargo, más que retos, son invitaciones a desarrollar nuevas perspectivas y concepciones del mundo y a construir relaciones de ayuda y cuidado más humanizadas, empáticas y compasivas, en las que las vulnerabilidades y fragilidades comunes puedan ser presenciadas y transformadas en apertura a experiencias más integradoras, sensibles y respetuosas que promuevan el crecimiento personal y colectivo.

## REFERÊNCIAS

BALBONI M., M. J. et al. Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 48, n. 3, p. 400–410, set. 2014.

BALBONI M., M. J.; BALBONI T., T. A. Influence of spirituality and religiousness on outcomes in palliative care patients. **UpToDate**. 20 maio 2019.

BALBONI, T. A. et al. Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death. **Journal of Clinical Oncology**, v. 28, n. 3, p. 445–452, 20 jan. 2010.

BALBONI T., T. et al. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. **Cancer**, v. 117, n. 23, p. 5383–5391, 1 dez. 2011.

BALBONI T., T. A. et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 54, n. 3, p. 441–453, set. 2017.

BERMEJO, José Carlos & SANTAMARÍA, C.. El acompañamiento espiritual y religioso al niño grave y sus familiares. In: SANCHO, M. G. (ed). **Cuidados paliativos en niños**. Las Palmas de Gran Canaria: Gabinete De Asesoramiento Y Formación Sociosanitaria, 2007.

COSTA, M. DE A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Terapia cognitivo-comportamental adaptada à religiosidade do paciente: um guia prático para o espiritismo. **Debates em Psiquiatria**, v. 13, p. 1–24, 23 abr. 2023.

CUMMINGS, J. P.; PARGAMENT, K. I. Medicine for the Spirit: Religious Coping in Individuals with Medical Conditions. **Religions**, v. 1, n. 1, p. 28–53, dez. 2010.

ESPERANDIO, M. R. G. et al. Spirituality in Clinical Practice: The Perspective of Brazilian Medical Students. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 3, p. 2154–2169, jun. 2021.



HEFTI, R. Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. **Religions**, v. 2, n. 4, p. 611–627, 2 nov. 2011.

ILER, W.L.; OBENSHAIN, D.; CAMAC, M. The impact of daily visits from chaplains on patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Chaplain Today** 2001, 17, 5-11.

GIJSBERTS, M.-J. H. E. et al. Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. **Medical Sciences**, v. 7, n. 2, p. 25, 7 fev. 2019

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; PETERSON, B. L. Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 4, p. 536–542, abr. 1998.

KOENIG, H.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. **Handbook of Religion and Health**. New York, NY, US: Oxford University Press, 2001.

LEGET, C. **Art of living, art of dying**: spiritual care for a good death. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2017a.

LEGET, C. The relation between cultural values, euthanasia and spiritual care in the Netherlands. **Polish Archives of Internal Medicine**, 17 mar. 2017b.

LUCCHETTI, G. et al. The current status of “spirituality and health” teaching in Brazilian medical schools: a nationwide survey. **BMC medical education**, v. 23, n. 1, p. 172, 20 mar. 2023.

MATOS, T.D. S.; MENEGUIN, S.; FERREIRA, M. L. S, MIOT, H.A. Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2017; 25. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100359&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100359&lng=en&tlng=en)

MARINHO, S.O. Cuidados paliativos e práticas de saúde: um estudo sobre a gestão da morte na sociedade contemporânea. [[tese.]. [Rio de Janeiro (RJ)]: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010

ROSA, Z. T. S. DA; ESPERANDIO, M. R. G. Spirituality/Religiosity of Sexual and Gender Minorities in Brazil: Assessment of Spiritual Resources and Religious Struggles. **Religions**, v. 13, n. 9, p. 869, set. 2022.

SAUNDERS, C. The evolution of palliative care. **Patient Education and Counseling**, v. 41, n. 1, p. 7–13, ago. 2000.

SAUNDERS, C. Introduction: history and challenge. In: SYKES, N.; EDMONDS, P.;

WILES, J. (Eds.). **Management of advanced disease**. 4th ed ed. London: New York: Arnold; Distributed in the U.S.A. by Oxford University Press, 2004. p. 3–8.

SHERMAN, A. C. et al. Religious Struggle and Religious Comfort in Response to Illness: Health Outcomes among Stem Cell Transplant Patients. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 28, n. 4, p. 359–367, ago. 2005.

SILVA, T. O. DA et al. Percepção de docentes brasileiros sobre as relações entre saúde, religião, espiritualidade e seu ensino. **HORIZONTE** - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião, p. 1057–1057, 31 dez. 2021.

SILVA, M. C. M. DA; MOREIRA-ALMEIDA, A. Impactos Psicológicos da Experiência de Quase-Morte: **INTERAÇÕES**, v. 18, n. 1, p. e181t02-e181t02, 12 jun. 2023.

XAVIER, F. T.; ESPERANDIO, M. R. G. Spirituality and Caregiver Burden of People with Intellectual Disabilities: an Empirical Study. **International Journal of Latin American Religions**, v. 7, n. 1, p. 17–35, 1 jun. 2023.

WILLIAMS, A. L. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. **Palliative Support Care**, v. 4, n. 4, p. 407-417, 2006.