An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) / Vol. 50 - Nº 1, 2017

http://dx.doi.org/10.18004/An.fcm/1816-8949.050.01.025-050

ANALES de la Facultad de Ciencias Médicas

ARTICULO ORIGINAL

Aspectos bioéticos desde la visión personalista de la espiritualidad en el manejo de las personas en el área de la salud

Bioethical aspects from the personalist vision of spirituality in the management of people in the health area

Riveros Ríos M

Profesor Asistente. Medicina Familiar - Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo - Paraguay.

RESUMEN

Introducción: Por regla general todos los trabajadores de la salud han sido modelados por el paradigma científico de la modernidad que ha hecho una separación drástica entre cuerpo y mente y entre ser humano y naturaleza. Pero porque no se ha considerado en el abordaje de la espiritualidad en paciente sanos o con patologías que no necesariamente amenazan la vida? Esta interrogante debe darse respuesta tanto desde el punto de vista holístico y como parte de la ética del cuidado. No se puede separar al ser humano al cuidarlo solo en lo biológico o psicológico, el aspecto espiritual ha de ser abordado. **Objetivos**: Determinar qué aspectos de la Bioética están relacionados con la espiritualidad en el manejo de los pacientes. **Paciente y Métodos**: estudio cualitativo mediante Revisión sistemática de la literatura médica publicada en los siguientes buscadores: scielo, HINARI, pubmed, revisión de artículos publicados y manuales de Bioética y Espiritualidad, revisión de publicaciones en congreso, conferencias sobre Bioética y Espiritualidad. **Resultados**: El número total de artículos identificados fue de 101 (MEDLINE) y 135 (CINAHL). Después de tamizar, la recopilación de otros artículos que hablan sobre un aspecto de la espiritualidad, pero no el término en sí mismo (por ejemplo, la esperanza); la realización de búsquedas manuales en bibliografías o referido por sus compañeros que no se encuentran en la búsqueda de la literatura original, 58 artículos se consideraron pertinentes y se discuten aquí en el análisis temático. Los investigadores, que se sitúan en este campo, inevitablemente sugieren estudiar la espiritualidad desde una perspectiva más cualitativa, con el argumento de que porque la espiritualidad ha de ser experimentado que no se puede medir. Las palabras de McGrath encarnan la idea central de esta perspectiva, "conceptualmente, la espiritualidad no puede ser entendido como una entidad independiente que se mide y se registra.

Autor correspondiente: Prof. Dra. Miriam Riveros Ríos. Medicina Familiar. Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Asunción. Hospital de Clínicas. Email: mazzottiriveros@gmail.com

Fecha de recepción el 16 de febrero del 2017; aceptado el 28 de mayo del 2017.

Los investigadores tienen que estar abiertos a la gran cantidad de formas en que los individuos construyen significado". Las necesidades espirituales de los pacientes de cuidados paliativos la naturaleza de la esperanza en los cuidados paliativos; herramientas y terapias relacionadas con la espiritualidad; efectos de la religión en los cuidados paliativos; y la espiritualidad y los profesionales de cuidados paliativos. En otros estudios se han informado que la espiritualidad y aspectos relacionados (por ejemplo, la oración, la meditación) han tenido un efecto positivo en: dolor crónico; psoriasis en pacientes que reciben fototerapia; función inmune; menos efectos adversos en pacientes cardíacos; mayor apoyo social y menos síntomas depresivos entre los pacientes geriátricos; aumento de la salud física y mental.

Conclusión: existen evidencias para nada despreciables de que la espiritualidad tiene relación con el estado de salud y calidad de vida de las personas, que explorarlas, trabajarlas produce un bien en el ser persona del paciente, visto en su totalidad como ser digno en cualquier circunstancia, por tanto es ético tener que abordarlo adecuadamente

Palabras Clave: trascendencia, sentido de la vida, vacío existencial, crisis espiritual, y espiritualidad.

ABSTRACT

Introduction: As a general rule all health workers have been modeled by the scientific paradigm of modernity that has made a drastic separation between body and mind and between human and nature. But because it has not been considered in the approach of spirituality in healthy patients or with pathologies that do not necessarily threaten life? This question must be answered both holistically and as part of the ethics of care. It is not possible to separate the human being by taking care of it only in the biological or psychological, the spiritual aspect has to be approached. **Objectives**: To determine which aspects of bioethics are related to spirituality in the management of patients. **Patient and Methods**: qualitative study through Systematic Review of medical literature published in the following search engines: scielo, HINARI, pubmed, review of published articles and manuals Of Bioethics and Spirituality, review of publications in congress, conferences on Bioethics and Spirituality. **Results**: The total number of articles identified was 101 (MEDLINE) and 135 (CINAHL). After sifting, the compilation of other articles that speak about an aspect of spirituality, but not the term itself (eg, hope); The accomplishment of manual searches in bibliographies or referred by his companions that are not in the search of the original literature, 58 articles were considered pertinent and are discussed here in the thematic analysis. Researchers, who are in this field, inevitably suggest studying spirituality from a more qualitative perspective, arguing that because spirituality has to be experienced it can not be measured. McGrath's words embody the central idea of this perspective, "conceptually, spirituality can not be understood as an independent entity that is measured and recorded "Researchers have to be open to the myriad ways in which individuals construct meaning" the spiritual needs of palliative care patients the nature of hope in palliative care; Tools and therapies related to spirituality; Effects of religion on palliative care; And spirituality and palliative care professionals. Other studies have reported that spirituality and related aspects (eg, prayer, meditation) have had a positive effect on: chronic pain; Psoriasis in patients receiving phototherapy; Immune function; Fewer adverse effects in cardiac

patients; Greater social support and fewer depressive symptoms among geriatric patients; Increased physical and mental health.

Conclusion: there is no evidence that spirituality is related to the health and quality of life of people, to explore them, to work them produces a good in the person of the patient, seen in its totality as being worthy in any circumstance, So it is ethical to have to address it properly.

Key Words: transcendence, meaning of life, existential emptiness, spiritual crisis, and spirituality.

INTRODUCCION

Por regla general todos los trabajadores de la salud han sido modelados por el paradigma científico de la modernidad que ha hecho una separación drástica entre cuerpo y mente y entre ser humano y naturaleza. Así se han creado muchas especialidades que tantos beneficios han traído para el diagnóstico de las enfermedades y también para las formas de curación. Reconocido estos méritos, no podemos sin embargo olvidar que se ha perdido la visión de totalidad: el ser humano dentro de una visión más amplia de la sociedad, de la naturaleza y de las energías cósmicas, la enfermedad como una fractura de esta totalidad y la curación como la reintegración en ella.

Hay en nosotros una dimensión que responde por el cultivo de esta totalidad, que vela por el eje estructurador de nuestra vida: es la dimensión del espíritu. Espiritualidad viene de espíritu; es el cultivo de lo que es propio del espíritu, su capacidad de proyectar visiones unificadoras, de relacionar todo con todo, de conectar y reconectar todas las cosas entre sí y con la Fuente Originaria de todo ser.

Si el espíritu es relación y vida, su opuesto no es materia y cuerpo sino la muerte como ausencia de relación. En este sentido, espiritualidad es toda actitud y actividad que favorece la expansión de la vida, la relación consciente, la comunión abierta, la subjetividad profunda y la trascendencia como modo de ser, siempre dispuesto a nuevas experiencias y a nuevos conocimientos (1).

El ethos vital relaciona un universo de valores morales individuales y colectivos, que imprimen unidad a un grupo humano. Estos valores, son constructos sociales nacidos de la necesidad de convivencia y cooperación, los cuales se proponen como ideales para la actuación de los individuos a favor de su bienestar personal, así como de toda la comunidad (2-4).

De esta segunda naturaleza genuina y necesaria del ser humano, en cuanto forme parte e interactúe como integrante de un grupo social determinado, emerge el sentido de la vida, en tanto a su dignidad, existencia plena y calidad. Este emergentismo humanístico, también habrá de dar paso a deliberaciones mucho más profundas sobre cómo serán los últimos días de la vida del hombre, ante ciertas y determinadas circunstancias (4,5).

Como podemos apreciar el tema de la espiritualidad ha sido abordado siempre en el sistema de valores en donde el hombre se encuentra ante la muerte y surgen las interrogantes y dilemas propias de las interrogantes sobre la vida y la muerta, la trascendencia, el ser humano como tal y como influyen estos aspectos al final de la vida.

Desde la dimensión espiritual, el tema de la muerte lo podemos abordar desde el "dualismo" tradicional dominante en Occidente, que concibe al ser humano compuesto de dos realidades diferentes, cuerpo y alma, irreducible la una a la otra, perecedera la primera e inmortal la segunda.

Esta antropología, de origen helenístico y cristiano, en la cual la mayoría hemos sido educados, actualmente recibe profundos cuestionamientos desde las ciencias y humanidades contemporáneas (2,3,5-9).

Otra visión de esta dimensión espiritual, sería la "monista", que no divide al hombre entre cuerpo y alma, sino que lo ve como "unidad sustantiva" , una sola sustancia vital, como lo conciben Parménides, Spinoza, Plotino, Schelling, Hegel y Freud, entre otros; para quienes la realidad es la unidad de la esencia y la existencia. La esencia no está detrás o más allá del fenómeno, sino que por lo mismo que la esencia existe, la esencia se concreta en el fenómeno; siendo el fenómeno la vida, la vida devenida como emergencia energética del cosmos (3,4).

Pero todas estas visiones y explicaciones que se ha ido desarrollando en cuanto a la espiritualidad de las personas en el ámbito de la salud contemplaban a la persona cercana a la muerte con dilemas sobre su sentido de vida y transcendencia.

Pero por qué no se ha considerado en el abordaje de la espiritualidad en paciente sanos o con patologías que no necesariamente amenazan la vida? Esta interrogante debe darse respuesta tanto desde el punto de vista holístico y como parte de la ética del cuidado.

No se puede separar al ser humano al cuidarlo solo en lo biológico o psicológico, el aspecto espiritual ha de ser abordado, investigadores sobre el impacto de la espiritual en mejorías clínicas ya ha sido estudiadas y se vieron beneficios interesantes (10).

La pregunta que lleva a este estudio de investigación es que aspectos de la Bioética están implícitos en el cuidado y abordaje de la espiritualidad y por tanto deberían ser considerados por todo el personal de salud que está en contacto con personas como seres integrales, holísticos y espirituales independiente de su fe, religión o credo.

MATERIALES Y METODOS

DISEÑO: estudio cualitativo, revisión sistemática

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA:

1. Revisión sistemática de la literatura médica publicada en los siguientes buscadores: scielo, HINARI, pubmed en idiomas español e ingles
2. Revisión de artículos publicados y manuales de Bioética y Espiritualidad
3. Revisión de publicaciones en congreso, conferencias sobre Bioética y Espiritualidad

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Palabras claves como ser: Bioética, Espiritualidad, Calidad de vida, sentido de vida, transcendencia, cuidados paliativos, muerte y espiritualidad, tanatología tanto en español como en ingles

2. Se tuvieron en cuenta criterios de estudios publicados en revistas indexadas, congreso o seminarios de referentes en Bioética, Cuidados Paliativos y Tanatología.
3. En lo posible de estudios de no más de 15 años de evolución a no ser conceptos teológicos.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. No se tuvo en cuenta artículos religiosos o confesionales.

SINTESIS DE LA LITERATURA:

De forma cualitativa por el autor

ANALISIS DE DATOS:

Descripción del estudio en forma cualitativa

RESULTADOS DE LA REVISION

BIOETICA

"La Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales" (12).

El término bioética, come es bien sabido, nació en 1970. Poco después, en 1974, comenzaban los trabajos de la *National Commission Norteamericana*, que tanto ha tenido que ver con el rumbo que poco a poco fue tomando esta disciplina.

En 1978, como resultado final del trabajo de cuatro años, los miembros de la Comisión, entre ellos Tom L. Beauchamp, elaboraron el documento conocido con el nombre de Informe Belmont. En él se hallan claramente formulados tres de los cuatro principios que hoy se consideran canónicos en bioética: respeto por las personas, beneficencia y equidad. Un año después, en 1979, Beaucha mp y Childress publicaron la primera edición de su libro.

En ella aceptaban los tres principios del Informe Belmont, que ahora denominaban Autonomía, Beneficencia y Justicia, y le añadían un cuarto, el de No maleficencia (13).

Por tanto si tomamos como premisa esta definición, qué es la conducta humana? tiene varias aristas a ser analizadas en cuanto a su naturaleza y características, qué es lo que le da a la persona una determinada conducta?

Analicemos algunos conceptos claves en ética y relacionemos con la bioética para luego contextualizarla a la dimensión espiritual.

PERSONA

Que es el ser persona? Boecio lo definía como: “La persona es la sustancia (subsistente) individual de naturaleza racional”.

Se trata aquí de una definición enfocada en el concepto de "sustancia" (que indica que subsiste en sí, que por sí misma no se extiende a otros (14) refiriéndose al individuo, concretamente, que por "naturaleza" (ontológicamente hablando) está caracterizado por la racionalidad.

En este sentido, las funciones, los actos, las propiedades del ser humano no existen en sí, sino que existen como funciones, actividades y propiedades accidentales "de" un individuo humano, que es el referente unitario y permanente, la condición ontológica real (15). Esta es la definición que permite explicar la "unidad" (espacio) y la permanencia (tiempo) de la identidad del ser humano.

Y es gracias a esta recuperación de la dimensión ontológica, que puede afirmarse que el ser humano "es" persona en virtud de su naturaleza racional, ya que no se "convierte" en persona o "deja" de ser persona por la presencia o la ausencia de ciertas funciones (racionalidad, sensibilidad, capacidad de relacionarse, autoconciencia, voluntad).

El ser persona es una característica ontológica y no funcional del ser humano, por lo tanto el poseer un estatuto personal, no es algo que se pueda adquirir o se pueda perder. Así como un gato no puede dejar de ser gato por el hecho de perder una pata o quedarse ciego. De igual modo no se puede ser más o menos persona, o se es persona o no se es persona. La ausencia (entendida como no ejercicio, o como privación) de ciertas capacidades o funciones, no cambia la naturaleza del ser humano que es persona en cuanto tal (16).

Por tanto el ser persona es una unidad sustancial de cuerpo y espíritu, consciente de una historia propia, de un despliegue de si en el tiempo y espacio, con ideas, creencias, conceptos del bien, dotada de inteligencia, libertad, voluntad, capacidad de amar. Con tendencias impulsivas, emotivas y compulsivas.

Es un ser digno y anhelante de significado, ser trascendente que busca darla sentido a la vida como totalidad. La persona además de ser singular, es comunitaria, con vínculos con una cultura y a un ambiente.

Todo esto mirando desde la visión personalista de la bioética Otro aspecto a considerar en lo que es ser persona y relacionado a la conducta seria los valores y las virtudes, aptitudes y actitudes que no solo pueden nacer de la psique si no debe estar relacionado con el espíritu en un sistema de "valores" para la persona que son significativos y hace su ser persona o la definimos como "buena" o "mala" persona, estas características son relevantes pues como veremos más adelantes ciertas virtudes influyen el área espiritual y viceversa en el proceso de salud-enfermedad.

VALORES Y VIRTUDES

El valor es una cualidad que confiere a las cosas, hechos o personas una estimación, ya sea positiva o negativa. La axiología es la rama de la filosofía que se encarga del estudio de la naturaleza y la esencia del valor.

La axiología (del griego ἄξιος 'valioso' y λόγος 'tratado'), o filosofía de los valores , es la rama de la filosofía que estudia la naturaleza de los valores y juicios valorativos (17). El término axiología fue empleado por primera vez por Paul Lapie en 1902 y posteriormente por Eduard von Hartmann en 1908.

La reflexión explícita acerca de los valores, sin embargo, es anterior a la noción de axiología y puede remontarse a Hume, quien se preocupa principalmente por los valores morales y estéticos y elabora una teoría antimetafísica y nominalista de los valores. Con todo, la teoría de David Hume define los valores como principios de los juicios morales y estéticos, visión que será criticada por Friedrich Nietzsche y su concepción genealógica de los valores, según la cual no sólo los juicios estéticos y morales dependen de valores, sino que hasta las verdades científicas y las observaciones cotidianas responden a ciertos valores y formas de valorar.

Por tanto el valor es la estimación que damos a un actuar en el ámbito de la conducta humano, sumando aspectos que como vimos pueden ser positivos o negativos, estos dependen de tantos factores, sociales, culturales, religiosos y sin duda espirituales las cuales algunos quizás puedan decir que es la psique quien nos da la apreciación de lo bueno o malo, pero hasta un niño sin mucho expertis en lo cognitivo lo reconoce, entonces como lo realiza? algo para debatir sin duda, nacemos con una conciencia que se desarrolla como el cuerpo y el espíritu no estará exento de este crecimiento.

VIRTUDES

En la práctica la ética es una filosofía de las virtudes y los vicios. Podemos definir a las virtudes como hábitos adquiridos, que ponen de manifiesto el temple subjetivo de la personalidad, una capacidad estable de elegir lo bueno y de rechazar lo malo (18).

Las virtudes son criterios normativos para el ejercicio de nuestras actividades y para el uso de nuestros bienes. La virtud es la perfección habitual y estable de las facultades operativas humanas, es el hábito de elegir siempre el bien.

Para conocer a una persona totalmente, no basta con ver lo que hace o no hace sino también lo que esa persona quiere ser, es decir, saber lo que ama.

San Agustín discurre que la esencia de la rectitud moral es el amor (la caridad), y las virtudes se pueden ver, como formas o aplicaciones del amor. Las virtudes humanas se adquieren y aumentan por la repetición de actos virtuosos (todo lo contrario serían los vicios, que también son actos repetitivos de un acto inmoral).

Las 4 virtudes cardinales son la prudencia, templanza, fortaleza y justicia. En un profesional de la salud esperaríamos la fidelidad de la promesa, benevolencia, abnegación, compasión, humildad intelectual, justicia y prudencia (18).

Nuevamente vemos que estas virtudes no pueden estar solamente ligadas a la psique, debe haber un aspecto más que ayude a fortalecerlas que es el espíritu, así como en el vicio una psique débil asociado a un espíritu poco desarrollado o explorado llevaría a esta condición, estos aspectos mencionaremos en el capítulo de espiritualidad y estudios relacionados al mismo.

PRINCIPIOS DE LA BIOETICA (19)

- La Beneficencia*:* obliga a hacer el bien, según los criterios de bien del posible beneficiado. El personal de salud debe ayudar al paciente a sobrellevar y reducir el impacto de la enfermedad.

- La no maleficencia: prohíbe dañar a los demás y obliga a realizar correctamente nuestro trabajo profesional. Se traduce en protocolos que recojan las exigencias de una buena práctica clínica. El tratamiento debe proporcionarle más beneficios que riesgos o peligro al paciente.

- La Justicia: obliga a proporcionarle a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin discriminación, segregación ni marginación y la correcta administración de los recursos sanitarios, en su mayoría públicos.

- La Autonomía: es la capacidad que tienen las personas de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacciones internas o externas. Un paciente competente tiene el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento o delegar su decisión a alguien que actué en su nombre cuando él no lo pueda hacer.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA BIOETICA PERSONALISTA (20)

- Valor fundamental de la vida: el respeto a la vida, su defensa y su promoción, representan el primer imperativo ético del hombre hacia sí mismo y a los demás.

  La vida es un bien personal, concepto por el que uno debe amarse a sí mismo

  La vida es un bien de la comunidad.

- Principio de totalidad o terapéutico: el cuerpo es el fundamento único por el cual y por medio del cual la persona se realiza y entra en el tiempo y en el espacio, se expresa y se manifiesta. Integridad viene del latín=integrer (totalidad), entereza o unidad intacta. Incluye la totalidad fisiológica, psicológica y espiritual de las personas, por tanto integridad es sinónimo de salud. La enfermedad puede ser vista como esa desintegración o desbalance.

  El principio de integridad es un atributo de todos los seres humanos, en pleno uso de sus facultades o no, adultos o niños, concientes o inconscientes.

- Principios de libertad y de responsabilidad: la autonomía ha cambiado el centro de la toma de decisiones del médico al paciente y reorientando la relación del médico con el paciente hacia un acto más abierto y franco en el que se respeta la dignidad del paciente como persona.

  La autonomía es la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada sobre la base de la apreciación personal de las futuras posibilidades, evaluadas en función de sus propios sistemas de valores.

  Es una capacidad de los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno.

  Debe estar exento de coerción y engaño, ignorar, menospreciar, ridiculizar los valores de los pacientes es agredir su propia humanidad. La libertad no se separa de la responsabilidad.

- Principio de socialidad: cada ciudadano considera su vida y su salud y la de sus semejantes como un bien personal y social, promoviendo el bien común y el bien de cada uno.

La persona no puede crecer sin la sociedad y esta no puede existir sin la persona. La primacía corresponde a la persona; es la persona el fin por el que cual existe la sociedad.

- Principio de Justicia: se garantiza la distribución justa y equitativa de los beneficios de los servicios en salud.

  Se basa en la búsqueda del bien común y en la igualdad.

- Principio de la subsidiaridad: las instancias superiores de la sociedad como gobiernos y organizaciones internacionales no deben suplantar, sino ayudar a las otras instancias: asociaciones, instituciones, familias, individuos, respetando sus valores éticos, religiosos y culturales.

ESPIRITUALIDAD

Existen muchas definiciones sobre la espiritualidad, siendo esta un hecho no tangible ha causado mucha controversia en cuanto a darle un significado en toda la plenitud de su esencia, por lo cual hay divergencias según autores, religiones, libres pensadores, ateos, etc.

Definiciones

Se han referido más de 90 intentos de definición de espiritualidad, las que incluyen conceptos tan variados como la relación con Dios o un ser espiritual, algo superior a uno mismo, trascendencia, significados y fines de la vida, fuerza vital de la persona, vida interior, paz interior, comunión con otros, contacto con la naturaleza, relaciones con familiares y amigos, etc.

Una revisión exhaustiva de la salud de la literatura documenta 92 definiciones de la espiritualidad. Los autores identificaron siete definiciones en temas como: relación con Dios, un ser espiritual, un poder superior, o una realidad mayor que no de uno mismo; trascendencia relacionado o no con la creencia en un ser superior; vivencia existencial, no del mundo material; sentido y el propósito en la vida; fuerza de la vida de la persona; y en forma sumativa las definiciones combinaban varios temas (22).

Kearney y Monte (23) distinguieron "la espiritual" de "religión". "El espíritu es una dimensión de la personalidad una parte de nuestro ser. Religión, por otro lado, es una construcción de la humanidad que permite la conceptualización y expresión de la espiritualidad“

De acuerdo a Rousseau, "La religión abarca un sistema de estructurada de creencias que abordan temas espirituales, a menudo con un código de conducta ética y una filosofía". Como construcción, parecería que Espiritualidad es más amplio que religiosa (24).

Hay poca evidencia empírica disponible de cómo los pacientes que mueren definen la espiritualidad.

Sin embargo, Chao y sus colegas estudiaron seis pacientes con enfermedades terminales budistas y cristianos en Taiwán, preguntándoles cuál es la esencia de la espiritualidad significaba para ellos diez temas en cuatro grandes categorías surgieron: la comunión con uno mismo (auto-identidad, la integridad, la paz interior); comunión con los demás (amor, reconciliación); comunión con la naturaleza (la inspiración, la creatividad); y la comunión con un ser superior (fidelidad, esperanza, gratitud) (25).

Hermann entrevistó a 19 pacientes de cuidados paliativos que, después de definir inicialmente la espiritualidad como relacionarse con Dios o la religión, reconoció más tarde que la espiritualidad era parte de su existencia (26).

El aumento total de la laicidad ha sido testigo de la disminución de la connotación religiosa explícito e implícito asociado con el término "espiritualidad". en el contexto de los cuidados paliativos, la espiritualidad"... ha llegado a describir la profundidad de la vida humana, con las personas que buscan significado en sus experiencias y en las relaciones que compartir con la familia y los amigos, con otros que experimentan la enfermedad, y con los que participan en su tratamiento y apoyo"

Puchalski y Romer (2) hacen hincapié en la relación entre la espiritualidad y experimentar sentido trascendente de la vida. Karasu (4) ve la espiritualidad como una construcción que implique conceptos de fe y significado. El componente de la fe de la espiritualidad se asocia más con la religión y las creencias religiosas, mientras que el componente significado de la espiritualidad parece ser un concepto más universal que pueda existir en las personas religiosas o no religiosas.

Según Frankl, (5) significado, o tener la sensación de que la vida de uno tiene un significado, consiste en la convicción de que uno está cumpliendo un papel único y propósito en la vida que es un regalo: una vida que viene con la responsabilidad de vivir a la propia pleno potencial como ser humano, lo que se consigue una sensación de paz, alegría, o incluso la trascendencia a través de conexión con algo más grande que uno mismo.

McGrath sugiere la necesidad de un nuevo lenguaje para articular la espiritualidad y afirma el reciente alejamiento de confundir la religión con la espiritualidad. Ella examinó los conceptos de espiritualidad y dolor espiritual entre los pacientes de cuidados paliativos, sus cuidadores formales e informales, así como los sobrevivientes de cáncer en Australia. De 14 personas que viven en casa con un pronóstico de menos de 6 meses de vida, la mayoría no buscan la comodidad religioso en respuesta al desafío de su enfermedad; una minoría sostuvo creencias religiosas convencionales. McGrath informa que el mantenimiento de una conexión íntima con la vida a través de la familia, el hogar, los amigos, el ocio y el trabajo es tan vital espiritualmente a las personas como trascendente significado decisiones (religiosa o de otro tipo). El cree que sus hallazgos subrayan la importancia de mantener una clara distinción entre la religión y una noción más generalizada de la espiritualidad, es decir, la búsqueda de significado (3-8).

Chochinov y sus colegas han examinado las nociones de significado y propósito, utilizando el paradigma de dignidad. Ellos han demostrado que los pacientes son fácilmente capaces de acceder a los debates relativos a la dignidad, que puede incluir asuntos de inversión espiritual, significado, propósito, y varias otras consideraciones sociales, físicos y existenciales correspondientes a morir con dignidad (9-29).

Su trabajo tiene también demostrado las conexiones entre las consideraciones existenciales: tales como la desesperanza, siendo una carga para los demás, y la dignidad, y una pérdida de voluntad para vivir (30). Si la esencia de la espiritualidad es la conectividad a algo que impregna la vida con un sentido de propósito o significado, una escasez de bien, lógicamente, se correlaciona con una falta de inversión en la vida (13-31) lo tanto, es coherente que el bienestar espiritual puede ser un amortiguador frente a la depresión, la desesperanza y el deseo de muerte en pacientes con cancer avanzada (19-32).

Espiritualidad es la búsqueda personal por el entendimiento de las respuestas a cuestiones de la vida, su significado y relaciones con los sagrado y transcendente, que puede o no estar relacionada con propuestas de una determinada religión (20).

Como podemos observar tantas son las definiciones o expresiones que pueden darse a la espiritualidad lo cual nos hace comprender que aún hay un camino por seguir recorriendo en este ámbito y sobre todo darle una impronta más relevante en el ámbito de la salud, de las definiciones referidas el termino más repetido es el del “encontrar el sentido de vida”, parecería que todo gira en torno a las preguntas que nos hacemos sobre nuestras vidas o en la cercanía de la muerte sobre el significado de ella, y la otra palabra que acompaña a este sentido es la trascendencia, dilema que suele suscitar verdaderos cuestionamientos en las personas con o sin relacionamiento con un aspecto religioso.

A continuación veremos las investigaciones sobre los aspectos de la espiritualidad en la salud - enfermedad y como está esta inferida en el todo de las personas

ESPIRITUALIDAD Y SALUD-ENFERMEDAD

Se abordaran estudios que relacionen los aspectos espirituales en el cuidado o proceso de salud-enfermedad, pudiendo encontrar relación de importancia de esta esfera de la persona en su abordaje y por tanto en la necesidad de ser estudiada, valorada y manejada como aspecto en la ética clínica y la bioética. Revisaremos una investigación de Shane Sinclair, B.A (21) La investigación relacionada con la espiritualidad y la salud se ha desarrollado a partir de una relativa oscuridad a un campo floreciente de estudio en los últimos 20 años, tanto dentro de los cuidados paliativos y dentro de la atención de la salud en general. En este trabajo se ofrece una revisión descriptiva de la literatura relacionada con la espiritualidad y la salud, con un enfoque especial en la espiritualidad dentro de los cuidados paliativos y al final de su vida útil. CINAHL y MEDIEN se buscaron bajo la palabra clave "espiritualidad" y el examen reveló cinco temas principales en la literatura espiritual general y la salud "paliativo." (43): las dificultades conceptuales relacionadas con el término espiritualidad y soluciones propuestas (44); la relación entre la espiritualidad y la religión (45); los efectos de la espiritualidad en la salud (46); los sujetos inscritos en la investigación relacionada con la espiritualidad; y (47) la prestación de asistencia espiritual. Si bien la literatura espiritualidad dentro de los cuidados paliativos comparte estas características generales de la literatura de la espiritualidad y la salud en general, seis áreas temáticas específicas sucedieron:

(1) las discusiones generales de la espiritualidad en cuidados paliativos;
(2) las necesidades espirituales de los pacientes de cuidados paliativos;
(3) la naturaleza de la esperanza en los cuidados paliativos;
(4) herramientas y terapias relacionadas con la espiritualidad;

(5) efectos de la religión en los cuidados paliativos; y
(6) la espiritualidad y los profesionales de cuidados paliativos.

La literatura que se refiere a estos temas se resume en esta revisión. La espiritualidad está emergiendo en gran medida como un concepto vacío de la religión, un instrumento para ser utilizado en mejorar o mantener la salud y calidad de vida, y se centró principalmente en la "auto" en gran medida en la forma de la paciente.

Si bien representa un importante principio, los autores sugieren que un enfoque más integral necesita ser desarrollado que provoca la naturaleza experiencial de la espiritualidad que es compartida por los pacientes, familiares y profesionales de la salud por igual.

El tema de la espiritualidad, en relación con la investigación en salud, es uno que ha visto extenso interés académico en los últimos 20 años como es evidente en las aproximadamente 5000 citas cuando se introduce la palabra en CINAHL o MEDLINE (**Tabla 1**)

SPIRITUALITY LITERATURE REVIEW

	MEDLINE	***CINAHL***	***ALTA***
1960–1969	24	n/a[a]	699
1970–1979	178	1[a]	2337
1980–1989	517	350[a]	3901
1990–1999	1645	2260	3985
2000–2005	2271	2787	1254
Total	4635	5401	13.126

Tabla 1: aCINAHL tracks articles from 1982 to the present.
The researchers are thereforeunsure why
CINAHL produced 1 result pre-1982.

Este concepto de espiritualidad fue un factor en este documento debido a que los escritores tenían que decidir los términos que debe incluir en su búsqueda en la literatura sobre la espiritualidad. Por ejemplo, si la revisión de la literatura debía ampliarse para incluir términos como "bienestar", "significado", "Esperanza", "religión", "sufrimiento" y "creencia", que si bien puede que no se destine a ser correlacionado con la espiritualidad por los autores originales, podría decirse que caen bajo el paraguas de la espiritualidad?.

Todos los trabajos fueron evaluados individualmente para determinar su relevancia y calidad por el comité doctoral del autor principal, lo que representa una serie de perspectivas profesionales e interdisciplinarias. El número total de artículos identificados mediante esta búsqueda electrónica en línea fue de 101 (MEDLINE) y 135 (CINAHL).

Muchos mencionaron el término espiritualidad de pasada. Después de tamizar a través de estos artículos, la recopilación de otros artículos que hablan sobre un aspecto de la espiritualidad, pero no el término en sí mismo (por ejemplo, la esperanza, que significa); la realización de búsquedas manuales en bibliografías o referido por sus compañeros que no se encuentran en la búsqueda de la literatura original, 58 artículos se consideraron pertinentes y se discuten aquí en el análisis temático.

Son aspectos interesantes a la hora de analizar este estudio, pues se centra netamente en aspectos de las vivencias supuestas de personas al final de la vida, lo cual deja otros aspectos a ser analizados que se verán en otras revisiones, mientras analicemos lo encontrado en esta, se definieron 6 puntos cruciales:

1) Las discusiones generales de la espiritualidad en cuidados paliativos.
Los investigadores, que se sitúan en este campo, inevitablemente sugieren estudiar la espiritualidad desde una perspectiva más cualitativa, con el argumento de que porque la espiritualidad ha de ser experimentado que no se puede medir.
Las palabras de McGrath encarnan la idea central de esta perspectiva, "conceptualmente, la espiritualidad no puede ser entendido como una entidad independiente que se mide y se registra. Los investigadores tienen que estar abiertos a la gran cantidad de formas en que los individuos construyen significado" (48).
2) Las necesidades espirituales de los pacientes de cuidados paliativos;
3) La naturaleza de la esperanza en los cuidados paliativos;
4) Herramientas y terapias relacionadas con la espiritualidad;
5) Efectos de la religión en los cuidados paliativos; y
6) La espiritualidad y los profesionales de cuidados paliativos.

En otros estudios se han informado que la espiritualidad y aspectos relacionados (por ejemplo, la oración, la meditación) han tenido un efecto positivo en: dolor crónico (49); psoriasis en pacientes que reciben fototerapia (50); función inmune de los pacientes (51); menos efectos adversos en pacientes cardíacos (52); mayor apoyo social y menos síntomas depresivos entre los pacientes geriátricos (43); aumento de la salud física y mental (44); la sistemática revisión sistemática de Larson de más de 300 estudios de espiritualidad y salud (45) en la que se argumenta la correlación entre espiritualidad, religión y salud.

La debilidad central es el fracaso en el control de las variables de confusión, tales como el estatus socioeconómico, las diferencias de comportamiento, la edad, la movilidad física y el apoyo social (46). La falta de control de estos hallazgos es amplia y discutida de manera exhaustiva por Sloan y cols (56). y Freedman et al.

Por ejemplo, Larson et al (47,48) citan numerosos estudios que indican una correlación positiva entre la asistencia a la iglesia y la esperanza de vida, y entre la asistencia a la iglesia y una disminución del índice de suicidio (49). Pero como Sloan (46) y Freedman, muchos factores de confusión no se contabilizaron; incluyendo la observación de que las personas que asisten a la iglesia son generalmente lo suficientemente saludables para asistir frente a las personas que están demasiado enfermas para asistir.

Una segunda crítica a los estudios sobre los efectos de la espiritualidad sobre la salud se relaciona con el muestreo. Freedman (40), analizaron todos los 329 estudios de investigación revisados por pares citados por Larson (45) y descubrieron que los estudios reflejaban en gran medida las experiencias de los sujetos cristianos (85% de los estudios), estadounidenses (73% cuando se mencionan) y, por lo tanto, no puede generalizarse (50).

Mientras que los estudios mencionados parecen más indicativos de la relación entre religión y salud, se han hecho correlaciones similares entre la espiritualidad y la salud. Por ejemplo, Chiu (51) en su encuesta sobre la literatura de espiritualidad en la atención de la salud informó que el 79,5% de los artículos se originó en los Estados Unidos, con sólo el 2,4% de los artículos procedentes de países no occidentales.

Una nota final que no ha recibido mucha atención en la literatura es el enfoque utilitario general que subyace en muchos de estos estudios que exploran los efectos de la espiritualidad sobre la salud. Este enfoque consumista de la espiritualidad a menudo es contrario al corazón de la Tradiciones históricas que desarrollaron tales prácticas, creando lo que podría denominarse un enfoque "espiritualista" de la espiritualidad.

Un texto reciente ha comenzado a discutir esta contradicción aparente dentro de la tradición cristiana, argumentando que mientras que la curación ha sido siempre una preocupación significativa del cristianismo, este interés ocupa un lugar limitado dentro de la preocupación general de las tradiciones para que sus miembros participen fielmente en todo el Alcance de la obra de Dios hacia toda la creación (52).

Y aquí retomo la relación de la Bioética en cuanto a salud y espiritualidad, ya que una parte de la bioética norteamericana se ha presentado como un intento de conseguir una ética de consenso, basada en principios emanados de un “sentido común moral”, que debe estar cerrado necesariamente a la trascendencia y en la cual los interlocutores debieran dejar de lado sus creencias y convicciones religiosas o morales a favor de lograr acuerdos de mínimos (63).

Por ejemplo, Max Charlesworth, en su conocida obra “La bioética en una sociedad liberal”, comenta que sólo podemos ponernos de acuerdo en que no vamos a ponernos de acuerdo y critica que no se deje a los individuos elegir su propia muerte, que se limite el arriendo de úteros en la fecundación in vitro o que “el enfoque utilitarista de coste-beneficio adoptado en el presente por muchos economistas sanitarios, burócratas y políticos (enfoque que se presta al paternalismo burocrático y el ‘dirigismo’) va directamente en contra de estos valores neoliberales.

En dicha sociedad no puede haber ningún consenso sobre valores de segundo orden, ‘parciales’ o confesionales”Se critica el “paternalismo” y el relativismo del utilitario y, a la vez, se rechaza todo intento de introducir cualquier valor de tipo religioso o moral en el espacio público (53).

Quizás otros estudios que ayuden a entender la dimensión espiritual relacionado con la salud-enfermedad es lo que les pasa las personas cuando sufren de enfermedades que amenazan la vida, que aspectos de la espiritualidad surgen, se manifiestan o se expresan consiente o inconscientemente; C. M. Puchalski (54) consideró que el diagnóstico del cáncer cambia la vida de los pacientes para siempre, llevando al surgimiento de preguntas sobre el sentido de la vida y con el paso del tiempo y a través del tratamiento, asuntos relacionados con esperanza y plenitud.

Esta dimensión surge al final de la vida porque en los pacientes se produce un cuestionamiento sobre el sufrimiento y la muerte, así como una búsqueda de sentido independientemente de su historia espiritual (Dyer, (65); Lunder, Furlan, & Simonic, (56); Okon, (57).

En relación con esta crisis existencial desencadenada por la enfermedad, Kissane et al. (58) describieron un síndrome de desmoralización distinto a la depresión en pacientes terminales, caracterizado por desesperanza, pérdida de significado y deseo de muerte.

Rousseau (59) se refirió a tal crisis como sufrimiento espiritual. Phelps et al. (60) encontraron por medio de entrevistas semiestructuradas a pacientes, enfermeras y médicos, que la mayoría de los tres grupos (77.9%, 85.1% y 71.6% respectivamente) consideraron que el cuidado espiritual regular por parte de médicos o enfermeras debería traer efectos positivos para los pacientes.

El estudio de Steinhauser et al. (61) define entre los principales aspectos importantes que se deben tener en cuenta al final de la vida y que mejoran la calidad de vida de los pacientes en esta última etapa (o calidad de muerte), el estar mentalmente consciente, tener planeados los arreglos para el funeral, sentir que la vida fue completa, no ser una carga para la familia o la sociedad, ser capaz de ayudar a otros, estar en paz con Dios y orar.

En un estudio en el que se preguntó a pacientes oncológicos qué es calidad de vida, por medio de un análisis lexicográfico se encontró que la espiritualidad es un aspecto clave de este constructo Sánchez, Sierra, & Ibáñez, (62). Johnson et al. (63) encontraron que un mayor bienestar espiritual (creencias sobre el papel de la fe en la enfermedad, fe y significado-paz) se asoció con menores síntomas de ansiedad y depresión. Dada esta alteración de la dimensión espiritual de los pacientes diagnosticados con cáncer ha surgido la necesidad de incluir el cuidado espiritual en el tratamiento integral por medio de una medición objetiva del constructo y del desarrollo de intervenciones que fomenten este tipo de bienestar.

En este sentido, en la definición que hace la Organización Mundial de la Salud sobre cuidado paliativo, se considera que en este tipo de cuidado, la prevención y alivio del sufrimiento se realizan por medio de una identificación temprana y una evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (64).

Teniendo en cuenta estos estudios en pacientes al final de la vida, que intervenciones se pudiesen plantear, pues se realizó una revisión de la literatura sobre intervenciones centradas en la espiritualidad.

La estrategia de búsqueda arrojó 3.058 estudios de los cuales se identificaron 496 duplicados. Los investigadores revisaron 2.562 estudios de los cuales seleccionaron diez artículos que cumplieron los criterios de elegibilidad, entre los cuales se destacaron las cinco intervenciones descritas en la **Tabla 2** (65).

Tabla 2.

Aspectos temáticos y metodológicos considerados en intervenciones propuestas para el fomento de la espiritualidad

			Aspectos temáticos		**Aspectos metodológicos**				
Autor	Referencias	Intervención	Objetivo	Temas	Número, frecuencia y duración de las	Población objetivo	Número de pacientes	Actividades	Resultados
Breitbart W.	(W Breitbart, 2002; W Breitbart et al., 2004; W. Breitbart et al., 2012; W Breitbart et al., 2010)	Psicoterapia de grupo	Mejorar espiritualidad para disminuir desesperanza, desmoralización y estrés	Sentido de vida y logoterapia	Ocho sesiones cada semana 90 minutos cada sesión	Pacientes con cáncer en estadios III y IV	Ocho a diez pacientes en cada sesión	Cada sesión consta de una dinámica, un ejercicio experiencial y una discusión. Se deja trabajo para la casa.	Disminución de ansiedad y deseo de muerte
Garlick , Wall, Crowin y Koopman	(Garlick, Wall, Corwin, & Koopman, 2011)	Terapia integrativa psicoespiritual	Mejorar el bienestar y estimular el crecimiento Postraumático en pacientes con cáncer	Espiritualidad y religión, disminución de estrés, aceptación y compromiso	Ocho sesiones cada semana 180 minutos cada sesión	Mujeres con cáncer de mama	Grupos pequeños	Entrevista semiestructurada sobre el sentido de la vida	Incremento en calidad de vida (medida con la escala FACIT-B), bienestar psicológico y espiritual. Disminución de niveles de depresión, ansiedad y fatiga.
Chochinov	(Chochinov et al., 2005; Chochinov et al., 2012; Chochinov & Cann, 2005; Chochinov et al., 2011)	Terapia de la dignidad	Mitigar el sentimiento de angustia al final de la vida	Dialogo con paciente y transcripción del relato editada frente a propósito y significado de la vida	Entre una y tres sesiones cada dos o tres días. 30 a 60 minutos cada sesión	Pacientes con expectativa de vida menor a seis meses	Individual	Entrevista semiestructurada Transcripción de las narrativas. Revisión por parte del paciente. Entrega al paciente o ser querido.	Mejoría en calidad de vida, aumento de sentido de la dignidad, mejoría en la percepción frente a su familia y su utilidad en ella y mejoría en el bienestar espiritual.

Tabla 2: Fuente: Urrego, S. C., Sierra, F. A., & Sánchez, R. (2015).

Los aspectos temáticos y metodológicos considerados en las intervenciones encontradas en la revisión de la literatura se presentan en la Tabla 2: Los aspectos temáticos comunes observados en las intervenciones publicadas fueron la búsqueda del sentido de vida, la trascendencia, disminución de ansiedad ante el diagnóstico y el tratamiento y el apoyo al paciente por parte de familiares y de personas que están pasando por la misma situación de enfermedad.

Asimismo el aspecto metodológico común fue la realización de terapias grupales (las intervenciones individuales resultan muy eficientes en pacientes de cuidados paliativos, debido a la dificultad para reunirlos en grupos) con una sesión semanal.

Por lo tanto en la reunión de consenso se determinó incluir como tema principal la búsqueda de sentido de la vida. Atendiendo a las propuestas de la terapia de la dignidad de Chochinov (66) y de la psicoterapia de grupo centrada en el sentido de la vida de Breitb art (67) se determinó realizar una búsqueda de sentido de la vida a través de la revisión de hechos significativos en la historia del paciente, así como una enseñanza para construir sentido de la vida hacia el futuro por medio de la definición de metas y acciones.

En relación con aspectos metodológicos se determinó realizar una intervención de ocho sesiones, una semanal de 90 minutos, en grupos de cuatro a siete pacientes. Durante las cuatro primeras sesiones se realiza una revisión de la historia pasada, teniendo en cuenta la propuesta hecha en la entrevista breve de revisión de vida de Ando et al., (68) y el peso que otras intervenciones dan a la revisión de la historia de vida de Ando et al., (78); Chochinov et al., (79). Esta revisión debe llevar a la construcción de un álbum con el legado de vida que incluya los momentos importantes de su biografía.

Este álbum es creado por las pacientes, alimentado por el terapeuta con las frases relevantes producto de las sesiones anteriores y compartido en la cuarta sesión con un familiar buscando fortalecer lazos en la red de apoyo a través del reconocimiento de experiencias vividas en conjunto.

Durante las sesiones cinco a ocho se enseña a las pacientes a planear metas para el futuro y se les brindan herramientas para la búsqueda de formas en las cuales estas puedan ser realizadas.

Los elementos comunes a todas las sesiones son ejercicios de relajación, con el fin de brindar herramientas para el manejo de la ansiedad generada por el tratamiento oncológico, la resolución de preguntas relacionadas con el sentido de la vida por medio de ejercicios grupales o individuales y la discusión en grupo que busca desde la interacción, fortalecer las reflexiones realizadas.

Los objetivos y las actividades desarrolladas en cada una de las sesiones se muestran en la **Tabla 3**. Las intervenciones fueron planteadas para ser dirigidas por un psicólogo clínico y se consideró importante que este tuviera experiencia previa en intervenciones grupales con pacientes con enfermedades crónicas (65).

Tabla 3.
Estructura de la intervención en espiritualidad para pacientes con cáncer

Sesión	Objetivo	Actividades
	Comprender el concepto de 'sentido de vida', explorar posibles fuentes de sentido e iniciar la búsqueda del sentido de sus propias vidas.	Presentación. Ejercicio de relajación. Cuestionario de exploración de hechos significativos en la vida. Discusión.
	Descubrir la relación entre hechos significativos en su historia de vida y su aporte en la construcción del sentido de su vida.	Ejercicio de relajación. Construcción de historia colectiva. Identificación del impacto de determinados sucesos en la construcción de historia de vida. Discusión.
	Reflexionar acerca de la influencia de las personas que le rodean en la búsqueda del sentido de su vida y como a su vez, la historia de vida propia ha influido y puede influir en la búsqueda de sentido de vida de los otros.	Ejercicio de relajación. Identificación de determinados sucesos vividos y su impacto en la vida de otros. Revisión y culminación del álbum (creado previamente por el terapeuta recogiendo material y frases de las sesiones anteriores). Discusión.
	Fortalecer los vínculos afectivos de las pacientes y el reconocimiento del otro como parte importante en la construcción del sentido de vida.	Inclusión de los acompañantes de una hoja con aportes al álbum (mensaje de gratitud). Entrega del álbum de parte del acompañante a la paciente y acto simbólico esperanzador.
	Diferenciar entre los componentes de la vida que pueden y no pueden ser modificados, propiciando que actúen sobre los cuales pueden tener control, como sus emociones y la forma de asumir las situaciones.	Ejercicio de relajación. Identificación de limitaciones presentadas tanto en la vida cotidiana como a lo largo de la existencia. Presentación de video 1 (personajes motivadores que han convertido sus limitaciones en potencialidades). Identificación de potencialidades individuales partiendo de las limitaciones descritas al inicio de la sesión. Discusión.
	Identificar el propósito de su vida, determinando las responsabilidades que el cumplimiento de este genera y planear la forma de cumplir dicho propósito teniendo en cuenta sus limitaciones, potencialidades y creatividad.	Ejercicio de relajación. Identificación de metas y motivaciones. Modelamiento a través de una historia de vida. Construcción colectiva de posibilidades en la realización de las metas más significativas de cada una de las pacientes. Discusión.
	Explorar el humor en la vida cotidiana e incorporarlo como herramienta para construir sentido de vida	Ejercicio de relajación. Presentación de video 2 (importancia del humor en la vida cotidiana). Evocación de una situación estresante del pasado. Creación de suceso cómico basado en situación estresante. Discusión.
	Descubrir el sentido de la vida a pesar de la amenaza de muerte y reflexionar acerca de los aprendizajes obtenidos a lo largo de la intervención.	Ejercicio de relajación. Elaboración de mensaje motivador a una de las compañeras. Compartir mensajes. Entrega de parte del terapeuta de escrito con la meta de cada una de las pacientes. Discusión y cierre.

Tabla 3: Fuente: Urrego, S. C., Sierra, F. A., & Sánchez, R. (2015).

DISCUSION

Iniciar un debate sobre aspectos espirituales y la Bioética me ha llevado a una profunda reflexión de tantos conceptos que he adquirido de la mano de grandes pensadores, investigadores, Bioeticista, psicólogos, psiquiatras, filósofos, etc. Tuve que realizar una búsqueda interesante de conceptos que sobrepasaron mi intención primera de los objetivos a estudiar.

Palabras como trascendencia, sentido de la vida, sentido de uno mismo, paz interior, relación con un Ser superior, comunión, alegría, compañía, compasión, tristeza, vacío existencial, crisis espiritual, y la más grande que engloba a todas espiritualidad.

No podría comprender ni relacionar aspectos tan intangibles como es la espiritualidad con los conceptos de la Bioética y el cuidado de la salud. Sin duda quedan varias preguntas por ser respondidas, varios conocimientos aun no descubiertos o explorados.

Este estudio intenta de manera muy sencilla y quizás pragmática de dar una explicación de la importancia de considerar a la espiritualidad como un bien para las personas en su cuidado de la salud por lo cual sería una necesidad ética de quien lo cuida (medico, enfermera, psicóloga, fisioterapeuta, etc) tener en cuenta estos aspectos y saber cómo abordarlos para el bien mayor del paciente.

Me queda pues entonces exponer los poner puntos de vistas de investigadores con los cuales se podría decir nos obliga a profundizar esta dimensión de la persona, no hacerlo caeríamos en la negligencia de nuestro actuar, será la gran propuesta que deberemos afrontar luego de analizarlo.

Para definir la espiritualidad se han realizado revisiones exhaustivas de la literatura documentada y se han encontrado más de 92 definiciones de la espiritualidad. Los autores identificaron siete definiciones en temas como: relación con Dios, un ser espiritual, un poder superior, o una realidad mayor que no de uno mismo; trascendencia relacionado o no con la creencia en un ser superior; vivencia existencial, no del mundo material; sentido y el propósito en la vida; fuerza de la vida de la persona; y en forma sumativa las definiciones combinaban varios temas (22).

Por tanto en esta gama de probables definiciones que muchas tendrán su impronta sin lugar a dudas en la religiosidad, la cultura, las nuevas tendencias de la vida postmoderna, la vivencia personal, el momento de la vida de uno mismo.

Es aquí donde primeramente posicionamos lo que es persona como definición para contextualizarla en su totalidad y con esta dimensión; Boecio lo definía como: “La persona es la sustancia (subsistente) individual de naturaleza racional”.

Pero esta definición aun me era insuficiente para contextualizar con la espiritualidad, pues la misma no es totalmente racionalizable, por ello tantos intentos de definirla, no podemos alcanzar de comprenderla del todo, es aquí donde el concepto de persona se amplía ya que no es solo su característica individual y racional lo que lo hace ser persona, el ser persona es una unidad sustancial de cuerpo y espíritu, consciente de una historia propia, de un despliegue de si en el tiempo y espacio, con ideas, creencias, conceptos del bien, dotada de inteligencia, libertad, voluntad, capacidad de amar. Con tendencias impulsivas, emotivas y compulsivas.

Es un ser digno y anhelante de significado, ser trascendente que busca darla sentido a la vida como totalidad. La persona además de ser singular, es comunitaria, con vínculos con una cultura y a un ambiente.

Por tanto tenemos dos elementos interesantes el cuerpo espiritualizado o el espíritu encarnado, y la persona como un ente social, que precisa de vínculos, de comunión con otros, que pueden ser sus pares u otros seres que le dotan de sentido como ser la naturaleza, las artes, un Ser superior, etc.

Algunas definiciones de grandes investigadores que pueden aportar a la definición de la espiritualidad: Puchalski y Romer (27) hacen hincapié en la relación entre la espiritualidad y experimentar sentido trascendente de la vida. Karasu (28) ve la espiritualidad como una construcción que implique conceptos de fe y significado...

Según Frankl (29), significado, o tener la sensación de que la vida de uno tiene un significado, consiste en la convicción de que uno está cumpliendo un papel único y propósito en la vida que es un regalo: una vida que viene con la responsabilidad de vivir a la propia pleno potencial como ser humano, lo que se consigue una sensación de paz, alegría, o incluso la trascendencia a través de conexión con algo más grande que uno mismo.

Chochinov ha examinado las nociones de significado y propósito, utilizando el paradigma de dignidad Koening define la espiritualidad como la búsqueda personal por el entendimiento de las respuestas a cuestiones de la vida, su significado y relaciones con los sagrado y transcendente, que puede o no estar relacionada con propuestas de una determinada religión (41).

Se ha expresado en varias investigaciones que religiosidad no es necesariamente igual a la espiritualidad, la primera es una manifestación de la segunda pero no exclusivamente, la espiritualidad puede ser vivida por un creyente o no.

De estas definiciones podemos rescatar aspectos que son símiles entre los autores que es el significado de la vida o propósito.

Es la pregunta que todo ser humano se realiza alguna vez en la vida, y sin duda esta pregunta se hace casi obligatoria al momento de problemas de salud más aún si están relacionadas con el fin de la vida, quizás por ello existen más estudios de espiritualidad en pacientes con enfermedades en fase terminal de la vida.

Es por ello que de los estudios que se han realizado buscando las definiciones se hace un análisis de la precariedad por así decirlo de estos estudios, o mejor decirlo los sesgos probables de ellos, la debilidad central es el fracaso en el control de las variables de confusión, tales como el estatus socioeconómico, las diferencias de comportamiento, la edad, la movilidad física y el apoyo social (56). La falta de control de estos hallazgos es amplia y discutida de manera exhaustiva por Sloan y cols (56). y Freedman et al. Por ejemplo, Larson et al (57,58) citan numerosos estudios que indican una correlación positiva entre la asistencia a la iglesia y la esperanza de vida, y entre la asistencia a la iglesia y una disminución del índice de suicidio (58).

Pero como Sloan (55) y Freedman, muchos factores de confusión no se contabilizaron; incluyendo la observación de que las personas que asisten a la iglesia son generalmente lo suficientemente saludables para asistir frente a las personas que están demasiado enfermas para asistir.

Una segunda crítica a los estudios sobre los efectos de la espiritualidad sobre la salud se relaciona con el muestreo. Freedman, (50) analizaron todos los 329 estudios de investigación revisados por pares citados por Larson (54) y descubrieron que los estudios reflejaban en gran medida las experiencias de los sujetos cristianos (85% de los estudios), estadounidenses (73% cuando se mencionan) y, por lo tanto, no puede generalizarse (50).

Pero independiente de estos sesgos, existen estudios interesantes en donde se han propuesto intervenciones espirituales, recordemos el estudio de Urrego, S. C., Sierra, F. A., & Sánchez, R. (2015). Desarrollo de una intervención centrada en espiritualidad en pacientes con cáncer (65), en la misma los aspectos temáticos comunes observados en las intervenciones publicadas fueron la búsqueda del sentido de vida, la trascendencia, disminución de ansiedad ante el diagnóstico y el tratamiento y el apoyo al paciente por parte de familiares y de personas que están pasando por la misma situación de enfermedad. Asimismo el aspecto metodológico común fue la realización de terapias grupales (las intervenciones individuales resultan muy eficientes en pacientes de cuidados paliativos, debido a la dificultad para reunirlos en grupos) con una sesión semanal.

Por lo tanto en la reunión de consenso se determinó incluir como tema principal la búsqueda de sentido de la vida. Atendiendo a las propuestas de la terapia de la dignidad de Chochinov (66) y de la psicoterapia de grupo centrada en el sentido de la vida de Breitbart (67) se determinó realizar una búsqueda de sentido de la vida a través de la revisión de hechos significativos en la historia del paciente, así como una enseñanza para construir sentido de la vida hacia el futuro por medio de la definición de metas y acciones.

Este estudio intervencionista me resulto muy significativo porque aquí enlazamos tantos aspectos de la Bioética personalista, se tuvo en cuenta primeramente el ser persona del paciente, su dimensión holística, su dignidad incluso aunque el pronóstico vital fuese la previsión de la muerte, se tuvo en cuenta sin duda la autonomía de los mismos, pero lo interesante es que estos aspectos trabajados evocaban a la beneficencia del paciente y la familia, aquí está el constructo comunitario de la persona enferma, no está sola, todo el que lo rodea sufre y se cuestiona su sentido de vida y por tanto espiritualidad, la familia, amigos, el equipo de salud no escapa a este cuestionamiento, el abordaje que se propuso tuvo tantos aspectos en cuenta como ser:

1. Comprender el concepto de sentido de vida
2. Descubrir la relación entre la historia de vida en la construcción de su sentido de vida
3. Reflexionar sobre la influencia de las personas en el sentido de vida
4. Diferencias los componentes de la vida que pueden ser modificados y cuales no (aquí me detengo a analizar lo más humano de este aspecto, sabemos que a medida que el paciente pierde la capacidad de ser autónomo en su corporeidad como la toma de decisiones, suele perderse el sentido de vida e incluso pensar la vida no es digna de ser vivida, con este elemento de trabajo podemos observar que en cualquier circunstancia podemos encontrar sentido a la vida)

5. Fortalecer los vínculos afectivos (en pacientes al final de la vida reconocen que esto es el aspecto más importante, la familia, las amistades, las relaciones, esto no tiene que ver con lo sustancial material, es lo relacional que implica poner en marcha aspectos de la espiritualidad implícitos como ser el amor)
6. Identificar el propósito de vida (quizás uno de los más duros para quienes no construyeron este camino y es ahí donde sobreviene la crisis existencial, si percibimos no "hicimos" lo que debíamos hacer se puede caer en un vacío existencial terrible que muchas veces se confunde con depresión, enmascarándose el tratamiento con antidepresivos no pudiendo llegar nunca a la raíz del problema, Viktor Frankl propone que incluso aunque en apariencia no hayamos hecho nada, nuestra vida tiene un propósito)
7. Se trabajó sobre el sentido del humor, Frankl lo llamaría la capacidad de auto distanciamiento, a pesar del sufrimiento salir de uno mismo y ver la otra realidad, hasta reírse de uno mismo) y,
8. Descubrir el sentido de la vida ante la eminencia de la muerte que parecería una contradicción, pero refuerza nuestro punto de vista personalista de la Bioética el hecho del valor fundamental de la vida hasta el último momento, todo tiene sentido, si se pierde en ese momento se cae en la terrible tentación de la eutanasia que no ahorra sufrimiento espiritual, solo la encubre y no permite se la explore y se desarrolle incluso vuelvo a repetir al final de la vida.

Con estos argumentos, existen evidencias para nada despreciables de que la espiritualidad tiene relación con el estado de salud y calidad de vida de las personas, que explorarlas, trabajarlas produce un bien en el ser persona del paciente, visto en su totalidad como ser digno en cualquier circunstancia, por tanto es ético tener que abordarlo adecuadamente y me supone hasta un mandamiento u obligación tener que hacerlo si no, no respetaría a la persona en su dignidad, pero, esto sin duda requiere de la autoexploración y capacitación del equipo de salud para abordar esta dimensión y no caer en el espiritualismo, concepto que me ha llamado mucho la atención, que es una visión reduccionista de la persona, verlo solo como ente espiritual, la persona es un todo, y debe ser abordado y tratado como un todo.

Queda por tanto poder decir con énfasis que es una obligación ética incorporar practicas espirituales en el manejo de las personas enfermas o no a nuestro cuidado.

CONCLUSIONES

1. Todos los aspectos de la Bioética están relacionados con la espiritualidad en su manejo, ya que se pueden adjudicar los principios básicos de beneficencia (se ha corroborado el beneficio en ciertas circunstancias de la mirada integral de la persona en su espiritualidad), no maleficencia (si se ha corroborado este aspecto mejora síntomas o calidad de vida no ofrecerle o hacerlo de forma inadecuada podría causar un mal al paciente sufriente), autonomía (se ha visto mucha relación entre religión y espiritualidad, lo cual no es lo mismo, pero en ambas debe haber un deseo y propósito del paciente de buscar o necesitar explorar esta dimensión o dejar se evaluado en cuanto el sufrimiento evoca dilemas o crisis espirituales) y justicia (si convenimos es necesario e importante este aspecto, negarle una atención de una dimensión de su persona estaríamos privando de un derecho de mejorar su salud o calidad de vida, incluso al final de la misma)

2. Se ha encontraba una vasta literatura sobre espiritualidad y patologías, pero los más estudiados son los relacionados a enfermedades crónicas o en etapa terminal de la vida

3. También se ha encontrado múltiples estudios sobre bioética y el aspecto espiritual en el manejo de patologías en etapa terminal o no, y las indicaciones de este manejo tienen relación directa con la dignidad de la persona humana al tener una visión holística de la misma, volviendo a los principios fundamentales que rigen esta dignidad

4. Los aspectos éticos que relacionan la espiritualidad con el manejo de los pacientes con o sin enfermedades en etapa terminal se vuelven a deducir de los principios fundamentales, pero si agregamos los principios personalistas ampliamos la mirada en el respeto fundamental de la vida, la solidaridad, totalidad o terapéutico, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bolf, F. La importancia de la espiritualidad para la salud. Revista de Salud y crecimiento personal para pacientes. (Revista en internet) 2013 (consultado en 10 de Julio del 2015) (cito en: http://www.doctorcasado.es).
2. Cely Galindo G. Bioética: Humanismo Científico Emergente. Primera Edición. Bogotá D.C. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas; 2005.
3. Gherardi CR. Ética del final de la vida. UNESCO y Red Bioética. [Serial online] 2008 [Consultado el 06 de Junio de 2015], (cito en: http://portal.iner.gob.mx)
4. Cely Galindo G. El horizonte bioético de las ciencias. Quinta Edición. Bogotá D.C. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas; 2001.
5. Cely Galindo G. Ethos vital y dignidad humana. Primera Edición. Bogotá D.C. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas; 2004
6. Koening H G, McCulluough M, larson DBB. Handbook of religion an health: a century of research reviewed. New York Oxford University press; 2001.
7. Reich W T, Encyclopedia of Bioethics I. The Free Press, New York 1978,XIX.
8. Gracia, D. Tom L. Beauchamp, James F. Childress. Principios de Ética Biomédica. Masson , SA, Barcelona, versión de la 4ª edición.
9. S.V.Rovighi. Las categorías: la sustancia,in ID., Elementos de filosofía, La scuola, Brescia, 1963, vol. II., pp. 46-47
10. A. Pessina. Fundación y aplicación de los principios éticos. Aspectos del debate bioético, en Rivista di Filosofía Neoscolastica 4 (1991), pp. 361-398.
11. González, L. Revista Etbio Año 1- Núm. 1- 2011. Pag 100-102.
12. Real Academia Española (2014). «axiología». Diccionario de la lengua española (23.ª edición). Madrid: España.
13. Rodriguez, A. Etica general. 4ta edición. Eunsa Navarra. 2001
14. De Mestral, E. Manual de Bioética. Las virtudes. 3era Edición. EFACIM. Paraguay 2014. Pag 35-36
15. Gracia, D, Fundamentos de Bioética. Eudema, Madrid, 1989. pp. 7-51.
16. Sgreccia. Manual de Bioética. Fundamentos E Etica Biomédica Ed. Loyola Sao Paulo. Brasil. 2002. pag 139.
17. Aguiar-Guevara R. La culpa y su prueba. Baruta (Caracas Venezuela); Aguiar-Guevara & asociados; 1997.
18. Bolf, F. La importancia de la espiritualidad para la salud. Revista de Salud y crecimiento personal para pacientes. (Revista en internet) 2013 (consultado en 10 de Julio del 2015) (cito en: http://www.doctorcasado.es)

19. Castillo Valery A. Aspectos conceptuales y éticos-morales de la muerte. En: Aspectos Ético-morales sobre la Asistencia al Paciente Terminal. Muerte Encefálica. Donación de Órganos. Cuadernos de la FMV Nº 8. Caracas-Venezuela. 1994.
20. Castillo Valery A. La muerte y la medicina actual. En: Ética Médica ante el Enfermo Grave. Cap. JIMS, Barcelona España. 1986.
21. Centro Nacional de Bioética (CENABI). Aspectos conceptuales y ético-morales de la muerte. En: La Muerte y la Medicina Actual. UCV-Centro Nacional de Bioética, Modulo 5. Caracas-Venezuela; 1999
22. Cely Galindo G. Bioética: Humanismo Científico Emergente. Primera Edición. Bogotá D.C. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas; 2005.
23. Cely Galindo G. El horizonte bioético de las ciencias. Quinta Edición. Bogotá D.C. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas; 2001.
24. Koening H G, McCulluough M, larson DBB. Handbook of religion an health: a century of research reviewed. New York Oxford University press; 2001.
25. Pessina, A. Fundación y aplicación de los principios éticos. Aspectos del debate bioético, en Rivista di Filosofía Neoscolastica.1991, pp. 361-398.
26. González, L. Revista Etbio Año 1- Núm. 1- 2011. Pag 100-102.
27. McGrath P: Creating a language for 'spiritual pain'through research: A beginning. Support Care Cancer 2002;10:637–646.
28. Chao CC, Chen C, Yen M: The essence of spirituality of terminally ill patients. J Nurs Res 2002;10:237–244.
29. Hermann CP: Spiritual needs of dying patients: A qualitative study. Oncol Nurse Forum 2001;28:67–72.
30. Puchalski CM, Romer AL: Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. J Palliat Med 2000;3:129–137.
31. Karasu BT: Spiritual psychotherapy. Am J Psychother 1999;53:143–162.
32. Frankl VF: Man's Search for Meaning. 4th ed. Boston, MA: Beacon Press, 1992.
33. McGrath P: Religiosity and the challenge of terminal illness. Death Studies 2003;27:881–899.
34. McGrath P: Spiritual pain: A comparison of findings from survivors and hospice patients. Am J Hospice Palliat Care 2003;20:23–3.
35. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Harlos M, Kristjanson L: Dignity in the terminally ill: An empirical model. Soc Sci Med 2002;54:433–443.
36. Chochinov HM: Dignity conserving care: A new model for palliative care. JAMA 2002;287:2253–2260.
37. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson L, McClement S, Harlos M: Dignity in the terminally ill: A cross sectional cohort study. Lancet 2002;360: 2026–2030.
38. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson L, McClement S, Harlos M: Understanding will to live in patients nearing death. Psychosomatics 2005;47:7–10.
39. Chochinov HM Thinking outside the box: Depression, hope, and meaning at the end of life: J Palliat Med 2003;6:973–977.
40. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, Clinch JJ: Desire for death in the terminally ill. Am J Psychiatry 1995;152:1185–1191.
41. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al: Depression, hopelessness, and desire for death in terminally ill patients with cancer. JAMA 2000;284:2907–2911.
42. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M: Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. Psychosomatics 2002;43:213–220.
43. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W: Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminallyill patients. Lancet 2003;361:1603–1607.
44. Koening, H G, McCullough, M, Larson DBB. Handbook of religion and health, a century of research reviewed. New York. Oxford University press; 2011.
45. Shane Sinclair, B.A.,Pereira B and shelley raffin. A Thematic review of the spirituality literature within palliative care. Journal of Palliative Medicine. 2006, Volumen 9, numbero 2.
46. Cawley N: An exploration of the concept of spirituality. Int J Palliat Care 1997;3:31–36.

47. World Health Organization: Technical report series 804. Geneva: World Health Organization, 1990.
48. León F: Bioética y Religion Cristiano-Católica: dos racionalidades complementarias. Acta de Bioética 2010. 16(1)10.
49. Okon, T. R. Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. J Palliat Med,2005, 8(2), 392-414.
50. Kissane, D., Bloch, S., Smith, G., Miach, P., Clarke, D., Ikin, J., et al.. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. Psychooncology,2003, 12(6), 532-546.
51. Rousseau, P. Spirituality and the dying patient. J Clin Oncol, 2000-2002, 18(9),
52. Phelps, A. C., Lauderdale, K. E., Alcorn, S., Dillinger, J., Balboni, M. T., Van Wert, M., et al.. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. J Clin Oncol, 2012, 30(20), 2538-2544.
53. Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA, 2000, 284(19), 2476-2482.
54. Sánchez, R., Sierra, F., & Ibáñez, C. . Dimensiones que conforman el constructo calidad de vida en pacientes con cáncer. Revista Colombiana de Cancerología, 2012, 16(2).
55. Johnson, K. S., Tulsky, J. A., Hays, J. C., Arnold, R. M., Olsen, M. K., Lindquist, J. H., & Steinhauser, K. E. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? Journal of General Internal Medicine,2011, 26(7), 751-758.
56. World Health Organisation (WHO). Definition of Palliative Care. 2012. Disponible en: http:// www.who.int
57. Urrego, S. C., Sierra, F. A., & Sánchez, R. Desarrollo de una intervención centrada en espiritualidad en pacientes con cáncer. Universitas Psychologica, 2015, 14(1)
58. Chochinov, H. M., & Cann, B. J. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. J Palliat Med, 2005, 8(1), 103-115.
59. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., et al. Meaningcentered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. Psychooncology, 2010, 19(1), 21-28.
60. Ando, M., Morita, T., Miyashita, M., Sanjo, M., Kira, H., & Shima, Y. Effects of bereavement life review on spiritual well-being and depression. Journal Pain Symptom Manage, 2010, 40(3), 453-459.
61. Ando, M., Morita, T., Akechi, T., Okamoto, T., & Japanese Task Force for Spiritual, C. . Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. Journal of Pain & Symptom Management, 2010, 39(6), 993-1002.