

Práctica médica y sufrimiento espiritual (2ª parte)

C. Urbano-Ispizua

Clinica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Correspondencia:

Claudio Urbano-Ispizua

Clinica Universitaria

Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Avda. Pio XII, 36

31008 Pamplona

(cjurban@unav.es)

Resumen

En el último decenio se ha visto en la literatura médica una profusión de artículos sobre la relación entre Religión o Vida Espiritual y Salud. Se ha determinado que no hay una relación causal entre estos dos aspectos de la vida humana, pero que existe evidencia científica sugestiva de una directa asociación de ambas: salud y espiritualidad están misteriosamente entrelazadas en la vida del individuo. El debate y la investigación continúan, como continúa la experiencia por parte del enfermo de un "sufrimiento espiritual" y la muchas veces vacilante actitud del médico de ofrecimiento de un "soporte espiritual", pues no está seguro de que éste sea su papel.

En esta segunda parte se plantea que el sufrimiento espiritual puede y debe ser diagnosticado y convenientemente tratado. Esta reflexión nos lleva a sugerir un renovado interés por las materias humanísticas, en particular por la Antropología Filosófica. En cuanto a la práctica de la medicina sugerimos una valoración más cuidadosa de aspectos espirituales en los pacientes con trastornos más importantes, junto con la recomendación a todo el personal sanitario de procurar desarrollar un "Talento Clínico de Compasión".

1. El sufrimiento espiritual es diagnosticable

La palabra "espiritual" evoca algo referente al espíritu, como opuesto a la materia; del alma, especialmente como si tocada por Dios; recibiendo algo de él o procedente de él, santa, divina, inspirada. Usada con "sufrimiento", quiere decir el tipo de dolor -no físico, no emocional- provocado en el interior del sujeto por la percepción de una falta de unión o armonía dentro de su propio ser y con lo trascendente, lo divino.

El cuidado del paciente requiere mucho más que el tratamiento de la enfermedad. Supone la atención de las necesidades de la persona en su totalidad. Las razones aducidas para que el médico se ocupe de las necesidades espirituales del enfermo están bien resumidas en el trabajo de Mueller, *et al.*¹. Muy pronto las circunstancias de nuestro entorno exigirán una

Summary

Over the past decade a large number of articles have appeared in the medical literature sharing a particular concern: what is the connection between spirituality and health? There seems to be one, but its nature is unknown. Research goes on, and in the meantime, a toll is paid because of this ignorance: on the one hand the patient experiencing not just pain but also a kind of pain that has been termed 'spiritual suffering'; on the other hand the physician, willing to alleviate suffering but unsure of his role as a spiritual healer.

In this second part of a series we hold that spiritual suffering may and ought to be diagnosed and treated. Also, this reflection encourages us to suggest a renewed interest in the humanistic disciplines, specifically in the philosophical anthropology. We believe that in medical practice an effort should be made by all caregivers to adequately assess the spiritual needs and sensibility of patients, while developing a clinical skill of compassion.

mayor sensibilidad hacia pacientes de cultura o religión diversa que la del médico, que a la vez serán vehículo enriquecedor de la relación médico-paciente.

Los médicos procuran la confianza de sus pacientes y se enfrentan con ellos a sus problemas, pero no siempre es así, pues cuando aparece un problema de tipo emocional o espiritual, por regla general es ignorado² o etiquetado de problema no médico y derivado a otros especialistas o profesionales. Penson, *et al.* insisten en que el paciente espera de quien le trata un cuidado integral en lo físico, lo emocional y lo espiritual: en el todo personal. Cuando no se compartimentaliza su atención, el enfermo que ha puesto su persona, sus temores y sus dudas en la persona del médico encuentra en esta misma persona la verdad, el diálogo y la esperanza: ésta sería la esencia de su relación. Es obligada la mención que el trabajo en

equipo, el aprendizaje acerca de como preguntar, responder o abordar los temas son de gran ayuda tanto para el médico como el paciente o la familia.

Las Crisis Existenciales

La enfermedad, al menos la enfermedad grave, puede dar lugar o acompañarse de crisis existenciales. Las crisis existenciales son manifestación de cambios bruscos en la vida, que suponen obstáculos a nuestros planes a veces percibidos como infranqueables, imprevistos que irrumpen en nuestra búsqueda de la felicidad, en la tranquila posesión de nuestra existencia. El modo de enfocarlas y su valoración depende mucho de la concepción del hombre que cada uno tenga y del modo de llegar a la realización de su existencia, fruto de un proyecto de vida considerado coherente³. Su resolución produce una personalidad equilibrada y una satisfacción interior debida a la propia situación en el mundo. Así, momentos buenos y momentos malos son aceptados como luces y sombras de un retrato personal vivo y verdadero.

Talento Clínico de Compasión

No basta con describir una enfermedad, hay que entenderla, diagnosticarla y tratarla. El sufrimiento espiritual de los enfermos graves está poco diagnosticado y menos aun entendido o tratado. Este tipo de sufrimiento reclama el calor humano, pero cuando aparece, se corre el riesgo de, por ignorancia, preferir hacer una valoración frívola y dar esperanzas más optimistas que realistas. Las intenciones son buenas y ambiciosas, pero conviven con el temor a inquietar al paciente, tener que dedicar más tiempo tanto al paciente como a una familia intranquila, la propia inseguridad en lo espiritual. En muchos casos falta el conocimiento de una esfera psicosocial, necesaria para hablar con tacto a los enfermos de temas delicados e identificar sus problemas emocionales^{4,5}. El médico tiene la voluntad de aprender cuando es para el beneficio de su paciente⁶, pero la excelencia profesional se ve amenazada por la cobardía ante la posibilidad ya experimentada del propio sufrimiento espiritual, al aparecer un vinculo emocional hacia el paciente⁴. Esta cobardía puede tener mucho que ver con la afirmación de Julián Marías de que lo único que le interesa al hombre de nuestra época es la seguridad, social y material. A la incertidumbre sigue la inseguridad y la única manera de estar seguro es que no haya nada. Rechazamos como inexistente aquello que nos produce inseguridad. También dice que una razón añadida y más profunda aún es la falta de amor: si no amo a nadie, si no necesito a nadie, si nadie me importa de verdad, pues me desintereso⁷.

En las Facultades de Medicina, por lo general no se enseña a hablar de espiritualidad o de muerte a los pacientes, pero hay estudios que demuestran como éstos lo agradecen y en algunos casos hasta mejoran^{4,8}. Escuchar atentamente requiere esfuerzo, y el primer paso es conectar con nuestro conocimiento intuitivo -el que llevamos en el interior- para después hacer que nuestra intuición tenga propiedades terapéuticas². El segundo sería el adoptar una disposición estable y positiva hacia lo que el paciente al caso dice o el respeto por su punto de vista. No es necesario que estemos de acuerdo, pero sí que valoremos lo que nos dice. ¡Si escuchar atentamente no cura, al menos alivia!⁹.

Sección "Espiritualidad" de la Historia Clínica

La oración no puede ser considerada un tratamiento médico ni debe ser sugerida por el médico a una persona sin convicciones religiosas. Sin embargo, algunas cuestiones que fueron consideradas tabú en el pasado y por tanto evitadas (hábitos sexuales, drogas, etc.), ahora forman parte de la historia clínica por su potencial relevancia. Lo mismo se podría decir con respecto a la espiritualidad: no se pretende juzgar la intimidad de la persona sino comprender cómo esa intimidad afectaría el modo de enfocar el tratamiento -con consentimiento informado- del paciente en cuestión, así como prever sus reacciones a la evolución del cuadro clínico. En este sentido es necesario reseñar que se han hecho incluso radicales afirmaciones indicando que la ausencia de un cuidado espiritual adecuado puede constituir negligencia médica¹⁰.

De esta historia existen algunos formatos bien determinados^{1,11}, y en algunos ambientes, más frecuentemente en unidades de terminales y paliativos es considerada de importancia crucial^{1,12}. Mueller, *et al.* sugieren una modificación del ofrecido por Puchalski y Romer^{1,13}. Las siglas inglesas son: F.I.C.A. (Faith, Importance, Community, Address) entendidas como Fe (denominación de su religión), Importancia (en cuanto a poder influenciar las propias decisiones durante la enfermedad), Comunidad (Parroquia, grupo religioso de referencia, donde podrá encontrarse un soporte espiritual cercano o específico), Atención (el tipo de atención espiritual -consejo, sacramentos- que el enfermo específicamente solicita) (Figura 1).

2. El sufrimiento espiritual requiere tratamiento médico

Algunos pacientes -especialmente los graves- están sensibilizados al rechazo y al prejuicio; por una parte la impotencia terapéutica y por otra la actitud crítica u opinión formada a la que algunos se refieren como los dogmas^{2,14}, son un obstáculo notable a una relación abierta. Es por ello necesario que el médico conozca sus prejuicios y los supere, rechazando toda aversión estética, intelectual o pseudoprofesional hacia cualquier tipo de persona. Si se busca que alguien pueda sentirse aliviado, nuestra disposición ha de ser abierta y solidaria, sin temor a dejar nuestros sentimientos al descubierto (Figura 2)¹⁵.

Caso especial son los pacientes terminales, en los que el problema no es tanto el miedo a morir como lo que conlleva la mala salud: agotamiento, miedo a ser abandonados, intocables para sus seres queridos, padecer un dolor intolerable, que planteará además situaciones de difícil solución ética, a dialogar entre médicos y familia¹⁶. El consuelo de ser amado por Dios y por los demás parece dar sentido a la vida aún en las peores situaciones.

Ira y sentimientos de culpabilidad

La rabia, cólera, o ira suele venir por la apreciación de que alguien actúa injustamente o nos hace personalmente una injusticia. Es difícil de controlar y tiende a revolverse hacia otros objetos distintos del causal, al tiempo que puede convertirse en agresión y agitación física. Aunque se puede bloquear o reprimir de modos distintos -o transformarla en ansiedad o miedo- esto no siempre es deseable. Muchos pacientes experimentan rabia hacia Dios e intentan reprimirla, a la vez que la tendencia del

Figura 1.

Hª Clínica, Sección 'Espiritualidad':

1. ¿Tiene Ud. una fe o creencias religiosas que piensa le pueden ser de ayuda en su enfermedad?
2. En estas circunstancias, ¿Piensa que son un apoyo? ¿Le preocupa que puedan llegar a ser causa de un conflicto?
3. ¿Le gustaría estar en contacto con alguna persona o grupo que puedan asistirle en lo espiritual durante su estancia aquí? ¿Le gustaría ser visitado por un capellán de este centro?
4. ¿Hay alguna necesidad espiritual, consejo, sacramentos, etc., en lo que podamos asistirle inmediatamente?

(Adaptado del modelo FICA)

personal sanitario es empujar a suprimir la ira y poner en su lugar sentimientos de fe y esperanza. Sin embargo, parece que hay expresiones de rabia o enfado como una emoción natural que liberan al paciente haciéndole capaz de otras pasiones como amor, alegría, compasión y la reconexión con Dios².

Las personas que se aproximan al momento de su muerte necesitan una cierta reconciliación con su vida pasada. Vuelven su mirada a las partes de su vida sobre la que sienten pena o remordimiento, para así reconocer su culpa, pedir perdón o en su caso, perdonar. No es extraño que busquen el tener alguien que les ratifique su fe en un Dios que ama y se interesa por ellos. También los menos espirituales buscan la paz que proviene de pensar que su vida ha servido para algo, ha tenido sentido. Entre los miedos que aparecen más imponentes al moribundo esta el de pensar que caerá en el olvido, por lo que necesita oír muchas veces que no será así, que su vida ha sido suficientemente hermosa y única; el temor a ser una carga para los suyos y un gran coste para sus conciudadanos. Por esto el personal asistencial ha de estar decididamente en favor de la vida¹⁷⁻¹⁹.

Distintas culturas tienen manifestaciones distintas. En general puede decirse que es de ayuda el pasar del "¿Por qué a mí?" al "De acuerdo, me ha tocado: ¿Como voy a afrontarlo?" Así como del "Dios me ama, se ha fijado en mí" al más consolador "Dios está conmigo en esto". En cualquier caso, cuando el paciente exterioriza su ira hay que acompañarle e informarle, lo cual comunica parte del dolor al profesional sanitario, experimentándolo o viviéndolo. Aunque este nivel de tratamiento requiere sensibilidad y sacrificio no cabe duda que en ello los médicos nos beneficiamos pues nos hacemos mejores como personas, ayudando al enfermo a preservar su dignidad insertándonos en una dinámica de heroísmo o altruismo frente al dolor y la inseguridad⁴.

No Ignorar la Muerte

Ayuda a resolver la crisis de la propia muerte la reflexión sobre el hecho de que la muerte es inevitable, aunque nos gustaría vivir lo suficiente como para decir que hemos vivido bien. Elizabeth Kübler-Ross²⁰ describió muy bien los estadios del enfrentamiento personal con la muerte: 1. Negación; 2. Cólera o Rabia con resentimiento, envidia; 3. Negociación; 4.

Figura 2.

Talento Clínico de Compasión:

Como médico he de pensar siempre en lo que el paciente espera encontrar en mí: *High Touch, High Tech*.

1. *High Touch*: Tratar a cada enfermo como persona en cuya intimidad soy admitido. Mi modo de mirar, de preguntar, y de tocar manifiestan la atención, respeto y agradecimiento por la confianza ofrecida. Prestar atención no sólo a 'la letra' sino a "la música" de esa nueva relación.

2. *High Tech*: Asegurarme que cada uno de mis pacientes recibe el mejor tratamiento disponible para su enfermedad. Compromiso de competencia profesional propia y del centro.

(Adaptado de Cassem)

Depresión con sentimientos de culpa, vergüenza, impotencia; 5. Aceptación, de carácter más bien indiferente y pasivo. Por supuesto esta fase invita una constante revisión, tratando de ayudar tanto al moribundo como a la familia que le sobrevive²¹.

De hecho es común a las culturas y más a las religiones el forzar un tono positivo al inquietante advenimiento de la muerte, en particular el insistir en que no está contrapuesta a la vida, sino que es el punto de llegada de un tránsito que empezó con el nacer.

Algunas fuentes de Soporte Espiritual

Las clásicas, enunciadas en el trabajo de Mueller, *et al.*¹ deberían ser las primeras en buscarse y estar disponibles: Familia y amistades, un capellán directamente en contacto con el médico o persona de voluntariado con conocimiento suficiente de su misión, textos de espiritualidad, lugares apropiados para la oración y meditación reservados expresamente. Mención especial, no necesariamente novedosa, merece el médico, que es en último término la persona en la que el paciente ha depositado toda su confianza. Por último decir que, cuando hay un sentido trascendente de la vida, la restitución de la salud no exige la curación física para el paciente, ni el éxito de una terapia para el médico. La paradoja es precisamente que, aquellos que están muriendo, son capaces de trascender su sufrimiento y sentirse definitivamente curados²².

Conclusiones

El foco de atención principal para el médico debe ser la etiología de la enfermedad y el tratamiento específico y eficaz, pero se hace necesaria la incorporación a la formación del médico de una antropología que explicando los misteriosos mecanismos de conexión entre cuerpo y espíritu, los que la experimentación científica no alcanza a alumbrar, ofrezca unos profesionales de la sanidad más próximos al paciente, más humanos.

Parte de este esfuerzo, aplicable inmediatamente, sería el prestar atención a una "historia clínica espiritual" del tipo recomendado por el modelo FICA (Faith, Importance, Community, Address) además del desarrollo por parte del médico de una

disposición hacia el enfermo constitutiva de "talento clínico de compasión".

Bibliografía

1. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 2001;76:1225-35.
2. Penson RT, Yusuf RZ, Chabner BA, Lafrancesca JP, Mcelhinny M, Axelrad AS, Lynch TJ Jr. Losing God. *The Oncologist* 2001;6:286-97.
3. Rojas E. *Una Teoría de la Felicidad*. Madrid: Dossat, 1993.
4. Lintz KC, Penson RT, Cassem N, Harmon DC, Chabner BA, Lynch TJ. A Staff Dialogue on Aggressive Palliative Treatment Demanded by a Terminally Ill Patient: Psychosocial Issues Faced by Patients, Their Families, and Caregivers. *The Oncologist* 1999;4:70-6.
5. Maguire P, Faulkner A, Booth K, et al. Helping cancer patients disclose their concerns. *Eur J Cancer* 1996;32:78-81.
6. Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol* 1998;16:1961-8.
7. Marias, J. El arte de pensar. En: Antúnez J. *Crónica de las Ideas*. Madrid: Encuentro, 2001.
8. Simpson M, Buckman R, Stewart M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto Consensus Statement. *Br Med J* 1991;303:1385-7.
9. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 2000;355:1486-90.
10. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med* 2000;132:578-83.
11. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2001;63:81-9.
12. Rummans TA, Bostwick JM, Clark MM. Mayo Clinic Cancer Center Quality of Life Working Group. Maintaining quality of life at the end of life. *Mayo Clin Proc* 2000;75:1305-10.
13. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *JAMA* 2000;284:1708.
14. Penson RT, Doyal L, Slevin ML. Ethical Issues in Cancer Treatment. *BJU* 1995;76 S2:37-40.
15. Penson RT, Dignan FL, Canellos GP, Picard CL, Lynch TJ Jr. Burnout: Caring For The Caregivers. *The Oncologist* 2000;5:425-34.
16. Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ Jr. Sedation for Intractable Distress of a Dying Patient: Acute Palliative Care and the Principle of Double Effect. *The Oncologist* 2000;5:1:53-62.
17. O'shea EM, Lintz KC, Penson RT, Seiden MV, Chabner BA, Lynch TJ Jr. A Staff Dialogue on Caring for a Cancer Patient Who Commits Suicide: Psychosocial Issues Faced by Patients, Their Families, and Caregivers. *The Oncologist* 1999;4:122-7.
18. Iglehart JK. The American health care system-expenditures. *N Engl J Med* 1999;340:70-6.
19. Serrano Ruiz-Calderón JM. *Eutanasia y Vida Dependiente*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, 2001.
20. Kubler-Ross E. *On Death and Dying*. New York: Macmillan Publishing Company, 1969:75-98.
21. Penson RT, Green KM, Chabner BA, Lynch TJ Jr. When Does the Responsibility of Our Care End: Bereavement. *The Oncologist* 2002;7:251-8.
22. Holland JC, Cassem EH, Mount B, Simmons P. *Dealing With Loss, Death, and Grief in Clinical Practice: Spiritual Meaning in Oncology*. 2002 Educational Book ASCO May 18-21 Orlando, FL:198-205.