



DOCUMENTOS

Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos



Marcelo Fonseca Canteros

Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Iquique, Chile

Recibido el 18 de mayo de 2015; aceptado el 12 de julio de 2015

Disponible en Internet el 23 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Espiritualidad;
Religión;
Cirugía;
Espiritualidad y salud;
Religión y salud

Resumen Durante las últimas décadas la espiritualidad y la religión se han retomado como aspectos importantes en la atención de pacientes, no solo para la toma de decisiones, sino como elementos que influyen positiva o negativamente en la evolución clínica y en la calidad de vida de los enfermos. Esto se ha traducido, entre otras cosas, en que en la mayoría de los países, incluido Chile, la recepción de los cuidados espirituales y religiosos durante hospitalizaciones sea un derecho garantizado por ley. Sin embargo, en la práctica, en la mayoría de las ocasiones esto solo queda reservado a algunos pacientes oncológicos terminales y/o con enfermedades catastróficas. El objetivo de este trabajo es presentar la importancia de la espiritualidad y la religión en la atención de pacientes, especialmente en los quirúrgicos.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Spirituality;
Religion;
Surgery;
Spirituality and health;
Religion and health

Importance of spiritual and religious aspects in treatment of surgical patients

Abstract During the last decades, spirituality and religion have been retaken as important aspects on patient's care, not only for decision making but as one of the elements that impact positively or negatively in clinical outcome and quality of life of patients. This has impacted, among other things, that in most countries, including Chile, the reception of spiritual and religious caring during hospitalizations has become a right guaranteed by law. Nevertheless, in practice, in most cases, this is reserved only for some terminal cancer patients and/or with catastrophic diseases. The target of this work is to present the importance of spirituality and religion in patient care, particularly surgical.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: mfon777@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.011>

0379-3893/© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

«El médico que no entiende de almas no entenderá cuerpos».

José Narosky

«En el servicio a los enfermos, mientras las manos realizan su tarea, estén atentos: los ojos a que no falte nada, los oídos a escuchar, la lengua a animar, la mente a entender, el corazón a amar y el espíritu a orar».

San Camilo de Lelis, siglo XVI

Introducción

La espiritualidad y la religión se han convertido en un tema de interés en salud, existiendo múltiples estudios que examinan la relación entre estas y su potencial para prevenir, curar y hacer frente a las enfermedades. Sin embargo, en contraposición a esta tendencia, son tomadas menos en cuenta en especialidades médico-quirúrgicas, orientadas cada vez más a la tecnología¹.

Existen múltiples definiciones de espiritualidad, las cuales varían según diferencias culturales, filosóficas y religiosas². El consenso sobre la mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos define la espiritualidad como «el aspecto de la condición humana que se refiere a la manera en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como la manera en que expresan un estado de conexión con el momento, con uno mismo, con otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado»³. Por otro lado, el diccionario de la Real Academia Española define religión como: «Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto»⁴. Por lo tanto espiritualidad y religión no son lo mismo, la espiritualidad se establece como una capacidad humana universal, pero no necesariamente relacionada y expresada en la práctica religiosa, la cual está asociada en mayor medida al hábito, a la costumbre y al dogma e incluye creencias, prácticas y rituales relacionados con lo sagrado⁵.

Contexto histórico

El concepto de enfermedad y su enfrentamiento ha tenido una evolución pendular a través de la historia. Desde la interpretación mágico-religiosa del proceso salud enfermedad, en donde la enfermedad era un castigo de los dioses y el médico cumplía un rol sacerdotal, pasando por la medicina científica-racional griega, hasta la visión opuesta y dicotómica del renacimiento, la cual separa completamente la religión de la ciencia y lo espiritual de lo material⁶.

Actualmente el papel de la espiritualidad y religión en la salud en general, y en la práctica quirúrgica en particular, se ha comenzado nueva y paulatinamente a reconocer, pero siempre con escepticismo por parte de la comunidad médica y ridiculizando a aquellos miembros que trabajaron en el tema⁷. En el año 1910 el *British Medical Journal* invitó a Sir William Osler —para algunos el médico más influyente del siglo XX⁸— a realizar un editorial sobre las personas que dependían de la fe y la oración en lugar de profesionales de la medicina para el tratamiento y la curación de sus enfermedades; Osler concluyó este editorial titulada «La fe que

sana», con el comentario «todo el tema es de gran interés para mí. Siento que nuestra actitud como profesionales no debe ser hostil»⁹. El cirujano y Premio Nobel de Medicina en 1912, Alexis Carrel, fue otra víctima de la intolerancia de la época. En 1903 fue testigo y relató una curación científicamente inexplicable de una joven que padecía peritonitis tuberculosa en Lourdes, la cual fue atribuida a la Virgen de ese lugar. La publicación de este hecho provocó su enemistad con los miembros de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lyon, lo que contribuyó a su salida de Francia hacia Canadá y posteriormente a Estados Unidos, en donde recibiría el Premio Nobel por sus múltiples aportes, principalmente en relación con el cultivo de tejidos, anastomosis vasculares y con el trasplante de órganos¹⁰. Barney Brooks, jefe de cirugía en el Hospital de la Universidad de Vanderbilt de 1925 a 1951, evaluó las necesidades psicológicas de los pacientes sometidos a cirugía, comunicando sus resultados en una conferencia titulada «Medicina Psicosomática», en la cual concluye que el estado mental del paciente estaba a la par con las habilidades quirúrgicas del cirujano para los resultados finales. También destacó la naturaleza psicológica del cirujano como vital para la relación médico-paciente, considerando que algunas personas con habilidades técnicas, pero socialmente deficientes eran indignos de la profesión; como era de esperar sus conclusiones fueron rechazadas por sus pares^{11,12}.

Contexto clínico

Algunas cosas son difíciles de hablar con extraños, la religión y la espiritualidad caen en esta categoría. El aforismo «no hablar de religión o de política», destinado a promover las relaciones armoniosas con los demás, a menudo parece guiar la relación médico-paciente. Pero así como la generación anterior de médicos desmitificó la exploración en profundidad de la sexualidad, esta generación debe desmitificar la exploración de los aspectos espirituales y religiosos¹³. Taylors et al. evaluaron las actitudes de los pacientes ambulatorios de cirugía general y ortopedia respecto a la investigación sobre sus creencias religiosas, prácticas espirituales y su fe personal, encontrando que el 83% de los encuestados estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo en que los cirujanos deben ser conscientes de la religiosidad y la espiritualidad de sus pacientes; el 63% coincidió en que los cirujanos deben tomar una historia espiritual y el 64% indicó que la confianza en su cirujano aumentaría si lo hiciera¹⁴. En un estudio realizado en Chicago, EE. UU., entre enero de 2006 a junio de 2009, 3.141 pacientes respondieron una encuesta sobre si deseaban discutir temas espirituales/religiosos durante su hospitalización, a lo cual el 41% respondió que les hubiera gustado hablar de estos temas y el 32% indicó que esto había sucedido¹⁵. La información entregada, entre otras cosas, permite tomar en cuenta las creencias en el manejo terapéutico y respetar la autonomía del paciente¹⁶.

Además, el peso relativo de la espiritualidad y la religión en la sociedad es otro argumento para su exploración. La espiritualidad se ha convertido en un aspecto relevante de la vida, sobre todo en áreas seculares en donde la religión se ha vuelto menos popular, pero su medición y definición es difícil. Pero la creencia en Dios en el mundo occidental, según

un estudio del *International Social Survey Programme*, varía entre el 40-100%¹⁷. Chile es un país religioso, en el cual el 78% de la población declara pertenecer a alguna religión, y al igual que la mayoría de los países de Latinoamérica es un país de predominio católico¹⁸. En las últimas décadas se han producido varios fenómenos a tener en cuenta: a) el porcentaje de la población que se dice católica ha ido disminuyendo, esto a merced del aumento de la población declarada evangélica, pero fundamentalmente del grupo ninguna/ateo. Este último grupo pasó del 12% de la población el año 2006 al 22% el año 2014. Sin embargo, en este grupo (ninguna/ateo) el 65% cree en Dios, el 48% se define como una persona espiritual, pero no religiosa, y el 18% realiza una oración o rezo por lo menos una vez al día¹⁹; y b) la observancia religiosa o religiosidad, entendida como el porcentaje que practica su culto una vez a la semana o más frecuentemente ha caído. Pero, por otra parte, la asistencia a fiestas religiosas y las peregrinaciones a santuarios tienen un profundo arraigo popular²⁰.

De igual forma un alto porcentaje de profesionales de la salud se califica como espirituales y/o con una afiliación religiosa. En Alemania —uno de los países con menor creencia en Dios— el 42,8% de los médicos se percibe a sí mismo como religioso y el 29% como espiritual²¹. En el caso de los profesionales chilenos de salud mental un 66% de los psicólogos y un 58% de los psiquiatras se declara creyente^{22,23}. Lo anterior es muy importante porque las creencias influyen en la práctica clínica. Cheever et al. realizaron una encuesta a un grupo de cirujanos en Estados Unidos, en el cual se obtuvo que el 68% de los cirujanos afirmó que las creencias religiosas desempeñan un papel en su práctica clínica, un 47% de los cirujanos oraba/rezaba antes, durante o después de la cirugía, un 56% afirmó que sus creencias religiosas lo ayudaban a lidiar con la incapacidad para curar a los pacientes con peor pronóstico, el 53% reconoció ser guiado en el ejercicio médico por una fuerza superior a sus propias habilidades y el 66% aseguró que las creencias religiosas hacen una diferencia en su práctica clínica²⁴.

Experiencias clínicas

Existen múltiples áreas de la cirugía en las que se han realizado experiencias clínicas, pero la cirugía cardíaca es un área en la que el efecto de la espiritualidad y la religión en la salud ha generado una mayor, aunque limitada atención e investigación²⁵.

a. Participación religiosa: la religiosidad se ha relacionado con una mayor calidad de vida relacionada con salud, no solo en el mundo occidental. Alzahrani et al. encontraron una correlación positiva entre la religiosidad y la calidad de vida en pacientes musulmanes de Arabia Saudita con diagnóstico de pie diabético²⁶. Strawbridge et al. realizaron un estudio prospectivo de mortalidad a 5.286 personas, con un seguimiento de 28 años, para analizar la asistencia a actividades religiosas y la mortalidad. Ellos dividieron el estudio en 2 grupos: 1) asistentes frecuentes (por lo menos una vez a la semana); y 2) asistentes infrecuentes (menos de una vez a la semana). Los asistentes frecuentes tuvieron una tasa de mortalidad más baja (RR: 0,64) y durante el seguimiento presentaron una mayor

probabilidad de dejar de fumar, realizar más ejercicio, aumentar sus contactos sociales y seguir casados²⁷. Otro estudio similar, con un seguimiento de 8.450 personas y excluyendo las variables de confusión (socioeconómicas, demográficas y de salud) demostró un significativo menor riesgo de muerte para los que asistieron a actividades religiosas más de una vez a la semana, versus los que nunca asistieron (RR: 0,77)²⁸. La magnitud del posible impacto de la religión en la supervivencia es equivalente a la abstinencia del hábito tabáquico²⁹, adicionando de 7 a 14 años de vida³⁰.

b. Preoperatorio: los factores psicológicos, especialmente la ansiedad preoperatoria, influyen en la evolución postoperatoria, en donde los pacientes más ansiosos presentan una recuperación más larga y tortuosa. La preparación psicológica preoperatoria, llamada también psicoprofilaxis quirúrgica, está orientada a disminuir las complicaciones posquirúrgicas³¹. Hosseini et al. aleatorizaron 2 grupos de pacientes iraníes candidatos a cirugía de revascularización miocárdica, un grupo recibió 5 sesiones de entrenamiento espiritual preoperatorio basado en principios islámicos Zikr y el grupo control no. Posterior a la intervención hubo una diferencia significativa en las puntuaciones de ansiedad entre los 2 grupos: grupo de intervención (19,48 ± 2,03) y grupo control (43,27 ± 5,49) (p < 0,000)³². Por otra parte, se ha relacionado la presencia de conflictos espirituales y/o crisis existenciales en el preoperatorio con niveles elevados de interleuquina-6³³, condición que se asocia a una mayor mortalidad³⁴.

c. Oración: la oración puede ser definida como una forma de comunicación con la Divinidad o el Creador, siendo quizás la forma más frecuente de expresión religiosa; La Biblia orienta a sus creyentes sobre su uso: «¿Está alguno enfermo entre vosotros? Llame a los ancianos de la iglesia, y oren por él, ungiéndole con aceite en el nombre del Señor. Y la oración de fe salvará al enfermo, y el Señor lo levantará³⁵». Actualmente es clasificada dentro de las terapias complementarias y/o alternativas. Un estudio conducido por el *Centers for Disease Control and Prevention's* y el *National Center of Health Statistics* de Estados Unidos encontró que la oración por motivos de salud era la terapia complementaria o alternativa más común (45,2% en los últimos 12 meses y 55,3% durante la vida)³⁶.

- Intraoperatoria: Ikedo et al. estudiaron el efecto de la oración y las técnicas de relajación durante la anestesia general en los resultados de la cirugía cardíaca. Para esto se incluyeron 78 pacientes sometidos a cirugía cardíaca en el *Nebraska Medical Center*, los cuales durante la cirugía usaron auriculares conectados a un reproductor de CD, dividiéndose aleatoriamente en 3 grupos que escuchaban: 1) una oración; b) técnicas de relajación; y c) nada (placebo). Se encontró una menor tasa de infección esternal tanto en los pacientes que escucharon una oración y las técnicas de relajación (4% para cada una) en comparación con el placebo (19%), pero sin resultados estadísticamente significativos³⁷.

- Intercesora: la oración intercesora, el orar por otros, ha sido una respuesta milenaria de la humanidad ante la enfermedad. Se han realizado múltiples estudios para evaluar su efecto en la salud. Byrd evaluó el efecto

- de la oración intercesora en 393 pacientes admitidos en la unidad coronaria del Hospital General de San Francisco. Para esto realizó un estudio aleatorizado, prospectivo y doble ciego, conformándose 2 grupos: 1) aquel que recibió una oración intercesora —por un grupo de desconocidos—; y 2) grupo control. El grupo que recibió la oración intercesora tuvo significativamente menos fallo cardiaco, menor uso de diuréticos y antibióticos, menos días de ventilación mecánica y menor número de paro cardiorrespiratorio, sin diferencias significativas en la mortalidad ni en el número de días de estancia hospitalaria³⁸.
- d. Atención espiritual: la atención espiritual históricamente se ha asociado al capellán del hospital, pero actualmente podemos distinguir a otras personas que cumplen ese rol, ya que las necesidades espirituales no necesariamente son de carácter religioso. En el ámbito hospitalario, tradicionalmente son los capellanes los especialistas en la atención de las necesidades espirituales que surgen durante la atención médico-quirúrgica. Aunque su papel es generalmente desestimado y subestimado, desempeñan un papel crucial en el bienestar psicológico de pacientes, familiares y miembros del personal de salud, el cual generalmente es inversamente proporcional a los resultados médicos³⁹. Piderman et al. estudiaron las expectativas de los pacientes hospitalizados en relación con la visita de los capellanes, encuestaron a 4.500 pacientes, vía correo electrónico, 3 semanas después del alta. De los que respondieron la encuesta (aproximadamente un tercio de los encuestados), el 70% respondió querer la visita del capellán durante la hospitalización, el 43% fueron visitados y el 81% indicó que la visita era importante. Sin embargo, más de la mitad de los encuestados no sabía cómo comunicarse con los capellanes. Entre las razones dadas para querer la visita, es que los capellanes sirven como recordatorio de la presencia y el cuidado de Dios y que proporcionan oración y lectura de la Biblia⁴⁰. Bliss et al. distribuyeron en 2 grupos a 33 pacientes sometidos a cirugía cardíaca abierta a la atención postoperatoria por un capellán y a la atención habitual, encontrando que el grupo que recibió soporte religioso tuvo una hospitalización 2 días más corta, con un ahorro de 4.200 dólares estadounidenses por paciente⁴¹.
- e. Cáncer: el diagnóstico de cáncer cambia para siempre la vida de los pacientes, amigos y familiares, planteándose preguntas de significado y propósito con más frecuencia que otras enfermedades de larga duración. Desde el momento del diagnóstico, durante el tratamiento, la supervivencia, la recurrencia y la muerte, los pacientes con cáncer se enfrentan a cuestiones espirituales que pueden causar sufrimiento o los pueden ayudar a enfrentar su enfermedad. La espiritualidad y religión han sido consideradas como herramientas para hacer frente al cáncer, pudiendo ser fuerzas positivas que permiten ayudar a los pacientes a replantear su enfermedad, encontrar un mayor significado a la vida y reconocer lo que es en última instancia importante para ellos⁴². Choumanova et al. entrevistaron a 27 mujeres chilenas portadoras de cáncer de mama, encontrando que el uso de la religión y la espiritualidad se manifestaba en: 1) la oración; 2) la dependencia de Dios para guiarlas a través de la enfermedad; y 3) en el apoyo social de otras personas que compartían su fe. La mitad de ellas reconoció que la enfermedad había provocado una mayor importancia de la espiritualidad y religión en sus vidas, reflejada en un aumento de la fe en Dios, y casi todos los pacientes (26/27) respaldaron la idea de que la fe puede ayudar a los pacientes en su recuperación⁴³. En los hombres se han realizado estudios en pacientes con cáncer de próstata, encontrándose que una mayor espiritualidad se asocia con una mayor calidad de vida relacionada con salud en pacientes con cáncer terminal⁴⁴, y una menor espiritualidad se relaciona con una menor función sexual y mayores molestias urinarias⁴⁵. Por otra parte, la angustia espiritual sin resolver puede conducir a una peor calidad de vida y resultados de salud más pobres. Esta angustia espiritual (por ejemplo, sentirse abandonado por Dios) es frecuente dentro de los pacientes con cáncer. Hui et al. evaluaron a 113 pacientes con cáncer avanzado ingresados en la unidad de agudos de cuidados paliativos del *MD Anderson Cancer Center*, a los cuales se les realizó al ingreso —según su protocolo habitual por un capellán— la escala de evaluación de síntomas de Edmon-ton, reportando un 44% de distrés espiritual, el cual fue asociado principalmente a pacientes jóvenes, con dolor y depresión⁴⁶. Por otra parte, un enfrentamiento espiritual negativo al diagnóstico de cáncer —expresado como una relación insegura con Dios, una visión inquietante del mundo y una búsqueda incesante de significado— se ha relacionado con mayor depresión y ansiedad⁴⁷. Cabe destacar que el morir en paz con Dios es el segundo factor más importante, después de morir sin dolor, para los pacientes y familiares con cáncer terminal⁴⁸. Desde el punto de vista de la economía de la salud, Balboni et al. estudiaron los costos económicos de la atención de salud de la última semana de vida de 339 pacientes con cáncer terminal, dividiéndolos en aquellos que reconocieron que sus necesidades espirituales/religiosas fueron satisfechas por el personal de salud y aquellos cuyas necesidades fueron inadecuadamente satisfechas. El grupo cuyas necesidades espirituales/religiosas fueron inadecuadamente satisfechas presentó una mayor probabilidad de morir en una unidad de cuidados intensivos (5,1% vs 1,0% $p = ,03$) y mayores costos en la atención de salud (4.947 vs 2.833 dólares estadounidenses $p = ,03$) que el grupo cuyas necesidades fueron satisfechas⁴⁹.
- f. Dolor postoperatorio: el dolor es uno de los efectos adversos más comunes en el periodo postoperatorio temprano. Su adecuado manejo aumenta el bienestar del paciente, permite retomar las actividades físicas más rápido, reduce la morbilidad postoperatoria —mejorando los resultados quirúrgicos— y acorta el periodo de hospitalización. Algunos estudios sugieren que el dolor postoperatorio puede ser manejado a través de la meditación y oración. Beiranvand et al. estudiaron el efecto de la meditación/oración en el dolor postoperatorio de mujeres musulmanas sometidas a cesárea bajo anestesia espinal, encontrando significativamente menos dolor en las pacientes que escuchaban una oración, presentando además menos náuseas y vómitos⁵⁰.

Aspectos legales

En Chile la normativa relativa a la asistencia espiritual y religiosa en los recintos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud fue actualizada mediante el Decreto Supremo n.º 94, de 2007, creando formalmente las unidades de acompañamiento espiritual⁵¹. Dentro de los distintos artículos podemos destacar:

- a. Artículo 4.º: *en el momento del ingreso del paciente se registrará en la ficha de admisión si desea recibir asistencia religiosa durante su estadía en el establecimiento y la confesión religiosa a la que este pertenece o la circunstancia de no pertenecer a ninguna, en su caso.*
- b. Artículo 13.º: *el equipo médico tratante podrá sugerir asistencia religiosa y/o espiritual para aquellos pacientes que se encuentren sometidos a circunstancias especiales, tales como las siguientes:*
 - *Que deban ser sometidos a cirugías de alta complejidad, con riesgo vital, amputaciones, secuelas deformantes o largas convalecencias.*

Posteriormente, el 24 de abril del 2012 fue promulgada la Ley 20.584 sobre los derechos y deberes de los pacientes en salud, la cual otorga a los pacientes el derecho a recibir visitas, compañía y asistencia espiritual⁵².

Evaluación de las necesidades espirituales

Existen varias encuestas formales para ayudar al personal de salud a evaluar las necesidades espirituales/religiosas de sus pacientes, las cuales permiten una exploración abierta de los recursos espirituales/religiosos generales de un individuo, sus preocupaciones y sirven además como inicio para la discusión de otros temas importantes. Dentro de ellos destaca la *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spirituality* y el índice de bienestar espiritual, como encuestas validadas centradas en la calidad de vida y el bienestar espiritual; por otro lado hay encuestas no validadas para la investigación, pero que permiten un acercamiento inicial del cirujano en relación con estos temas, dentro de las cuales destaca el cuestionario HOPE⁵³.

Cuestionario HOPE (esperanza): este cuestionario no ha sido validado por la investigación, pero permite un acercamiento inicial del cirujano en relación con los temas de espiritualidad/religión. La primera letra de la mnemotécnica, *H*, se refiere a los recursos espirituales básicos, como por ejemplo las fuentes de esperanza, sin centrarse en un primer momento en la espiritualidad/religión, esto permite el inicio de una conversación inclusiva y significativa con una variedad de pacientes. También permite que aquellos pacientes para quienes la religión es importante entreguen en forma voluntaria esta información. La segunda y tercera letras se refieren a la investigación de la importancia de la religión organizada en la vida de los pacientes y de los aspectos específicos de las prácticas de la espiritualidad que son de ayuda personal. La última letra, *E*, se refiere a los efectos de la espiritualidad y creencias del paciente sobre la atención médica y decisiones sobre el final de la vida (tabla 1).

Tabla 1 Ejemplo de Cuestionario HOPE

<p>H: fuentes de esperanza, significado, bienestar, fuerza, amor y conexión</p> <p><i>¿Qué es lo que le da fuerza interior?</i></p> <p><i>¿Cuáles son sus fuentes de esperanza, fuerza, consuelo y paz?</i></p> <p><i>¿A qué se aferra en los momentos difíciles de la vida?</i></p> <p><i>¿Qué es lo que lo sostiene y lo mantiene en marcha?</i></p> <p><i>Para algunas personas sus creencias religiosas o espirituales actúan como una fuente de consuelo y fuerza en los momentos difíciles de la vida. ¿Es eso cierto para usted?</i></p> <p><i>Si la respuesta es sí pasar a las preguntas O y P. Si la respuesta es no considere preguntar: ¿fue alguna vez? Si la respuesta es sí preguntar: ¿qué ha cambiado?</i></p>
<p>O: religión organizada</p> <p><i>¿Se considera parte de una religión organizada?</i></p> <p><i>¿Qué importancia tiene para usted?</i></p> <p><i>¿Qué aspectos de su religión son útiles para usted?</i></p> <p><i>¿Es parte de un comunidad religiosa o espiritual?, ¿cómo le ayuda con su enfermedad?</i></p>
<p>P: prácticas espirituales personales</p> <p><i>¿Tiene creencias espirituales independientes a su religión organizada?, ¿cuáles?</i></p> <p><i>¿Cree en Dios?, ¿qué tipo de relación tiene usted con Dios?, ¿qué aspectos de sus prácticas espirituales son más útiles para usted? (por ejemplo oración, meditación, lectura de las escrituras, asistir a servicios religiosos, escuchar música, ir de excursión, estar en comunión con la naturaleza)</i></p>
<p>E: efectos de la asistencia médica y problemas al final de la vida</p> <p><i>¿Cómo su enfermedad, o situación actual, le ha afectado para realizar las actividades que le ayudan espiritualmente? ¿Cómo ha afectado su relación con Dios? Como médico, ¿hay algo que pueda hacer para ayudarle a acceder a los recursos o actividades que por lo general le ayudan?</i></p> <p><i>¿Está preocupado por los conflictos entre sus creencias y su situación/atención/decisiones médicas?</i></p> <p><i>¿Sería útil para usted poder hablar con un capellán o líder espiritual de su comunidad?</i></p> <p><i>¿Existen prácticas o restricciones específicas que deba saber en relación con la prestación de la atención médica? (restricciones en la dieta, uso de hemoderivados, etc.).</i></p> <p><i>Si es un paciente terminal: ¿cómo sus creencias afectan el tipo de atención médica que le gustaría recibir en los próximos días/semanas/meses?</i></p>

Fuente: Anandarajah et al.⁵³.

Discusión

La atención médica integral requiere el reconocimiento de las dimensiones físicas, mentales, sociales y espirituales. La omisión de cualquiera de estos aspectos resulta en una atención incompleta que puede generar una sensación de frustración e interferir en el proceso de curación de los pacientes⁵⁴. Coincidentemente, la espiritualidad y la

religión son una parte fundamental de la vida de muchas personas, por lo que se hace necesario que el equipo de salud las considere para el enfrentamiento terapéutico, no solo por razones éticas y legales, sino por las implicaciones en la morbilidad, mortalidad, calidad de vida e incluso económicas.

Las competencias profesionales, sobre todo en especialidades quirúrgicas, se entienden las relacionadas con la técnica, y esta se percibe muchas veces como opuesta y excluyente a los rasgos más humanos de las profesiones de salud. Este pensamiento genera la omisión de la exploración de los aspectos espirituales y religiosos por la mayoría de los equipos quirúrgicos.

La evaluación de las necesidades espirituales y religiosas por parte del equipo de salud no debe ser impuesta a todos los pacientes, pero debe ser explorada y profundizada por todos aquellos pacientes que lo soliciten, e idealmente por los que serán sometidos a cirugías de alta complejidad, con pronósticos ominosos, con posibles secuelas deformantes, hospitalizaciones prolongadas y signos de crisis espirituales.

No es obligación del equipo de salud atender las necesidades espirituales y religiosas, pero sí identificarlas, respetarlas y realizar la derivación para que sean satisfechas por las personas más idóneas (capellanes, guías espirituales, etc.). En el ámbito hospitalario son las unidades de acompañamiento espiritual las encargadas de coordinar la asistencia espiritual y religiosa no solo para los pacientes y familiares, sino también para el equipo de salud.

Conclusiones

La espiritualidad y religión son aspectos fundamentales para la gran mayoría de la población. Su evaluación y atención permite otorgar una atención completa e integral durante el periodo perioperatorio, respetando las creencias y autonomía del paciente, y obteniendo además múltiples beneficios clínicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF. Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:10.
- Koenig H. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;1-33.
- Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Med Paliativa*. 2011;18:20-40.
- Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 22.ª ed. Madrid, España: Espasa; 2001.
- Koenig H, King D, Carson V. *Handbook of religion and health*. 2nd ed New York, NY, USA: Oxford University Press; 2012.
- Piñera B. El médico y la muerte. *ARS Méd*. 2000;2:59-63.
- Lucchetti G, Lucchetti A. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999-2013). *Int J Psychiat Med*. 2014;48:199-215.
- Young P, Finn B, Bruetman J, Emery J, Buzzi A. William Osler: el hombre y sus descripciones. *Rev Méd Chile*. 2012;140:1218-27.
- Osler W. The faith that heals. *Brit Med J*. 1910;1(2581):1470.
- Carrel A. *La incógnita del hombre*. Buenos Aires: Editorial Joaquín Gil; 1949.
- Brooks B. Psychosomatic surgery. *Ann Surg*. 1944;119:289-99.
- Tarpley J, Tarpley MJ. Spirituality in surgical practice. *J Am Coll Surg*. 2002;194:642-7.
- Josephson A, Peteet J. Talking with patients about spirituality and worldview: Practical interviewing techniques and strategies. *Psychiat Clin N Am*. 2007;30:181-97.
- Taylor D, Mulekar M, Luteran A, Meyer F, Richards W, Rodning C. Spirituality within the patient-surgeon relationship. *J Surg Educ*. 2011;68:36-43.
- Williams J, Meltzer D, Arora V, Chung G, Curlin F. Attention to inpatients religious and spiritual concerns: Predictors and association with patient satisfaction. *J Gen Intern Med*. 2011;26:1265-71.
- Retamales A, Cardemil G. Beneficios del ejercicio de la autonomía y consentimiento informado: ejemplo de los Testigos de Jehová. *Rev Méd Chile*. 2009;137:1388-94.
- Lehmann C. ¿Cuán religiosos somos los chilenos? Mapa de la religiosidad en 31 países. *Estudios Públicos*. 2002;85:21-40.
- Lehmann C. Chile: ¿un país católico? *Centro de Estudios Públicos. Puntos de Referencia*. 2001;249:1-4.
- Instituto de Sociología Pontificia Universidad Católica de Chile y CEP Adimark. *Encuesta Nacional Bicentenario 2014 PUC Adimark*. 2014. Santiago, Chile.
- Tennekes H, Koster P. Iglesia y peregrinos en el Norte de Chile: reajustes en el balance de poderes. *Cuaderno de Investigación Social*. 1986;18:39-58.
- Voltmer E, Büssing A, Koenig H, Al Zaben F. Religiosity/spirituality of German doctors in private practice and likelihood of addressing R/S issues with patients. *J Relig Health*. 2014;53:1741-52.
- Florenzano R, Cataldo E, Ojeda H, Taha N, Prado M, Hirmas C. Religiosity of psychotherapists in Santiago de Chile: results of a survey International Symposium on Psychiatry & Religious Experience. Noviembre, 2010. Ávila, España.
- Taha N, Florenzano R, Sieverson C, Aspillaga C, Alliende L. La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2011;49:347-60.
- Cheever K, Jubilan B, Dailey T, Ehehardt K, Blumenstein R, Morin C, et al. Surgeons and the spirit: A study on the relationship of religiosity to clinical practice. *J Relig Health*. 2005;44:67-80.
- Mouch C, Sonnega A. Spirituality and recovery from cardiac surgery: A review. *J Relig Health*. 2012;51:1042-60.
- Alzahrani H, Sehlo M. The impact of religious connectedness on health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers. *J Relig Health*. 2013;52:840-50.
- Strawbridge W, Cohen R, Shema S, Kaplan G. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health*. 1997;87:957-61.
- Gillum R, King D, Obisesan T, Koenig H. Frequency of attendance at religious services and mortality in a US national cohort. *Ann Epidemiol*. 2008;18:124-9.
- Koenig H, Hays J, Larson D, George L, Cohen H, McCullough M, et al. Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *J Gerontol A-Biol*. 1999;54:370-6.
- Hummer R, Rogers R, Nam C, Ellison C. Religious involvement and US adult mortality. *Demography*. 1999;36:273-85.
- Moix Queraltó J. Emoción y cirugía. *An Psicol Spain*. 1994;10:167-75.
- Hosseini M, Davidson P, Salehi A, Fallahi M. The effect of spiritual training on anxiety of CABG candidates in Iran. *Heart Lung Circ*. 2012;21:S289.

33. Ai A, Seymour E, Tice T, Kronfol Z, Bolling S. Spiritual struggle related to plasma interleukin-6 prior to cardiac surgery. *Psychol Relig Spirit*. 2009;1:112–28.
34. Lindmark E, Diderholm E, Wallentin L, Siegbahn A. Relationship between interleukin 6 and mortality in patients with unstable coronary artery disease: Effects of an early invasive or noninvasive strategy. *JAMA*. 2001;286:2107–13.
35. De Reina C, de Valera C. *La Santa Biblia: Antiguo y Nuevo Testamentos: versión Reina-Valera, revisión de 1960*. Asunción-Bogotá-Buenos Aires-Caracas: Sociedades Bíblicas en América Latina; 1964.
36. Barnes P, Powell-Griner E, McFann K, Nahin R. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Semin Integr Med*. 2004;2:54–71.
37. Ikedo F, Gangahar D, Quader M, Smith L. The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery. *Complement Ther Clin Pract*. 2007;13:85–94.
38. Byrd R. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J*. 1988;81:826–9.
39. Koenig H. Role of the chaplain on the medical-surgical team. *AORN J*. 2012;96:330–2.
40. Piderman K, Marek D, Jenkins S, Johnson M, Buryska J, Shanafelt T, et al. Predicting patients' expectations of hospital chaplains: A multisite survey. In *Mayo Clin Proc*. 2010;85:1002–10.
41. Bliss JR, McSherry E, Fassett J. Chaplain intervention reduces costs in major DRGs: An experimental study. En: Heffernan H, McSherry E, Fitzgerald R, editores. *Proceedings of the NIH Clinical Center Conference on Spirituality and Health Care Outcomes*. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1995.
42. Puchalski C. Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol*. 2012;23 Suppl 3:49–55.
43. Choumanova I, Wanat S, Barrett R, Koopman C. Religion and spirituality in coping with breast cancer: Perspectives of Chilean women. *Breast J*. 2006;12:349–52.
44. Zavala M, Maliski S, Kwan L, Fink A, Litwin M. Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. *PsychoOncology*. 2009;18:753–61.
45. Krupski T, Kwan L, Fink A, Sonn G, Maliski S, Litwin M. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*. 2006;15:121–31.
46. Hui D, de la Cruz M, Thorney S, Parsons H, Delgado-Guay M, Bruera E. The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Me*. 2010;28:264–70.
47. Boscaglia N, Clarke D, Jobling T, Quinn M. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15:755–61.
48. Steinhäuser K, Christakis N, Clipp E, McNeilly M, McIntyre L, Tulskey J. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Jama*. 2000;284:2476–82.
49. Balboni T, Balboni M, Paulk E, Phelps A, Wright A, Peteet J, et al. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*. 2011;117:5383–91.
50. Beiranvand S, Noparast M, Eslamizade N, Saeedikia S. The effects of religion and spirituality on postoperative pain, hemodynamic functioning and anxiety after cesarean section. *Acta Med Iran*. 2014;52:909–15.
51. Ministerio de Salud. Reglamento sobre asistencia religiosa en recintos hospitalarios. Decreto 94, 2007. Publicado en el diario oficial 17.09.08.
52. Ministerio de Salud, Sub Secretaría de Salud Pública. Ley n.º 20584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2012.
53. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*. 2001;63:81–8.
54. Koenig H. Religion, spirituality, and medicine: Application to clinical practice. *JAMA*. 2000;284:1708.