

INVESTIGACIÓN

EVALUACIÓN DE LA RELIGIOSIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

(Rev GPU 2011; 7; 3: 318-323)

Ramón Florenzano Urzúa¹

La espiritualidad y religiosidad son dimensiones de la vida de las personas raramente evaluadas en forma rutinaria en la práctica clínica. Sin embargo, esta evaluación es útil por diversas razones, sobre todo por la importancia cultural y personal que ellas tienen para muchos. Aunque existen diversos instrumentos para evaluar este ámbito, la entrevista es el método más habitual en la práctica, y en este trabajo nos centraremos en ella. Las áreas que deben explorarse sistemáticamente y preguntas habituales se resumen en la Tabla 1, e incluyen los antecedentes familiares y de ciclo vital sobre el tema, las creencias espirituales y religiosas en el presente, las prácticas religiosas privadas y públicas, el apoyo de las comunidades religiosas, y su importancia subjetiva

INTRODUCCIÓN

La espiritualidad y religiosidad (E/R) son raramente evaluadas en forma rutinaria en la práctica clínica. Su importancia subjetiva de la religiosidad en la vida del paciente, se puede profundizar en el enfrentamiento de la enfermedad física o mental, al apoyarse el paciente en sus creencias para dar sentido a ésta, y la relación de cooperación o antagonismo que percibe entre los tratamientos médicos o psicológicos y sus creencias religiosas.

En diversos estudios se ha constatado que sólo una minoría de las evaluaciones clínicas incluye elementos E/R en la información recolectada. Tanto estudios suizos como canadienses han encontrado que sólo un

tercio de las historias clínicas recoge esta información (1, 2) siendo generalmente el paciente quien la aporta espontáneamente. Entre las razones aducidas para esta carencia están la falta de tiempo, el temor de entrar en áreas de intimidad del paciente, la falta de conocimiento sobre temas E/R, temor de que los supervisores o colegas tomen una actitud negativa al respecto, y desinterés de parte del paciente.

Entre los factores que explican esta situación está el hecho descrito en trabajos previos de que la E/R de los profesionales de la salud mental es menor que la de sus pacientes, como se ha documentado en estudios internacionales y chilenos (3-5). Asimismo, muchas veces en el entrenamiento de psiquiatras y psicólogos estos temas son poco enseñados, y cuando se tocan, es para

¹ Profesor de Psiquiatría U. de Los Andes, PUC, U. de Chile; Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo
rflorenzano@gmail.com

centrarse en los aspectos más psicopatológicos de la interfase E/R con salud mental. Hay asimismo un conflicto sociológico en los dominios de prácticas de profesionales de la salud mental y de la religión, que pueden competir por la consejería de sus pacientes. El rol que históricamente cumplieron sacerdotes, ministros o chamanes, en la cultura laica actual, es desempeñado por médicos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud.

LA ENSEÑANZA DE LOS ASPECTOS ESPIRITUALES Y RELIGIOSOS A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

María Inés López Ibor Aliño, en Madrid, ha descrito lo que los psiquiatras necesitan aprender sobre estos temas. Señala esta autora cómo, tal como en el psicoanálisis, parte de la reticencia a considerar los aspectos espirituales viene de lo mucho que tiene en común esta especialidad médica con las religiones. Entre ellos está el crear conceptos difíciles de demostrar. Un psiquiatra heterodoxo, Tomas Szasz al escribir sobre “Anti psiquiatría” en la década de los años 1960, señaló que la enfermedad mental era un mito, creado por los especialistas para validarse frente a sus colegas médicos y ante la sociedad; otro psiquiatra genetista, Kendall, ha señalado que aún el día de hoy la Psiquiatría es una proto-ciencia, y lucha por darse una base científica, que en su perspectiva puede ser dada por los avances de la genómica molecular. La afirmación habitual es que la psiquiatría cabalga entre las ciencias y las humanidades. Un profesor de psiquiatría inglés, Sir Martin Roth, dice que “la Psiquiatría es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades”. Desde otra perspectiva, la práctica psiquiátrica, afirma la autora, debe basarse en los valores, la medicina más que en la ciencia debe centrarse en el paciente. La búsqueda del bienestar psicosocial se relaciona con la madurez del individuo, y tradicionalmente el ser maduro se ha entrelazado con el ser virtuoso. La OMS y muchos otros cuerpos internacionales en sus declaraciones recientes acerca de la importancia de la calidad de vida, han reconocido que un rol importante en este concepto lo prestan los aspectos espirituales y religiosos.

Específicamente en relación a las creencias religiosas, éstas son usadas trans-culturalmente como un medio efectivo para enfrentar la enfermedad, física o biológica. La relación entre madurez y virtud, entre bien y mal, se prueba etimológicamente en términos usados en diferentes idiomas: en inglés, el estar mal es *illness*, *sickness* o *disease*; en francés, *maladie/avoir* de mal; en griego es nosos o *pathos*. Los psiquiatras, que ya hemos

visto, tienden a ser menos religiosos que otros profesionales médicos, entran en una brecha cultural con sus pacientes. Éstos en general consideran que la religiosidad es más importante en sus vidas que lo que la hace la población general. En el caso de la psiquiatría, por ejemplo, los esquizofrénicos religiosos le encuentran más sentido a su enfermedad cuando tienen creencias religiosas, y su adherencia al tratamiento es directamente proporcional a su observancia religiosa. Todo lo anterior confirma que la relación entre psiquiatría y psicopatología es doble: la religión es un factor protector y también puede ser uno de riesgo.

En la formación de los psiquiatras es importante entonces promover habilidades en sentirse más cómodos hablando de temas E/R, destrezas en desarrollar empatía con creencias E/R de los pacientes. Así lo señalan las guías de práctica de la Asociación Psiquiátrica Americana. Esto se puede lograr a través de preguntas específicas en la entrevista clínica, el saber tomar una “historia espiritual clínica” y conocer diversas encuestas sobre E/R. Entre ellas están la Religious Orientation Scale (ROS) de Allport *et al.* 1967; el McGill Quality of Life Questionnaire; el Brief RCOPE (Pargament 1998); el FICA (Konig 2001), acrónimo para “Faith; Influence of Faith; Community (religious); Address Spiritual Needs”.

En la enseñanza de psicoterapia también es necesario reconocer el rol de los elementos espirituales y religiosos. María Inés López Ibor Aliño ha incorporado los siguientes elementos al respecto en los currículos de los residentes de psiquiatría en el Hospital de San Carlos en Madrid (6) temas tales como Entrevista Religiosa en Psiquiatría; E/R en el desarrollo humano; Revisión breve de mayores tradiciones religiosas: E/R en Psicopatología y E/R en Psicoterapia

¿POR QUÉ EVALUAR SISTEMÁTICAMENTE LA ESPIRITUALIDAD, RELIGIOSIDAD?

En Estados Unidos, entre los estándares de práctica clínica de evaluación de pacientes adultos, se incluye la exploración del ámbito psicosocial y cultural en el cual ha crecido y se mueve el paciente actualmente. Explícitamente se recomienda preguntar: “Cuáles con las creencias culturales, espirituales y religiosas de los pacientes, y cómo se han desarrollado y cambiado éstas a lo largo del tiempo”. Entre las razones para hacer esta exploración mencionemos:

1. La E/R como componente de la sensibilidad cultural. La cultura puede explicar situaciones de estrés personal y familiar, dar forma a los síntomas y canalizar la experiencia de enfermedad; influenciar

Tabla 1
EVALUACIÓN CLÍNICA ESPIRITUAL Y RELIGIOSA

<p>1. Historia E/R</p> <p>a. Antecedentes familiares</p> <p>i. ¿Cuáles eran las creencias religiosas o espirituales de su madre?</p> <p>ii. ¿Cuáles eran las creencias religiosas o espirituales de su padre?</p> <p>b. Niñez</p> <p>i. ¿En qué religión fue criado?</p> <p>ii. Cuándo era un niño, ¿que prácticas religiosas tenía que seguir? ¿Con que frecuencia?</p> <p>c. Adolescencia</p> <p>i. ¿De qué modo cambiaron sus creencias o prácticas religiosas en la adolescencia?</p> <p>d. Vida adulta</p> <p>i. ¿De qué modo cambiaron sus creencias o prácticas religiosas en la vida adulta?</p> <p>2. Efecto de la enfermedad sobre la E/R</p> <p>a. ¿De qué modo cambiaron sus creencias o prácticas religiosas desde que está enfermo?</p> <p>3. Creencias y prácticas E/R presentes</p> <p>a. ¿Cuál es su religión actualmente?</p> <p>i. ¿De qué modo cambiaron sus creencias o prácticas religiosas en la vida adulta?</p> <p>ii. Hábleme de sus creencias hoy en día.</p> <p>iii. ¿Tiene prácticas religiosas privadas hoy día? ¿Cuáles son?</p> <p>iv. ¿Tiene prácticas religiosas en un grupo o comunidad hoy día? ¿Cuáles son?</p> <p>v. ¿En qué medida recibe apoyo de su grupo o comunidad religiosa actualmente?</p>	<p>4. Importancia subjetiva de la religiosidad en la vida</p> <p>a. En general ¿cuán importante son sus creencias espirituales o religiosas en el día a día de su vida? Explique de qué manera lo son.</p> <p>b. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas le dan sentido a la vida? Explique de qué manera lo son.</p> <p>5. Importancia subjetiva de la religiosidad para adaptarse a la enfermedad</p> <p>a. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas le dan sentido a su enfermedad? Explique de qué manera lo hacen.</p> <p>b. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas lo ayudan a enfrentar su enfermedad? Explique de qué manera lo hacen.</p> <p>c. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas le ayudan a controlar su enfermedad? Explique de qué manera lo hacen.</p> <p>d. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas son una fuente de apoyo y fortaleza? Explique de qué manera lo hacen.</p> <p>6. Sinergia de la religiosidad con la atención psiquiátrica</p> <p>a. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas están en conflicto con sus medicamentos? Explique de qué manera lo están.</p> <p>b. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas están en conflicto con ver a un profesional de la salud mental (psicólogo o psiquiatra)? Explique de qué manera lo están.</p> <p>c. ¿Cómo se ha sentido hablando de sus creencias espirituales o religiosas?</p>
--	--

la severidad o características de diversos cuadros clínicos (por ejemplo la culpa en pacientes depresivos graves); determinar la interpretación que el paciente hace de sus síntomas; dar apoyo para afrontar la enfermedad; guiar al paciente en su búsqueda de ayuda; influir en el pronóstico y desenlace de la enfermedad; apoyar o retardar los procesos de diagnóstico y tratamiento.

2. La religión y la salud mental son fenómenos interdependientes. Si bien muchas veces la E/R tiene un efecto positivo en la salud mental, puede también

afectar negativamente los síntomas, enlentecer el momento de consultar o aumentar la desconfianza en los profesionales de la salud mental o en las terapias que ellos ofrecen. La evidencia muestra cómo en los casos del abuso de sustancias, del suicidio y de problemas familiares la religión puede tener un rol positivo. El clínico debe evaluar la relación positiva o negativa entre la E/R del paciente y su problema psicopatológico.

3. E/R como motivo para consulta de salud mental. Ya en 1994 la American Psychiatric Association

incluyó en la IV Edición de su Manual Estadístico de Trastornos Mentales el hecho de que hay fenómenos E/R que no deben ser considerado psicopatológicos: “Ejemplos de esto son experiencias que incluyen perder o dudar de la propia fe, problemas asociados con la conversión a una nueva creencia, o cuestionarse valores espirituales” y que éstos pueden ser causa para consultar a especialistas de salud mental. En un mundo crecientemente laico, se recurre hoy al psiquiatra o psicólogo donde antes se recurría al rabino, pastor o sacerdote. Esta consulta por experiencias E/R debe ser tratada con sensibilidad cultural y no clasificarla automáticamente de fenómenos obsesivos, psicóticos o de otra índole. La vida espiritual de las personas es un proceso con momentos de inflexión o crisis, y las experiencias transicionales, sea por crisis externas o por el propio proceso evolutivo, pueden crear angustia, depresión, fenómenos de duelo, y otros que deben ser evaluados cuidadosamente y en sus méritos. Para muchos, perder la fe es poner en jaque toda una estructura vital; para algunos, es sufrir un ostracismo de una comunidad en la cual han vivido desde su niñez. Esta disrupción es particularmente difícil cuando coexiste con una enfermedad física o una crisis matrimonial o laboral.

4. Satisfacción con la atención psiquiátrica. La atención psiquiátrica no se centra sólo en terapias psicofarmacológicas o psicosociales, sino para promover la recuperación psicológica de pacientes que experimentan un trastorno psiquiátrico severo. Muchas personas, a pesar de síntomas incapacitantes, pueden alcanzar una vida con sentido y recuperar un grado importante de autonomía. El examen de las creencias E/R es importante en el planeamiento de esta rehabilitación psicosocial, y así mejorar la relación con el profesional, cuando se logra una exploración adecuada de estas áreas.

CÓMO CONDUCIR UNA EVALUACIÓN CLÍNICA DE E/R

En la entrevista psicológica de recepción se pueden dejar algunos minutos para explorar sistemáticamente la historia E/R. El esquema general recomendado en la Tabla 1 se puede recorrer de la siguiente manera:

1. Antecedentes E/R: el entorno cultural del paciente se ancla en las prácticas religiosas de la familia de origen, y en el colegio, especialmente si se tuvo una educación religiosa. La espiritualidad evoluciona a lo largo de todo ciclo vital, e influye en el

estado mental presente del entrevistado. En esta exploración se debe indagar en especial por cambios drásticos, como son pérdida de la fe, conversión de una religión a otra, o experiencias límites como son, en muchas religiones cristianas reformadas, la del “Renacer en Cristo”.

2. La experiencia de enfermar puede también interactuar con las experiencias E/R, que pueden influir adversa o protectoramente en la sintomatología. El afrontamiento (“coping”) religioso puede colorear los delirios o alucinaciones, puede ayudar a sentir experiencias de “sanación” en la recuperación, y pueden afirmar o disminuir la fe religiosa del paciente.
3. Además de explorar la evolución de la religiosidad a lo largo del ciclo vital, se puede estudiar las creencias y prácticas actuales. El significado, por ejemplo, del sufrimiento y la muerte son temas centrales en todas las religiones, y representan para muchos un filtro de interpretación y expectativas cuando se experimenta dolor psíquico o físico. Las creencias varían en este respecto de una religión a otra, así como lo hace la imagen de Dios a lo largo de la vida.
4. Prácticas religiosas privadas: la oración vocal, la lectura espiritual o bíblica, el oír programas radiales o televisivos con contenido religioso, y especialmente la meditación con contenidos religiosos son todos elementos centrales en la vida de muchos.
5. Prácticas religiosas grupales o comunitarias: esto es lo que distingue la religiosidad organizada de la espiritualidad individual o en un sentido amplio. El pertenecer a una congregación, asistir regularmente a sus oficios, el contacto personal con los líderes del grupo, el participar en grupos corales, de ayuda fraterna, todos hacen que el paciente se sienta incluido y participe de una red social que muchas veces se torna central en su entorno vital cercano.
6. Apoyo recibido de la red social religiosa: la comunidad religiosa, después de la familia es muchas veces la red social más cercana de muchos, y le puede brindar ayuda emocional, material, y cognitiva. La mayoría de las religiones promueven el altruismo y la ayuda a los demás, y esta práctica es central en la autoestima y en la elaboración de los propios conflictos. Jung insistió mucho en el rol del mito del “Sanador herido” en muchas culturas, y en la práctica de la psicoterapia. Por otra parte, muchos sienten a su comunidad religiosa como en una actitud de juicio permanente hacia ellos, especialmente cuando tienen secretos que les

cuesta confiar a los demás. De allí muchas veces se transita a una actitud de distanciamiento y de enojo hacia la comunidad, por esta sensación, real o fantaseada de ser criticados por sus conductas o situaciones vitales.

7. Importancia subjetiva de la religión: en la medida en que el paciente revela en la entrevista una vida religiosa activa, es posible profundizar en la entrevista, indagando en la importancia (o saliencia) de la religión en la vida cotidiana. Las creencias pueden ser laterales o centrales en el día a día de un paciente, como lo ha señalado Huber (7). El concepto de centralidad describe la jerarquía de los fenómenos E/R en la personalidad del paciente. Cuando ellos son centrales, ejercen una influencia importante en otros dominios de la estructura vital: familia, carrera, sexualidad, convicciones políticas, y otras creencias y conductas. Si la religión es subordinada o periférica, tiene menor influencia en el resto de la vida. En pacientes con baja centralidad E/R es posible dejar la evaluación acá, ya que influirá poco en el área que nos interesa habitualmente, como es el manejo de los cuadros emocionales que experimenta el paciente. Cuando la centralidad es alta, se puede pasar al punto siguiente.
8. Importancia de la E/R en el enfrentamiento (coping) con la enfermedad. Cuando la E/R es importante, es necesario profundizar en ello para diseñar intervenciones que tomen estos aspectos en cuenta:
 - a. El significado espiritual de la enfermedad. Una de las preguntas más frecuentes al enfermar, psíquica o somáticamente es: “¿Por qué me ha sucedido esto a mí?”. La biomedicina no tiene respuesta a esta pregunta por el sentido, y muchos recurren entonces a su religión para encontrarlo. Pargament (8) ha descrito cuatro sentidos espirituales típicos: una re-significación benevolente (“todo esto es para mejor, y me permitirá ser una mejor persona, o un mejor creyente”), una re-significación culpable (“esto me viene como castigo divino por los propios pecados”); una re-significación demoníaca (“esto viene como un acto demoníaco”); y una re-significación desde los poderes divinos, re-significando el concepto de Dios como de alguien que puede influir en el curso de la enfermedad. Estos diversos significados espirituales se han asociado, en los estudios, con la evolución positiva o negativa de los síntomas o el proceso mórbido. Especialmente,

en la interpretación culpabilizante del enfermar, se ha visto un empeoramiento o un curso peor de la enfermedad. Las diversas tradiciones religiosas connotan más una u otra re-significación: los pentecostales usan más la intervención demoníaca, mientras que otros cristianos insisten en la benevolencia divina. En algunas tradiciones orientales que creen en la re-encarnación (por ejemplo el Budismo), se recurre al concepto de karma, entendiendo la enfermedad como castigo por malas acciones en vidas pasadas.

- b. Afrontamiento de los síntomas. La E/R puede también ayudar a enfrentar y aliviar síntomas emocionales. Por ejemplo, los enfermos depresivos pueden encontrar consuelo y refugio en su religión; los ansiosos, paz y tranquilidad. Asimismo, un enfrentamiento adecuado puede disminuir síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones.
 - c. Estilos de afrontamiento: El mismo Pargament (antes citado), distingue tres modos de controlar los síntomas: confiar en resolverlos uno, sin la ayuda de Dios; confiar pasivamente en Dios, rogando por su intercesión directa; o bien colaborar con Dios activamente para resolver los problemas (estilo colaborador).
9. SINERGIA DE LA RELIGIÓN CON LOS CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS. Es claro que la E/R puede influir positiva o negativamente o no influir en las conductas de búsqueda de ayuda. Para algunos, la psiquiatría y la E/R son ámbitos diversos que deben mantenerse aparte. Para quienes la religión es central, la necesidad de atención psiquiátrica es filtrada por las creencias y prácticas religiosas, lo que será determinante en la adherencia a los tratamientos recomendados. Algunos pacientes creen que Dios actúa por intermedio del profesional, y que este tiene una Gracia especial para sanarlos. Otros confían en profesionales que saben son de su propia religión, lo que ayuda a confiar en el médico.

OTROS ELEMENTOS

La evaluación sistemática permite concluir con respecto a la centralidad de la religión en la vida del paciente. Cuando ésta es baja, no es necesario incorporar una formulación E/R en el plan de intervención. En segundo lugar, permite reconocer la relación del paciente con su comunidad religiosa, cuando existe, e incorporar ésta entre las posibles redes de apoyo a movilizar para la

recuperación. La integración de grupos de ayuda parroquiales, de la sinagoga o templo muchas veces puede apoyar el obtener medicamentos, a hospitalizar a un paciente psicótico, etc. Por otra parte, muchas veces estos grupos requieren psico-educación acerca de los problemas emocionales del paciente, que tienden a interpretar como falta de fuerza de voluntad, o como parte del problema espiritual que enfrentan. Finalmente, es necesaria una conclusión acerca del rol positivo o negativo de la E/R en la subjetividad del paciente. Si la imagen divina es de apoyo y perdón, el camino puede ser más fácil que si su percepción de dios es la de un ente castigador y que juzga anticipatoriamente.

En resumen, la evaluación E/R forma una parte integral de una evaluación amplia, y es especialmente importante en pacientes en cuyo entorno cultural la religión es central. Asimismo, en la indicación de psicoterapia esta evaluación es necesaria para entablar un encuadre terapéutico que respete las creencias del paciente, pero que al mismo tiempo le permita crecer en una dimensión que vea a la E/R como un elemento protector y no de riesgo para el enfrentamiento de sus síntomas, eventos estresantes y situaciones complejas de vida.

El entrenamiento de los profesionales de la salud mental en estos temas es pues crecientemente importante en un entorno cultural diverso en el cual diversas orientaciones religiosas co-existen, así como aceptar y tolerar los puntos de vista no teístas y no creyentes.

REFERENCIAS

1. Huguelet P, Mohr S, Borrás I, Guilleron C, Brandt PY. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric Services* 2006, 57 (3): 366-372
2. Baetz M, Griffin P, Bowen R, Marcoux G. Spirituality and Psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patients expectations. *Can J Psychiatry* 2004, 49 (4): 265-271
3. Shafranske EP: Religious Involvement and Professional Practices of Psychiatrists and Other Mental Health Professionals. *Psychiatric Annals* 2000; 30(8): 525-532
4. Neeleman J, King MB: Psychiatrists' religious attitudes in relationship to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88:420-242, 1993
5. Florenzano R, Cataldo E, Aspillaga C, Musalem C, Alliende L. Religiosity of Psychotherapists in Santiago de Chile. Results of a Survey. *International Symposium on Psychiatry and Religious Experience, Avila (España)*, 4 a 6 de Noviembre de 2010
6. María Inés López Ibor Aliño. Enseñanza de temas espirituales en la formación de posgrado en Madrid. En: *Simposio Internacional: Psiquiatría y Experiencia Religiosa. Ávila, España*, 4 a 6 de Noviembre, 2010
7. Huber S. Are religious beliefs relevant in daily life? En: Streib H (Ed): *Religions Inside and Outside Traditional Institutions*. Leiden, Netherlands, Brill Academic Publishers, 2007: 211-230
8. Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: The Guilford Press, 1997