

**“LA HUMANIZACIÓN DE LOS
CUIDADOS: RETO DE LA
ENFERMERÍA DEL SIGLO XXI”**

“HACIENDO VISIBLE, LO INVISIBLE”

**EL PAPEL DE ENFERMERÍA FRENTE AL
SUFRIMIENTO ESPIRITUAL DEL
PACIENTE**

M^o Teresa Pinedo Velázquez

Doctorada por la Universidad de Alicante.

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural.

Profesora Asociada. Universidad CEU-Cardenal Herrera de Elche.

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Impreso en España
Dep. Legal: A-566-2011
ISBN: 978-84-694-3930-2

Foto portada: Niño Jesús de Praga
Autor: MONFERVAL
Julián Fernández Parreño

**“HACIENDO VISIBLE, LO INVISIBLE”
EL PAPEL DE ENFERMERÍA FRENTE AL SUFRIMIENTO
ESPIRITUAL DEL PACIENTE**

Obra basada en la TESIS DOCTORAL
«SIGNIFICADO DE LAS ROMERÍAS POPULARES Y DE LAS PRÁCTICAS
SIMBÓLICAS EN TORNO AL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD EN ELCHE:
UN APORTE FENOMENOLÓGICO»
presentada por la Dra. M^o Teresa Pinedo Velázquez.

ALICANTE, 2011

Queda Prohibido

Queda prohibido llorar sin aprender,
levantarte un día sin saber que hacer,
tener miedo a tus recuerdos...

Queda prohibido no sonreír a los problemas,
no luchar por lo que quieres,
Abandonarlo todo por miedo,
No convertir en realidad tus sueños,...

Queda prohibido no intentar comprender
a las personas,
pensar que sus vidas valen menos que la tuya,
no saber que cada uno tiene su camino y su dicha..

Queda prohibido no crear tu historia,
no tener un momento para la gente que te necesita,
no comprender que lo que la vida te da,
también te lo quita..

Queda prohibido, no buscar tu felicidad
no vivir tu vida con una actitud positiva,
no pensar en que podemos ser mejores,
no sentir que sin ti, este mundo no sería igual...

Pablo Neruda

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| AGRADECIMIENTOS | 7 |
| PRESENTACIÓN | 9 |
| PRÓLOGO | 13 |
| PREAMBULO | 17 |
| INTRODUCCIÓN | 21 |
| CAPÍTULO 1: | |
| La necesidad de humanizar | 37 |
| CAPÍTULO 2: | |
| La espiritualidad y su relación con la humanización de la salud | 55 |
| CAPÍTULO 3: | |
| El papel de las romerías en la espiritualidad personal | 71 |
| CAPÍTULO 4: | |
| Una definición operativa de la "Entrevista Espiritual" | 85 |
| CAPÍTULO 5: | |
| Enfermería comunica con el cuerpo, la voz y los ojos | 109 |
| CAPÍTULO 6: | |
| El papel de la enfermera frente al bienestar espiritual del paciente | 127 |
| CAPÍTULO 7: | |
| Abordaje de las necesidades espirituales durante las romerías | 147 |
| BIBLIOGRAFÍA | 171 |

AGRADECIMIENTOS

Este libro no podría haberse concretado tal cual está sin la ayuda de diversas personas y organizaciones. La obra se beneficia con el trabajo previo de muchas enfermeras y otros profesionales de la salud, publicados en libros, revistas, periódicos, boletines, cuyos conceptos y datos se han usado para basar o ilustrar conceptos. Se utilizan también experiencias propias de personas (mencionadas explícitamente o con nombres ficticios), que proveen con su ingenio de riqueza única, y su fe, de elementos de carga emotiva muy importante para esta obra.

Merecen un agradecimiento especial:

- Fernando Fernández Candela, y su familia (en especial a su padre y a su madre), que han aceptado publicar este libro con el material fotográfico procedente del esfuerzo de su trabajo y que además se han esforzado en su corrección y producción aportando multitud de experiencias sobre peregrinaciones privadas.
- José Antonio Ávila Olivares, expresarle mi agradecimiento por "el apoyo y la confianza" recibida y su constante apoyo a la investigación del colectivo enfermero.
- Yolanda Noguera Iturbe, vicedecana de Ciencias de la Salud de la Universidad CEU-Cardenal Herrera de Elche, sin cuyo trabajo, dedicación a los alumnos, entusiasmo en todo cuanto realiza y esfuerzo por mejorar día a día los estudios de Enfermería, nada sería igual.
- Los profesores de la Universidad de Alicante y los miembros del tribunal de tesis, que han colaborado con sus aportaciones en el diseño didáctico de la obra.
- El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) por habernos dado un ejemplo de esfuerzo y perseverancia al colectivo de Enfermería.

Por último, debemos reconocer que escribir un libro de esta dimensión se logra consumiendo parte del valioso tiempo familiar, por este motivo

deseo reconocer una vez más la comprensión y el apoyo incondicional de, la familia, que ha participado activamente en la búsqueda de información y material gráfico para la construcción final del libro. Gracias Ricardo por todo tu apoyo.

M^{ra} Teresa Pinedo Velázquez.



Los Heraldos que dan la noticia de la llegada de la Virgen.
Romería de la Venida de la Virgen 2010.
Pau y Jordi Martín Pinedo

PRESENTACIÓN

“Sólo con el corazón puede verse bien;
lo esencial es invisible para los ojos”
Antoine de Saint-Exupery.
El principito.

Gracias a la actividad editorial del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), al objeto de hacer visible el trabajo que realizan los profesionales de Enfermería en el campo de la investigación mediante la publicación de sus estudios, tengo la satisfacción de poder firmar presentaciones y prólogos de libros que contienen el esfuerzo de numerosas compañeras. En esta ocasión, a esa satisfacción de colaborar desde la entidad que presido a que sus trabajos vean la luz a modo de libros o manuales, se une la circunstancia de que la obra para la que escribo este prólogo tenga como autores a dos grandes amigos y compañeros de profesión, además de haberlo sido también de estudios en la Licenciatura de Antropología. Complacencia que se incrementa al prologar un título centrado en un aspecto de gran relevancia para nuestra profesión y que atrae una gran atención como es la humanización de los cuidados de Enfermería, unos cuidados que en el caso de la obra que nos ocupa se focalizan en el papel de los profesionales de Enfermería frente al sufrimiento espiritual del paciente, permitiendo con ello avanzar en el poco explorado ámbito de los aspectos emocionales de quienes deben afrontar una enfermedad.

Enfermería debe brindar sus cuidados también en este plano, no sólo en el físico, ya que cuerpo, mente y espíritu, como se indica en el libro, van unidos y son indisolubles. Por ello, me parece un gran acierto el planteamiento realizado en este trabajo al respecto de que la humanización sanitaria no debe quedarse únicamente en el funcionamiento de las estructuras sanitarias para que los recursos humanos mejoren la calidad de sus servicios, sino que debe tender hacia una personalización de los procesos asistenciales teniendo en cuenta la diversidad, a la vez que unicidad, de las personas, favoreciendo la incorporación de un enfoque antropológico, social y espiritual en el día a día de la atención enfermera.

Las enfermeras deben considerar, explorar y saber, ¿por qué no?, suplir las deficiencias en el sistema de creencias que cada persona tiene, el cual forma parte de su identidad y que suele hacerse mas visible en aquellos momentos difíciles de su vida. Las enfermeras debemos saber reconocer los aspectos positivos de este sistema, apoyarlo y, en lo posible, favorecerlo, sabiendo determinar su posible influencia en la recuperación de la salud de la persona, ya que ese conjunto de ideas referentes a la vida espiritual de cada individuo, intrínseco a la naturaleza humana en determinadas circunstancias le suministra un marco de devoción estructurante que proporciona alivio y consuelo, en ocasiones lo único que podemos ofrecer desde nuestra posición profesional.

Recientemente, con motivo del centenario de la muerte de la que es considerada como precursora de la Enfermería moderna, se ha traducido al español quizás la única biografía realizada en vida de Florence Nigthingale, en donde la autora, Eliza F. Pollard, pone de manifiesto la enorme espiritualidad de esa mujer que abrió la puerta al desarrollo profesional de la Enfermería. Decía Florence Nigthingale: “La espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona. Cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad”.

En los entornos sanitarios se viene hablando, y mucho, de un tiempo a esta parte, de la necesidad de humanizar más la asistencia sanitaria, y lo cierto es que existen pocos instrumentos puestos al alcance o a disposición de los profesionales sanitarios que les ayuden a entender cómo debe llevarse a cabo. Dejando a un lado las infraestructuras sanitarias, y centrándonos en sus profesionales, habría que preguntarse o plantearse lo siguiente: ¿la humanización como proceso o como actitud?, ¿o tal vez ambas cosas al mismo tiempo?. También cabe pensar que sea una cualidad humana intrínseca que no aflora lo suficiente, muchas veces condicionada por las circunstancias, características y condiciones laborales, de ahí que se hable tanto de la necesidad de llevar a cabo una sanidad mas humanizada. Lo cierto es que no deja de ser una verdadera paradoja si tenemos en cuenta que no hay nada más humano que intentar restablecer la salud de aquellas personas que la han perdido, o hacer que afronten una perdida de salud irreversible, e incluso el final de sus días, con la mayor dignidad posible. Pero en esa loable, yo diría obligada, humanización sanitaria es necesario incluir a quien recibe la acción clínica del profesional, esto es, a los pacientes, pero desde una con-

cepción individual y única, teniendo en cuenta sus valores respecto a la salud y a la enfermedad y respetando siempre y en todo momento sus convicciones más íntimas, haciendo en lo posible que no sienta frustración en este sentido. Todo ello, respetado en su conjunto, hará que se afronte y acepte mejor el resultado final en el proceso salud-enfermedad de cada persona.

Decía el prestigioso psiquiatra valenciano Juan José López Ibor que “la Medicina, si no es humana, es Veterinaria”, pues bien, salvando las distancias y respetando las opiniones de las partes implicadas, habría que recoger el mensaje y aplicarlo a la razón de ser de nuestra disciplina, sin que en ello se quiera ver ni un atisbo de nada que no sea la reivindicación, a la par que exigencia, de una de las cualidades que, a mi entender, debe tener un buen profesional de la Enfermería.

Mi felicitación a M^o Teresa por ser una de las primeras en avanzar en este camino de evidenciar y recalcar la importancia de tener en consideración esos procesos cognitivos del paciente, sus creencias y valores para incorporarlos a su proceso de cuidados y curación. Entender que el trabajo sobre su salud comporta el tener en cuenta estos aspectos emocionales es un gran paso en este camino todavía poco explorado y en el que ellos han recorrido un buen trecho, tendiendo con ello la mano a otros compañeros para que tracen su itinerario. Por ello considero que aspectos planteados en el libro como la necesidad de aceptar y acoger los valores y creencias del paciente, aunque no coincidan con las nuestras, son de gran relevancia para entender hasta qué punto debe producirse la implicación de las enfermeras en este ámbito, máxime en esta sociedad tan globalizada y multicultural que estamos conformando.

Tenemos pues, ante nosotros, una completa obra que recapitula en la historia de las iniciativas para humanizar la atención sanitaria y que al mismo tiempo ofrece argumentos de gran solidez para que las enfermeras se impliquen en ella con el valor añadido de la consideración espiritual de los pacientes. Una obra que, al mismo tiempo, analiza las dificultades para poder llevar esto a la práctica por la propia idiosincrasia del sistema sanitario, y en donde seguramente habría que incluir también la incomprensión de muchos compañeros de profesión y de otros profesionales del equipo multidisciplinar de salud. Aprovechémosla, pues, para que esas dificultades puedan superarse en beneficio tanto de nuestra

profesión como del bienestar y mejora de la salud de los pacientes. Un aprovechamiento que no va a ser difícil debido al enfoque práctico que los autores han dado también a la obra.

Quiero aprovechar este espacio también para recalcar la callada labor investigadora de los profesionales de Enfermería y la importancia de que este trabajo silencioso y abnegado vea la luz siendo publicado, ya que tan importante es investigar como publicar los resultados de dichas investigaciones con el fin de que los mismos supongan una verdadera aportación a la sociedad y tengan efectos en el resto de la profesión enfermera, sirviendo de acicate para otros investigadores, pues sólo así avanza una profesión. Desde el CECOVA vamos a seguir manteniendo el esfuerzo en apoyar a todos los compañeros que den el paso a poner negro sobre blanco sus trabajos de investigación y animamos a que lo hagan.

José Antonio Ávila Olivares

Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

PRÓLOGO

En este mundo traidor
nada es verdad ni mentira;
todo es según el color
del cristal con que se mira.
Campoamor

Existe una ciudad en la que a los niños desde su nacimiento se les enseña a mirar. Esta ciudad efectivamente es Elche, en la que nuestros padres y abuelos nos han enseñado a MIRAR al cielo del Misterio con ojos de esperanza, al Mar para ver llegar el ARCA con la imagen de la Virgen de la Asunción portadora del Consueña, a las Palmeras y al poeta Miguel Hernández, del cual celebramos su centenario recientemente, y finalmente al CONOCIMIENTO con la Universidad Miguel Hernández.

Esta universidad brindó a los Diplomados Universitarios en Enfermería una puerta al segundo ciclo académico con la Licenciatura en Antropología Social y Cultural y con ello la posibilidad del acceso al tercer ciclo o doctorado. Añadir a los paradigmas “Enfermeros de la Salud y al Cuidado” uno nuevo: “aprender a MIRAR”. Fue una posibilidad que en la primera promoción de esta disciplina se matricularon más de un centenar de enfermeros y en la actualidad casi una veintena ya sean Doctores en Enfermería.

Los valores son tan importantes para los humanos, que nos pasamos la mayor parte del día discutiendo sobre ellos, enjuiciando hechos y valorando conductas. Siempre estamos valorando y emitiendo juicios sobre lo más justo, lo más auténtico, lo más adecuado, lo más correcto. Florian Znaniecki decía que las acciones de los sujetos, sólo son comprensibles dentro de sus propios marcos epistemológicos, es decir, dentro de su propio mundo significativo. La mirada antropológica la construimos a partir de los métodos de observación, descripción y análisis.

Otra de las grandezas de mi ciudad es su generosidad en el dar y acompañar a todos los que de una u otra manera se acercaron a ella e hicieron de ésta

su casa, este es el caso de mis PADRES que hicieron de su vida un compromiso de entrega y ayuda a los demás.

Descubrir al otro es descubrirse uno mismo. Que yo aprendiera a mirar y a compartir con mis compañeros su mirada ha sido el regalo más grande que me han podido dar.

Como decía Todorov, “cuando nacemos no entramos directamente en el mundo sino en una cultura, en una interpretación del mundo, y por tanto en un orden que le da su sentido”.

En la actualidad se nos hace necesario humanizar no sólo las relaciones sino también la asistencia en la prestación de cuidados, es necesario que el paciente forme parte de su proceso de salud y capaz de planificar junto a los profesionales de la Salud su Plan de Cuidados.

En el texto que nos presenta la Doctora María Teresa Pinedo Velázquez “La humanización de los Cuidados: reto de la Enfermería del siglo XXI”. “Haciendo Visible, lo Invisible” el papel de Enfermería frente al sufrimiento espiritual del paciente, nos trasporta hacia uno de los principios quizás más olvidados por los profesionales que desarrollan su labor asistencial cerca del paciente y que a la vez ellos les dan una notoria importancia que es su sufrimiento espiritual, que siempre está presente en cualquier proceso de enfermedad, pero que se hace más evidente en el contexto hospitalario.

A la pregunta ¿La espiritualidad tiene beneficios para la salud? La Doctora Pinedo tras una vasta revisión argumenta suficientemente la relación que mantiene esta en los procesos terminales e inclusive en los “momentos difíciles”. Pero es a través o mejor dicho debería ser con los diagnósticos enfermeros de la NANDA los que permitieran documentar el pensamiento enfermero y reflejar con una metodología específica los resultados e intervenciones de la práctica enfermera, y es aquí donde la Espiritualidad tiene que ser más amplia. De aquí nace la necesidad de incrementar la producción científica del aspecto espiritual de la vida.

Al final de nuestros días sólo necesitamos recordar aquellos momentos y aquellas personas con las que uno está BIEN y siempre hay una buena dosis de

creencias y relaciones íntimas que se hacen presentes. No quisiera finalizar si agradecer públicamente el honor de haber podido participar humildemente en este libro y de la amistad de su autora.

Fernando Fernández Candela
Subdirector de Enfermería de Atención Especializada.
Hospital General Universitario de Elche.

Si todo es el cristal con que se mira,
Quisiera despertar con alegrías.
Beber el néctar de los futuros sueños,
Palpitando la vida en la copa vacía.
Volver a renacer como el retoño.
Otra vez hoy, y mañana... todavía.
Elena de San Telmo

PREÁMBULO

"Se aprende más en los juegos que se pierden
que en las partidas que se ganan."

José Raúl Capablanca

Siempre se ha dicho que para ser enfermero hay que tener vocación. Vocación es inclinación hacia cualquier estado, carrera o profesión, y hasta ahí todos de acuerdo. Aunque la vocación siempre se ha relacionado con lo religioso, con la llamada que recibe una persona de Dios para dedicar su vida entera al servicio de los demás. ¿Tiene esto algo que ver con la vocación para la Enfermería? La Doctora Pinedo nos muestra cómo el ser enfermero nos ha de llevar a entender parte de nuestra vocación por esta vía espiritual y comparte con nosotros cual es la necesidad del paciente y qué papel debe jugar la enfermería.

Hasta hace relativamente poco tiempo, mi experiencia con la enfermería se limitaba simplemente a haber sido paciente, en algún proceso de enfermedad. Pero el destino quiso que eso cambiara y comencé mi andadura en dicha disciplina al poner a mi cargo, en la Universidad dónde trabajo, dicha titulación.

La enseñanza de la enfermería es hoy un reto para todos los profesionales de que de una u otra manera nos dedicamos a ello. Un gran reto en el que nos implicamos con la esperanza de formar a futuros profesionales que lleguen al mercado laboral suficientemente preparados para atender y acometer cualquier actuación que se pueda solicitar de la enfermería, en aquellos lugares donde tengan la suerte de trabajar.

Nos preocupamos porque la enfermería sea una disciplina científica, con altas exigencias académicas y con una gran formación y preparación en clínica. Preparamos a nuestros alumnos para adaptarse a cualquier ámbito sanitario, a la sofisticación de los centros, tanto en sus recursos materiales, como personales, pero a veces no profundizamos lo suficiente en la formación humanística (ética, bioética, psicología, sociología, antropología), dentro de nuestro propio proyecto académico, donde nuestro alumno, ese futuro profesional de enfermería, reconozca a la persona de una manera sencilla, cercana y la vez en toda su concepción holística.

Pero, volvamos al tema de la vocación... Cuando preguntamos a nuestros futuros alumnos porqué quieren estudiar enfermería, la inmensa mayoría de ellos nos contesta que, porque les gusta ayudar a los demás, porque se sienten bien haciéndolo. Esto es vocación, vocación de ayuda, vocación de cuidado y dedicación a los demás.

El cuidado ha existido en todas las sociedades desde los inicios de la humanidad. Cuidar es la acción encaminada a hacer algo por alguien. Y el cuidador es la persona que lo hace. En este sentido, el cuidado es la esencia de la enfermería. Los enfermeros son unos profesionales privilegiados porque desarrollan este instinto primigenio y lo convierten en arte. Traducen este cuidado no solo en la sanación de una herida o en la aplicación de una medicación, sino que lo llevan al más alto estado, traduciéndolo en comunicación, ayuda, empatía y acompañamiento en esa dura etapa de la vida, que es la enfermedad.

Desgraciadamente hoy en día, en la prestación de los servicios de enfermería se tiende a deshumanizar en la práctica diaria, la mayoría de veces, de manera inconsciente. Y no son pocos los profesionales que actualmente, reflexionan sobre esta situación tratando de ser sensibles y de mantener una actitud crítica y reflexiva ante dicha realidad, que afecta al ser humano y a sus derechos, en toda su complejidad.

Estamos acostumbrados a escuchar que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se les presta dentro de las instituciones sanitarias, que con su rápida o efectiva curación. Para ellos el cómo transcurre el trámite entre la enfermedad y la salud es lo más importante. Es esos momentos necesitan ser tratados con cariño, ser escuchados, atendidos sin demora, y en muchas ocasiones, aferrarse a su mundo espiritual, sintiéndose respetado y comprendido.

Todo esto nos lleva a una reflexión y es que el estudiante de enfermería no deben cesar en su preparación intelectual y pero tampoco descuidar por ello su preparación personal, que le permita prestar un servicio más humano y así ejercer la profesión con mayor seguridad y consiguiendo sin duda una mayor satisfacción personal.

Nosotros como encargados de esa formación y responsables de la profesión de la Enfermería, debemos educar teniendo siempre presente esa visión humana

y completa del los pacientes y de su cuidado, convirtiéndola en eje central de su formación.

La formación humanística provocará una reflexión y análisis constante de los actos del futuro enfermero, desde sus valores personales, profesionales y principios éticos comunes a todos los profesionales de la salud.

Gracias Doctora Pinedo por acercarnos un poco más a esa necesaria reflexión y por formar parte de nuestro proyecto de formación humanizada en Enfermería.

Yolanda Noguera Iturbe
*Vicedecana de Ciencias de la Salud de la
Universidad CEU-Cardenal Herrera de Elche.*

Ríe.
Baila.
Medita.
Perdona.
Perdónate.
Pide ayuda.
Delega tareas.
Permítete brillar.
Rompe con un hábito.
Comunica lo que sientes.
Realiza un proyecto deseado.
Ayuda a alguien. Pinta un cuadro.
Haz una caminata. Juega con tu hijo.
Lee un buen libro. Canta en la ducha.
Sé niña otra vez. Escucha la naturaleza.
Trátate con amor. Permítete equivocarte.
Muestra tu felicidad. Acepta un cumplido.
Aprende de un anciano. Cumple tus promesas.
Habla con los pájaros. Date un baño prolongado.
Por hoy no te preocupes. Deja que alguien te ayude.
Mira una flor con atención. Pierde un poco de tiempo.
Apaga el televisor. Escucha tu música preferida.
Aprende algo que siempre deseaste. Abraza a un árbol.
Cierra los ojos e imagina las olas de la playa. Diviértete.
Haz una lista de las cosas que haces bien. Haz sentir bienvenido a alguien.
Llama a tus amigos por teléfono. Haz un pequeño cambio en tu vida.
Diles a las personas amadas cuánto las quieres.
Dale un nombre a una estrella.
Recuerda que no estás solo.
Piensa en lo que tienes.
Escucha el silencio.
Planifica un viaje.
Respira profundo.
Hazte un regalo.
Cultiva el amor.

Procede del diario digital "La Coctelera":
<http://incertidum.lacoctelera.net/post/2010/03/16/el-arbol-la-sabiduria>

INTRODUCCIÓN

*“Si un día tienes que elegir entre el mundo y el amor, recuerda:
Si eliges el mundo quedarás sin amor,
Pero si eliges el amor,
Con él conquistarás el mundo”*
Albert Einstein.

Aunque mucho se ha escrito y trabajado acerca del proceso de humanización desde el entorno de los centros sanitarios y sobre la práctica de unos cuidados de calidad, poco se ha estudiado hasta ahora del tema relacionado con la “revolución sanitario-cultural” necesaria para conseguir ese fin. Y es que además de resultar muy útil conocer la opinión del paciente como consumidor de un producto sanitario, hemos de interesarnos también por sus preocupaciones y la manera en que vivencia su problema de salud durante su estancia hospitalaria.

Un cuidado humanizado siempre pondrá énfasis en la calidad de vida del paciente, es decir, su principal meta será la búsqueda de la paz, la comodidad y la dignidad de la persona, principalmente cuando ésta se enfrente al dolor y a otros síntomas como el miedo o la soledad. Y es que la humanización ha de entenderse como parte de la cultura del cuidado del paciente, el cual parte inicialmente del reconocimiento de sus necesidades físicas para luego tratar su parte más sensible, su interior. La humanización de los cuidados es multifactorial, y además, se ha demostrado que las relaciones interpersonales que se establecen con los pacientes son fundamentales para llegar a una práctica humanizada (Arredondo-González, 2009). Diversos autores indican que la calidad de los servicios sanitarios depende, entre otros factores, de las condiciones de relación interpersonal entre los profesionales de la salud y los pacientes (Brook y Williams, 1975; Cuesta et al., 1986; Aranaz, 1988).

Dentro del campo del control de calidad de los servicios sanitarios, la medición de la satisfacción del paciente se ha convertido en un tema ampliamente debatido y discutido en el campo de las ciencias psicológicas, porque el usuario exige más prestaciones y de mejor calidad, especialmente en los servicios dirigidos a la atención de su salud. Diversos estudios ponen de manifiesto una serie de

cambios sustanciales en la práctica clínica y, sobre todo, en la relación establecida entre los profesionales, el sistema sanitario y los pacientes y usuarios del mismo (Meneu, 2002; Jovell, 2003): en relación a los factores que determinan la satisfacción de los pacientes parecen importantes aquellos que tienen que ver con la calidad de la información que reciben sobre su enfermedad (Coulter, 2004). Las personas desean ser atendidas con rapidez, amabilidad y trato respetuoso y digno. Al mismo tiempo, quieren ser escuchadas, tener una mejor comunicación con los profesionales, participando y compartiendo las decisiones clínicas que les afectan (Mira, 2001). Además parece ser que el punto donde los pacientes están menos satisfechos es el relativo a la información que les proporcionan los médicos, mientras la mayor satisfacción la encuentran en la amabilidad y disposición del personal de enfermería (Miguel, 2009).

Recientemente el bioquímico norteamericano David Julius ha conseguido el Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica 2010, por sus contribuciones a las ciencias de la vida y la investigación biomédica. Julius junto con otros dos investigadores, los doctores Minke y Watkins, han contribuido recientemente a establecer las bases para la comprensión de los mecanismos de las enfermedades, incluidos los relacionados con el dolor crónico y otras afecciones del sistema nervioso. Julius respalda la hipótesis de que la nocicepción es una modalidad sensorial específica e individual. Sus investigaciones han proporcionado pruebas de la existencia del "nociceptor" como un subtipo de neurona sensorial, que responde a un amplio espectro de estímulos físicos o químicos de intensidad suficiente para causar dolor. Su descubrimiento abre vías al diseño de terapias y medicamentos específicos para el tratamiento selectivo de los diferentes tipos de dolor, uno de los grandes retos de la medicina.

Para estos investigadores, una de las razones de que la investigación sobre el dolor no haya sido lo suficientemente valorada hasta la fecha, es la "confusión" entre distintas áreas. Minke explicaba recientemente en el diario "Periodista Digital" que "la gente contempla el dolor como un efecto de otras enfermedades graves, no como algo que merezca una investigación propia, pero se mueren con dolor, algo que es impensable". De la misma forma, "la espiritualidad por sí misma es una herramienta que merece un estudio propio". El estudio de la conexión entre el pensamiento, la palabra, la mentalidad y la fisiología del ser huma-

no, es una nueva línea de investigación que se abre a nuestros ojos. Porque el pensamiento y la palabra son una forma de energía vital, con la capacidad potencial de interactuar con el organismo físico y producir cambios. Mario Alonso Puig, médico miembro de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia, expone que la zona pre-frontal del cerebro, el lugar donde tiene lugar el pensamiento, donde imaginamos nuestro futuro, donde se valoran las alternativas y estrategias para solucionar los problemas y tomar decisiones, es un lugar inexplorado.

Desde el punto de vista del paciente es conocido por ejemplo que para algunos, una consulta médica de buena calidad debe ser breve y dirigirse directamente al punto problemático, mientras que para otros la entrevista médica sólo será satisfactoria si el médico destina una buena parte de su tiempo a oír los pormenores de la naturaleza, historia y características de los síntomas que aquejan al paciente (Jiménez, 1997, 2004). La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores.

Lo que está claro es que existe una elevada correlación entre las expectativas de los pacientes y su grado de satisfacción, siendo muy importante conocer las expectativas iniciales del paciente a su ingreso. El concepto de "cuidados centrados en el paciente" obedece a un nuevo planteamiento basado en reconocer el papel activo del paciente en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente (Mira & Aranz, 1998), principalmente porque la opinión del paciente y sus percepciones acerca de los cuidados prestados forman parte del proceso de humanización perseguido.

Es preciso reconocer la situación vivencial del paciente controlando aquellas emociones que permitan por un lado, ayudarlo a una mejor y más rápida recuperación, y por otro llegar a conocer la satisfacción acerca de los cuidados prestados. Así a modo de ejemplo puede emplearse el humor sencillamente para suavizar el contacto entre el paciente y la enfermera.

El humor favorece un marco propicio para la expresión de las emociones, y en concreto permite que las expresiones de hostilidad y de otras emociones nega-

tivas resulten más aceptables. A lo largo del día nuestro estado emocional varía en función de lo que nos ocurre. La salud es el resultado del equilibrio entre cuerpo y mente, de tal forma que emociones, contradicciones, pensamientos, sensaciones, temores y expectativas nos invaden diariamente influenciando nuestro interior y nuestra mente. Los temas más sensibles a veces pueden reconocerse por la falta de humor que los rodea, mientras que la capacidad de reírse de un problema puede ser la señal de que la situación ya se está superando. El sentido del humor, como rasgo de la personalidad, es considerado una de las principales fortalezas del ser humano. Por ejemplo, puede ayudar a establecer la comunicación entre ambos, a fortalecer la alianza terapéutica, a reducir posibles hostilidades o ansiedad que se pueda producir durante la entrevista inicial y a convertirla en una experiencia más gratificante (Brooks, 1994; citado en Bernet, 2004).

Diversos psicólogos han recomendado el uso del humor en la consulta, argumentando que puede proporcionar importantes beneficios en el desarrollo de la relación interpersonal y un trabajo de crecimiento para el paciente (Forsyth, 1993; Fry 1994). Seligman cuando habla de "sentido del humor" se refiere a la capacidad de experimentar y/o estimular una reacción muy específica, la risa (reacción psico-fisiológica caracterizada por unas vocalizaciones repetitivas sonoras, una expresión facial reconocible y lo más importante, la activación del sistema dopaminérgico y neuroquímico). En los últimos años han proliferado algunas iniciativas relacionadas con el estudio y la aplicación de humor (Carbelo, 2005).

El estudio de emociones positivas como la alegría, la risa, la satisfacción, el orgullo o la esperanza, han cobrado auge como herramienta de comunicación con el paciente para suavizar ese primer contacto que reduzca hostilidades y aumente su confianza. En realidad, hay gran número de estudios que intentan estimar la implicación de las emociones en el proceso terapéutico, y enfoque vivencial de los procesos cognitivo/afectivos (Leslie S. Greenberg 1999), pero son muchas las dificultades que conlleva estudiar experimentalmente fenómenos complejos y son muchas las limitaciones metodológicas que existen para lograrlo.

A la pregunta ¿de qué manera influyen las emociones del paciente en la recuperación de su cuerpo físico? conocemos que aquellas consideradas "negativas"

como la ira, el miedo o la tristeza se generan cuando la persona valora que tiene una dificultad para lograr sus propios objetivos e influyen negativamente en la salud favoreciendo la contracción de ciertas enfermedades, ya que hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que no permite su correcto funcionamiento (Goleman, 1996). Sin embargo, cuando se percibe el logro, se experimentan emociones positivas tales como la alegría, el humor o la propia felicidad. Son precisamente estas emociones las que predisponen para que la persona afronte una tarea, aportando entusiasmo y una disposición a la acción. No hay evidencias categóricas para afirmar que los factores psicológicos o emocionales influyen en nuestros procesos vitales. Sin embargo, estos factores pueden influir en como son vividas estas enfermedades por quien las padece.

Numerosas investigaciones han tratado de encontrar interacciones entre "sentido del humor" y otras variables, y así lo refleja un estudio con 1000 personas en el que se encontró una interacción positiva entre "sentido del humor" y "sentido de la vida" en relación con diversos síntomas físicos (Svebak, Gotestam y Naper, 2004). En el caso de participantes que daban un alto valor a su vida, un mayor sentido del humor estaba relacionado con una mejor salud, mientras que para aquellos que daban poco valor a su vida, la relación era la contraria, un menor sentido del humor se relacionaba con una peor salud. También se han encontrado distintas relaciones entre salud y diversos tipos de "sentido del humor". Por ejemplo, Kuiper, Grimshaw, Leite y Kirsh (2005) encontraron una relación entre prácticas de humor positivo (para superar los obstáculos y los problemas, para reírse de los absurdos de la vida, o para hacer reír a los demás) y una mejor salud mental (menor depresión, ansiedad, y emociones positivas; mayor autoestima y emociones positivas). Estos estudios muestran que los aspectos emocionales o de personalidad de cada persona son inseparables del cuerpo, y que la activación o inhibición del denominado eje adrenérgico puede estar influida por la percepción subjetiva que tienen las personas de su salud y del estado en que se encuentran, sobretodo en el momento de confrontación a situaciones adversas.

La hipótesis general es clara y simple: aquellas personas que crean que su salud depende, en primera instancia de ellas mismas, tendrán mejor salud que las que crean que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que

las sufre, debido a que el locus de control de la salud interno, facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud (Seligman, 2002). La risa y el humor merecen un importante protagonismo dentro de la psicología positiva, definida como el estudio de las emociones, los estados y las instituciones positivas, pero se resiste al estudio empírico, es decir, la risa y el humor plantean importantes desafíos a la hora de abordarlos desde la ciencia.

Los psicólogos que han tratado de estudiar este tema en el laboratorio han descubierto que es prácticamente imposible generar auténticas carcajadas en un entorno artificial (Chapman, 1996). Otro problema es que la causa de la risa es una percepción, un resultado de difícil evaluación. En la actualidad se utilizan diversos instrumentos creados para tratar de cuantificar el sentido del humor de un individuo. Existen escalas que miden aspectos actitudinales o conductuales del humor, pero son necesarios otros estudios de mayor envergadura y rigor científico que prueben sus efectos terapéuticos. Es probable que el humor, y especialmente el humor positivo, tengan efectos beneficiosos para la salud, pero aun está por demostrarse con seguridad de qué manera actúa, cuál es su peso, su extensión y sus límites (Carbelo, 2005).

El profesor Enrique García, Catedrático de Psicología de la Emoción y la Motivación en la UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia), durante años ha centrado su interés en la investigación longitudinal de la influencia de las emociones negativas en la salud, pero reconoce que por ejemplo ahora “le interesa determinar qué características tienen las personas que no se han infartado”, el objetivo de su trabajo trata de potenciar las cosas buenas más que paliar las cosas malas, y determinar cuál es la capacidad de predicción no sólo de los afectos negativos sino también de los positivos. Su trabajo resalta la importancia de las emociones positivas en la prevención de enfermedades, así como su utilidad para lograr una recuperación más rápida frente a una enfermedad. Por primera vez se ha evidenciado que las personas que se sienten felices y contentas son menos vulnerables al desarrollo de enfermedad cardiaca coronaria, comparadas con quienes tienden al pesimismo, la tristeza o a sentirse desgraciadas.

El movimiento de la psicología positiva fue fundado por Martín Seligman (2002) definiendo a ésta como el estudio de las emociones placenteras, los esta-

dos afectivos positivos, el desarrollo de las virtudes y la felicidad. Él plantea el estudio de los medios que permitan superar el malestar, los problemas sociales y el sufrimiento, y que consigan un bienestar subjetivo. Lo que tiene en común con aquellos autores que estudian los beneficios de la religión y la espiritualidad sería el tema del afrontamiento ante situaciones de vida negativas, así como la promoción de la salud física, afectiva, mental y espiritual (Campos, 2005). Lo más importante de todos estos estudios es que reflejan que frente a situaciones de duelo, niveles elevados de ansiedad y situaciones de pérdida las personas recurren para mitigar su dolor a conductas adictivas como el alcohol y el tabaco; y en cambio en las personas religiosas, sus creencias actúan como medidas protectoras de conductas adictivas negativas (Beeghley & Bock, 1990).

Peterson y Seligman (2004), consideran a la espiritualidad y la religiosidad como fortalezas del carácter. Estos autores entienden espiritualidad y religiosidad como el conjunto de creencias y prácticas basadas en la convicción de que existe una dimensión trascendente, no física, de la vida. Se trata de creencias acerca de un propósito y significado último del universo y del propio lugar en él, por lo que las personas que tienen esta fortaleza tienen una noción acerca del significado último de la vida que orienta su conducta y les da seguridad. Estas creencias son persuasivas, abarcadoras, y estables, y brindan información acerca de las atribuciones que realizan las personas, los significados que construyen y las formas en que se interrelacionan con otros.

Estos autores consideran que existe un paradigma que brinda un modelo para la comprensión del sufrimiento humano distinguiendo 22 modos de afrontamiento religioso positivos, entre los cuales estarían: la intención de tener una relación de contacto con Dios, de colaborar con otras personas ofreciendo ayuda espiritual a otras personas y obtener la purificación religiosa por medio de plegarias, oraciones, pedir perdón, etc entre otros. Para dichos autores la práctica religiosa de la plegaria, el rezo o la oración puede influenciar positivamente la salud mental produciendo efectos positivos a través de emociones y estados afectivos que promueven actitudes de afianzamiento de amor, compasión y bienestar.

Pargament y Brand (1998) sugirieron la realización de un análisis que determinase si la religión actuaba como fuerza positiva, negativa o simplemente irrelevante frente a sucesos de vida negativos y estresantes. Los resultados fueron

que las personas se dirigían hacia la religión en busca de ayuda frente a determinadas situaciones de vida que son muy estresantes.

De acuerdo con la investigación israelí-canadiense presentada en la 57 Convención Anual de la Academia Americana de Neurología en Florida (2005), se realizó un estudio con 68 personas entre los 49 y los 94 años, que presentaban probables síntomas de Alzheimer (Kaufman, 2005). La religiosidad y espiritualidad fueron evaluadas de acuerdo al index de la Duke University con la pequeña escala de la NIH /Fetzer (breve medición multidimensional de religiosidad /espiritualidad). Se descubrió que los pacientes con altos niveles de espiritualidad podían experimentar una declinación más lenta del conocimiento. Estos métodos recogen información acerca de prácticas tales como asistencia a eventos religiosos y actividades religiosas, pero son necesarios estudios que lleguen a comprender mejor la conexión entre la religiosidad y la salud, porque muchos de los mecanismos religiosos parecen estar diseñados específicamente para ayudar a las personas en los momentos difíciles de su vida.

Por este motivo, investigaciones recientes prestan atención a las emociones de las personas, y describen cinco emociones que han sido poco exploradas y que están presentes en la mayoría de las personas: la elevación, el interés, la gratitud, el orgullo y la confusión (Haidt, 2004). Porque la curación es más efectiva si trata todos los aspectos del paciente incluyendo la mente, el cuerpo y el espíritu. El profesor de psicología social de la Universidad de Virginia, John Haidt, ha etiquetado como "elevación" a las sensaciones fisiológicas que acompañan un momento de inspiración como una fuerza en el pecho o un sentimiento de querer salir a actuar y cambiar las cosas; al "interés", lo define como la emoción que hace que las personas se motiven para aprender con el único objetivo de aumentar su conocimiento; la "gratitud" es una emoción más profunda, un sentimiento que lleva a las personas a la acción, a tratar de actuar en compensación de algún gesto gentil que se ha recibido. El "orgullo" desde su lado positivo está referido a la sensación de bienestar y satisfacción que deriva de un logro alcanzado, se manifiesta en el aspecto físico de la persona y, aunque el rostro no juega un papel determinante a la hora de identificarlo, la postura y los movimientos son notorios. La "confusión" hace referencia a la manera como una persona se da cuenta de que las cosas que se están procesando a nivel intelectual no funcionan,

que el modelo mental con el que se hace frente al mundo no es el adecuado, y esto es lo que motiva al cambio de estrategia.

Los profesionales que estudian la comunicación no verbal, los tonos vocales y las expresiones faciales que transmiten emoción, se han dado cuenta que esos mensajes pueden llevar a conocer cómo piensan y se comportan las personas. Un tono de voz cálido y una mirada hostil tienen el mismo significado en España, y en Portugal, es decir, que se encuentran entre docenas de señales que conforman un vocabulario humano universal. Los contactos momentáneos, dicen, trátense de una mano sobre el hombro, o un inquietante toque en el brazo, pueden comunicar una gama incluso más amplia de emociones que los gestos o expresiones, y a veces lo hacen más rápida y acertadamente que las palabras (Keltner, 1999).

Por siglos y en muchas culturas, la espiritualidad ha desempeñado un rol principal en la curación, y aunque la medicina ha venido separando la ciencia de la espiritualidad hoy, de nuevo, la inspiración de hacer cosas por los demás, de abrirse a las "sensaciones" de otros y sentirse capaces de mirar al mundo de diferente forma se ha convertido en un componente esencial del cuidado humanizado. Y es que "humanizar la atención sanitaria" no sólo está relacionado con el funcionamiento de las estructuras sanitarias, es decir no consiste tan sólo en gestionar para que los recursos humanos mejoren la calidad de sus servicios, sino que también son importantes otros elementos que aparecen implicados en el contexto del proceso de asistencia al paciente o cliente, como por ejemplo el arte de los cuidados de enfermería, es decir, los gestos y las actitudes que adopta el personal sanitario durante el proceso de atención (Ullán, 2009).

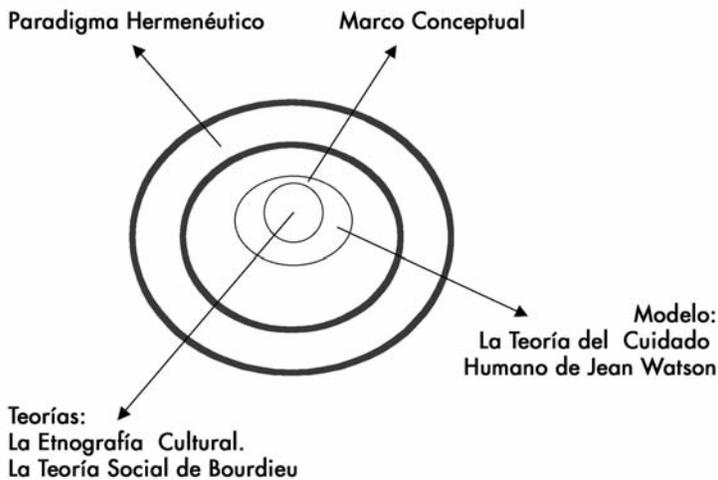
Se trataría de personalizar los procesos asistenciales centrando la atención en cada paciente, sensibilizando a los profesionales hacia la diversidad de personas y la individualidad de cada una de ellas, para lo que es necesario fomentar su capacitación para que incorporen una mirada antropológica, social y espiritual en su trabajo diario. Todos los profesionales de la salud, deberían pasar por un período de autoconocimiento, deberían buscar su propia conciencia como seres espirituales y reconocer el rol que la espiritualidad desempeña en la capacidad de sus pacientes de mantener una buena salud y luchar con las enfermedades. La espiritualidad puede ser cualquier medio utilizado para alcanzar la

paz interior. Espiritualidad es la forma como una persona encuentra significado, esperanza, alivio y paz interior.

Las profesiones socio-sanitarias, conllevan implícitamente el hecho de que en su ejercicio hay que poner en práctica ciertos valores que nuestra razón, nuestros propios convencimientos o nuestra fe nos ayudan a descubrir de cara al bien de los demás. Pero, ¿cómo se puede conocer qué piensa y siente una persona que está viviendo una situación problemática?, ¿qué le produce más ansiedad o temor?, ¿de qué forma afronta la situación o qué estrategias utiliza para llegar a sentirse un poco mejor?

Si el principal objetivo de nuestro sistema sanitario es garantizar unos cuidados más humanos, personalizados y de alta calidad, no podemos olvidar la importancia que tienen los procesos cognitivos del paciente, la búsqueda de soluciones dentro del ámbito emocional, la puesta en escena de su sistema de creencias y valores, así como las cuestiones religiosas, es decir, la implicación que sobre su salud tiene un soporte emocional se han convertido en una nueva línea de investigación para enfermería y en el objetivo final de esta obra.

Tras la revisión de las características de los diferentes paradigmas y su adecuación al contexto enfermero (Siles y García, 1995) podemos concretar que el paradigma hermenéutico se adecua a las necesidades de este estudio. El paradigma hermenéutico se caracteriza por la interpretación que se concede al comportamiento humano (considerando que las respuestas humanas dependen de la intencionalidad de los actores, del sentido que les otorga el actor a las mismas, así como también del contexto donde se desarrolla la acción). En consecuencia esta investigación implica descubrir los sentidos y significados que los fenómenos tienen para las personas que participan en la fiesta, provocando una reflexión sobre los mismos que nos ayude a la comprensión del proceso. Señalar entonces que para realizar este trabajo se ha partido de los presupuestos del paradigma hermenéutico o interpretativo - simbólico, y por consiguiente la perspectiva teórica que guía la metodología de esta investigación es la fenomenológica. A continuación podemos ver una representación gráfica de una estrategia de investigación cualitativa que va orientada a descubrir, captar y comprender una teoría, una explicación, un significado.

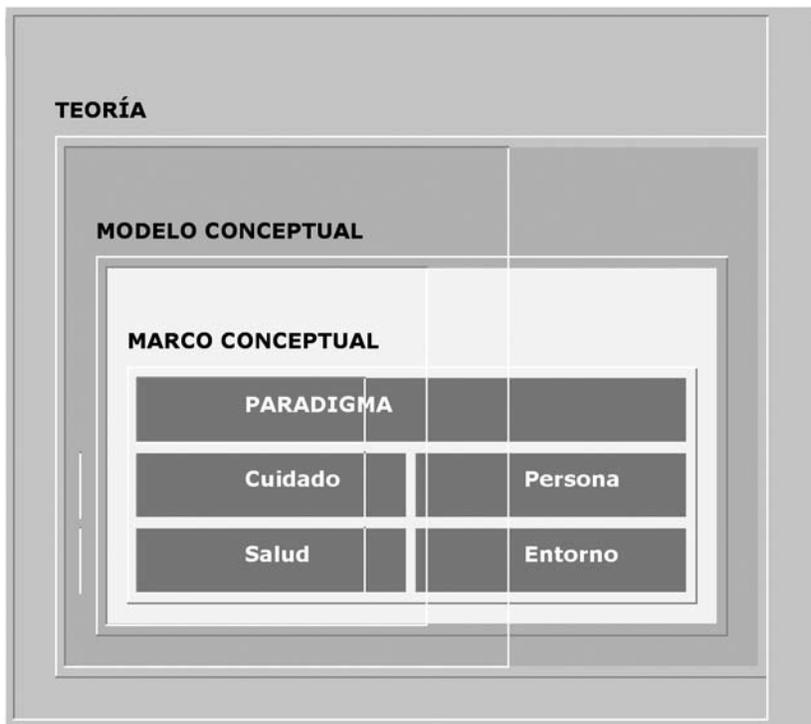


El término "marco conceptual" constituye una representación abstracta que explica una perspectiva de la disciplina, es decir, una concepción que guía la investigación. El marco conceptual no es más que todos los conceptos que están interrelacionados con el objeto de estudio, y que tienen que ser mencionados precisamente porque en algún momento de la investigación saldrán a la luz, por lo que es necesario explicarlos y enmarcar la relación que tienen unos con otros. Por lo tanto si nuestro objeto de estudio son las prácticas y manifestaciones de la gente durante la celebración de una fiesta religiosa, el marco conceptual incluirá los conceptos siguientes: el arte de cuidar, los cuidados holísticos, la relación de ayuda, el bienestar mental y espiritual, el acompañamiento espiritual, la enfermería basada en la comunicación y el optimismo disposicional.

En esta investigación cualitativa -que pertenece al paradigma hermenéutico- lo que busca el investigador es revelar los datos de sentido, es decir, del significado que tienen los fenómenos investigados en la mente de la gente. Estos datos son vivencias subjetivas, no se pueden pesar, medir, ni contar en unidades, así que la hipótesis aquí es usada como una orientación general para reforzar la dirección que tiene que seguir la investigación.

Conviene facilitar una introducción teórica explicativa del enfoque cualitativo utilizado que facilite una visión global y esquemática de carácter didáctico, y que ayude al lector a comprender el camino que se ha seguido para explorar la realidad objeto de estudio. Para no alimentar la confusión entre conceptos, aboga-

mos por diferenciar los siguientes términos, visualizándolos como se muestra en la siguiente figura:



Extractado de Marriner Tomey y Raile Alligood, 2003.

La idea de sistemas conceptuales (marcos conceptuales) en enfermería se aplica a las construcciones teóricas que poseen respaldo empírico limitado.

Teorías, modelos y sistemas conceptuales sólo se diferencian en el grado de provisionalidad de sus enunciados de relación y en la extensión del respaldo empírico de cada elemento utilizado en las abstracciones teóricas del campo de interés, pero no en los propios componentes utilizados.

Por lo general, teorías, modelos y sistemas conceptuales poseen una estructura idéntica, todos ellos compuestos por enunciados de relación que pretenden describir o explicar los fenómenos y los sistemas.

Desde esta perspectiva, el enfoque humanista como es el caso del “paradigma de la transformación” nos lleva a plantear esta relación como un proceso

recíproco y simultáneo de interacción, un proceso donde se pone en relación la información conocida (la que poseemos), con otra no conocida (la del otro) para crear significados nuevos. Se trata de un proceso interactivo donde el paciente co-participa o co-interviene y por tanto todo tipo de ayuda se ha de hacer CON el cliente, CON el paciente y CON la persona. Y de esta manera el objeto formal de la “relación de ayuda” en la profesión de enfermería es la persona. Por ejemplo, tomar a un paciente del brazo para ayudarlo a llegar al baño nos da la oportunidad, cercanía y permiso para animarla, confortarla, infundirle valor, espíritu de lucha o sencillamente recurrir al sentido del humor, que también es una buena terapia. En definitiva, la finalidad última de nuestra interacción es poner en marcha los recursos sanadores que existen en la propia persona, lo que realmente importa es ella, y llegar al baño, queda como una acción importante pero de orden secundario. La finalidad de la relación de ayuda desde este paradigma es la de acompañar o participar con el paciente a encontrar la mejor respuesta a sus necesidades de salud en el marco de sus valores y creencias. Y aunque la enfermera se anticipe por sus conocimientos y experiencia a la forma de ver de las personas y genere las posibilidades de desarrollo de estas, ella a su vez se beneficia también de esta relación con cambios que le conducen al desarrollo de su propio potencial.



FOTO SANTA CLARA 1954.

Autor: MONFERVAL

Julián Fernández Parreño.

CAPÍTULO I

LA NECESIDAD DE HUMANIZAR

*“... ¿ qué son esas creencias en la mayor parte de los casos, sino palabras;
palabras obstinadas a veces que imponen una mentalidad
y una actitud al que las usa?”*

Original de Pablo Antonio Cuadra, 1998.

Es algo ya conocido que la atención humanizada es el primer paso para alcanzar el éxito y la calidad asistencial en los servicios de salud. El interés por la humanización de la atención sanitaria no es nuevo, la iniciativa emprendida en 1984 con el *"Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria"* se justificaba con estas palabras: *"La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina"* (Insalud, 1984). Francesc Raventós, Director General del INSA-LUD en 1994, definía un sistema sanitario humanizado como aquél cuya razón de ser era estar al servicio de la persona, y en su realización incluía elementos de estructura y gestión del sistema sanitario. De este modo se tomaba conciencia de la necesidad de humanizar la atención sanitaria en España. A posteriori la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 marcó un hito en nuestro país en lo que concierne a los derechos del paciente, con el doble objetivo de acercar la Sanidad al ciudadano y satisfacer las necesidades del paciente hospitalizado.

Sin embargo no existe unanimidad a la hora de definir el concepto de humanización. Cuando se habla de humanizar la atención sanitaria, se contemplan todas aquellas acciones que son propias del ser humano, es decir, que constituyan una forma de expresión humana. Los usuarios valoran mucho los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta dentro de las instituciones hospitalarias y, por lo tanto, algunos factores que influyen en la práctica deshumanizante estarían relacionados con la relación interpersonal entre profesional y paciente, e implican al contexto institucional. Un estudio realizado por Hospital Ibáñez y Guallart Calvo (2005) indica que cuando una persona ingresa en un centro sanitario pierde su identidad, se ignoran sus problemas individuales y es tratado como carga de trabajo. La per-

sona pierde su autonomía, siendo sometida a la conveniencia de los profesionales de la salud y del centro asistencial donde se encuentra. La literatura reconoce que sería necesario flexibilizar las estructuras sanitarias de manera que se contemple la diversidad y la asistencia individualizada. ¡Tan importante es entonces que las enfermeras otorguen cuidados centrados en los usuarios y que los cuidados humanizados se integren a la praxis para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud!. El aspecto ético, la comunicación interpersonal, la sensibilización de los profesionales de cara a la humanización de los comportamientos, así como las conductas recíprocas en las relaciones entre los pacientes, las enfermeras, los médicos y cuantos cooperan en el proceso de atención a la persona que tiene un problema de salud, resultan fundamentales para llegar a conseguir la humanización de la asistencia sanitaria.

Por otro lado, en la actualidad un rasgo propio de la cultura del hospital es el modelo biomédico predominante en los procesos asistenciales, en el que la atención se centra en la dimensión biológica de la enfermedad (reduccionismo biologicista), y se atienden sólo las necesidades relativas a la dolencia del paciente aplicando las guías protocolizadas dispuestas a tal fin, pero en ningún momento se considera lo que la enfermedad significa para la persona que la padece, es decir, no se reconoce cómo la vive la persona y la incidencia que ésta tiene en su entorno. La revisión de la bibliografía pone claramente de manifiesto que en el ámbito de la salud predomina el modelo de enfermedad, principalmente porque las intervenciones van dirigidas al tratamiento y a la curación del paciente, y en muchas ocasiones olvidando el "trato", es decir, el saludo inicial, la postura de escucha, la forma de contestar a las preguntas del paciente, etc. Y por eso existen pruebas claras de que la eficacia preventiva y curativa de la medicina podría verse potenciada si no se limitara a la condición clínica de los pacientes, sino que tuviera también en cuenta su estado emocional (Krakauer, 1999).

Por otro lado, se puede constatar también como la mayoría de las personas hospitalizadas desconocen y/o confunden la categoría de los profesionales que las atienden, y este hecho repercute negativamente sobre la profesión de enfermería, principalmente porque la profesión de enfermería se encuentra inmersa en un cambio profundo, y con estas conductas se pierden oportunidades para cons-

truir la identidad profesional de una disciplina que necesita seguir fortaleciéndose como profesión y ciencia.

El desarrollo de actitudes como la empatía, el entrenamiento en habilidades como la escucha activa, la respuesta empática y la asertividad son esenciales para que los profesionales dispongan de herramientas que les permitan saber hacer y saber comunicarse de forma satisfactoria con cada persona. El doctor Bermejo Higuera (Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid) afirma que “humanizar es una cuestión ética, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Y hablamos de humanización cuando los valores nos llevan a diseñar políticas y programas, así como a realizar cuidados y cuidar las relaciones en sintonía con la dignidad de todo ser humano”.

Se identifica un fuerte movimiento internacional que plantea la humanización de la atención durante la prestación de cuidados. Así por ejemplo dentro del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal de la Junta de Andalucía, la Consejería de Salud ha creado un documento denominado Plan de Parto y Nacimiento, una iniciativa que recogerá los deseos y expectativas de las futuras madres durante el desarrollo de estos acontecimientos. Andalucía se propone mediante este proyecto, el diseño de un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado, haciendo compatible el uso de la tecnología con la participación activa de las mujeres y sus parejas. Se plantea proporcionar un cuidado como un proceso interconectado, emocional-subjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente.

Es decir, el estudio de las emociones se está convirtiendo en un valioso recurso terapéutico. Encontramos a muchos profesionales que no se cansan de indagar para encontrar ese “algo” que hay dentro del ser humano que busca el placer o que busca huir del dolor. El investigador doctor Mario Alonso Puig es miembro de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia, socio de la Harvard University Medical School y uno de los españoles que ha dedicado gran parte de su vida al estudio de las funciones superiores del cerebro. Insiste que en la vida todo depende de la percepción con la que se mire: por eso existe un vaso que está medio lleno y otro medio vacío. Su investigación persigue la búsqueda del sentido, del propósito, de aquello que trasciende a nosotros mismos

y que nos impulsa a la acción. Afirma: “los seres humanos tenemos una serie de fortalezas que cuando se ponen en marcha tienen la capacidad de afectar físicamente al estado de nuestro cuerpo de manera positiva”. Principalmente se despliegan de forma natural cuando nos sentimos escuchados y apoyados. La investigación sobre “bienestar emocional” ha constatado que un pensamiento positivo es capaz de fortalecer nuestro sistema inmunitario, mientras que uno negativo lo debilita, volviéndolo más vulnerable. Él afirma: “Puedo atestiguar que una persona ilusionada, comprometida y que confía en sí misma puede ir mucho más allá de lo que cabría esperar por su trayectoria”. “Las personas tienen gran cantidad de recursos y posibilidades en su interior, una vez que la persona descubre que los tiene y los potencia puede crecer de una manera sorprendente”. “El peor monstruo para el personal del siglo XXI es no sentirse valorado, no ser reconocido, no ser aceptado, no ser querido”. Él es autor del libro “Vivir es un asunto urgente” (2008) y en él describe la forma en que el ser humano puede hacer frente a la incertidumbre de una manera efectiva y saludable.

Alonso, actualmente profesor de ejecutivos, habla completamente convencido de que el lenguaje no sólo describe realidades, sino que también las crea: defiende con una firme convicción que las empresas no invierten nada de tiempo en comunicación porque creen que no merece la pena, y es un error. Es la mejor inversión que se puede hacer y afirma: “cuando se considere al hombre como un fin en sí mismo y no como un medio para conseguir algo entonces la sociedad se habrá humanizado” (diario digital “elconfidencial.com”: “un pensamiento positivo fortalece el sistema inmunitario” 04/03/10).

Entonces, ¿que representa la humanización para los profesionales de la salud? Son diversos los estudios que muestran que son nuestros pensamientos los que en gran medida han creado y crean continuamente nuestro mundo. Las emociones, sobre todo las negativas como el miedo, la ira o la desesperanza, pueden alterar el riego del cerebro y el sistema inmunológico. Cuando una persona cae en una conversación negativa es capaz de activar las mismas hormonas que se ponen en marcha frente al estrés o el miedo, recursos que el ser humano tiene para avisar, prevenir y ayudar cuando la integridad humana se siente amenazada, pero que no dejan lugar para desplegar recursos creativos ni productivos.

En la asistencia sanitaria la espiritualidad se identifica con un profundo sen-

tido de significado y propósito en la vida, junto con un sentido de pertenencia, de aceptación, integración y plenitud. La sociedad post-moderna ha comenzado a examinar las prácticas de cuidados de salud desde la perspectiva de integrar la mente, el cuerpo y el espíritu. Hay evidencia del aumento del interés público y profesional en los beneficios de la medicina complementaria, incluyendo el uso de la oración (Treloar, 2000) y que el sistema sanitario debería tener en cuenta tanto las creencias religiosas, como el uso de la fe para ayudar al paciente a recuperarse (Espeland, 1999). La literatura constantemente recomienda que se atienda la espiritualidad de los individuos, sobre todo que se integre en su cuidado, pero a los profesionales de enfermería les es muy difícil brindar el cuidado espiritual al paciente. Para que los profesionales de enfermería puedan brindar un buen cuidado espiritual es necesario ayudar al paciente a identificar sus creencias y valores, proporcionarle un entrenamiento en formas de ajustarse al dolor y al sufrimiento, para finalmente lograr reconocer sus emociones positivas y negativas. Los profesionales de enfermería son parte esencial en proveer ese cuidado espiritual, pero la falta de conocimientos en estrategias de comunicación y la falta de tiempo, hacen que este cuidado no se le brinde al paciente.

Veamos a continuación como las creencias religiosas y espirituales son importante en la vida de los individuos y cómo pueden influir en los estilos de vida, actitudes y sentimientos acerca de la enfermedad y la muerte.

El doctor Harold Koenig, un investigador de Duke University Medical Center Koenig encontró que las personas religiosas pasan menos tiempo en el hospital, son más saludables, se recuperan más rápidamente, tienen menos ataques al corazón y, en general, manejan los altibajos de la vida de forma más positiva. Él insiste que la espiritualidad amplía la dimensión de la visión holística de la humanidad. Las necesidades espirituales y el mantenimiento del bienestar espiritual son componentes importantes del ser humano, pero con frecuencia es un aspecto desatendido en el cuidado holístico que se le ofrece al cliente. Mostró además que los que rezan y asisten a servicios religiosos una vez por semana, especialmente en un "anciano precoz" con edad comprendida entre 65 y 74 años, tiene la tensión arterial inferior que sus colegas que no hacen. Además añade que estas personas tienen sistemas inmune más fuerte y muestran mejores resultados al sufrir alguna enfermedad que las personas no religiosas (Koenig, 2001).

Koenig entiende por religión un sistema organizado de culto que cuenta con determinadas creencias, rituales y normas de conducta, así como determinadas prácticas relacionadas con la muerte, el matrimonio y la salvación del alma. A su vez define la espiritualidad como: "la búsqueda personal para encontrar respuestas a preguntas esenciales de la vida, acerca del significado y relaciones con lo sagrado y trascendental". Koenig (2007) plantea que la religión provee modelos significativos que orientan los valores religiosos y que determinan los modos de afrontamiento, considerando así estas prácticas como fuentes potenciales de salud mental.

Por otro lado el doctor David Larson ha financiado numerosos estudios que examinan el papel de la espiritualidad en la salud: "El rezo es un modo de relación", dice el doctor Larson, "cuando uno reza hay cambios fisiológicos en el cerebro, también hay cambios en el hipotálamo (en la parte del cerebro que realmente regula la fisiología del cuerpo), se produce la liberación de unas sustancias químicas produciendo una bajada en la tensión arterial, un aumento en la capacidad de los pulmones para llevar el oxígeno, e indirectamente a largo plazo se produce un beneficio en el sistema inmune". Su investigación confirmó que tanto mental como físicamente, las personas religiosas gozan de mejor salud que sus amigos no religiosos. La hipótesis que él sostiene es que el compromiso religioso puede reducir el estrés, porque es capaz de reducir la producción de sustancias que se liberan frente a altos estados de ansiedad y a la vez aumentar la capacidad del cuerpo para luchar contra la enfermedad (Larson, 2002).

Yoffe (2007) hace referencia a William James (1902-1961) como el primer autor que menciona la religión en las personas sanas y en los enfermos del alma. Él introdujo un nexo entre religión y experiencia humana, e incluyó una relación entre afectividad y experiencia religiosa, como una dimensión de gran complejidad dedicada al tratamiento del problema de la fe religiosa, de las creencias y de los modos de actuar frente a situaciones vitales trascendentes.

Y añade Yoffe (2007) que Antonovsky (1987) brindó un concepto de "salugénesis" como un proceso dinámico y multifactorial basado en concepciones que incluyen la definición de salud y de enfermedad como un continuum y no como términos dicotómicos. Según dicho autor, la investigación epidemiológica debería enfatizar los factores que promueven la adaptación y el afrontamiento, bus-

cando factores que se planteen la prevención de la morbilidad y la promoción de la salud, para el aumento del nivel de bienestar de la población, de estados de satisfacción vital y de recuperación de la enfermedad.

Otros estudios (Acklin, 1983; Daaleman, 2002; Koenig, 2007; McCullough, 2000) determinan que la espiritualidad en los enfermos con cáncer puede ejercer un tremendo impacto en el control de síntomas que produce la enfermedad. Las manifestaciones religiosas se han relacionado con índices inferiores de incomodidad del paciente oncológico, así como menos hostilidad, ansiedad y aislamiento social. Un creciente cuerpo de literatura científica apoya la idea de que la espiritualidad debe integrarse con la medicina convencional para tratar esta compleja enfermedad (Almanza-Muñoz y Holland 1999, Balboni 2007, Burton 1998). Al revisar la literatura relevante acerca de la espiritualidad y la población oncológica se observa que la religión y las prácticas espirituales se encuentran entre los recursos utilizados por estos pacientes para hacer frente al dolor crónico. Entre los pacientes con cáncer ha habido un interés creciente en vincularse religiosamente en la búsqueda de la salud (Sherman, 2001). Cuando una persona enfrenta el diagnóstico de cáncer, sus creencias y prácticas religiosas pueden ayudar a combatir los sentimientos de desamparo y de angustia que se producen, ordenando y restituyendo el significado de su visión de la vida al promover un sentido de control (Doswshen, 2001). Las creencias religiosas son utilizadas comúnmente por los pacientes con cáncer para enfrentar el miedo, la ansiedad, la desesperanza y la pérdida de control que produce esta enfermedad (Koenig, 2000).

En 1998, Holland, Kash y Passik (del servicio de psico-oncología del Memorial Sloan Kettering de New York) elaboraron un inventario de sistemas de creencias para detectar el distress espiritual y las crisis espirituales (Holland, 1998; Almanza-Muñoz y Holland, 1999) que revelan que, antes de tratar de evaluar la espiritualidad del enfermo es fundamental el control de los síntomas físicos del paciente oncológico. De igual manera se ha reportado que mediante estas terapias se disminuyen los efectos colaterales de la quimioterapia (Achterberg, 1977; Fetzer, 1999).

En concordancia con lo expuesto, la religión siempre va a estar presente en los pacientes con enfermedades infecciosas, procesos terminales e incluso ante

momentos difíciles de la vida como la pérdida de un órgano o la noticia de la muerte de un ser querido. Se encuentra entonces que la espiritualidad disminuye los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, favorece estilos de vida y comportamientos más sanos y mejora la calidad de vida en general (Navas, Villegas, Hurtado y Zapata, 2006). Estos estudios adquieren todavía más relevancia cuando se analiza la relación entre alargamiento de la vida y participación en una actividad espiritual.

La doctora Cecilia San Martín (2008) estudia la influencia de la espiritualidad en la salud y el bienestar en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. Ella sostiene que en la medida que se investigue de modo científico el papel de las prácticas espirituales de los ancianos, se podrá contar con evidencia empírica en las dimensiones bienestar psicológico y bienestar subjetivo. Puesto que las creencias y experiencias religiosas y espirituales son parte integrante de la personalidad (Peterson & Seligman, 2004), también el papel central de la espiritualidad en las enfermedades crónicas ha sido examinado en varios estudios. Hay un estudio que realizó una amplia búsqueda bibliográfica MEDLINE para identificar estudios publicados entre enero de 1999 y junio de 2003 que describiesen los efectos de la religión en la salud y llegó a la conclusión que la actividad religiosa puede mejorar los resultados sanitarios. Sus resultados fueron que la oración intercesora puede mejorar las tasas de éxito de fertilización *in vitro*, disminución de la duración de la estancia hospitalaria, aumentar la función inmunológica, mejorar la artritis reumatoide, reducir la ansiedad y también reducía los efectos adversos de pacientes con enfermedad cardíaca (Coruh y Ayele, 2005). Actualmente y tal y como lo destacó Mills (2002), las citas que incluyen las palabras clave religión y salud, o espiritualidad y salud en los centros de datos de PsychINFO o en Medline se han sextuplicado desde el año 1994 hasta 2002. Del mismo modo, aumenta la publicación de artículos y noticias que describen una relación positiva entre la espiritualidad y la salud dentro de la nueva línea de tratamientos de procesos oncológicos, tratamientos para la depresión, el estrés e incluso enfermedades infecciosas como el SIDA (Richard & Bergin, 2000; Miller, 2005).

Pero existe una gran paradoja: la calidad percibida por el paciente, que es la que determina su grado de satisfacción o insatisfacción, está en relación bási-

camente con sus necesidades y las expectativas que conforman el servicio esperado por el paciente. Podríamos preguntarnos ¿cuántos profesionales sabrían dar respuesta a qué esperan de ellos todos y cada uno de los pacientes que atienden? ¿Conocen a los pacientes? ¿Les escuchan? Desde una visión externa (enfoque étic) los profesionales de la salud construyen -con sus criterios profesionales y generalmente con buena voluntad- lo que necesita el paciente, pero no saben cómo se percibe el paciente a sí mismo, qué significados tiene para él su situación de enfermedad (enfoque emic); no reconocen -quizá porque no saben y tampoco tienen consciencia de su relevancia- los aspectos culturales de las necesidades humanas, por lo que realizan prácticas de atención menos beneficiosas o eficaces, e incluso con evidencias de insatisfacción del paciente con los servicios prestados, lo que constituye un límite para la curación y el bienestar. A modo de ejemplo en el escenario de un quirófano, muchas veces, la atención al paciente es impersonal y naturalmente los problemas individuales son ignorados. Aquí es esencial la individualización del cuidado, es decir, es necesario estar atento a lo que ocurre con cada cliente que llega a la unidad. Heluy de Castro (2004) destacó la necesidad de unir conocimientos técnico-científicos a la humanización del cuidado, contribuyendo así a que la cirugía ocurriera de forma armónica, con menos estrés y, consecuentemente, con la disminución de los riesgos y las complicaciones. Conocer cómo una situación afecta a una persona sólo puede conseguirse tomando la piel del otro, mediante la empatía. Por todo ello, propone establecer una comunicación efectiva sería una de las maneras de conquistar la confianza del paciente y humanizar la atención.

El profesional que interacciona con su cliente atendiendo a sus intereses e informando a la persona, ofrece seguridad y de esa manera los recelos de esa persona se reducen en la medida que se consolida la relación de confianza profesional sanitario-paciente. La comunicación sólo puede ser establecida entre cliente y profesional cuando hay interés y apertura por ambas partes. El profesional debe estimular al cliente a verbalizar, exponer sus sentimientos y temores (Heluy de Castro, 2004). En la relación terapéutica establecida con los pacientes es importante que ambos actores entiendan qué es lo que quieren uno del otro, y ello comienza desde el momento del primer contacto, es decir, desde la anamnesis o momento de recolección de información sobre esa persona que tiene

lugar cuando la enfermera asignada interviene, y durante ese tiempo de interacción ella evalúa el significado que para él/ella tiene la enfermedad. La comunicación no sólo debe servir para obtener la información que el personal sanitario necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención.

A la hora de mejorar la humanización de los procesos asistenciales, los profesionales de la salud habitualmente plantean como obstáculo principal que éstos están fuertemente influenciados por las políticas sanitarias, que determinan la distribución y la gestión de los recursos, regulan la oferta y la demanda e inciden de manera transversal en todo el tejido institucional. Aunque es cierto que los factores económicos y socio-estructurales influyen en los sistemas de organización del hospital y condicionan los tipos de relaciones entre los diferentes grupos profesionales y entre éstos y los pacientes, son factores que van más allá de lo individual, haciendo que los profesionales en muchas ocasiones no tengan más remedio que hacer lo que hacen porque existen normas y procesos establecidos en los que no cabe la participación efectiva que al profesional de enfermería le gustaría. A pesar de todo ello, en el campo de la salud en general, la enfermería tratará siempre de organizarse con el objetivo de generar unos cuidados humanizados y de calidad siguiendo el método científico.

Este estudio tiene la intención de contribuir al universo de posibilidades que el diálogo sobre espiritualidad con el paciente hospitalizado puede aportar a los cuidados de enfermería, así como propiciar una nueva línea de investigación en este sentido señalando la importancia de la utilidad de la espiritualidad como herramienta para dar respuesta integral a los problemas básicos de los seres humanos. Espiritualidad no es religión y no es psicología. Creer o no creer en Dios no influye directamente con el concepto de espiritualidad que una persona pueda tener, porque lo espiritual trasciende la dimensión cognitiva, la espiritualidad permanece dentro de nosotros como aquello a lo que recurrimos para encontrar significado en la vida, nos permite superar el sufrimiento, y salir fortalecido de las etapas dolorosas de la vida.

El reciente interés en este tema es indicativo de la concienciación en varios sectores académicos y profesionales sobre la necesidad de considerar la espiri-

tualidad como una parte esencial e integral del desarrollo de la personalidad de individuo, y esto se refleja en la cantidad de estudios que muestran las distintas bases de datos.

El principal interés es comprender la realidad dentro de un contexto dado, por ello debe captarse como un todo unificado, no puede fragmentarse, no puede dividirse en variables dependientes e independientes. Carr y Kemmis (1988) explican: “el objetivo no es ofrecer explicaciones causales de la vida humana, sino profundizar y generalizar nuestros conocimientos de por qué la vida social se percibe y experimenta tal y como ocurre”. Desde el punto de vista epistemológico, se considera que el conocimiento es un producto de la actividad humana, y, por lo tanto, no se descubre, se produce.

Husserl definió la fenomenología como el estudio de las estructuras de la conciencia que capacitan al conocimiento para referirse a los objetos fuera de sí misma. Su cometido es estudiar las esencias de las cosas y de las emociones.

Para comenzar debemos tener claro que la fenomenología es un movimiento filosófico del siglo XX, siendo su mayor exponente el filósofo Alemán Edmund Husserl (1859-1938) a quien se le conoce como “el padre” de la fenomenología. La fenomenología es la encargada de describir las estructuras de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia, sin recurrir a la teoría, deducción o suposiciones procedentes de otras disciplinas tales como las ciencias naturales. La teoría fenomenológica más tarde desarrollada por Alfred Schutz (1899-1959), autor fuertemente influido por las ideas de Edmund Husserl, y que desarrolla una fenomenología del mundo social sobre la base de la experiencia diaria, constituye un intento de explicación de la manera en que se construye la realidad social, proceso en el que los individuos están fuertemente implicados a través de las interacciones y los supuestos sociales que desarrollan en su vida cotidiana.

Husserl sugiere que el método fenomenológico debe ser empírico y científico como un método, generalizable a través de situaciones, no especulativo, y que describa el fenómeno como es experimentado. Así, el punto de partida fundamental de la investigación fenomenológica es la descripción lo más completa y exhaustiva posible del fenómeno a partir de la experiencia directa e inmediata que el investigador tiene de éste, con lo cual se garantiza la consideración de la singularidad e irrepetibilidad de cada fenómeno observado.

La fenomenología de Edmund Husserl da cuenta de algunos de los conceptos fundamentales de ésta tales como actitud natural, vivencia, intencionalidad etc. en el intento de captar con meridiana claridad la complejidad del fenómeno. El fenomenólogo busca la comprensión de los hechos mediante métodos cualitativos que le proporcionen un mayor nivel de comprensión personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de las personas. Los sujetos sociales, entonces son quienes generan el mundo social a través del significado que le dan sus acciones, a los objetos que les rodean, a otros individuos etc. (Alonso, 1998). La subjetividad es una cualidad que se incorpora en la investigación a través de la narración de los hechos, la interpretación de las semejanzas, la memoria personal y la expresividad de los sujetos, entre otros.

En el paradigma cualitativo, los hechos sociales se diferencian de los hechos de las ciencias físicas por considerar las creencias y las opiniones de quienes participan. La condición del sujeto participante se configura desde lo inmediato y con un sentido que le es dado por mediación de interpretaciones subjetivas de los actores de la situación. Bajo esta posición los sujetos están determinados y construyen sus interpretaciones en el momento mismo de la interacción. Hayet señala, por ejemplo, "... que no deben ser definidos según lo que podríamos describir sobre ellos por los métodos objetivos de la ciencia sino por lo que piensa la persona que actúa" (en cita de Bourdieu, 1997).

El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su presente y de su pasado. Esta perspectiva de investigación enfatiza sobre lo interior, es decir lo válido o lo que proviene de adentro del sujeto. Los principales elementos que la caracterizan son:

- 1° La primacía que se otorga a la experiencia subjetiva inmediata con base al conocimiento. La teoría hermenéutica se centrará en la identificación de las reglas que subyacen, siguen y gobiernan los fenómenos sociales. Lo que se buscan son patrones de intercambio, resultado de compartir significados e interpretaciones sobre la realidad. El objeto de la investigación en este paradigma es la construcción de teorías prácticas, configuradas desde la misma práctica y construidas por reglas, y no por leyes. La comprensión es una de las dimensiones y objetivos fundamentales de este tipo de teorías.

2º El estudio de los fenómenos desde la perspectiva de los sujetos. La realidad está constituida no sólo por hechos observables y externos, sino también por significados, simbólicos e interpretaciones elaboradas por el propio sujeto a través de una interacción con los demás. Cuando lo que se busca es interpretar lo que sucede en una situación concreta, necesitamos observar la interacción entre todos los elementos de la situación elegida tal y como operan en su contexto natural.

3º Un interés por conocer cómo las personas experimentan e interpretan el mundo social que construyen en interacción. La regla es diferente según el contexto donde sucede la práctica de interacción, y consenso que los sujetos mantienen entre sí.



Foto procesión Santa Clara 1954.

Autor: MONFERVAL

Julián Fernández Parreño.

CAPÍTULO 2

LA ESPIRITUALIDAD Y SU RELACIÓN CON LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

*"Obra de tal manera que el motivo,
Y el principio que te lleva a obrar,
Puedas tú querer que sea ley universal."*

Kant

¿Qué es para usted bienestar espiritual?

Espiritualidad y religión son conceptos similares pero difieren. La religión a menudo tiende a ser considerada como una base institucional, estructurada y basada en la tradición mientras que la espiritualidad es vista como más personal, más basada en el interior de la persona y está integrada por aspectos positivos como la emoción. Así como la espiritualidad es la búsqueda de lo sagrado, la religión sería la búsqueda de un significado de las formas relacionadas con lo sagrado. Mientras la religión implica la rendición de cuentas y responsabilidades a un ente superior, la espiritualidad no tiene esos requisitos. Es decir, que una persona puede rechazar una religión tradicional, pero siempre puede considerarse a sí misma espiritual. Lo que sí está claro es que los estudios encontrados explican que tanto la religiosidad como la espiritualidad traen bienestar. La primera porque incentiva las relaciones personales positivas, el compromiso con la comunidad y la productividad; y la segunda, porque motiva el crecimiento personal y el involucramiento en tareas creativas o de auto superación (Wink, 2003).

La “ciencia” se basa en la razón deductiva, sin hacer caso de las emociones, busca la verdad por el camino de la experimentación, paso a paso, al margen de revelaciones, mitos y supersticiones. La “religiosidad popular”, por el contrario, se caracteriza por una mayor flexibilidad y tolerancia a desviaciones de la norma (que merecerían condena dentro de la ortodoxia), y por ser preponderantemente vital, poniendo de manifiesto muchas prácticas y manifestaciones (especialmente las colectivas y comunitarias) fuera de los análisis racionales. Marco Vinicio Rueda (1982) define religiosidad popular en estos términos: “Aquel modo de ser religioso, más vivencial que doctrinal, un tanto al margen de lo oficial, nacido del encuentro del catolicismo español con las religiones precolombinas, y que es vivido más por la masa numérica del pueblo que por las minorías selectas religiosas”.

Pero la religión nace precisamente de la emoción, nace para proporcionar al individuo alguna esperanza en su ansiosa búsqueda del bienestar. Su origen es debido a un sentimiento de angustia involuntario que nace desde el interior de la persona, es decir, del miedo. Es por esto que los teóricos de la psicoterapia aplicaron estudios neurofisiológicos, psico-neuro-endocrinos y metabólicos de distintos tipos a monjes que vivían dedicados a la oración, y se aplicó a experiencias de oración y recogimiento en la vida ordinaria. Finalmente se encontró, que más que el contenido final de la oración (elemento individual), la metodología y la estructura del hecho de comunicación con la trascendencia, la reflexión y el encuentro con la corporalidad serían la verdadera explicación de los efectos beneficiosos finales (Civeira, 2000).

Uno de los grandes retos para integrar la espiritualidad y atención espiritual en la práctica de la enfermería ha sido el entendimiento de la evolución del concepto de la espiritualidad, algo que comienza a ser entendida como algo más amplio que la religión. Lo que es una realidad es que la mayoría de los pacientes tienen una vida espiritual y la valoran a la par que su salud física. Ciertamente es que no ha existido ninguna sociedad sin religión, y la pregunta es ¿por qué no? El bienestar del hombre está estrechamente relacionado con la correlación más o menos favorable de la relación salud-enfermedad en el transcurso de su vida. Y sucede que la enfermedad limita de una forma u otra el sentido de la vida del hombre y su calidad. De este modo la aflicción, la depresión, el miedo y la desesperación que cunden en el hombre enfermo lo llevan en ocasiones a buscar ayuda más allá de lo posible, y para esto casi siempre ha tenido que acudir a la religión.

René van Leeuwen (2008) plantea interrogantes sobre el rol profesional de la enfermera en la atención espiritual. El estudio muestra que los diferentes factores (personales, culturales y educativos) desempeñan un papel en el hecho de que la atención espiritual no está estructuralmente arraigada en enfermería. Como ya se ha visto, las ciencias médicas y psicológicas del occidente han enfocado raramente sus investigaciones teóricas y la atención clínica en la espiritualidad. La pregunta, ¿la espiritualidad tiene beneficios para la salud? la han intentado contestar variados estudios desde hace ya más de una década. Narayanasamy (1999) revisó el concepto de espiritualidad aplicada a la enfermería mostran-

do que la comprensión holística de la espiritualidad ha sido procedida casi exclusivamente de la tradición teológica cristiana.

Entre 2006 y 2010 más de 80 estudios de investigación publicados examinaron las relaciones entre religión, espiritualidad y salud. En relación a los artículos publicados sobre espiritualidad, podemos encontrar investigaciones en relación al significado filosófico del concepto, a los métodos de evaluación de las necesidades espirituales y también acerca de aspectos prácticos y sus implicaciones en el cuidado de enfermería (Narayanasamy, 1999; Mendes, 2002; McSherry, 2003; Burkhardt M, 1994).

La palabra espiritualidad proviene del vocablo latino “spiritus”, el cual significa “aliento de vida”. En muchos sectores académicos y profesionales consideran la necesidad de considerar la espiritualidad como una parte esencial e integral del desarrollo de la personalidad del individuo (Richard & Bergin, 2000), y tienen en cuenta que es necesario diferenciarla de la palabra “religión”. La religión, por otro lado, no se limita a sistemas de conceptos y creencias acerca de lo sobrenatural, sino que la religiosidad se define como un sistema de creencias en un poder divino o sobrehumano, así como en un conjunto de prácticas de adoración o rituales dirigidos a ese poder supremo (Furnham y Heaven, 1999).

De acuerdo a la Real Academia Española (2001), al hablar de espiritualidad nos referimos a la “naturaleza y condición de ser espiritual”. Por otro lado, Carroll y Spero (citados en Hodge, 2001) definen la espiritualidad como una relación con Dios, es sinónimo de equilibrio, una entidad que se considera superior y que provee un significado, propósito y misión de vida. De acuerdo a Bruce(2000) ser espiritual implica la búsqueda de un significado en nuestras vidas el cual nos comunica un sentido de interconexión con uno mismo y los demás, ofreciéndonos un sendero continuo de descubrimiento y propósito personal.

En la literatura encontramos que la enfermería reconoce como algo esencial abordar a los usuarios de manera totalitaria, y para ello se hace necesario un mayor conocimiento sobre la dimensión espiritual del cuidado. La enfermera tiene que ser consciente de la variedad de expresiones de espiritualidad que existen, reconociendo que a menudo no se expresan en el lenguaje religioso tradicional. Tratar eficazmente la parte espiritual de las personas requiere una inver-

sión de sí mismo, en realidad es una forma intencional de estar con el paciente o cliente, y puede ser muy enriquecedor aprender a escuchar las experiencias de conexión del otro (Burkhardt, 1994). Diversos problemas relacionados con las creencias, que en nuestros días son aplicables al proceso de enfermería, corresponden a diversas etapas del proceso de atención (Marriner, 2003).

Florence Nightingale fue la primera teórica que describió la enfermería y su entorno. Desde los tiempos de Florence Nightingale la espiritualidad ha sido parte esencial del cuidado holístico de la persona. Y en base a los hallazgos de numerosas investigaciones que apoyan la idea de integrar la dimensión espiritual en el cuidado, es cuando se ha puesto de manifiesto la importancia terapéutica que tendría poder reconocer y valorar esta espiritualidad, sobre todo en las personas que experimentan crisis o en quienes viven con angustia una situación de enfermedad. Pero es imprescindible que el profesional de enfermería clarifique y reconozca los atributos del concepto espiritualidad para luego poder planificar unos cuidados orientados en esta dimensión. Tres áreas principales de crítica metodológica existen: la construcción de la medición, el diseño del estudio y el análisis de datos.

La palabra cuidados hace referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. La enfermera es una figura ideal para aumentar la armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma del paciente, y para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Éstos son fundamentales para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida de una persona. Además tiene significados distintos en culturas diferentes. Siles, define cuidado como "el producto de la reflexión sobre las ideas, hechos y circunstancias (reflexión teórica, práctica y situacional) relacionada con el proceso optimizador de las necesidades de salud que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana" (Siles, 2005).

Virginia Henderson se apoyó en los postulados de Florence Nightingale e incorporó en su teoría principios fisiológicos y psicológicos nuevos. Su teoría plantea criterios acerca del entorno, la salud, la persona y los cuidados. El cuidado se define como «estar con», donde el profesional acompaña al paciente en sus experiencias de salud, se individualizan los cuidados y la enfermera-persona

colabora en esos cuidados. El concepto cuidado está caracterizado por su enfoque holístico en el que se engloban los aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales, y está sustentado en el conocimiento científico y realizado dependiendo de esos cinco elementos. El modelo propuesto por Henderson es un instrumento clave en la asistencia hospitalaria, ya que se centra en las actividades que las enfermeras realizan para suplir, supervisar o ayudar al paciente a cubrir las necesidades que no puede, no sabe o no quiere realizar por sí mismo de forma autónoma.

Desde el punto de vista de Watson, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral en las transacciones de cuidados humanos. En la cultura anglosajona se distingue entre los términos de “care” y “caring”. Así “Care” es la acción de cuidar y “Caring” incorpora además un sentido e intencionalidad humanitaria en enfermería. Una vida espiritual rica tiene un importante impacto positivo en la salud física y psicológica del paciente, no significa que sea necesario hacerse seguidor de una religión concreta, porque la espiritualidad debe entenderse como el convencimiento profundo de que la existencia tiene un valor y un sentido.

Otro aspecto a considerar por teóricos de enfermería son los estudios transculturales. Madeleine Leininger, cuyos estudios, investigación y desarrollo teórico la convierten en una figura puntera en enfermería transcultural, definió la base de los cuidados de enfermería desde la cultura y la espiritualidad. Su teoría pone de manifiesto que los cuidados son más eficientes cuando se conocen las diferentes culturas de los pacientes y que es necesario tomar la perspectiva del paciente teniendo presente su espiritualidad, o sea tener en cuenta religión y cultura. Porque toda comunidad tiene personas que protegen los valores culturales, creencias y estilos de vida deseados. Leininger desarrolló su teoría basada en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan.

En los cuidados en atención primaria, sin embargo, podemos tomar como eje el marco teórico de H. Peplau, ya que en él se destaca la importancia de la relación interpersonal como base de los cuidados. La teoría de Peplau se refiere a la relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente

(Peplau, 1990; Kérouac y cols, 1996). En su teoría, Peplau describe cuatro fases de relación enfermera-paciente, proceso que aunque implique ejecución de técnicas, procedimientos y utilización de dispositivos, no puede considerarse sólo técnico, sino interpersonal (Peplau, 1990). Sin embargo y pese a las evidencias de la importante labor de la enfermería en beneficio de la salud espiritual, las instituciones no perciben la conveniencia de construir una definición de espiritualidad universal y aceptable para todos los profesionales.

Envejecer es un proceso del desarrollo humano al que es necesario adaptarse, pues las distintas características de la etapa de la vejez suponen para el individuo dificultades, entre las cuales se puede mencionar un debilitamiento físico progresivo, la pérdida de seres queridos, y la muerte. Y al igual que en cualquier otra etapa de la vida, en la vejez se apela a los recursos de que se dispone para hacer frente a las dificultades. Uno de estos recursos personales es la espiritualidad. Así para comprender mejor cómo los adultos mayores perciben el papel desempeñado por las creencias religiosas y la actividad en el mantenimiento y recuperación de la salud, y poder explorar la hipótesis de que el apoyo espiritual contribuye a aumentar la sensación de bienestar analizamos los estudios realizados con metodología cualitativa. Los estudios realizados con adultos mayores sugieren que las creencias religiosas pueden tener una influencia significativa en el bienestar psicológico de estas personas, y que la experiencia subjetiva de apoyo espiritual puede servirle al paciente a superar momentos difíciles (Ai 2002, Mackenzie 2000, Helm 2000, Thoresen 1998).

Whetsell investigó la relación entre niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionada con la salud en una población mexicana de adultos mayores de 65 años. El proyecto se basó en el Modelo de Adaptación de Roy, el Modelo de Pollock (fortaleza relacionada con la salud) y el de Reed (bienestar espiritual). El diseño fue descriptivo correlacional, la muestra fue probabilística y se hizo al azar. Los resultados del estudio mostraron una relación positiva entre los niveles de bienestar espiritual y los de la fortaleza relacionada con la salud, confirmando los resultados de otros estudios anteriores, y reforzando la hipótesis previa del estudio: la fortaleza relacionada con la salud y el bienestar espiritual, actuando en conjunto, tuvieron efectos positivos en los individuos que estaban afrontando diferentes situaciones con estrés. Los resultados de este estudio tienen implicacio-

nes para la práctica, la educación y la investigación. El análisis de esta relación puede ayudar a comprender mejor el impacto que tienen estas dos características de la personalidad en la vida de los ancianos y puede ser usada para guiar el desarrollo de intervenciones de enfermería.

Zabala investigó la correlación entre los niveles de bienestar espiritual y los niveles de ansiedad en una muestra de 190 pacientes obtenida por medio de muestreo no probabilístico en adultos de 35 a 85 años de edad, diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Aquí se utilizó el cuestionario de espiritualidad de Reed y la escala de ansiedad-estado de Spielberger. El marco teórico que guió este estudio fue el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

Los niveles altos de bienestar espiritual para la población participante de este estudio significaron que la fe les ayudaba a apreciar el sentido de la vida y a encauzar el camino para tratar de lograr la adaptación a estilos de vida favorable. Los resultados de este estudio confirman que el bienestar espiritual se puede clasificar como estímulo contextual positivo que contribuye de manera significativa a que las personas con diabetes mellitus tengan la capacidad para afrontar las reacciones emocionales consecuentes con la evolución crónica e incapacidad física y social derivadas de esta enfermedad. En la práctica de enfermería clínica, promover el bienestar espiritual relacionado con la salud puede ayudar al paciente a afrontar el cambio físico y psicosocial que se produce por el avance progresivo de la cronicidad de las patologías degenerativas.

Otro estudio (Grafman, 2003) añade que nuestros pensamientos religiosos están mediados por unas regiones del cerebro que han evolucionado con el paso del tiempo y que sirven para diversas funciones, entre ellas la de reconocer las intenciones de las personas: "además están relacionadas con las emociones y la memoria", "las creencias religiosas forman una pequeña parte de un proceso cognitivo mucho más amplio del que no se pueden separar". Este investigador, principal autor del estudio que se publica en la revista 'Proceedings of the National Academy of Science', habla sobre el origen de la creencia religiosa y afirma que en algún momento de la evolución del pensamiento ésta fue muy útil para propiciar la evolución de la mente humana.

Grafman cree que los orígenes de la creencia en la divinidad residen en los mecanismos que evolucionaron para ayudar a los primates a entender a sus

familiares y a otros animales: "Intentamos usar los mismos mecanismos sociales para explicar fenómenos poco comunes en la naturaleza". Lo que es indudable es que las religiones y la fe sí existen, están presentes en todas las sociedades y culturas, y son un rasgo único y exclusivo de los seres humanos.

Alonso Puig también sintetiza su fe en la dimensión espiritual del hombre con la afirmación "en esencia, somos consciencia y amor". Encontramos además pruebas objetivas, y es que se ha podido fotografiar mediante resonancia funcional magnética, que ante una situación emocional de angustia o de sentimiento de soledad o abandono hay un cambio súbito en el riego del cerebro y empieza a activarse la parte dedicada a defendernos contra peligros físicos, esta conducta sólo tiene tres respuestas: ataque, huida o bloqueo. "Esta conducta es útil ante la amenaza de un depredador, pero no ante un reto profesional", afirma Alonso (2010), concluyendo por parte de los neurocientíficos que existen áreas específicas del cerebro humano destinadas a regular lo que llaman "altas funciones", un creciente cuerpo de literatura científica apoya la idea de que la espiritualidad debe integrarse con la medicina convencional para tratar la enfermedad (Almanza-Muñoz y Holland 1999, Balboni 2007). De la misma forma también sería posible visualizar objetivamente el funcionamiento de regiones localizadas del cerebro mientras se realizan otras actividades más placenteras como por ejemplo frente a la risa y la alegría.

¿Pero cómo introducimos en este mundo peculiar que llamamos lo sagrado? Hay un primer rasgo que lo caracteriza. Se trata de un mundo en que el sujeto se introduce tras el paso de un umbral. Muchas veces la reflexión crítica de la persona, de lo recibido durante la infancia, ha de enfrentarse con la tradición del lugar, es decir, con "la religión colectiva" como son "las fiestas religiosas" y "las celebraciones populares gremiales", que se asumen como un valor familiar y comunitario que hay que preservar y defender ante la influencia de otras religiones. La religión católica tiene un contenido ético integrado por normas de conducta que deben ser observadas so pena de cometer pecado y merecer castigo, también la aceptación y condena de creencias, la celebración de rituales y formas determinadas de veneración de santos e imágenes.

La tesis de que la religión es un fenómeno psicológico ha sido contestada por Émile Durkheim en su obra fundamental "Las formas elementales de la vida reli-

giosa" (2003), que la defiende como "producto social", un factor necesario y decisivo, utilitario en último término, para mantener la cohesión social. Durkheim afirma "no hay religiones que sean falsas, porque todas son verdaderas a su manera. Todas responden, aunque de forma diferente, a ciertas condiciones dadas de la existencia humana". Según Durkheim las religiones juegan un papel fundamental para unificar a los integrantes de una sociedad y para reforzar el sentido de solidaridad de sus miembros.

Gustavo Bueno en "El animal divino" (1996) propone definir la religión como "religación de los hombres con los númenes", entendiendo por numen "un centro de voluntad e inteligencia" que puede estar encarnado en humanos (chamanes, héroes, profetas, santos, etc.) o en animales totémicos. La conclusión de Bueno es que "los hombres hicieron a los dioses a imagen y semejanza de los animales". Así la religión dejaría de ser un sentimiento de origen psicológico o social para convertirse en una categoría "ontológico-antropológica", es decir, en una relación entre los hombres reales y los númenes irreales.

A su vez Gonzalo Puente Ojea (1997), afirma con rotundidad que "la religión es invención, ilusión, y no realidad de númenes inexistentes". Para entender con precisión el origen del sentimiento religioso hay que recordar, según este autor, que este sentimiento es íntimo y muy personal: lo que busca la persona es "su felicidad", "su salvación eterna", "la supervivencia en otro mundo mejor que éste". El sentimiento religioso se hace colectivo cuando el clan sistematiza los mitos, organiza los ritos y propone el culto a los familiares fallecidos. Puente Ojea nos explica que si la soledad y el ansia de inmortalidad del hombre son estímulos que favorecen el nacimiento de la espiritualidad personal, la necesidad de un orden social y de una autoridad respetada por todos está en el origen de la religiosidad colectiva, sometida al poder de los "espíritus" inventados.

The Journal of Consulting and Clinical Psychology publicó un trabajo de la Universidad de Exeter (Reino Unido) acerca de una "terapia cognitiva basada en la plena consciencia" (MBCT por sus siglas en inglés). La terapia MBCT enseña a la gente habilidades prácticas relacionadas con técnicas de meditación. La meditación propone a los pacientes centrarse en su existencia presente, en vez de obsesionarse con el pasado y el futuro. La práctica de estas técnicas tres o cuatro días por semana, proporcionan un entrenamiento personal dirigido a aumen-

tar la capacidad de hacer frente a situaciones negativas de la vida, ayuda a pensar en cómo superarlas y a obtener una solución para seguir adelante. El tratamiento MBCT propone una alternativa natural a los antidepresivos químicos y reitera sus beneficiosos efectos.

Antonio Damasio (nos presenta en su libro "En busca de Spinoza" 2005) su hipótesis definiendo la emoción como un conjunto complejo de respuestas químicas y neuronales que forman un patrón distintivo. El objetivo de Antonio Damasio, neurólogo galardonado con el premio Príncipe de Asturias, ha sido descubrir cuál es la relación entre los sentimientos y la anatomía del cerebro. Él ha demostrado a través de un estudio con escáneres que la tristeza estimula la ínsula, el tronco cerebral y desactiva el cíngulo posterior, mientras que la felicidad actúa al contrario, activando este cíngulo posterior y una zona diferente de la ínsula. A través del cerebro las emociones desencadenan una serie de reacciones en el cuerpo y con ello favorecen el desarrollo de determinadas enfermedades.

Otra investigación que relaciona biología y emociones, junto con aspectos psiconeuroinmunoendocrinológicos (pnie), es la realizada por la médico de familia Gloria Pizzuto y su equipo. Aplican un nuevo enfoque a la medicina, una mirada integral de los pacientes, para ello hay que observar y escuchar a los enfermos y luego estudiar sus neurotransmisores. La Pnie desde el enfoque que relaciona el aparato psíquico, los mecanismos neurológicos, la función inmune y la regulación endocrina, intenta estudiar los estados afectivos de las personas. Ella se ha centrado en el síndrome de fatiga crónica y piensa que puede estar asociado con fibromialgia. Pizzuto expresa "las emociones positivas ó negativas son captadas por nuestro cuerpo, pero las negativas como tristeza, dolor, angustia, miedo y desesperación pueden provocar no sólo enfermedades psiquiátricas sino enfermedades somáticas a punto de partida de emociones negativas que se cronifican." (Pizzuto, 2010).

Francisco Teixidó (2003), doctor en Ciencias Biológicas, también manifiesta que hay pruebas científicas concluyentes de que las emociones dependen en gran medida de los cambios que se producen en el funcionamiento del organismo, y del contexto, del ambiente, de las situaciones en la que se generan esos cambios. Teixidó se adentra en los fundamentos químicos de las emociones, esto es, abor-

da las modificaciones que con las emociones se producen en los niveles hormonales del ser humano. Por otro lado, se encuentra que los grupos de autoayuda y el apoyo de la familia y amigos, así como algunos representantes religiosos pueden ayudar a las personas a mantener su salud emocional a través de estar más conectados con sentimientos positivos (Aldwin, 1990; Ferrero, 1996; Rogers & Reich 1986).

Por lo tanto, ¿qué nos dice la evidencia? Hay varias explicaciones y en todas ellas encontramos por lo menos tres interpretaciones diferentes:

1° Por un lado los estudios muestran que las personas religiosas tienen estilos de vida y comportamientos más sanos que las que no lo son, lo que se asocia a un menor riesgo de enfermedades y a una actitud diferente cuando se pierde la salud. Lo que puede ser debido a que viven estilos de vida más sanos porque fuman menos, beben menos y se permiten prácticas de vida más conservadoras, es decir menos arriesgadas, al igual que también toman decisiones relacionadas con su lugar de trabajo, su ocio e incluso con su matrimonio, así como con otras actividades de esparcimiento etc., por consiguiente habrán buenas razones para esperar que tendrán mejor salud física, y además que repercutirá en su bienestar psicológico (Reyes-Ortiz, 1996; Pardini, 2000).

2° En esta investigación la espiritualidad es entendida como un encuentro de auto-conocimiento con la dimensión interior de uno mismo, que permite la conexión con el cosmos, y es contemplada como un recurso sin igual que influye en la vida humana y en las relaciones con el conjunto de personas que nos rodean. La espiritualidad sería universal, todas las culturas tienen concepciones y representaciones referidas a una fuerza última, trascendente y sagrada, que orienta en los temas centrales de la vida, como el sentido y propósito de la vida, ofreciendo reglas y valores que guían las relaciones interpersonales (Peterson y Seligman, 2004). Cada vez hay más pruebas de que las creencias y las prácticas espirituales están relacionadas con una mejor salud mental, una mejor salud física, y una mejor adaptación a la enfermedad y la discapacidad, tanto para los pacientes no religiosos como para sus cuidadores. Es decir, también se ha estudiado el

papel que tienen las creencias y los factores espirituales en grupos de personas no religiosas a la hora de hacer frente a una enfermedad (King y Dein, 1998; Koenig, 2004; Ocampo, 2001; Navas, 2006).

3º por último hay estudios que se apoyan en base a catástrofes multitudinarias (el 11-S en Nueva York y el 11-M en Madrid) que evaluaron la capacidad de afrontamiento al estrés postraumático tras el atentado, y cuyos resultados confirman que aquellas personas que participaron más en homenajes por sus familiares perdidos, y que rezaron tras el evento, buscaron más apoyo social, expresando más sus emociones y reconstruyeron más positivamente lo ocurrido (Campo, 2004; Landau, 2004; Schuster, 2001). En ambos casos una respuesta muy común es la participación en manifestaciones, ceremonias de homenaje y rituales religiosos como rezar. En estos estudios, con situaciones de pérdidas de seres queridos, separaciones y conflictos relacionales, soledad, una respuesta muy frecuente es el afrontamiento mediante el incremento de los ritos privados (rezar, meditar y leer textos sagrados) y públicos (aumentar la asistencia a la iglesia).

Todo este trabajo de revisión bibliográfica pone de manifiesto el énfasis que la literatura ha puesto en los últimos años en las cuestiones espirituales del ser humano durante la atención de su salud, y lo más importante es que desvelan que esta preocupación por la prestación de la atención espiritual está dentro del ámbito práctico de la enfermería. Porque a pesar del relativamente nuevo y gran interés en estudiar la espiritualidad en medicina, los médicos que llevan la espiritualidad a su práctica profesional son la excepción más que la regla (Monroe, 2003). Tener en cuenta que no es necesario celebrar de una manera formal las creencias religiosas o participar en prácticas religiosas o pertenecer a una tradición de fe para experimentar la dimensión espiritual (King, 1998; Jeffery, 2006).



Fotos niños en procesión SANTA CLARA 1954

Autor: MONFERVAL

Julián Fernández Parreño.

CAPÍTULO 3

EL PAPEL DE LAS ROMERÍAS EN LA ESPIRITUALIDAD PERSONAL

*"El hombre debería decir siempre mucho más de lo que pretende
y pretender mucho más de lo que dice. Es, pues, la fe la certeza de lo que se
espera, la convicción de lo que no se ve."*

Oscar Wilde.

Aunque son pocas las investigaciones en las que se relacionan las fiestas y la salud (Pieper, 1974; Ribes, 2006; Steingress 2006) distintas localidades viven con emoción y sentimiento la celebración de la fiesta para venerar a su Virgen, y son interesantes porque arrojan luces sobre la forma que tiene la gente de percibir la religiosidad.

En el sentido etimológico de la palabra “romería” entendemos una peregrinación a un lugar considerado sagrado. Es decir, el desarrollo de esta práctica religiosa no se ciñe al culto cristiano, otras religiones también contemplan actividades de peregrinación (Jiménez, 2006). El desarrollo ancestral persistente en el tiempo de estas fiestas lleva a plantearnos un interrogante: ¿qué funciones tiene? Ciertamente el motivo central de una romería es mostrar devoción y culto a un símbolo sagrado, pero las actitudes de religiosidad que muestran los actores sociales ¿influyen sobre parámetros físicos en salud?

La profesora Celeste Jiménez de la Universidad de Huelva explica los elementos que caracterizan y diferencian a las romerías: acciones ritualizadas, una dinámica procesual que articula el espacio y el tiempo y que está caracterizada por la circularidad, y finalmente la capacidad simbólica de concentrar significados mediante los cuales se compone un escenario comunicativo realmente útil.

Para dar respuesta a la pregunta inicial de esta investigación: ¿la espiritualidad tiene influencia sobre la salud? se planteó un estudio con el propósito de explorar las percepciones espirituales que manifestaban las personas que participaban en las romerías de la ciudad de Elche, debido principalmente a que esta ciudad reúne un conjunto de rasgos y propiedades específicas relacionadas con el actual concepto de espiritualidad que ya han sido analizadas antes. Es decir, si existe en Elche una forma de arte que se pueda identificar con el concepto de espiritualidad y que a la vez posea un indiscutible sentido de universalidad, es sin duda el Misterio de Elche. Y como máxima representante de la cultura espiri-

tual ilicitana, la imagen de la Virgen de la Asunción, la cual siempre ha ocupado un lugar destacado dentro de la programación de sus fiestas. Al carácter religioso de la imagen símbolo se le suman las actitudes de religiosidad que aportan los actores sociales materializados en oraciones, promesas, ofrendas, penitencias, etc vinculados directamente con respuestas emotivas y conductas beneficiosas para su salud.

El pensamiento y la palabra son una forma de energía vital que tiene la capacidad de interactuar con el organismo y producir cambios físicos muy profundos. Es decir, partiendo de la premisa de que las fiestas religiosas son escenarios que estimulan la puesta en marcha de manifestaciones como la fe, la plegaria, la meditación, los rituales, las creencias sobre la vida y la muerte, etc y que estas prácticas rituales desencadenan estados positivos en la persona que pueden ser importantes para su salud mental y física porque actúan sobre determinados mecanismos psicofisiológicos de la persona (Ross 1995, 2006); este estudio se plantea analizar la conexión que existe entre el pensamiento, la palabra, la mentalidad y la fisiología del ser humano.

La estrecha relación entre fiesta y espiritualidad no sólo es un fenómeno que aparece en toda la historia de la cultura humana, sino que su explicación en el marco de la medicina ha sido más bien reciente. Lo religioso o sagrado como fuente de la fiesta no explican el fenómeno, pero es necesario buscar una base explicativa que permita conocer la psicodinamia de las necesidades espirituales humanas subyacentes en la fiesta. El enfoque hermenéutico ejemplificado en el caso de la teoría de la fiesta de Pieper, reduce el sentido de la fiesta y el arte a un acto de "alabanza", pero la realidad es que la "autenticidad" de la fiesta no descansa en el carácter litúrgico-tradicional, sino en su capacidad de producir y de canalizar situaciones de re-creación, de llevar al sujeto a un estado de trance provocado por medios como la visualización colectiva del santo o Virgen de su devoción.

Durante el desarrollo de la fiesta la persona expresa sus sentimientos, sus creencias y consigue disminuir la sensación de malestar. En este mismo sentido Robert Sapolsky (1992), neurólogo de la Universidad de Stanford, afirma que de igual modo que los sistemas de alerta se activan frente al miedo, desencadenando una serie de reflejos en el cuerpo con el fin de utilizar toda la energía

almacenada para activar los músculos apropiados y que aumente la tensión arterial, lo mismo ocurriría con las emociones positivas. Lo que pasa es que los resultados a nivel físico no se pueden asociar a tendencias de respuesta tan claras, específicas y objetivas (Ekman 1989, Fredrickson 1998, Punset 2005). Además la utilidad de este tipo de respuestas para la supervivencia no parece tan evidente e importante sobretodo porque no es inmediata ni automática como la de alerta, pero no por ello deben de no tenerse en cuenta sus efectos a largo plazo.

El material fílmico obtenido durante el desarrollo de una romería puede resultar enriquecedor para analizar y reflexionar sobre el mundo de la salud, primero por la abundancia de acciones objetivas que se manifiestan entre los participantes, y segundo por los relatos que se producen relacionados con su bienestar. Lo que intenta transmitir este trabajo de investigación, lejos de tratarse de historias de género fantástico, son escenas de la cotidianidad donde la fe sin duda es la protagonista indiscutible de lo que se puede lograr cuando una persona cree.

Por otro lado el profesor Cuenca (1994) habla de elementos esenciales de la fiesta, elementos habituales y elementos complementarios. Los elementos esenciales son la comunidad, el espacio y el tiempo, por ser aquellos sin los cuales es imposible hablar de fiesta. Entre los ingredientes festivos no esenciales hay dos que se imponen al resto: el primero son las romerías hacia ermitas aisladas del núcleo poblacional principal, para muchos autores, éste es el elemento más antiguo de los fenómenos festivos; y en segundo lugar, la elección de la reina de las fiestas.

Esta investigación se centra en los elementos esenciales y en los elementos habituales (Brisset, 1990), por ser precisamente aquellos relacionados con los objetivos de este trabajo. Además, al tratarse de acciones ritualizadas que se repiten con una frecuencia anual desde la localidad, es decir, se trata de una fiesta concertada para conmemorar un acontecimiento relevante, se trata de una romería extraordinaria. La finalidad de la romería de la "Venida" se centra en el mantenimiento y la continuidad de una gran fiesta en honor a la Virgen de la Asunción.

Las fiestas son por esencia, un momento de ruptura, un punto de inflexión entre dos épocas de trabajo, pero es también una vivencia subjetiva, es decir, una vivencia propia de cada persona y propia de cada comunidad. De ahí que se

puedan señalar tres valores dominantes en el ámbito festivo: alegría, espontaneidad y libertad, junto a dos rasgos que siempre van unidos al espíritu de la fiesta como son exceso y ruptura. La vivencia festiva propicia el igualitarismo y libera a la sociedad de las estructuras rígidas de los estamentos de clase y las diferencias de poder; y por lo tanto puede favorecer el desarrollo de la solidaridad (Gil Calvo, 1996).

La voluntad del individuo queda reflejada en la fiesta porque nadie puede obligar a otro a que se divierta, a que lllore, a que rece arrodillado o a que ofrezca a su hijo a la Virgen para que ella lo cuide y proteja en el futuro. Ésta es una vivencia inherente a cada individuo. La fiesta cuando es vivida con libertad afirma y emancipa al individuo, y sólo tiene sentido cuando se comparten esas experiencias (Cuenca 1994). Siguiendo las reflexiones de Cuenca (1994), podemos decir que desde un punto de vista positivo, de desarrollo personal y social, el ocio se manifiesta de diversas formas, a las que se le pueden llamar dimensiones, y que se relacionan con diversos ámbitos, ambientes equipamientos y recursos. Dicho autor señala las siguientes dimensiones: lúdica, creativa, ambiental-psicológica, festiva y solidaria.

En la romería encontramos, por tanto, una vía de expresión muy poderosa (Rodríguez Becerra, 1985), a través de la cual se pueden reflejar, con mayor o menor acierto, las vivencias de las personas en distintos estadios del camino. De ahí que en base a ese aludido realismo, las experiencias de estas personas pueda también ser utilizadas, y de hecho lo son, como instrumento de análisis y reflexión social para producir un instrumento que ayude a otras personas.

Desde esta óptica, como profesionales del cuidado, nos puede resultar enriquecedor aprovechar el contenido de determinadas fiestas para reflexionar, analizar, comprender e interpretar lo que las vivencias de algunas personas nos aporten sobre el mundo de la salud y la enfermedad (Siles González, García Hernández, Cibanal Juan y Galao Malo, 1999). Es necesario mirar en el fondo de los hechos, de los argumentos que manifiestan esas personas, y en la actitud sobre los problemas de salud de otras personas cercanas a ellos (los actores) familiares, enfermos, amigos que intervienen; para darnos cuenta que cuando la fe se pone en movimiento, cuando uno tiene esperanza en algo y lo tiene con fe, se transforma en certeza para uno.

Una investigación de campo relacionada con las fiestas religiosas fue la realizada en un colectivo de la ciudad de México en agosto de 1995. El procedimiento de observación participante, registro fotográfico y entrevistas a personas claves del barrio concluyó que "las fiestas articulan un conjunto importante de acciones, unas de naturaleza sacra, otras de corte profano, pero todas confluyen en la construcción de un orden social significativo". El análisis de la fiesta reveló que éstas encierran un sistema de signos, y que son portadoras de sentido. El sentido de la fiesta pudo ser considerado como el efecto del funcionamiento de los signos que la constituyen (Salles, 1995). El campo "fiesta" no sólo está determinado por el contexto social y cultural, sino que como espacio de producción cultural (material y simbólica) también tiene capacidad determinante: refleja su entorno a la vez que lo recrea a su manera.

La conceptualización de lo no perceptible da lugar al universo de lo religioso y lo mágico, partiendo de la creencia en seres y fuerzas sobrenaturales que expliquen una serie de fenómenos (Malo, 1997). Así la fiesta religiosa aparece como una forma y una ocasión para comunicarse con Dios a través de la oración, del ocio y del ritual. Cabe destacar un hecho evidente: la participación en la cultura popular requiere que la gente viva la espiritualidad de la fiesta, que la ejerza sin necesidad de haberla diseñado previamente, sin necesidad de formar parte de un grupo. Las manifestaciones religiosas en cuanto "conductas colectivas" implican diversos elementos interconectados: a) la congregación de las personas en espacios públicos en proximidad física; b) la realización de conductas conjuntas, convergentes y comunes; c) el estar coordinadas por normas y d) las conductas, gritos, cánticos, representaciones dramáticas y otras formas de comunicación que provocan un aumento de la activación afectiva en el grupo (Snow y Oliver, 1995).

Pieper inicia su investigación con el análisis de la noción vulgar de fiesta y de trabajo. Allí, fiesta y trabajo se oponen y no es desacertado el sentido común en esto. Porque el trabajo es lo cotidiano, mientras la fiesta es lo no común. En orden a definir la verdadera naturaleza de la fiesta y el trabajo, Pieper señala a la fiesta religiosa en cuanto celebra lo sacro y se constituye en el ámbito donde el ocio tiene su más profunda raíz. En este contexto las aportaciones de Pieper son: "Ocio contemplativo, fiesta y esperanza son los tres necesarios pilares para

la reconstrucción de un mundo humano, sólo realmente humano porque se abre a lo divino.

Inversamente, toda fiesta, aun cuando sea originariamente puramente laica, tiene ciertas características propias de la ceremonia religiosa, pues en todos los casos, da lugar a que los individuos se aproximen entre sí, se pongan en movimiento las masas y así se produzca un estado de efervescencia colectiva, a veces incluso de delirio, que no deja de tener parentesco con el estado religioso" (Durkheim, 1982): *"Los ritos representativos y los entretenimientos colectivos están hasta tal punto próximos entre sí que se pasa sin solución de continuidad de un género al otro, de una emoción a otra. De hecho, las fronteras entre estos dos tipos de ceremonias son tan imprecisas que hay algunos casos en que resulta imposible establecer con precisión a cuál de los géneros pertenecen"* (Durkheim, 1982). *"La religión es una realidad eminentemente social. Las representaciones religiosas son representaciones colectivas que expresan realidades colectivas; los ritos son maneras de obrar que nacen solamente en el seno de grupos reunidos, y que están destinados a suscitar, mantener o renovar ciertos estados mentales de los grupos"* (Durkheim, 2003).

Todas las culturas tienen manifestaciones festivas desde la más remota antigüedad y su importancia se revela en la cantidad de estudios que muchos antropólogos y estudiosos han realizado sobre la fiesta y lo que ésta significa para los pueblos y culturas del mundo (Eliade, 1999; Brisset 1990, García, 1991).

Así la doctora Flores (2004) se centró en estudiar la relación de la fiesta, la celebración, el sufrimiento y la modernidad, tratando de argumentar el efecto que la fiesta popular ejercía en los participantes. Ella describió como era entendida la fiesta en el contexto urbano moderno con un sentido fenomenológico en tanto que trata de dar cuenta de las vivencias de los participantes durante la organización y celebración de la fiesta. Desde un punto de vista colectivo afirma que el ocio es una referencia importante de bienestar, desarrollo, y calidad de vida. Las actividades de ocio durante el envejecimiento como agente causal del bienestar personal han sido también estudiadas y vistos los beneficios que se derivan del ocio no es de extrañar que se atribuyan a las actividades recreativas propiedades terapéuticas (Herzog y otros, 1998). La participación en actividades de ocio es beneficiosa en la medida en que capacita a la persona para relacio-

nar su comportamiento recreativo con sus propias capacidades, lo que incrementa su percepción de control y auto-eficacia. No es cualquier actividad la que se asocia a un incremento del bienestar subjetivo, sino aquellas sobre las que estas personas experimenten una sensación de control (Reich, Satura y Hill, 1987).

La fiesta es un acto para que la comunidad se reconozca públicamente como tal, comunicándose consigo mismo. En las fiestas se abren los compartimentos estancos en los que se divide estructuralmente la vida social, posibilitando las relaciones sociales. En las fiestas puede darse la comunicación entre grupos y segmentos sociales más distantes y diversos, puesto que la fiesta es el momento más oportuno para derribar, aunque sea por el tiempo que ésta dura, las distintas barreras que existen en la sociedad. Según Del Arco y otros (1994), las condiciones para que una fiesta reciba el calificativo de popular y la diferenciamos de otra que puede tener un carácter más privado o particular son dos. O bien la fiesta se encuentra en la base de la comunidad, en su raíz, o bien son fiestas propias de un grupo mayoritario organizado, lo que implica que son fiestas asumidas por la mayoría de la población y en las que todos participan de una u otra forma. Sin embargo, puede afirmarse que lo más frecuente es que ambos hechos se den o bien a priori o a posteriori, puesto que cuando el grupo de gente asume protagonismo es porque, normalmente se identifica en el hecho de la fiesta en sí (Lázaro, 1997).

En el estudio que aquí se presenta, sobre la alteración emocional positiva subyacente asociada a los hechos concomitantes consecuentes al ocio y a estar de fiesta, se concluye que se han producido somatizaciones psicológicas en este caso positivas, y muy reveladoras. Por primera vez en la historia moderna, los profesionales de la salud están empezando a apreciar en serio el papel que desempeña la espiritualidad en la vida de los pacientes.

Afortunadamente, de igual modo que las investigaciones de Sigmund Freud atribuían a las carcajadas el poder de liberar al organismo de energía negativa, en este trabajo se confirma que la persona que hace el camino en romería se libera del nerviosismo y de la ansiedad. Las causas de que esto se produzca se debe a variados factores: la convivencia (que puede durar una jornada de un día o de varios días), favorece el intercambio de vivencias y de experiencias en grupo, hasta el punto de compartir con otros nuestros pensamientos y problemas. Otra cuestión

es la interacción cara a cara, la personalización, las relaciones que se establecen entre todos y que favorecen la risa. Al respirar hondo, meditando, rezando u orando se produce el mismo resultado que cuando reímos. La mayoría de la gente manifiesta una actitud festiva y, cuando reímos el cerebro emite la información necesaria para activar la segregación de endorfinas. Es decir, sustancias que poseen unas propiedades similares a las de la morfina, con la capacidad de aliviar el dolor, e incluso de enviar mensajes desde el cerebro hasta los linfocitos y otras células para combatir los virus y las bacterias; y por esta razón las personas tienen sensaciones de alivio, y lo que se percibe es tranquilidad y bienestar.

Por todas estas circunstancias los efectos positivos en salud debidos a participar en una peregrinación o romería son muchos:

- **Ejercicio Físico:** La variedad de estudios que establecen la asociación íntima entre actividad física y salud cardiovascular son muchos. El ejercicio físico regular contribuye a combatir todos los factores de riesgo y más aún, al actuar directamente sobre el corazón y los vasos sanguíneos, es uno de los elementos más eficaces para prevenir la aparición y la progresión de la enfermedad.

- **Reducción de la tensión arterial:** La carcajada hace vibrar la cabeza, se despeja la nariz y el oído, elimina las toxinas, porque con el movimiento el diafragma produce un masaje interno que facilita la digestión y ayuda a reducir los ácidos grasos y las sustancias tóxicas. Por otro lado, entra el doble de aire en los pulmones, dejando que la piel se oxigene más, y combinada con la meditación no sólo reduce el estrés sino que, además, prolonga la vida de los hipertensos porque logra descender los valores altos de tensión arterial.

- **La "fe" facilita la meditación:** La meditación tiene efectos beneficiosos sobre la salud, además hay distintas formas de practicarla, su principal objetivo consiste en tratar de transformar los pensamientos negativos en positivos. De esta forma aprendemos a aceptar la vida como es y a armonizarnos con ella. Este estado de tranquilidad que se logra es el que reduce la enfermedad psicológica y, por lo tanto, acaba también cuidando la salud del cuerpo físico. Uno de los aspectos positivos que tiene la meditación es que para que resulte efectiva no

hace falta invertir mucho tiempo en ella. Bastan cinco o diez minutos diarios para obtener sus beneficios. Otra clave para poder practicarla es encontrar un elemento único en el que centrar la atención, y éste suele ser la respiración. Cuando el practicante se concentra en esta función, el pensamiento se hace más tranquilo y aparece la relajación.

- **Acompañamiento espiritual:** Hablar de acompañamiento espiritual no implica exigir a alguien una determinada actitud religiosa, sino que supone acompañar a la persona con un respeto y confianza que le permitan comprender que no está reducida a su cuerpo y a su sufrimiento. El acompañamiento espiritual es estar presente, permanecer a la escucha y confiar: presencia, escucha y confianza. Y lo hacemos cuando damos nuestra atención total a la persona.

- **El contacto con la naturaleza nos acerca a la Divinidad:** La persona, cuando llega al límite de sus fuerzas, bien por las tensiones diarias, o por una desgraciada confluencia de circunstancias relacionadas con el trabajo o la familia, cae en la enfermedad. Unas veces se tratan de dolencias físicas y otras, cada día más, son dolencias de tipo psíquico, y todo ello es la consecuencia lógica de los estilos de vida que todos llevamos en la actualidad. En definitiva, se trata por tanto de recuperar la espiritualidad perdida, rechazar lo que afecta a nuestra más profunda interioridad. Para algunas personas la espiritualidad no deja de ser un “mecanismo de evasión” para escapar de los problemas habituales, pero es una realidad que conociendo nuestro ser interior podemos afrontar con mayores garantías de éxito cualquier problema que nos surja. La espiritualidad puede resultar una ayuda para que la persona descubra en sí misma los muchos potenciales buenos que tiene y los ponga en práctica.

- **La “comensalidad” facilita la relajación:** Sería impensable una romería sin el uso de la comida. La fiesta promueve una actitud de “generosidad” manifiesta, incluso es habitual en algunas romerías subastar un animal.

La espiritualidad ha sido reconocida como parte integral de la salud, el bienestar y la calidad de vida, y diversos autores relacionan el bienestar espiritual

con un afrontamiento positivo a las dificultades de la vida. La espiritualidad, la religión y la esperanza han demostrado ser elementos de apoyo en momentos de crisis, porque dan significado y permiten en muchos casos redimensionar y reorganizar la vida de las personas (Astro 2001, Cruces, 1999). Algunas explicaciones señalan que los individuos, a través de vivencias espirituales, sienten mayor control sobre sus vidas, quizá por pensar que Dios o un ser o fuerza superior son sus aliados en el manejo de situaciones complejas.

Ellison, destacado estudioso del tema del bienestar espiritual en diversas situaciones de vida, sostiene que el bienestar espiritual es un sentido de armonía interna que incluye la relación con el propio ser, con los otros, con un poder superior manifiesto a través de expresiones creativas, rituales familiares, trabajo significativo y prácticas religiosas, que generan una dimensión existencial (hacia el ser o fuerza superior) y una religiosa (hacia sí mismo y los demás) (Ellison, 2001). Por otro lado la literatura documenta diferentes mecanismos y abordajes positivos para trabajar en el campo de la salud, formas que relacionen la espiritualidad y la sanación, pero en la mayoría de las prácticas del cuidado sanitario se carece de estrategias de abordaje espiritual (Espeland, 1999).

La evaluación del rol de la afectividad en enfermería viene determinado por tres características: la proximidad al paciente, algunos de los valores esenciales que definen la profesión de enfermera (compasión, esperanza y alivio del sufrimiento) y el estado emocional del profesional que suministra cuidados (Watson, 2007). Porque la provisión de cuidados afectivos a los pacientes sólo puede hacerse por parte de profesionales con una predisposición y una disposición afectiva positiva, es decir está en condiciones de estimar, quién es capaz de estimarse a sí mismo. La función afectiva de la enfermería se relaciona con la vida práctica: con las emociones, las pasiones, los estados anímicos, los motivos, la sensibilidad moral y estética, la capacidad de experimentar sentimientos, inquietudes, interés o desinterés, simpatía, empatía y apreciación.



Foto "Ir de Mona en Romería"
Autor: MONFERVAL
Julián Fernández Parreño.

CAPÍTULO 4

UNA DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA “ENTREVISTA ESPIRITUAL”

“Quien tiene un porqué para vivir, encontrará casi siempre un cómo”

Nietzche.

Enfermería, en su trabajo diario, tiene que interpretar, dar sentido a los datos clínicos, tomar decisiones y reflejar sus intervenciones por escrito, para lo cual utiliza un lenguaje estandarizado que representa las experiencias de las personas a las que cuida y a la vez consigue el entendimiento interdisciplinar con el equipo de salud. Los diagnósticos enfermeros de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) permiten documentar este pensamiento enfermero y reflejar mediante una terminología específica los resultados e intervenciones de la práctica diaria. La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las el equipo de salud.

La visión cultural de los cuidados hace imprescindible la utilización de un instrumento que defina claramente las respuestas del paciente, tanto desde su propia interpretación real o subjetiva, como desde la profesional (un plan de cuidados dirigido a la influencia de sus creencias en su salud). No se trata de valorar solamente lo que "creemos que necesita", sino de lo que él "cree que necesita", con lo que se reduce al máximo las carencias de los cuidados orientados al diagnóstico enfermero "sufrimiento espiritual y emocional". Se define SUFRIMIENTO ESPIRITUAL como un diagnóstico de enfermería aprobado por la NANDA. El diagnóstico que recoge valores, riesgo de sufrimiento espiritual y disposición para un afrontamiento eficaz por parte del paciente está recogido en la clasificación 2001-2002 (Taxonomía II de la NANDA) con la denominación "Sufrimiento Espiritual" y es definido como "alteración del principio vital que satura todo su ser e integra y trasciende la naturaleza biológica y psicosocial del ser humano", "deterioro de la capacidad de experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo" (Luis,

2008). La utilidad de ser un lenguaje enfermero reconocido es que indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil.

| CODIGOS DIAGNÓSTICOS | |
|----------------------|--|
| Taxonomía II | |
| 00066 | Sufrimiento Espiritual |
| 00067 | Riesgo de sufrimiento espiritual |
| 00068 | Disposición para mejorar el bienestar espiritual |
| 00083 | Conflicto de Decisiones, (especificar) |
| 00124 | Desesperanza |
| 00125 | Impotencia |
| 00147 | Ansiedad ante la muerte |

Clasificación 2001-2002 (Taxonomía II de la NANDA)

Por lo tanto una exploración más exhaustiva de la espiritualidad y de las prácticas religiosas del paciente puede servirle al personal sanitario para seguir una estrategia de tratamiento concreta, así como también puede ser de mucha ayuda conocer la presencia o la ausencia de los códigos y de los valores morales con los que habitualmente crece una persona para la elección de las intervenciones terapéuticas específicas. El Observatorio de Metodología Enfermera (OME) es un departamento profesional creado dentro de www.fuden.es que busca conseguir el avance científico de la profesión enfermera y propone la versión online de la Guía Diagnóstica Enfermera 2.0 como herramienta metodológica de ayuda y consulta en la toma de decisiones.

| | | | | | |
|--|----------------------|---|------------------------|---|------------|
| 00066 Sufrimiento espiritual | 00130 | Cólera hacia Dios | 3531 | Cólera, ira | Si |
| | 00131 | Dudas morales o éticas del régimen terapéutico | 2916 | Actitud ante el régimen terapéu | Dificultad |
| | 00131 | Dudas morales o éticas del régimen terapéutico | 1622 | Conflicto de las terapias con su | Si |
| | 00132 | Búsqueda de ayuda espiritual | | | |
| | 00133 | Incapacidad en participar en prácticas religiosas habituales | 1613 | Problemas para las prácticas re | Si |
| | 00134 | Verbalización de conflictos internos sobre creencias | 1606 | Problemas para integración de l | Si |
| | 00139 | Preguntas sobre el significado del sufrimiento | 1626 | Conflicto/preocupación sufrimie | Si |
| | 00143 | Preocupa sentido de la vida, la muerte o sistema de valores | 1624 | Conflicto/preocupación vida-mu | Si |
| | 00511 | Ansiedad | 3513 | Ansiedad | Si |
| | 00512 | Cólera | 3531 | Cólera, ira | Si |
| 00604 | Trastornos del sueño | 1317 | Problemas con el sueño | Si | |
| 00068 Disposición para aumentar el bienestar espiritual | 00009 | Compromiso con valores supremos de amor, esperanza y verdad. | 1617 | Valores/costumbres culturales | Si |
| | 00009 | Compromiso con valores supremos de amor, esperanza y verdad. | 1601 | Cosas importantes en la vida | Valores |
| | 00009 | Compromiso con valores supremos de amor, esperanza y verdad. | 1601 | Cosas importantes en la vida | Religión |
| | 00009 | Compromiso con valores supremos de amor, esperanza y verdad. | 1609 | Practica alguna religión | Si |
| | 00127 | Armonía consigo mismo y con el entorno | 1602 | Satisfecho con su vida | Si |
| | 00128 | Fuerza interior | | | |
| 00169 Deterioro de la religiosidad | 00017 | Búsqueda de patrones anteriores de creencias y costumbres | | | |
| | 00018 | Cuestiona los patrones de costumbres y creencias religiosas | | | |
| | 00019 | Sufrimiento emocional por dietas (religiosas) y/o contactos sociales religiosos | | | |
| | 00351 | Dificultad para adherirse a las ideas y rituales religiosos | 1613 | Problemas para las prácticas religiosas | Si |

Taller del Observatorio de Metodología Enfermera (FUDEN):
 Expone las relaciones de los diagnósticos enfermeros con los
 "Criterios de valoración estandarizados".

http://www.ome.es/media/docs/Documento_final_taller09_01.pdf

Enfermería depende de la existencia de un conocimiento teórico para todas las áreas. Usar un Modelo Conceptual o Teórico de Enfermería en la atención al usuario garantiza que los profesionales compartan igual concepción de lenguaje y de paradigma en la orientación de los cuidados que se prestan.

Los distintos paradigmas que ayudan a sustentar las bases del pensamiento en enfermería, identificar los cuidados enfermeros como la esencia de la profesión, y describir un modelo de cuidado y un método sistemático como punto de partida de los cuidados enfermeros según Kérouac et al. (1996) son tres: categorización, integración y transformación.

En este sentido, Kérouac et al. define paradigma como “corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influye en el desarrollo del saber y la habilidad en el seno de las disciplinas”. Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de Enfermería como en el resto de las disciplinas científicas. Los principios nucleares que conforman el paradigma enfermero son el ser humano, la salud, el entorno y los cuidados de Enfermería. Si bien nos resulta muy conocido nuestro cuerpo físico al menos en su generalidad, no podemos decir lo mismo de nuestra psicología y menos aún de nuestro espíritu.

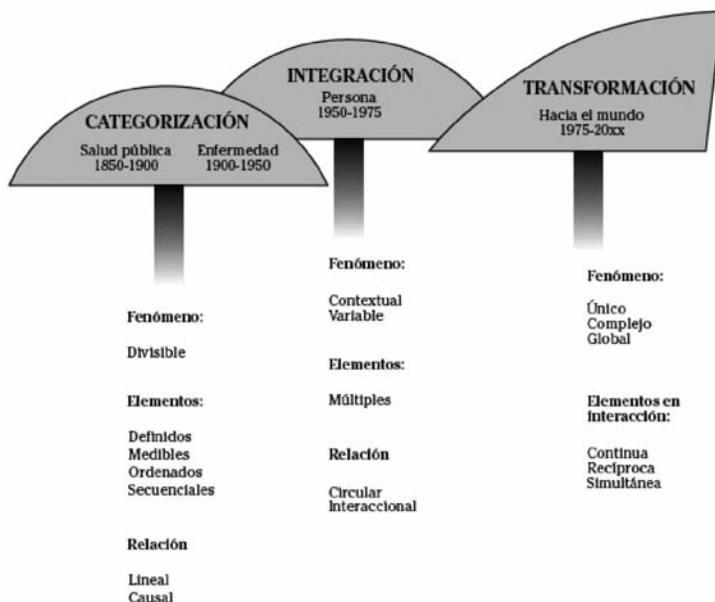


Figura 1. Las corrientes del pensamiento en las orientaciones de la disciplina enfermera. (Fuente: Kérouac y cols.)

Viktor E. Frankl (1905-1997), es el creador de la corriente psicológica que se apoya en una concepción antropológica que considera al ser humano como un ser bio-psico-socio-espiritual, al que lo motiva una férrea voluntad de encontrar sentido a su existencia. Sus palabras son: *“Hay pruebas suficientes de que al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas -la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias- para decidir su propio camino”*. Se puede decir que desde un punto de vista puramente científico, sería necesario estudiar las relaciones entre espiritualidad y salud desde una perspectiva que cuente con construcciones que sean claras y que no se solapen.

La propuesta de Marjory Gordon con sus Patrones Funcionales (1982) ha desarrollado un sistema para establecer una valoración de enfermería basada en la función, con el fin de orientar a la enfermera en la recogida de datos para determinar el estado de salud y funcionamiento de un individuo. Una vez realizada la recogida de datos, la enfermera puede determinar si el paciente tiene un funcionamiento positivo, alterado o con alto riesgo de alteración. Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

Para la autora Gordon (1982) cualquier factor estresante (patología, circunstancia de la vida de una persona, una familia o una comunidad, etc.), provoca una serie de alteraciones en lo que denomina *“patrones funcionales de salud”*. Gordon (1982) los define como: *“Son las respuestas o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal que contribuyen a mantener el estado de salud, calidad de vida y la realización del potencial humano. Son una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo. Cada patrón incluye aspectos fisiológicos, expresiones psicosociales y espirituales, y constituye un objetivo primordial en las actividades de promoción, asistencia y rehabilitación en enfermería”*.

La utilización de los *“patrones funcionales”* por parte de la enfermera permite una valoración sistemática y premeditada del paciente, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La

valoración por “*patrones funcionales*” enfoca su atención sobre 11 áreas con importancia para la salud de los individuos, además estimula y orienta a los profesionales de enfermería hacia todas las necesidades humanas con posibilidad de registro sistemático. Estos patrones permiten al profesional de enfermería tener una herramienta útil que facilita la valoración y mejora el diagnóstico enfermero, no obstante existen otros modelos como el modelo de Virginia Henderson que evalúa catorce (14) necesidades básicas.

Los 11 Patrones Funcionales son:

- 1. PERCEPCIÓN - CONTROL DE SALUD.
- 2. NUTRICIONAL - METABÓLICO
- 3. ELIMINACIÓN.
- 4. ACTIVIDAD - EJERCICIO.
- 5. SUEÑO - DESCANSO
- 6. COGNITIVO - PERCEPTUAL
- 7. AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO.
- 8. ROL - RELACIONES.
- 9. SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN.
- 10. ADAPTACIÓN -TOLERANCIA AL ESTRÉS.
- 11. VALORES - CREENCIAS.

Señalar que la descripción y evaluación de los patrones funcionales de un individuo (necesidades de las personas) permiten al profesional de enfermería identificar, diferenciar y valorar los patrones disfuncionales (diagnósticos enfermeros). Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o sociales a problemas de salud-procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para elegir las intervenciones de las enfermeras, y para conseguir los resultados de los que el profesional de enfermería es responsable. Una vez realizada la recogida de datos, la enfermera puede determinar si el paciente tiene un funcionamiento positivo, alterado o con alto riesgo de alteración.

Como principal inconveniente de este método de trabajo se encuentra la cantidad de tiempo requerido para su aplicación, especialmente durante la fase de

recogida de datos inicial del paciente; y también la dificultad para valorar algunos patrones por parte del personal de enfermería, como por ejemplo el patrón sexualidad o creencias. Hablar de sexo durante la recogida de datos es tarea ardua por ser una cuestión poco conocida y, en multitud de ocasiones, maltratada por la sociedad. Porque desde pequeños se desalienta a la persona a hablar sobre sexualidad, ni siquiera las partes anatómicas relacionadas con el tema antes podían mencionarse, llegando a convertirse en un tema tabú para el resto de sus vidas. Es más, hace ya algún tiempo se pensaba que el hombre era quien debía saber todo sobre sexualidad y por tanto éste educaría a su pareja respectiva en el tema. Tomando las palabras de Orihuela de la Cal y cols. *"la sexualidad es un elemento fundamental en la buena calidad de vida de los ancianos, por lo que se hace necesario el conocimiento de algunos factores que permitan poder brindarles una atención óptima e integral"* (Orihuela de la Cal, 2001).

De igual modo, el término *"creencia"* es muy ambiguo y tiene muchas definiciones, hablar sobre espiritualidad y religión es muy difícil, porque son temas muy personales y las personas a priori no quieren hablar sobre su espiritualidad. La mayoría de los hospitales tienen capellanes, sacerdotes, grupos de apoyo o guías espirituales. En el momento en que una persona recibe una mala noticia sobre su estado de salud, repercute en la totalidad de su persona, se rompe su estabilidad física y mental. Los enfermeros como profesionales del *"cuidar"* deben conocer las reacciones emocionales desencadenadas por un diagnóstico y ofrecer un soporte útil que ayude a esa persona a conseguir que se adapte a su nueva situación. En estos momentos sería de mucha utilidad tener una herramienta de trabajo que recoja esta situación, que enfoque o dirija el problema del paciente a una solución concreta. La literatura muestra que existe variabilidad de posicionamiento teórico, confusión entre metodología y teoría enfermera, necesidad de formación y nuevos registros (a ser posible informáticos) que faciliten la asistencia bajo un modelo enfermero (Santos, 2010).

El Consejo General de Enfermería firmó un acuerdo Marco con el Ministerio de Sanidad y Consumo en febrero de 2001 estableciendo como línea de actuación la normalización de la práctica enfermera. El objeto del proyecto podría resumirse en desarrollar un instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería, con el fin de prestar una mejor asistencia a la pobla-

ción, demostrando su aportación al sistema nacional de salud. Nace también ante el intento de proporcionar a todos los profesionales de enfermería del sistema de salud, un lenguaje común y una metodología homogénea, metodología relativa al propio proceso enfermero. Porque los lenguajes estandarizados facilitan la recopilación sistemática de información necesaria para la toma de decisiones y la comunicación de la información sobre la efectividad del cuidado, ya que el proyecto no se circunscribe sólo a las intervenciones, sino que aborda todo el proceso enfermero.

El proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica Enfermera), ha pretendido normalizar la práctica enfermera en el Sistema Nacional de Salud, basándose en el sistema-estudio GDR (Sistema de Clasificación de Pacientes) el cual tiende a la unificación de criterios de actuación basados en la evidencia científica y soportada en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. El NIPE además se enmarca en el proyecto análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GDR) constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística) con el coste (consumo de recursos) que representa su asistencia. Es decir, GDR es un sistema para medir el producto sanitario e imputarle un coste.

Esta metodología se ha aplicado en algunas instituciones observándose que la identificación de los GDR y la aplicación del proceso de enfermería en ellos han aumentado la rapidez en la recuperación de los pacientes o usuarios, ha disminuido complicaciones, facilitado la facturación y mejorado la eficacia y eficiencia de los procesos. Pero para abordar este ambicioso objetivo es necesario seguir una serie de fases de investigación, normalización, sistemas de información, estimación de costes, sistemas de acreditación, desarrollos tecnológicos, así como actividades continuas y globales de formación y divulgación entre los profesionales enfermeros. Es decir, para que la aplicación en la práctica de un modelo de enfermería tenga éxito es necesario que el profesional conozca el modelo teórico (conjunto de modelos abstractos), reflexione sobre éste (modelo mental) y finalmente lo aplique (modelo sustituto) (Wimpenny, 2002).

En lo referido a la metodología de los estudios presentados hasta ahora, éstos

ponen de manifiesto que existen pocas formas objetivas para estudiar las respuestas de las personas frente a estímulos visuales capaces de generar emociones placenteras o desagradables. Entre los estudios relacionados con el tema destacan dos. Uno de los estudios intenta identificar el origen de las creencias espirituales y religiosas de las personas mediante técnicas de resonancia magnética funcional, permitiendo la evaluación funcional de regiones responsables de la sensorialidad, motricidad, cognición y procesos afectivos en cerebros normales y patológicos (Beauregard, 2009; Urgesi, 2010; Vaillant, 1999). La resonancia magnética funcional utiliza los principios generales que relacionan estrechamente la actividad neuronal con el metabolismo y el flujo sanguíneo, y a la vez registra los cambios cerebrales que acompañan a la activación neuronal permitiendo así la evaluación funcional. Los investigadores canadienses que realizaron este estudio (Beauregard, & Paquette, 2009) analizaron el cerebro de 15 monjas carmelitas durante una vivencia de 'unión con Dios' mediante técnicas de resonancia magnética funcional. Los episodios 'místicos' se intercalaron con episodios 'de control', es decir se intercalaron minutos de reposo o de meditación con los ojos cerrados, y momentos en los que tenían que evocar sentimientos de compenetración con una persona querida. Las monjas describieron sus experiencias de 'unión con Dios' como de plenitud y gozo incomparables, y una sensación de descontextualización con todo lo que las rodeaba. Los resultados mostraron que existía un “patrón místico” en las ondas cerebrales que afectaba a diferentes áreas: corteza orbitofrontal, zonas del sistema límbico (que controla emociones) y áreas parietales en los dos hemisferios.

Después de los sorprendentes resultados de este trabajo, también la neurociencia ha intentado comprender y explicar las experiencias religiosas y espirituales, aportando nuevas perspectivas. Aunque el desarrollo de sofisticadas técnicas de escaneo cerebral haya representado un gran adelanto científico, un segundo estudio relacionado con los comportamientos señala que aquellas personas que asisten regularmente a actos religiosos se ven saludablemente beneficiadas, les sirve como factor protector dentro del proceso salud-enfermedad e incluso tienden a tener mayor equilibrio en su presión arterial para finalmente como consecuencia de ello tener menor riesgo de padecer problemas coronarios (Krucoff, 2006). La espiritualidad y la auto-trascendencia (cuando sentimos que

somos más que nuestro cuerpo físico, y que podemos estar desligados de él) pueden ser experimentadas tanto por personas creyentes como no creyentes, pero lo más importante es que las personas pueden ser entrenadas para sentirse bien.

El estudio que tuvo por objeto comprender como la espiritualidad envuelve al proceso de cuidar de sí mismo y de otros (Winterkor, 2008) lo puso de manifiesto en el mundo de la terapia intensiva, bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería, y la investigación con un abordaje cualitativo se basó en nueve talleres denominados *“del arte y las experiencias”*.

Sus resultados alientan para la indagación de una herramienta que facilite la elaboración de un registro de cuidado espiritual. Siguiendo sus pasos este trabajo intenta innovar con una nueva metodología que capte vivencias y sensaciones auténticas: el proceso de análisis fenomenológico hermenéutico de datos, con cinco categorías postuladas según la Teoría Social de Bourdieu (sociedad, capital simbólico, hábitos, vida cotidiana y representaciones sociales) y seis temas que surgieron de ellas.



Fuente: Vázquez (2005).

La práctica religiosa consistió en tres temas: la meditación, el autocuidado, y los actos de fe que producen bienestar. La motivación que les lleva a participar en la fiesta se recogieron mediante los siguientes temas: el primero *“peregrinar como medio para estar más cerca de Dios”*, el segundo *“ir de romería como bien cultural que privilegia un momento de espiritualidad”*, y el tercero *“romería como espacio social con significados atribuidos”*.

Estas categorías se refieren a las consecuencias de la espiritualidad, contemplando los aspectos de afrontamiento de las vicisitudes de la vida, esperanza y una mente pacífica. Las conclusiones de este estudio proporcionaron una base de conocimientos para explorar y explicar la espiritualidad como fuente no explorada que mejore los cuidados de enfermería. Por tanto aquí se plantea un estu-

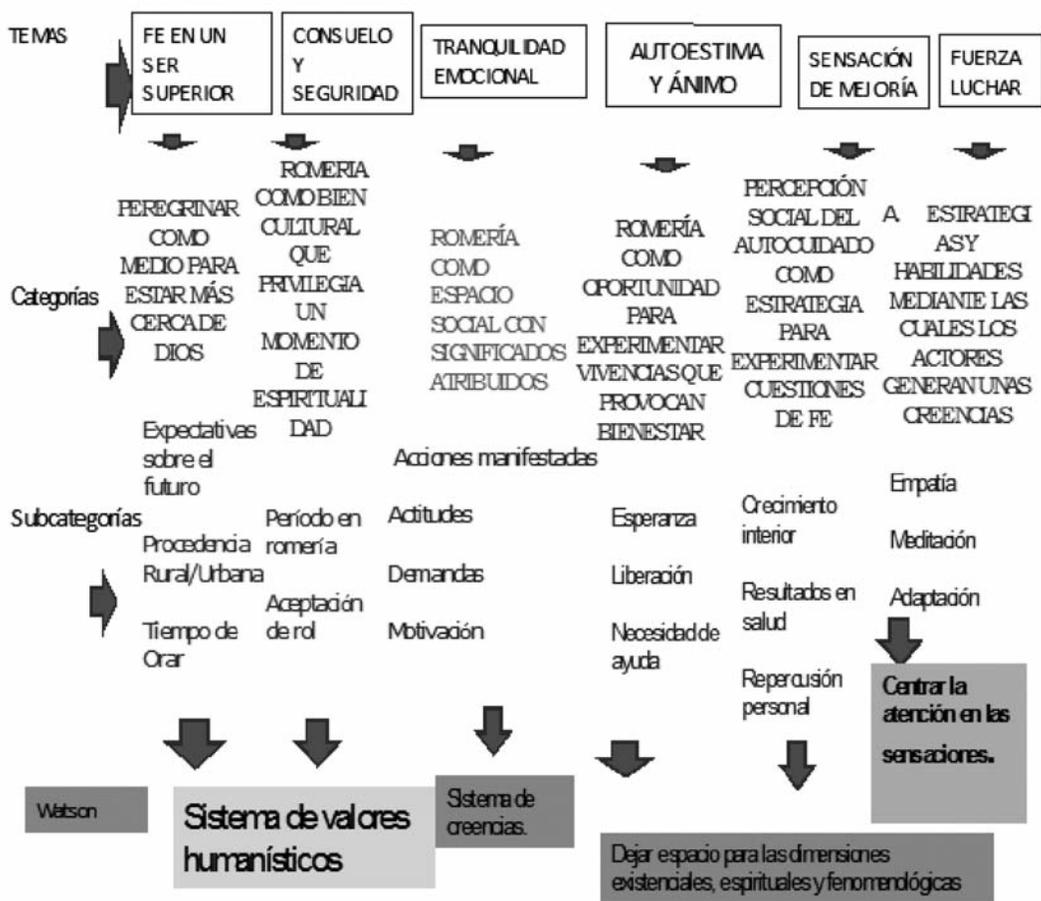
dio fenomenológico principalmente porque este tipo de estudios están dirigidos a estudiar la experiencia vivida respecto a una enfermedad o circunstancia vivida por el propio protagonista de la experiencia.

Respecto al estudio de la espiritualidad, ésta no puede ser medida directamente porque es una cualidad interna propia de cada persona, por lo tanto se han tomado como referencia los estudios de autores como Whetsell (2005) y Zabala (2006). Como la espiritualidad y la religiosidad no son conceptos excluyentes, pueden solaparse o existir separadamente, deben ser cuidadosamente categorizados e interpretados (Mytko, 1999). Por lo tanto dar seguimiento a una investigación encaminada a la exploración de los aspectos espirituales de la persona podría darnos determinada información que amplíe nuestra visión de la relación existente entre emociones y salud, o espiritualidad y salud. La idea de interrelación entre los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales dan origen a la concepción de persona como un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. En definitiva, no cabe duda que es importante tratar los problemas de salud desde un enfoque biológico, pero la investigación contempla prestar atención al enfoque holístico, esto es, desde todas las dimensiones del ser humano (corporal, intelectual, emotivo, social y espiritual). En cuanto al soporte conceptual y metodológico utilizado, éste se centra en el análisis del proceso de atención de enfermería de Watson.

En cuanto a los instrumentos utilizados para medir la espiritualidad, en la literatura se han adoptado dos enfoques: escalas con preguntas acerca de la participación religiosa semanal, y escalas con preguntas acerca de características emocionales positivas, tales como el significado y propósito en la vida, conexión con los demás, tranquilidad y valores personales (ver tabla: Escalas para evaluación de la religión y la espiritualidad en pacientes con cáncer procedente: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/HealthProfessional/Table1>).

Partiendo de las conclusiones de Zabala, el cual recomienda en su estudio realizar otros trabajos con muestras de características similares y distintas con el fin de identificar los factores implicados para que las personas encuentren sentido de su existencia en función de sus valores, creencias y experiencias personales, se planteó la presente investigación cualitativa basada en el modelo de Jane Watson.

RELACIÓN DE CATEGORÍAS Y DE TEMAS RESULTANTES



Se trata de explorar con la persona el sistema de creencias profundas que en momentos de sufrimiento emergen, recogiendo las creencias que pueden ayudar a comprender sus vivencias y el significado de éstas: creencias sobre el entorno que lo rodea; creencias sobre vulnerabilidad en la salud y factores de riesgo individuales; creencias sobre acciones protectoras y saludables; creencias sobre comportamientos no saludables; creencias y recursos de autocuración utilizados; así como capacidades para elegir actividades que desarrollen su espiritualidad: orar, meditar, reflexionar.

Escalas para evaluación de la religión y la espiritualidad en pacientes con cáncer

| Instrumento | Creador | Propósito/Foco/ Subescala | ¿Específica para pacientes de cáncer? | Grado de desarrollo psicométrico | Duración/Otras características/ Comentarios |
|-----------------------------------|------------------------|--|--|---|---|
| Inventario de Creencias (SBI-15R) | Holland et al. | Dos factores: creencias/ experiencia; apoyo social religioso | Sí | Alto | Cuatro elementos presumen fe en Dios |
| IRD/DUREL | Sherman et al. | Participación religiosa | Sí | Moderado | |
| FACIT-Sp | Brady et al.; Peterman | Dos factores: significado y paz , fe | Sí | Alto. Datos limitados para la validación cruzada. | Parte de la serie sobre calidad de vida FACT-G |
| R-COPE Breve [| Pargament et al. | Dos factores: adaptación positiva; adaptación negativa o sufrimiento | No | Muy alto | |
| Escala Multidimensional de Fetzer | Fetzer | Subescalas múltiples | No | Alto. En desarrollo. | |
| FICA: Enfoque espiritual | Puchalski et al. | Historia espiritual breve | No | Bajo | Evaluación de la entrevista por MD |
| SPIRIT | Maugans | Entrevista en profundidad con preguntas guiadas | No | Bajo | Evaluación de la entrevista por MD |

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/HealthProfessional/Table1>

Las entrevistas de valoración inicial generan estrés a la mayoría de las personas. Está en juego la intimidad del paciente y hay que superar esta situación con seguridad y soltura ante cuestiones, en ocasiones, desconocidas o diseñadas para conocer las debilidades del paciente. Para enfrentarse a ellas y culminar con éxito el *"interrogatorio"*, basta con saber adaptar las respuestas a las necesidades de la persona y, sobre todo, a las características del paciente que se desean descubrir. En el paradigma de la Dra. Watson la simbología supone un recurso importante para la comunicación, para ayudar a recordar y facilitar la expresión, porque para ella la conexión con el espíritu induce a conseguir la curación. El proceso de comunicación dentro del cuidado es un elemento fundamental ya que permite establecer relación verbal y no verbal entre el cuidado y el cuidador, siendo una expresión de la vida misma. La comunicación es posible sólo en un clima de libertad, en el que se pueden expresar pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc. Sensible a determinados tipos de problemas de salud, en especial aquellos de los que se pretenden extraer cuestiones emotivas, capaz de sumergirse en el universo de vivencias de las personas y evidenciar como la espiritualidad envuelve el proceso de enfermedad o de alteración del proceso de salud.

No se debe conducir la entrevista como un interrogatorio, porque las preguntas sobre religión, sexualidad y opinión política siempre provocan una actitud de rechazo. Las preguntas más incómodas que un entrevistador puede plantear en una entrevista necesitan fórmulas que no molesten o cohiban al paciente. Por ejemplo, la pregunta ¿Qué me puede contar sobre usted? O también esta pregunta, ¿Si hablara con Dios, la Virgen o un Santo de su devoción de qué le hablaría? La persona puede quedarse bloqueada y pensar a qué se refiere la enfermera. Con esta pregunta, el entrevistador quiere poner a prueba la franqueza del paciente, además de darle la oportunidad de exponer posibles problemas o sufrimientos internos que no ha tratado antes con otra persona. Conviene animar al paciente a que no oculte las malas experiencias, ser prudente, calmado y equilibrado, aunque sincero: ¿tiene usted alguna pregunta que hacerme? Llama la atención la manera en que ciertas personas logran salir a flote de situaciones que pueden considerarse trágicas. Aunque parecen difíciles o imposibles de superar logran reponerse y hasta se enriquecen. La resiliencia es justamente eso: la capacidad que tenemos los seres humanos para reponernos de las adversidades y lograr una transformación positiva, que nos eleve.

Lo más adecuado es realizar preguntas con una visión positiva y de modo sereno, sin olvidar que en la entrevista no sólo hablan las palabras, sino también los gestos, las expresiones del rostro y el timbre de las voces. Se trata de explorar las preocupaciones del paciente y aproximarse a una forma de resolución de su inquietud o problema, utilizando en todo momento un lenguaje sencillo, mostrándose atento y relajado durante la conversación.

Hay que darle a entender al paciente que con este trabajo se pretende establecer una relación de confianza, contar con su opinión, clarificar sus dudas y temores, y ayudarle a afrontar el proceso de enfermedad. Añadir que es importante escuchar, que no es más que dejar hablar; dar tiempo al interlocutor para exponer en la medida y en el modo que considere oportuno su pensamiento y su estado de ánimo, no interrumpirlo y dejarlo terminar. Saber escuchar es difícil, y siempre hay que intentar captar el mensaje clave que el paciente intenta transmitir. Es muy valioso encontrar un cuidador que sepa hacerlo, sobre todo en los momentos difíciles de la vida. Los cuidadores de la salud nos vemos en la obligación de aprender a escuchar con todo el ser y mostrar al paciente signos de comprensión: utilizando los silencios, no tener prisas en iniciar y terminar la entrevista, llamar a la persona por su nombre, procurar ponerse en el lugar del paciente mostrándole ejemplos de personas cercanas, pedir siempre la opinión del paciente de forma respetuosa y saber transmitir con nuestra actitud interés por lo que el paciente cuenta.

Por otro lado, la existencia de la empatía es muy importante y radica en un saber de nosotros mismos y de nuestro prójimo, un saber sobre la vida humana que tiene como base el individualismo. Sólo si el paciente está relajado y confía en el profesional, podremos obtener un nivel de respuesta fidedigno. La empatía no es un comportamiento que pueda ser adoptado a voluntad según las necesidades del momento, así como no podemos pretender mostrarnos más inteligentes o más creativos de lo que realmente somos. La empatía está determinada por convicciones, valores y necesidades profundamente arraigadas en la organización personal, es decir, tiene que ver con lo que pensamos, con lo que sentimos y con lo que hacemos, es decir, tiene que ver con lo que somos.

Indudablemente son las combinaciones “entre ciencia y arte, espontaneidad e introspección, creatividad y sensibilidad, realidad y expresión creativa” que diferenciarían a un método holístico de otro ya consolidado como puede ser un

cuestionario o registro. Debería ser un proceso innovador creativo y sensible cuyo punto de partida fuese la producción artística, es decir, que representase de algún modo el universo cultural del paciente, sus creencias, sus valores y sus experiencias. Preguntas como: ¿Qué ha oído/leído acerca de la palabra espiritualidad?; ¿Qué cree que podría aportarle a su salud física?; ¿Cuánto tiempo estaría dispuesto a dedicarse para aprender sobre espiritualidad?; ¿Qué es lo que menos le gusta sobre la atención que aquí le prestamos?; ¿Qué cambiaría de todos los procedimientos que aquí le realizamos si pudiera?...etc. serían una forma de romper el hielo y entrar en el tema.

Hay diagnósticos que son una condena, pero se trata de recibirlos como un desafío y lograr los cambios interiores que cada uno necesita. Cada cual tiene que hacer cosas diferentes para poner en funcionamiento las capacidades que le permiten mejorar. Con base a esta idea, la elección de una combinación de “talleres de arte y experiencia espiritual” dirigida a los pacientes, combinados con diálogos grupales, serviría como estudio inicial para la producción de información sobre creencias en salud. El primer taller tendría como objetivo presentar el tema: ¿qué es la espiritualidad para usted y como ella influencia su vida?, y con posterioridad recoger un pequeño registro que nos orientase sobre cada uno de los participantes de forma individual. Y se refiere al estudio científico de las fortalezas de la persona, entendidas como rasgos positivos de personalidad.

- a. Sabiduría y mentalidad abierta que permitan aprendizaje de técnicas.
- b. Coraje y vitalidad: Convoca a la introspección y reflexión sobre sí mismo en una mirada interior que ayude y haga crecer a la persona.
- c. Humanidad: amabilidad y amor por la vida.
- d. Esperanza: pensamiento optimista sobre el futuro.
- e. Sentido de trascendencia: esperanza, humor y espiritualidad.

En primer lugar hay que situar los límites en los que se propone este estudio y entender que no se ha planteado buscando la comparación de sus resultados con otros, sino la representación de la diversidad de vivencias en un contexto geográfico concreto, dentro del cual se ha tratado de buscar la diversidad de escenarios posibles.

La investigación se plantea ligada al contexto ilicitano porque permite una expresividad específica, y para generalizar los hallazgos habría que abandonar

esa conexión. Entre las limitaciones del estudio es posible citar que la muestra es pequeña, que se seleccionó por conveniencia y entre aquellas personas que acudieron en romería y que se prestaron voluntariamente a ser entrevistadas. Al no incluir un grupo de comparación de personas que no participan habitualmente en romerías, o que practican la meditación y la espiritualidad lejos de patrones religiosos, es necesario realizar próximas investigaciones con diseños que comprendan diversos grupos.

Otra de las principales limitaciones del presente estudio es la dificultad de obtención de datos emotivos verídicos de las personas (compartir sus sentimientos y sensibilidad con el investigador no ha sido tarea fácil). Las personas se abren con aquel que "verdaderamente ha sufrido las vicisitudes de un problema similar al suyo, y con el que hay una especie de unión mística. Se busca al que comparte al mismo Dios". No hay que olvidar los aspectos éticos y el derecho que tienen las personas de tener sus creencias y no comentarlas.

Durante la romería la emoción física está presente, y en el acto de la masa hay tal liberación de pulsiones que provoca que se disuelva la propia individualidad, logrando que unos se identifiquen con los otros. Este fenómeno de identificación es la condición primera para festejar juntos y es entonces cuando se llega a abrazar a desconocidos, a besar al Santo o a la Virgen de tu devoción, porque el acto no tiene consecuencias, no compromete a nada y sobre todo, no hay que explicar a nadie tu comportamiento ni hablar de ello luego con ninguno de los presentes. En este contexto ni mujeres ni hombres sienten vergüenza de mostrar sus sentimientos, expresar lo que sienten, y mostrar su lado más delicado llorando. En la vida social se mantienen las distancias entre unos y otros, aquí en la romería no, e incluso no se piensa que porque manifiesten públicamente su fe son menos hombres.

En relación a los límites en cuanto a la fiabilidad, nos hemos ocupado de incrementarla, especialmente respecto a:

- El guión de la entrevista, las entrevistas realizadas en la primera parte de la investigación, durante el desarrollo del estudio etnográfico, le sirvieron al investigador para asegurarse de la pertinencia de las preguntas y de los enunciados, así como de la capacidad para provocar y facilitar la expresión de lo que les evocaba o que querían decir los entrevistados.

- La génesis de los datos, en este trabajo de investigación lo importante era recoger vivencias, pensamientos y sentimientos, por esa razón los gráficos muestran las citas textuales, y luego se ha puesto particular interés en recoger imágenes que ejemplifiquen las citas.

En cuanto a los límites relacionados con la validez del estudio, el investigador ha tratado desde el principio mantener el máximo rigor y transparencia posible en todo el proceso seguido:

- La visita repetida a la misma romería en años consecutivos, y la validación comunicativa en una segunda reunión con los entrevistados.
- El control de los sesgos en cuanto a la situación de la entrevista, y el escenario de realización, así como también la utilización del software Atlas-ti como base de datos que permite el control en cuanto a la interpretación.
- La descripción del principio de saturación en los casos que conforman la muestra final.

A todos los entrevistados se les informó sobre las características de este estudio, de los objetivos, el tratamiento de la información, así como de los mecanismos de confidencialidad para asegurar el anonimato. También se les solicitó la autorización para ser grabados en audio. Se han omitido los nombres y sus datos personales.

A la vista de las limitaciones expuestas, en investigaciones futuras se tratará de profundizar en los siguientes aspectos:

- a) Ampliar la investigación realizando un análisis similar al actual pero cambiando las características de las personas de la muestra, cambiando el contexto, las características históricas de la población y formando grupos.
- b) Efectuar un seguimiento de respuestas de aquellas personas hospitalizadas mediante un registro sistemático ajustado según a las categorías encontradas aquí. Podríamos pensar en la fortaleza interior como una poderosa herramienta que se pone en juego y se hace necesaria en los momentos más difíciles. Sería como una especie de sistema inmunológico del espíritu.
- c) Estudiar las repercusiones que tiene el hecho de realizar una valoración de enfermería que implique la dimensión espiritual y el humor, sin implica-

ción religiosa, como por ejemplo la puesta en marcha de actividades voluntarias, como “talleres de emociones” entre los pacientes, porque “meditar” es un proceso introspectivo de experiencia personal, y no ha de estar relacionado obligatoriamente con la teología. En síntesis, es preciso:

- flexibilizar la organización del trabajo de la enfermera, de manera que se contemple la diversidad.
- personalizar los procesos asistenciales, centrando la atención en cada paciente, sensibilizar a los profesionales hacia la diversidad de pacientes y la individualidad de cada uno de ellos, para lo que es necesario fomentar su capacitación para que incorporen una mirada antropológica y social en su trabajo diario.
- promover la formación de los profesionales para la competencia relacional. El desarrollo de actitudes como la empatía y la aceptación incondicional y el entrenamiento en habilidades como la escucha activa, la respuesta empática y la asertividad son esenciales para que los profesionales dispongan de herramientas que les permitan saber hacer y saber comunicarse de forma satisfactoria con cada paciente.



Misteri "La Festa" 1945
Autor: MONFERVAL
Julián Fernández Parreño.

CAPÍTULO 5

ENFERMERÍA COMUNICA CON EL CUERPO, LA VOZ Y LOS OJOS

*“Quien piensa en fracasar, ya fracasó antes de intentar.
Quien piensa en ganar, lleva ya un paso adelante”.*

Sigmund Freud.

Las personas construyen el significado de los objetos sociales y las situaciones que experimentan a partir de representaciones. Éstas son producto de la interacción comunicativa de los grupos humanos y presentan huellas sociales e intelectuales (Moscovici, 1979; Mora, 2002). Como ya se ha tratado antes, la enfermería profesional cuenta con un cuerpo de conocimientos que definen distintos paradigmas enfermeros y sus escuelas, estructurados según la manera de definir y articular los conceptos "cuidado" - "persona" - "salud" - "entorno" (Kérouac et al, 1996).

La mirada antropológica siempre se ha detenido sobre las imágenes que los hombres crean como representación o como símbolo del mundo social, natural o sobrenatural. Por ejemplo, la "imagen de una expresión facial" en la mesilla del paciente es un objeto de estudio enmarcado dentro de un contexto más amplio (magia, religión, arte, personalidad). La planificación de los cuidados no se debe dirigir exclusivamente a controlar las desviaciones de la salud (visión asistencialista centrada en el individuo). Hoy las determinaciones provenientes del medio social y la visión holística del paciente "comprendiendo" la realidad del otro, han enriquecido la parte esencial del cuidado. Desde esta perspectiva, la valoración de respuestas por parte del paciente, como por ejemplo el uso de instrumentos espirituales y de indicadores subjetivos de los fenómenos psíquicos que vive el paciente, deben ser tenidos en cuenta en el proceso de atención.

La mirada antropológica reconoce la fuerza de la imagen, que se constituye como práctica y como objeto de conocimiento. Una máscara, un tótem, el retrato de un santo, o incluso una valla publicitaria son imágenes que nos hablan de una cultura y nos aportan información muy valiosa sobre ese lugar o esa persona. Algunos autores (Rodríguez Becerra, 2000; Taylor, 2003) explican el poder que los hombres dan a la imagen (al ídolo) por la tendencia a identificar el símbolo con lo simbolizado. Los resultados muestran que existe la creencia generalizada entre personas creyentes (reconocidos como practicantes en mayor o

menor grado) que la intervención sobrenatural mediada por vírgenes o santos existe, y que el recurso religioso de devoción a las imágenes nace de la consideración de que éstas tienen poderes para intervenir favorablemente en las necesidades de las personas que les son devotas. Para el paciente, la estampa que exhibe en la mesita de noche o en el cabecero de su cama, desempeña el mismo papel que las figuras, pinturas o colgantes religiosos. Son objetos que aportan información al personal que la atiende, es decir, para esa persona en su proceso de salud-enfermedad influye algo más que el tratamiento médico-biológico que se le presta en esa institución.

La mirada antropológica se construye a partir de métodos de observación, descripción y análisis, utiliza instrumentos técnicos y conceptuales que configuran una forma de ver el mundo, destacando dos aspectos fundamentales: uno hace referencia a los diferentes enfoques que se pueden tomar para analizar el conjunto de signos y síntomas que presenta el paciente durante el proceso de su enfermedad, y otro está referido a la planificación de unos cuidados.

Relacionado con el primer aspecto, la enfermera percibe los signos y síntomas como la manifestación de una realidad fisiológica. Éstos son observados por el profesional o bien son descritos por el individuo. Desde el enfoque antropológico se destaca la importancia del valor simbólico de las complejas estructuras culturales del individuo. Esta concepción simbólica se fundamenta en la teoría desarrollada por Geertz, que considera que los sistemas de símbolos (estructuras culturales) son fuentes extrínsecas (no genéticas) de información. Los símbolos están fuera de lo individual para pertenecer a un mundo común. De ese modo las imágenes religiosas son un símbolo de identidad colectiva, la exteriorización manifiesta de la religiosidad del paciente. Desde esta perspectiva, la valoración de dichas respuestas se hace en función de cuatro puntos:

- a) Cómo se siente el individuo consigo mismo.
- b) Cómo se siente en relación con los demás al utilizar "objetos religiosos" como apoyo emocional.
- c) Cómo repercuten dichos sentimientos en su salud.
- d) De qué forma responde el paciente al utilizar esos objetos (estampillas, escapularios, la oración, etc.) o,
- e) Si sólo recurre a ellos en casos de enfermedad.

En esta investigación se ha tenido como referente teórico el modelo de cuidados de Jane Watson (2007) y la aplicación metodológica del proceso de atención de enfermería que permita solucionar las necesidades espirituales afectadas. Ambos criterios significan la epistemología de la enfermería y sustentan sus campos de actuación.

Describir el proceso de la entrevista no es fácil tarea. La espiritualidad o creencia espiritual, puede intervenir de forma positiva y tratar de explicar las experiencias que los pacientes tienen frente a situaciones de vida con altos niveles de ansiedad, como por ejemplo frente a una enfermedad terminal. Pero la comunicación sólo puede ser establecida entre cliente y profesional cuando hay interés y apertura por ambas partes. Algunas veces se hace necesario romper la resistencia y una manera de hacerlo sería presentándose al paciente a través de un contacto comunicativo directo que le permita a la persona abrirse, a la vez que se realiza la valoración del paciente con una escala valorativa o registro de datos. Es importante que la persona sepa con quién está hablando y quiénes son los responsables de lo que le está pasando.

La mejora en la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente es una condición indispensable para poder avanzar positivamente en los cuidados de calidad. Sabemos que la comunicación es el gran instrumento de la relación, y sin embargo a veces somos demasiado confiados respecto a nuestra eficacia comunicativa. Olvidamos que es cosa de dos, que no es suficiente que el emisor crea haberse expresado perfectamente, sino lo importante es asegurarse de que haya en el acto de comunicarse una adecuada retroalimentación.

Para Shawn (1998) cuando se encuentran un entrevistador y un paciente, se trata del lugar de encuentro de dos mentes. Cualquier tipo de resistencia puede predisponer a un paciente a proporcionar información distorsionada, incluyendo la ansiedad, la vergüenza, la protección de secretos de familia, los mecanismos de defensa inconsciente como la racionalización y la negación, el miedo a la estigmatización y los intentos conscientes por mentir.

A pesar de que el personal de enfermería constituye un grupo de personas cuyas cualidades son muy valoradas por parte de los pacientes, y que es un grupo de profesionales los cuales reconocen que es esencial abordar a los usuarios de manera totalitaria, ocurre que, nuestros hospitales suelen estar más pre-

parados para atender la enfermedad, diagnosticarla y tratarla que para hacer frente a las emociones y sentimientos de una persona, conocer cómo se siente, escucharla y reconocer como aliviar su malestar.

En este trabajo se amplía la condición “biopsicosocial” del cuidado y se añade un parámetro más al reivindicar su aspecto más humano, “su dimensión espiritual” que sitúa a la persona en posición activa de disponibilidad para oponerse a sus limitaciones, a sus dificultades físicas para mejorar sus competencias desde otra dimensión. En relación con el cuidado, la espiritualidad es vista como un elemento de crecimiento en tiempos difíciles. La espiritualidad, está concebida aquí en su plano más amplio; no ceñida o identificada con el hecho religioso sino abierta a elementos éticos y de valor. No basta por tanto saber “qué me pasa, ni por qué, ni cómo cambiar”, sino que es esencial saber “para qué” (observarme, para cambiarme y para mejorar mi competencia en la tarea de realización de sentido de mi existencia) asumiendo el riesgo y sufrimiento que supone la toma de conciencia y los cambios.

La relación personal enfermera-paciente es un elemento básico durante la asistencia sanitaria. Existen en nosotras, las enfermeras, unas inclinaciones o impulsos no verbales de los que no somos conscientes y que sin embargo son los que motivan buena parte de nuestra comunicación, ya sea en el entorno de la enseñanza ya sea en el entorno asistencial. Se constata que el lenguaje no verbal puede ser un instrumento muy útil, y así Goleman (1996) afirma en su primer capítulo de inteligencia emocional “cualquier concepción de la naturaleza humana que soslaye el poder de las emociones pecará de una lamentable miopía, nuestras acciones dependen tanto -y a veces más- de nuestros sentimientos como de nuestros pensamientos”. Desde la cara manos, pies y piernas continuamente estamos enviando mensajes que pueden confundir al paciente.

Por otro lado las actitudes y creencias en salud de esa persona son factores motivadores importantes del comportamiento adoptado para la resolución de su problema de salud. Y por supuesto también las acciones de toda una colectividad, porque muchas veces la atención al paciente es impersonal y los problemas individuales son ignorados. En algunas ocasiones olvidamos que éste se encuentra generalmente en una situación de «dependencia emocional» y que por ello esta persona tiende a fijarse más en el modo en que el profesional se le presen-

ta, o en la manera como le realiza algunos de los procedimientos técnicos que implican un contacto físico y que también suponen la invasión de determinadas áreas de su cuerpo a las que no tienen acceso personas extrañas. Una atención humanizada es el primer paso para alcanzar el éxito y la calidad asistencial en los servicios de salud (Brusco, 2003; García-Conde, 2005; Ortega, 2004; Hospital, 2005).

Las personas enfermas se sienten débiles e incapaces no sólo física, sino también psíquicamente; por ello, hay que procurar «conectar» con el paciente en base a dos tipos de canales de comunicación: verbal y no verbal. Como está demostrado que los pensamientos y actitudes positivas que tiene un paciente tienen efecto sobre la salud y sobre la evolución de la enfermedad (concepto ya planteado por Hipócrates, 1968, cuando insistía a sus estudiantes para que reconocieran plenamente el peso de las emociones, no sólo como causas que contribuían a la enfermedad, sino como factor de recuperación) entonces resulta necesario conocer y explicar cómo el mundo exterior penetra en su espíritu, posibilitándole vivir una doble realidad con la consiguiente retroalimentación a veces enriquecedora, a veces conflictiva, que nos permita "empatizar" con el paciente, es decir, "ponernos en su lugar" pero "sin quitar", puesto que no se trata de "quitar el protagonismo al paciente", sino de compartir "sus miedos y sus temores con una distancia prudencial" (Carreño, 1996; Campos, 2005; Bayés, 2005). La empatía supone, además, un «sentir con», una comprensión sensible con la otra persona, participando en el sufrimiento con ella; esa comprensión se verifica en el plano emocional y contiene asimismo componentes cognoscitivos, es decir, una toma de conciencia y ordenación de cuanto el paciente quiere en realidad decir en términos de conducta afectiva. Para ello, es necesario que médico y enfermera abandonen provisionalmente su jerarquía de valores y su propio sistema de referencia y «se pongan en el lugar del otro» para comprender a partir de su sistema de referencia y su historia vital.

La comunicación verbal es la más difundida entre el personal de enfermería y en la relación de la enfermera con el paciente, pero existe un continuo intercambio de mensajes del cual va a depender en gran parte la eficacia de los cuidados y donde el sistema sanitario tiene innumerables dificultades, que hacen poco inteligibles los mensajes dificultando la comunicación. Muchas veces, la

conducta del paciente es un modo de luchar para comunicar sentimientos y deseos imposibles de manifestar de forma verbal.

Hay diferentes formas de comunicar. Cuando hablamos las palabras no son todo sino solo el comienzo. Las palabras no representan ni siquiera la mitad del mensaje, porque el cuerpo es expresión e inclusive símbolo. Nuestro cuerpo comunica a los demás sentimientos, deseos, alegría, temor, aspiraciones, etc; y siempre como productos individuales y culturales. En el ejercicio del cuidar, es fundamental desarrollar el sentido que tiene la corporeidad en el plano de la práctica, pues el rostro de la persona enferma puede ser mucho más significativo que lo que diga con sus palabras.

Se ha estimado que entre un 60 y un 70% de lo que comunicamos lo hacemos mediante el lenguaje no verbal (Sánchez Martos, 2004), es decir, gestos, apariencia, postura, mirada y expresión. La expresión "comunicación no verbal" posee un significado amplio, ya que alude a todos los signos y sistemas de signos no lingüísticos que comunican. El nexo de unión con el lenguaje verbal es que al igual que éste, precisa de un emisor y un receptor de los mensajes. Las expresiones emocionales constituyen un lenguaje universal y se expresan básicamente mediante gestos faciales. Por lo tanto el manejo y el entrenamiento en los procesos de comunicación no verbal se nos hacen especialmente importantes.

Evidentemente, el establecimiento de la comunicación entre la enfermera y la persona enferma es el primer paso para que aparezca la confianza mutua, el diálogo y la seguridad que tanto necesita el paciente para sobrellevar su problema de salud. El paciente puede experimentar miedo, dolor o tristeza, que son emociones que se expresan no verbalmente, y a la vez puede ocurrir que la persona sea hábil o tenga un entrenamiento en cuanto al control u ocultamiento de estas emociones. Lo que nos lleva en ocasiones a encontrarnos con personas que tienen dificultades para expresar verbalmente los sentimientos en relación con ciertos temas que le resultan embarazosos. Es posible que sientan miedo a ser ridiculizados, menospreciados u desvalorizados si manifiestan sus temores y miedos. En estas circunstancias es primordial analizar e interpretar el contexto y el espacio personal que rodea al paciente, con el fin de que nos proporcionen pistas (estampillas con imágenes de santos, libros, crucifijos u otros objetos por ejemplo). Es evidente que la comunicación se desarrolla dentro de una comuni-

dad. Es necesario interesarse, conocer, analizar y evaluar los efectos de las diversas formas de comunicación que se establecen en la sociedad.

Ambos canales de comunicación (verbal y no verbal) tienen una gran importancia en el paciente, por cuanto éste se encuentra en situación de "dependencia emocional" y, por ello, hay que procurar "conectar" con esa persona, "poniéndose en su lugar" e intentando comprender su historia vital. En definitiva, es "un sentir con", participando en el sufrimiento con el paciente y tomando conciencia de los deseos que tiene para la búsqueda de un modo de afrontamiento efectivo. Para Kathlenn Reardon (1981), los pacientes observan las acciones no verbales de los que los atienden y deciden si son apreciados, respetados o si se espera que mejoren, o por el contrario resultan intratables. Resultaría interesante ampliar los estudios antropológicos y humanos en el medio hospitalario si queremos conseguir la humanización del hospital.

La pregunta que nos hacemos habitualmente es ¿cómo accedemos a la intimidad de un paciente? Hay un conjunto de indicios no verbales que cobran especial interés y que son aquéllos que contribuyen a que la persona que tenemos enfrente se forme una idea o una impresión de la situación o de la explicación que nosotros le damos. Desde la cara, las manos o las piernas continuamente nosotros enviamos mensajes a otros que pueden ser diferentes de lo que estamos diciendo a nivel verbal, siendo muy importante la congruencia entre el mensaje verbal y el no verbal que podemos estar emitiendo porque cuando hablamos solemos dejar que nuestros sentimientos salgan a la luz sin darnos cuenta, y es en esos sentimientos donde está el verdadero poder de lo que decimos. Es importante no producir una distorsión comunicativa en el oyente (receptor), porque puede dar lugar a un conflicto.

En nuestra vida cotidiana, constantemente estamos enviando mensajes no verbales a otras personas (muecas, señales con brazos y manos) que pueden ser mucho más importantes de lo que nosotros creemos. En muchas ocasiones, a través de la cara y de los ojos se percibe la gran angustia que un paciente siente, y es el momento de promover el acercamiento que contribuya a una relación interpersonal que establezca una comunicación efectiva.

Whitcher y Fisher (1973) encontraron que aquellos pacientes a los que se les cogía de la mano y se les sonreía a la hora de prestarles los cuidados diarios por

parte de médicos y enfermeras, necesitaron menos días de hospitalización y evaluaron mejor al personal sanitario que aquellos pacientes que no fueron sometidos al tratamiento experimental.

En cuanto a la capacidad no verbal de enviar mensajes, la cara sería la primera en importancia pero también encontramos otros como por ejemplo la mirada, los gestos, la postura o incluso el olor corporal que desprendemos. La comunicación no verbal hace referencia a un gran número de canales, entre los que se podrían citar como los más importantes el contacto visual, los gestos faciales, los movimientos de brazos y manos o la postura y la distancia corporal. A través de la comunicación no verbal, nosotros transmitimos los mensajes de forma inconsciente, no sólo por medio de la expresión de la cara, sino también del lenguaje corporal y otras características físicas. El profesional de enfermería no se puede permitir realizar un simple "encuentro técnico" con el paciente, a la hora de interactuar con él, porque hoy más que nunca este profesional se encuentra en un escenario didáctico de comunicación a través del cuerpo, la voz, los ojos, el tacto, incluso del olfato, dando sentido a nuestra existencia y haciéndonos humanos en el acto de cuidar.

La comunicación verbal es la más difundida entre el personal de enfermería y en la relación de la enfermera con el paciente, pero existe un continuo intercambio de mensajes del cual va a depender en gran parte la eficacia de los cuidados y donde el sistema sanitario tiene innumerables dificultades, que hacen poco inteligibles los mensajes dificultando la comunicación.

El estudio de carácter cualitativo descriptivo aquí realizado tuvo por un lado el propósito de conocer aspectos relacionados con las vivencias de nueve personas relacionadas con la esfera de su salud. Aquí la recolección de la información se hizo a través de una entrevista semiestructurada, y las expresiones utilizadas se convirtieron en muy importantes para el personal investigador. Ambos canales de comunicación (verbal y no verbal) tienen una gran importancia, hay que procurar "conectar" con esa persona, "poniéndose en su lugar" e intentando comprender su historia vital.

Muchas veces, la conducta del paciente es un modo de luchar para comunicar sentimientos y deseos imposibles de manifestar de forma verbal. Por lo tanto partiendo de las premisas que a continuación se exponen, realizamos una entrevista espiritual al paciente.

| | |
|----------------------------------|---|
| La mirada | El contacto ocular influye poderosamente en las relaciones. Si el profesional de la salud no mira al paciente a la cara se produce un proceso de despersonalización que suele utilizarse con frecuencia en ambientes hospitalarios. |
| La expresión facial | Se descubren las emociones del otro, la obtención de un "feedback". |
| Los gestos | Son muy importantes para resaltar el mensaje verbal, siendo las manos el principal vehículo de envío de señales. |
| La postura | La posición del cuerpo, brazos y piernas, la forma de sentarse o cómo estamos de pie, reflejan actitudes y sentimientos. |
| La orientación | Cuando estamos hablando y nos giramos restamos importancia. Una orientación frontal indica claridad. |
| La distancia física | Indicador de la naturaleza de la relación. Es muy importante saber más o menos la distancia adecuada a cada situación. |
| El tono de voz | Es importante cuando el que habla pretende o bien engañar o bien ocultar información al paciente. También expresa timidez, inseguridad, dominio, arrogancia. |
| La entonación | Comunica sobre todo sentimientos y emociones. |
| La sensibilidad del trato | Una atención oportuna y adecuada que capte su atención. |
| Tacto | El tocar, como ocurre con otras formas de conducta no verbal, puede resultar congruente o no con los mensajes verbales que se emiten. |

Hábleme de usted....Si tuviera que destacar sus tres puntos fuertes, ¿Cuáles serían? ¿Qué cambiaría de su forma de ser si pudiera? Imagine que tiene un mal día, un día funesto, ¿qué le gusta hacer estos días? ¿Cree usted que el cuerpo, la mente y el espíritu están conectados? Es decir, ¿cree que la salud de cualquiera de estos elementos puede afectar la salud de los demás?

Entendiendo que la palabra “espiritualidad” es la forma como usted encuentra significado, esperanza, alivio y paz interior en su vida, así por ejemplo, muchas personas encuentran espiritualidad a través de la religión. ¿Cree que la espiritualidad y la salud están de algún modo relacionadas? ¿Se considera un candidato capaz de lograr sentirse mejor a través de su espiritualidad?

La hospitalización, entendida como el periodo de tiempo que una persona permanece internada para la ejecución de cualquier acción que busque la recuperación de su salud, supone la ruptura del bienestar físico-biológico que también repercute sobre el estado emocional y social. La hospitalización es una circunstancia que involucra a la persona de tal manera que produce un gran impacto psicológico. Hay muchas personas que muestran reacciones adversas al enfrentarse a la experiencia estresante de la hospitalización, sintiendo gran ansiedad, angustia y sufrimiento. Con la intención de contribuir a la humanización del cuidado en el contexto sanitario, la intención de esta investigación en primer lugar se centró en conocer las vivencias de las personas acerca de formas de aliviar el sufrimiento frente a situaciones de vida estresantes. De esta manera, una de las preguntas de la entrevista fue dirigida particularmente al momento en que tuvo lugar el ingreso hospitalario de la persona. Las personas entrevistadas expresaron las experiencias ocurridas durante su estancia en un centro sanitario, cómo se sentían con el trato que habían recibido del personal sanitario, y especialmente del personal de enfermería.

Autores como Parson nos indican que “la salud es una necesidad funcional de los miembros del sistema social; la enfermedad es un estado de perturbación del funcionamiento biológico y social del individuo; tanto la salud como la enfermedad forman parte de la cultura; ésta, a su vez, determina el papel del terapeuta y el papel del paciente en la interacción”. La enfermedad hace su aparición en algún momento de la vida del ser humano de forma inesperada, y si se llega a producir la hospitalización de esa persona, entonces tiene lugar una gran movilización emocional de la familia como un todo. Es en este preciso momento de encuentro con el personal sanitario, donde la comunicación es parte esencial para conseguir los fines deseados.

Las primeras señales corpóreas que nosotros como profesionales enviamos al paciente que tenemos delante inevitablemente despiertan sensaciones en él o ella.

Algunos estudios refieren que la forma como una persona ingresa en una unidad de hospitalización puede disminuir la ansiedad o intensificar su temor. Aunque el ingreso de un paciente en una unidad forma parte de la rutina diaria de una enfermera, éste es el momento preciso para el establecimiento de la comunicación con el paciente, el escenario propicio para la manifestación de actitudes que infundan tranquilidad y confianza en esa persona. Aunque las costumbres y tareas habituales del puesto de trabajo nos lleven muchas veces a estar expuestos a la desgastante y pesada rutina que este tipo de profesión impone, hemos de tratar darle la máxima importancia a este encuentro en el contexto de la enfermería. Es función del personal de enfermería crear una situación íntima que le permita al paciente plantear todos aquellos interrogantes que le hacen sentirse mal.

No olvidar que en el escenario de una unidad sanitaria el paciente recién ingresado ignora las costumbres de la sala en lo concerniente a muchas de las actividades que allí se realizan. Por ejemplo, el recién llegado empieza por desconocer dónde y cuándo llevar a cabo sus actividades de limpieza y de arreglo personal, sintiendo gran angustia cuando ve cómo sus ropas son colocadas en bolsas y enviadas a su casa a través de un familiar. La carencia de sus ropas le hace sentirse despersonalizado y a la vez despojado de la libertad de abandonar el hospital inmediatamente si hubiera alguna razón para hacerlo. Otra circunstancia con la que se enfrenta la persona son las cortinas que rodean las camas, las cuales no ofrecen la misma intimidad que una habitación individual cerrada con puerta y con un cuarto de baño para tu servicio. Los profesionales de enfermería son las personas que están en contacto directo con los problemas más habituales que pueden tener los pacientes a su ingreso, y pueden ayudar mucho ofreciendo una atención oportuna y adecuada. El paciente necesita determinada información sobre la organización de la unidad a su ingreso, pero por otro lado, también hacen su aparición determinados miedos ocultos e inesperados, incluso para la propia persona, con los cuales nunca se había encontrado antes. Los sentimientos son un fenómeno afectivo que se expresa a través de reacciones subjetivas, y las emociones son fenómenos también subjetivos, fisiológicos, motivacionales y comunicativos de corta duración. Conocer lo que puede estar pasando en esos momentos por la cabeza de esa persona ayudará a su cuidado y rápida recuperación. En muchas ocasiones no le damos a la comunicación

la importancia que tiene, ya que si no es correcta, no sabremos qué problema tiene el paciente, dando palos de ciego con tratamientos y actuaciones inadecuados.

La observación de las señales no verbales que emite el paciente, en ocasiones muy sutiles, nos facilitarán la dinámica en la interacción personal. Al entrar en contacto con la otra persona, esa primera cara-a-cara cobra mucha importancia porque es cuando se forja una primera impresión, es decir, en ese preciso momento se puede comunicar agrado, interés o todo lo contrario. Dado que la comunicación verbal en la mayoría de las ocasiones es incompleta o escasa, la comunicación no verbal cobra aún mayor relevancia. La distancia que nos separa de esa persona, la posición de nuestro cuerpo y su grado de inclinación hacia ella, así como el entusiasmo o grado de emoción comunicado por medio de nuestra voz pueden ser fácilmente percibidos y apreciados por el paciente para mostrarse cercano y confidente con nosotros o todo lo contrario. La cólera, el miedo, la alegría, los celos, el amor, el nerviosismo, el orgullo, la tristeza, la satisfacción o la simpatía pueden ser percibidos sólo con el tono de nuestra voz, y sus implicaciones y consecuencias son muy importantes, porque la mirada, los ojos y la expresión facial hacen el resto. Dependiendo de la sensibilidad que posea el paciente para captar las señales no verbales emitidas por las personas que le rodean y de su expresividad no verbal, la fuerza del mensaje no verbal podrá superar o no a la del mensaje verbal, porque cuando hablamos solemos dejar que nuestros sentimientos salgan a la luz sin darnos cuenta. Es necesario crear una atmósfera en la que la persona experimente seguridad y confianza. Si no se atreve a preguntar, el paciente buscará indicios que le den pistas sobre su situación real de salud, fijándose en alguno de los comentarios que hacen las personas que tiene a su alrededor, para saber cómo debe sentirse. Lo que más nos interesa conocer del paciente el primer día de su ingreso es como se siente, y en este sentido podemos obtener mucha información, por ejemplo fijándonos en las muecas y gestos de su cara, su sonrisa o sus expresiones de miedo, de angustia o desconocimiento sobre las pruebas que se le van a realizar, pudiendo alertarnos de todo aquello que le preocupa. Nuestra primera tarea como enfermeras será la de empatizar con la persona, conocer su ser, sus circunstancias y cómo la persona las vive. Por ello será necesario fomentar que el paciente se implique

a sí mismo, haciéndose consciente de sus vivencias, pensamientos y sentimientos. El contacto con la enfermera que tiene asignada en la unidad, puede ser incluso más importante para esa persona que la propia expresión verbal que manifieste, porque la enfermedad crea en el paciente un estado de fuerte ansiedad que se ve acompañado de incertidumbre sobre el futuro inmediato. No olvidar nunca que es muy fácil para el personal sanitario hacer que el paciente se sienta como un extraño en la unidad. Para conseguir que no se sienta cuidado y que tenga la sensación de no ser bien recibido en ese lugar tan sólo hace falta que no se mire al paciente a la cara cuando le atiende, evadir las preguntas que hace o evitar el contacto físico todo el tiempo.

Podemos escuchar por parte de algunas personas que han sido hospitalizadas, ejemplos de frases como: "en los diez días nadie me llamó por mi nombre", se referían a mí como "el calvo de la 15", e incluso "me hablaban como si fuera un niño pequeño o tonto", si preguntaba alguna cosa "parecía molestarles". Estas vivencias dentro de la unidad de hospitalización despiertan miedo, dolor, ansiedad e inseguridad en el paciente durante su estancia y permanencia, y por consiguiente dificultan la comunicación con él. No olvidemos que en la transmisión de un mensaje aparecen perturbaciones que impiden la correcta percepción del mismo, pero cuando además existen barreras creadas (el paciente no se siente respetado, considera que los demás lo desvalorizan o que sienten repugnancia hacia él por su problema de salud) la forma de conocer lo que piensa o siente esa persona se convierte en una tarea imposible.

Puede ocurrir, incluso que el hecho de encontrarse hospitalizado lleve al paciente a experimentar un aumento considerable en la capacidad de expresividad por vía no verbal, sobre todo debido a la falta de costumbre que la persona tiene para expresar verbalmente unos sentimientos relacionados con algunos temas que le resultan embarazosos, según sea el problema de salud que le ha llevado a su ingreso, como por ejemplo, algunas enfermedades y tratamientos pueden actuar y producir en el paciente olores desagradables, que le lleven a no querer interactuar con nadie de su alrededor y a fuertes sentimientos negativos. Por otro lado, la transmisión de determinados mensajes olfativos de índole hospitalaria puede evocar en las personas ciertas experiencias negativas vividas traumáticamente en un pasado.

La mejora en la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente es una condición indispensable para poder avanzar positivamente en los cuidados de calidad. Sabemos que la comunicación es el gran instrumento de la relación, y sin embargo a veces somos demasiado confiados respecto a nuestra eficacia comunicativa. Olvidamos es cosa de dos, que no es suficiente que el emisor crea haberse expresado perfectamente, sino lo importante es asegurarse de que haya en el acto de comunicarse una adecuada retroalimentación. En definitiva, es "un sentir con", participando en el sufrimiento con el paciente y tomando consciencia de los deseos que tiene para la búsqueda de un modo de afrontamiento efectivo.



Romería "La Venida 1961"

Autor: MONFERVAL

Julián Fernández Parreño.

CAPÍTULO 6

EL PAPEL DE LA ENFERMERA FRENTE AL BIENESTAR ESPIRITUAL DEL PACIENTE

“Así que todas las cosas que queráis que los hombres hagan con vosotros, así también haced vosotros con ellos; porque esto es la ley de los profetas”.

Jesús.

La meta que tiene la enfermera es ayudar al paciente a que relate los hechos de su vida, a explorar con él las circunstancias y la manera de resolver los problemas. Tras el saludo al paciente y las presentaciones pertinentes, se abordarán diversos datos personales y biográficos con el objetivo de ir formulando la historia clínica. Nuestro objetivo inicial debe ser proporcionar elementos para su adaptación ante la situación en la que el paciente se encuentra. La entrevista al paciente debe convertirse en un lento descubrimiento de su interior. A modo de ejemplo, sería como cuando entramos en un cine a oscuras llevando como única ayuda la débil luz de la pantalla de un teléfono móvil. En un inicio todo será oscuridad, pero a medida que con paciencia se explora ese espacio, comenzaremos a distinguir algunas siluetas tanto de personas como de asientos, de la misma manera empiezan a emerger con más claridad las características individuales de esa persona, cuando de forma progresiva y gradual nos adentramos en su interior a través del proceso de la comunicación. El lenguaje empleado en el momento de proporcionar la información al paciente y a su familia acerca de su estado de salud debe ser sencillo, claro y comprensible para esas personas, evitando malas interpretaciones y aclarando sus dudas. Dar a conocer las normas institucionales haciéndoles comprender el porqué de las mismas, así como poner a su alcance los sistemas de apoyo (enfermera, trabajador social, psicólogo, etc.) que pueden ayudarle a enfrentar la crisis por la que la persona pasa en ese momento. Cuando no nos ponemos en el lugar de quién vivencia una circunstancia de salud como esa, no es fácil enfrentarse al dolor, de ahí la importancia de conocer y entender lo que puede estar aconteciendo en estos momentos en el interior de esa persona para no sólo llegar a tratar la enfermedad sino por el contrario, cuidar a la persona teniendo presente su integralidad.

Comunicar es hacer partícipe o transmitir a otra persona algo que se tiene, ya sean pensamientos, ideas, sentimientos o cualquier clase de información

(Sanz-Ortiz, 2000). El lenguaje es el vehículo de comunicación y puede transmitirse por diferentes canales o medios: oral, escrito y no verbal. La entrevista abierta con el paciente nos permitirá recabar información para poder conocer el problema, planificar unos cuidados y ofrecer un plan de actuación diagnóstica y terapéutica. Esta interacción entre el profesional sanitario y el paciente debería ser cordial y satisfactoria para ambas partes, porque la confianza mutua es muy importante en la relación, y una condición indispensable para poder mejorar y humanizar el sistema sanitario. Pero la "transmisión de la información" es uno de los principales aspectos señalados como problemáticos a la hora de comunicarse con un paciente, quedando reflejado este hecho en numerosos estudios con la consiguiente gran insatisfacción por el paciente. Estudios que muestran que, en general, los pacientes desean más información pero no se atreven a pedirla, posiblemente por falta de un ambiente afectivo adecuado entre ellos y los profesionales sanitarios que les atienden. Sea porque en muchas ocasiones ambos utilizan diferentes formas de hablar, un ejemplo de ello es la dificultad que tiene el paciente para comprender y recordar los mensajes transmitidos por el profesional que le atiende, a causa en la mayoría de los casos de su diferente nivel sociocultural; o puede ser debido a que el profesional se resiste a compartir la información que tiene del problema con el paciente, porque ello implicaría presentarle el mensaje de una manera coloquial, con términos concretos, específicos y sencillos que la persona llegase a comprender, pero con la consiguiente merma de la disimetría de la relación que inicialmente existe entre ambos y que le otorga "poder social de experto" al profesional de la salud sobre el paciente. Otro motivo de gran insatisfacción del paciente es debida a la insuficiente información que habitualmente se le proporciona durante el proceso de atención que tiene lugar en el centro sanitario. El paciente queda esperando en silencio acerca de un diagnóstico, el pronóstico, las razones para los análisis y las pruebas a las que se ve sometido durante su permanencia en el hospital, la posibilidad de alta, etc. El profesional de la salud desde su prisma puede interpretar esta falta de preguntas por parte del paciente como desinterés o desgana, cuando en realidad es timidez, temor a preguntar y no comprender lo que se le dice o miedo a molestar al profesional que le atiende preguntando.

Las preguntas sobre la existencia y el sentido último de las cosas, sobre el significado de lo trascendental o el mundo de Dios para los creyentes, está recogido dentro de la valoración dimensión espiritual-religiosa de la valoración de enfermería. Chalifour (1994) dice interpretando a Beck: "La espiritualidad es el corazón de la existencia del individuo, integrando y trascendiendo las dimensiones físicas, emocionales, intelectuales y sociales". Es importante que la persona que ayuda sepa distinguir entre el aspecto espiritual del ser humano, esto es, lo trascendental, el lugar interno de la persona donde se encuentran las preguntas esenciales sobre el sentido que ésta da a la vida, a la muerte, a la enfermedad, etc y el aspecto religioso que comprende las vivencias y las relaciones con Dios de la persona dentro del grupo al que pertenece y que se manifiesta en sus elecciones de práctica religiosa.

Cuidar el aspecto emocional-interno de la persona implica acompañar a una persona aceptando y acogiendo todos los valores y creencias que se manifiestan en sí mismo, aunque no correspondan con el pensamiento y la visión del mundo de los profesionales que le cuidan. "En los cuidados de enfermería, el reconocimiento de la dimensión espiritual de la persona por arte de la enfermera se refleja en el respeto que esta tiene por la persona, por la vida, por la libertad del cliente, por su forma de acompañar la muerte, y por el sentido que da a su trabajo" (Chalifour, 1994). Esta obra es producto de un estudio cualitativo con la metodología de investigación fenomenológica. La aproximación cualitativa es el método adecuado para estudiar aspectos como la narración de la propia experiencia de enfermar, la búsqueda de su significado o cómo influye el entorno en las conductas de salud-enfermedad (Palacios-Ceña, 2009). La investigación cualitativa responde a aquellas preguntas en las que se pretende describir, entender o explicar un fenómeno particular, responde al qué, al por qué o al cómo; pero no responde a cuántos o a con qué frecuencia. Pero identificar el bienestar espiritual en pacientes a través de la relación enfermera-paciente ha sido el objetivo de numerosos estudios (Sánchez, 2004; Gallegos-Alvarado, 2008; Winterkorn, 2008; Pollock, 1993; Rivera, 2007). En ellos las cualidades psicométricas de las escalas utilizadas han sido óptimas, demostrando poseer consistencia interna y validez.

Escala Brief-RCOPE

(Pargament, Koenig y Pérez, 1998, 2000; Adaptado a muestras mexicanas por Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2005)

No. Afirmación

- 1 Supuse que mi iglesia me había abandonado.
- 2 **Traté de comprender que Dios me fortalecía a través de esa situación.**
- 3 Puse en entredicho el poder de Dios.
- 4 **Junto con Dios, traté de llevar a cabo mis planes.**
- 5 **Busqué la ayuda de Dios para poder olvidar mi enojo.**
- 6 **Busqué el amor y el cuidado de Dios.**
- 7 Pedí perdón por mis pecados.
- 8 Me sentí castigado por Dios por mi falta de devoción.
- 9 Puse en entredicho el amor de Dios por mí.
- 10 **Me enfoqué en la religión para dejar de preocuparme por mis problemas.**
- 11 Me pregunté qué hice para que Dios me castigara así.
- 12 Supuse que Dios me había abandonado.
- 13 Me sentí convencido de que el diablo había hecho que eso pasara.
- 14 **Busqué una cercanía más fuerte con Dios.**

En negritas reactivos de afrontamiento positivo (reactivos 2,4,5,6,7,10,14); sin negritas reactivos de afrontamiento negativo (reactivos 1,3,8,9,11,12,13).

**Escala de Afrontamiento Religioso ante la Soledad, ARS
(Montero-López Lena, 1999)**

No. Afirmación

- 1 ¿Trata de encontrar consuelo en su religión?
- 2 ¿Hace más oración o reza con más fervor?
- 3 ¿Le entrega a Dios su soledad?
- 4 ¿Busca la guía de su religión?
- 5 ¿Busca la ayuda de Dios?
- 6 ¿Pone su confianza en Dios?

**Sub-escala de Relación con Dios de la Escala de Bienestar Espiritual
(Paloutzian y Ellison, 1982; Adaptado a muestras mexicanas por Montero-López Lena y Sierra, 1996)**

No. Afirmación

- 1 Encuentro satisfacción en orar o rezar a Dios en privado.
- 2 Creo que Dios me ama y cuida de mí.
- 3 Creo que Dios es algo impersonal al que le tienen sin cuidado las situaciones que vivo a diario.
- 4 Tengo una relación personal significativa con Dios.
- 5 Me siento bien de saber que Dios dirige mi vida.
- 6 Creo que Dios está interesado en mis problemas.
- 7 Mi relación con Dios es poco satisfactoria.
- 8 Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo (a).
- 9 Me siento completamente satisfecho (a) cuando estoy en comunión con Dios.
- 10 Mi relación con Dios contribuye a mi sensación de bienestar.
- 11 Creo que Dios tiene un propósito especial para mi vida.

“Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos”

(Rivera-Ledesma, 2007).

En base a la revisión bibliográfica desarrollada para este estudio, la cual da muestra de varios motivos por los cuales la espiritualidad es una dimensión importante para la salud, se procede a la búsqueda de un instrumento útil que permita valorarla por parte de enfermería para aplicar unos cuidados en salud. La relación terapéutica que se establece entre paciente-familia y enfermera podría constituirse en una relación particular, única e irrepetible a través de la cual se identifiquen diversas manifestaciones de espiritualidad recogidas en una escala valorativa de cuidados. Dada la importancia de medir y evaluar las diferentes maneras con las que el individuo afronta esta dimensión, aquí se pretende desarrollar un instrumento que intenta captar esta dimensión.

Se aprecia como la espiritualidad no posee un patrón común de comportamiento y manifestación, por ello los elementos que se encuentran en las romerías son ejemplo de una majestuosa forma de expresión y de riqueza, especialmente por sus atributos espirituales formados por las dimensiones existencial y religiosa. El cuestionario propuesto (pendiente de evaluar su validez y su consistencia interna para su amplia utilización posterior) determina inicialmente un primer paso, una forma de explorar el interior espiritual del paciente. La validez se refiere a que el instrumento realmente mida lo que pretende medir, en lugar de medir otro fenómeno. Compuesto por 10 ítems, incluye: las formas específicas de afrontamiento (como el perdón, la oración y la confesión) y el autocontrol mental (esfuerzos mentales con la meditación).

La variable de estudio “bienestar espiritual” que representa la habilidad para descubrir y articular un propósito personal en la vida, en aprender cómo las personas experimentan paz y sentido del logro, contribuyendo a una mejor calidad de vida (Watson, 2005), parte del concepto de espiritualidad. Y de que ésta es un componente innato del ser humano, que le motiva y le permite buscar un sentido a la vida, a preguntarse sobre su origen y su identidad, es decir que la espiritualidad tiene una conexión profunda y real con nuestro interior.

Aquí se evidencia la importancia de la espiritualidad en la búsqueda y mantenimiento de la salud, y se determina que existen varias maneras de lograr el bienestar espiritual, ya sea enriqueciendo las creencias religiosas o promoviendo la espiritualidad mediante la práctica de la respiración y de la visualización. El bienestar que produce se asocia a la adquisición de estrategias de afronta-

miento ante la adversidad. En cuanto a la respiración, nosotros podemos intervenir sobre ella, haciéndola rápida o lenta, superficial o profunda, corta o larga, y de ese modo influenciaremos también en nuestro sistema nervioso. Por medio de las técnicas de respiración es posible aliviar distintos estados de ánimo. Al respirar profunda y lentamente, llevando el aire al fondo de los pulmones y alargando la espiración, la presión sanguínea desciende y activamos la sensación de calma. La respiración diafragmática o abdominal es uno de los métodos más naturales de relajación, y es el utilizado por los niños, hinchando la tripa en la inspiración y la deshinchando en la espiración. Al crecer, la persona cambia esta forma natural de respirar, utilizando de forma inadecuada nariz y boca, o incluso debido a las prisas, haciendo que al respirar llenemos tan solo la parte superior de los pulmones. La falta de oxígeno aumentará nuestro cansancio y la tensión muscular.

Vivimos en la actualidad innumerables conflictos que exceden los recursos internos disponibles de las personas, aunque la ciencia médica avanza resolviendo problemas y conflictos, en muchas ocasiones la tranquilidad la encontraremos en nuestro interior, conectando con esa afectividad emotiva que caracteriza al ser humano. Cuando la mente se relaja, se puedan afrontar los problemas con otra actitud más serena y comprensiva. Las personas necesitan desarrollar su espiritualidad pero no saben. En general se puede decir que meditar es el arte de acercarnos a nuestro centro, a lo que realmente es nuestra mente.

La espiritualidad como estrategia de afrontamiento y adaptación, involucra experiencias, formas de proceder con el entorno que nos rodea dónde la persona interactúa a diario consigo misma, con los demás y con un ser superior. De tal manera que la persona logra interpretar la situación vivenciada, dándole un significado y sintiendo que consigue el autocontrol. La mejor forma de aprender a meditar es meditando. Meditar siempre que podamos, si es posible todos los días, aunque sea unos cuantos minutos mientras fregamos el suelo de casa, esperamos en la cola de supermercado, en un semáforo en la calle, en una reunión de trabajo, etc. La meditación no elimina los problemas, aunque permite que los vivamos con otro talante, con menos implicación emocional (armonía mente, cuerpo y espíritu) y más auto fortaleza.

A continuación se hace una propuesta de entrevista espiritual:

1º Pregunta: En su vida cotidiana, ¿usted se considera creyente? (Si responde de manera afirmativa continuar, de lo contrario ir a pregunta nº6)

Dios, el creador del mundo.

Otro Ser Superior.....

Una forma de energía universal distinta a Dios.

La Energía Interior.

Otra forma divina distinta a todo lo anterior:.....

Es importante orientar la pregunta en torno a las preferencias religiosas de la persona. Conocer si habitualmente tiene un comportamiento religioso concreto. Se ha documentado que cuando la espiritualidad forma parte de la personalidad, tiende a expresarse con determinadas estrategias de afrontamiento religioso. El afrontamiento ha sido definido como "los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus & Folkman, 1984). Ante una estructura de pérdida de la salud la persona pone en juego sus recursos internos, externos y determinadas estrategias de afrontamiento (Koenig, 2007).

2º pregunta: Frente a la sensación de ansiedad, de desánimo, desesperanza o tristeza ¿alguna vez ha acudido a un poder superior, como a la Virgen o a algún Santo de su devoción? (Si responde de manera afirmativa continuar en N°3, de lo contrario ir a pregunta nº6)

La búsqueda de apoyo emocional desde un punto de vista de afrontamiento emotivo a través de la religión se refiere a la necesidad de rezar y de emplear el uso de la religión para conseguir estabilidad y consuelo. Sería una forma de afrontamiento del estrés, y por consiguiente la espiritualidad jugaría un papel en la conservación de la salud.

3º pregunta:

¿Con qué frecuencia asiste a reuniones espirituales o practica culto?

Muy frecuente

Poco frecuente

Nunca

4ª pregunta:

¿De qué manera accede a la realidad espiritual interior?

Ir de romería

Participa de reuniones o grupos organizados de apoyo

Culto privado (en casa)

Institución eclesiástica (parroquia más cercana)

Otros

5ª pregunta:

¿Trata de encontrar consuelo a través de una actitud positiva o algún otro "mecanismo de evasión"?

El bienestar espiritual también puede ayudar al paciente a aumentar los pensamientos positivos. Crear una actitud mental positiva puede ayudar a que un paciente se sienta mejor (sensación de paz interior), porque disminuye la sensación de aislamiento (de sentirse solo).

Para escapar de los problemas habituales uso:

Pensamientos que me hacen sentir optimista.

Pensamientos que me hacen sentir acompañado.

Uso una oración como forma de tratamiento.

Uso el ejercicio físico como forma de liberación.

Me gusta tener cerca de mí estampillas, crucifijos o figuras de santos.

Otros:.....

A pesar de que las distintas terapias psiquiátricas y psicológicas logran buenos resultados, las cifras de "enfermos mentales" no dejan de aumentar porque la vida tiene numerosos problemas y complicaciones. La búsqueda de apoyo social instrumental supone perseguir la obtención de información para poder controlar y disminuir la ansiedad. Las fiestas patronales tuvieron y tienen un papel importante en la conformación social de nuestros pueblos y ciudades. Las funciones de las fiestas son: religiosa, educativa, social, ociosa y cultural-cohesiva (próximo capítulo). Los sujetos que necesitan verbalizar su problema a otras personas, no tanto para buscar soluciones como para descargarse emocionalmente, recurren a lugares espirituales que le ofrezcan consuelo. El no rendirse frente a una vivencia negativa, dándose ánimos en grupo unos a otros, consigue

que la persona haga frente a esa experiencia. Compartir las experiencias de sufrimiento con otros se convierte en una descarga emocional, aparte que nos hace olvidarnos de nuestros problemas por algunas horas.

6ª pregunta: Independientemente del tipo de creencia que tenga ¿qué comportamientos o técnica de escape pone en marcha para sentirse mejor cuándo le invade una experiencia de sufrimiento, de desesperanza o desasosiego?

La mente es una fuerza capaz de influir en el mundo físico, en nuestro cuerpo, por esta razón, realizo meditación.

Ejercicio Físico.

Caminar.

Oración.

Acudiendo a algún profesional de la salud.

Leer, escuchar música, u otros similar.

Otros:.....

7ª pregunta: ¿Conoce en qué consiste las técnicas de oración o meditación y sus ventajas? (si la respuesta es afirmativa continuar N°9 , de lo contrario leerle al paciente la siguiente explicación).

Explicación para el paciente: *"La meditación puede practicarla cualquier persona (agnósticos, ateos, cristianos, etc.) sin que por ello tengan que abandonar sus creencias. Es una herramienta que influye positivamente en nuestro interior, y muy útil para mantener la salud del cuerpo y reducir los niveles de estrés en la vida diaria. Meditaciones tan sencillas como observar y practicar la respiración tienen un poderoso efecto sedante que nos hacen sentirnos bien. El propósito de hacer meditación es conseguir serenarnos, algunas veces meditar es fundamentalmente para descubrir que la situación que nos preocupa casi nunca es el problema, sino la interpretación que hacemos de ella, por consiguiente, si sabemos alterar la interpretación de esas situaciones conseguiremos evitar que nos haga sentir de determinada forma."*

8ª pregunta: Si sus creencias juegan un papel importante para usted, y cree que son una manera de afrontar un problema ¿Cómo piensa que este equipo de enfermería podría ayudarle?

Proporcionándole durante su ingreso la lectura de libros de autoayuda
Acudiendo a reuniones de grupo
Escuchando programas en radio relacionados con su salud.
Confesándose con un guía espiritual o un profesional sanitario.
Participando del culto: una Virgen o Santo de su devoción.
Acudiendo a una peregrinación o procesión (como Lourdes).
Meditando o realizando ejercicios físicos de Pilates o Yoga.
Otros:.....

9ª pregunta: Tenemos a nuestro alcance infinidad de formas de meditar. Indique exactamente qué hace, cuándo y dónde:

A diario.
Semanalmente, cuando acudo a un determinado lugar.....
En vacaciones.
Sólo esporádicamente, en algún curso que he realizado.
Otros:.....
Lugar: la ducha, la parada del metro realizando las tareas del hogar, u otro.....
Otros:.....

Señale su forma de proceder:

Respiro conscientemente, con una respiración regular y lenta y siempre que me es posible, inhalo y espiro por la nariz. Tomando consciencia de ese momento, es decir, me digo en voz alta o pensando: inspiro (cuando tomamos aire), espiro (cuando lo soltamos).

Lo que hago es orientar y fijar la atención en un objeto, en una imagen mental de alguna persona o figura, en nuestro propio cuerpo, en la respiración, en un riachuelo de montaña que fluye, en las nubes, en el agua del mar, en cualquier cosa que me gusta. Llegado este momento lo único que hay que hacer es vivir conscientemente ese instante, como si estuviésemos allí, en ese lugar y con esa persona.

Cuando realizo una actividad (caminar, coser, leer, etc), simplemente trato de relajar los músculos más tensos, respirando con la nariz y eso me ayuda a centrarme en la respiración.

Centrándome en un objeto, luego dejándome ir, aunque sea un instante, si la atención se disipa, digo “respiro”, y de nuevo la mente se serena y se dirige al objetivo que me he propuesto.

Otro:.....

(Textos extraídos de “Sé feliz” y de “Practicando el poder de ser consciente”. Ediciones i.)

10ª pregunta: ¿Considera que los hospitales deberían contar con espacios para la mediación para reflexionar sobre nuestra persona, demasiado ajetreada en el existir cotidiano arrasada casi siempre por el estrés?

talleres en grupo.

consulta individual.

enfermera mediadora.

otro

Ayúdenos con opiniones o sugerencias para su cuidado personal durante su estancia.

Observaciones y propuestas.

El ejercicio humanista debe hacerse patente en un doble sentido: en primer lugar, reconociendo la subjetividad de la espiritualidad, en tanto que debe ser entendida como un proceso que es vivido de un modo particular por un individuo que a su vez tiene una serie de particularidades sociales y culturales; en segundo lugar, el papel del profesional debe ir encaminado al manejo de esa situación con el objeto de prestar un apoyo lo más congruente y competente posible con el padecimiento, para lo cual se requiere de una adecuada formación en materia de relación terapéutica.

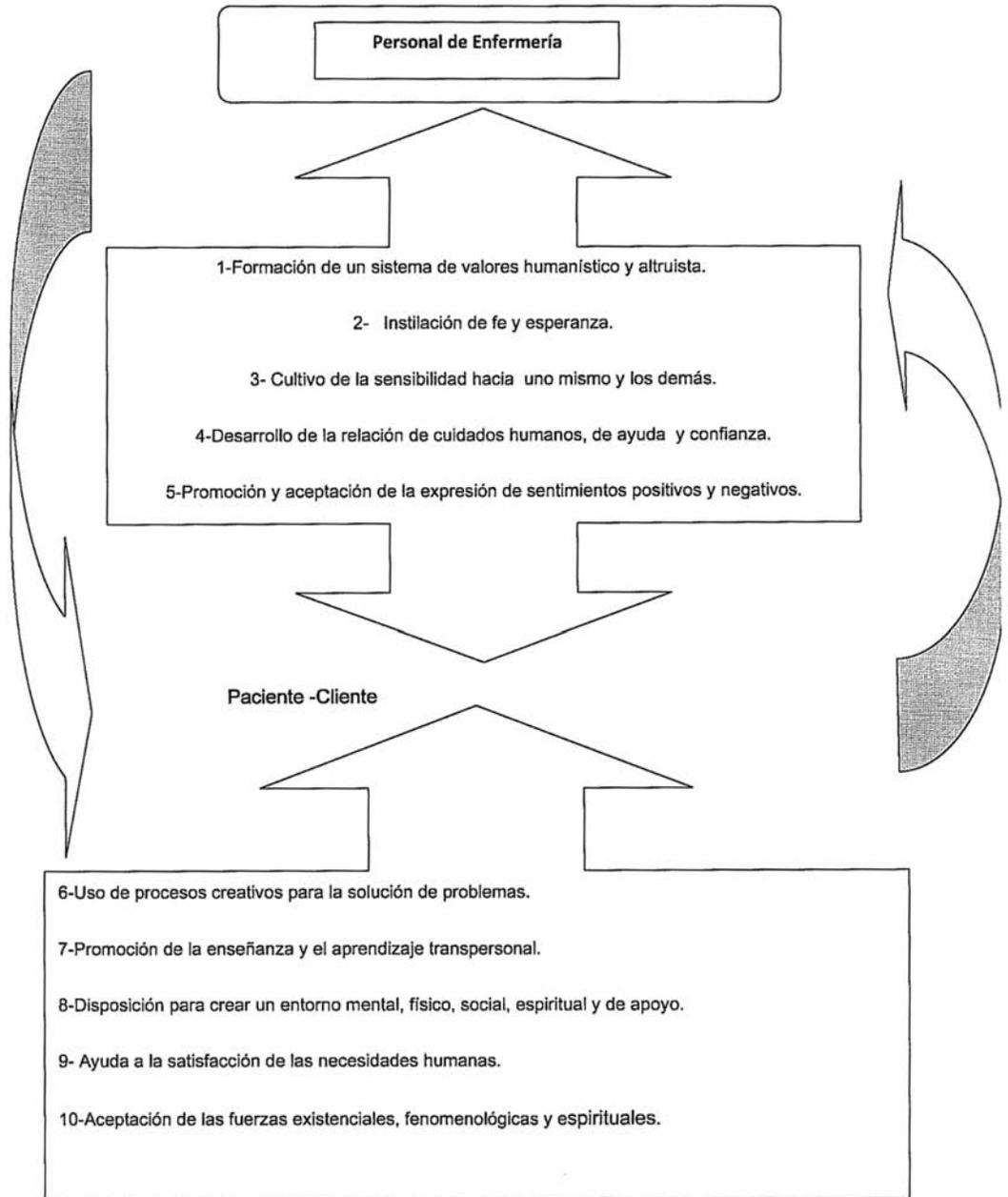
La perspectiva teórica de Watson potencia el sentido de interacción entre la enfermera y el paciente con el fin de encontrarle un sentido a su existencia y a las diferentes situaciones particulares que vivencia. Visionando un por qué le ocurre esa situación adversa y un cómo resolverla positivamente a partir de la concepción holística del ser humano. La Teoría del Cuidado Humano de J. Watson es una de las claves para lograr preservar “el cuidar”, el núcleo de la profesión enfermera, dentro de nuestra práctica asistencial. El pensamiento enfermero siempre ha utilizado conceptos, hipótesis de trabajo, asunciones y presunciones para comprender el mundo de la Enfermería y de los cuidados enfermeros. El

objetivo de Enfermería según el enfoque de cuidados de Watson es mejorar la atención a las personas, su dignidad e integridad. En esencia, las enfermeras tienen un compromiso social de ayudar y enseñar a los individuos a alcanzar un alto nivel de bienestar y sanación, y descubrir nuevos significados a través de la propia experiencia (Cara, 2001).

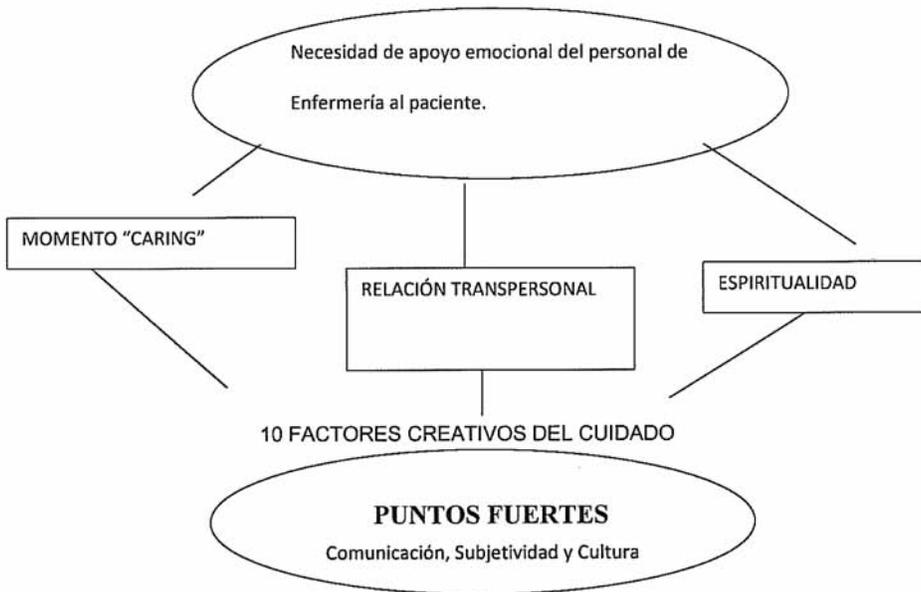
Watson y otras autoras realizan principalmente estudios participativos, interpretando significados de las vivencias en diferentes situaciones de salud. La teoría desarrollada por la Dra. Watson a partir de 1979 considera a la persona poseedora de un cuerpo, una mente y un espíritu, situando el cuerpo en el espacio, y a la mente y al espíritu en el aquí y el ahora. Surge la necesidad de acercarse al ser humano y repensar las relaciones y los cuidados (Fawcett, 1985). Esta teoría parte del humanismo existencial que tiene en cuenta la globalidad de la experiencia de la persona en un momento específico de su existencia y también de la espiritualidad. Watson entiende que el dominio de la Enfermería es la aplicación del cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como al apoyo en el proceso del fin de la vida y en el momento de la muerte (Watson & Smith, 2002).

La teoría de Watson surge, en parte, como respuesta a una observación de los continuos cambios producidos en las organizaciones sanitarias, con un enfoque excesivamente médico, técnico y, a su vez, económico, que va en detrimento de los valores del cuidado y de la Enfermería. Por tanto, considera que es necesario humanizar los cuidados -núcleo de nuestra profesión- ya de por sí sumergidos en un sistema de salud burocratizado, proporcionando un sistema de valores que contribuya a fomentar una profesión más social, moral y científica, relacionada con un compromiso hacia los cuidados humanos en la teoría, en la práctica y en la investigación (Watson, 1988). La relación transpersonal es un aspecto destacable de la teoría de Watson. Es la que se establece entre la enfermera ejecutora del proceso y la persona, y se desarrolla en un clima de responsabilidad moral y actitud *caring*. La teoría del *Caring* reitera de manera continua la necesidad de buscar un nuevo conocimiento y una nueva práctica del cuidado que debe informarse desde los valores humanos y la esencia del cuidado (Nightingale, 1992).

Modelo Conceptual de Watson: Factores originales de cuidados (1979).



Modelo Conceptual de Watson. Modelo adaptado al profesional de enfermería durante la intervención con los pacientes (2007).



1-Práctica afectuosa, amable y ecuánime dentro del contexto del cuidado consciente.

2- Presencia auténtica que permita y contemple el sistema profundo de creencias.

3- Cultivo de las prácticas espirituales y transpersonales.

4- Desarrollo y mantenimiento de una relación de ayuda y confianza.

5- Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.

6-Proveer de un entorno de soporte y protección a nivel mental, físico, social y espiritual, potenciando el confort, la dignidad y la paz.

7- Administrar cuidados fundamentales contemplando el cuerpo, la mente y el espíritu.

8-Permitir verbalizar la dimensión existencialista de la propia vida y muerte, ofreciendo cuidados espirituales (alma).

9- Adquirir experiencia en el proceso enseñanza-aprendizaje en la relación con las personas.

10- Uso sistemático de un proceso creativo de *caring* que fomente la sanación humanitaria.

10 FACTORES CREATIVOS DEL CUIDADO

- 1- Práctica afectuosa, amable y ecuánime dentro del contexto del cuidado consciente.
- 2- Presencia auténtica que permita y contemple el sistema profundo de creencias.
- 3- Cultivo de las prácticas espirituales y transpersonales.
- 4- Desarrollo y mantenimiento de una relación de ayuda y confianza.
- 5- Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- 6- Proveer de un entorno de soporte y protección a nivel mental, físico, social y espiritual, potenciando el confort, la dignidad y la paz.
- 7- Administrar cuidados fundamentales contemplando el cuerpo, la mente y el espíritu.
- 8- Permitir verbalizar la dimensión existencialista de la propia vida y muerte, ofreciendo cuidados espirituales (alma).
- 9- Adquirir experiencia en el proceso enseñanza-aprendizaje en la relación con las personas.
- 10- Uso sistemático de un proceso creativo de caring que fomente la sanación humanitaria.

Con un acompañamiento cálido sin emisión de juicios se puede ayudar a la persona a que exprese sus sentimientos, potenciando así su dignidad y entendiendo el significado de la experiencia. La consecuencia de la interacción transpersonal es la mejoría en la labor de la enfermera en relación con los pacientes, ya que así detecta las condiciones auténticas en que se desenvuelven las otras personas. Otro concepto dinamizador en la teoría de Watson es el momento Caring. Este momento, en el que no hay ni tiempo ni espacio, es donde se desarrolla el contacto con la otra persona. Es el momento donde se produce la conexión corporal y espiritual; es un momento especial, único, de contacto humano a nivel profundo, donde deben utilizarse acciones, palabras, lenguaje corporal y no verbal, sentimientos, intuición, pensamientos, tacto y energía, para conectar de manera adecuada con las personas (Watson, 1988).



Romería "La Venida 1961"

Autor: MONFERVAL

Julián Fernández Parreño.

CAPÍTULO 7

ABORDAJE DE LA NECESIDAD ESPIRITUAL DURANTE LAS ROMERÍAS

*“La forma de pensar es clave. Cómo piensas es determinante.
Eres lo que piensas. El amor es fe y no ciencia”.*

Francisco de Quevedo.

El Misterio, junto al Palmeral, y la Dama son tres elementos centrales de la ciudad de Elche. La solemne celebración litúrgica del Misterio constituye la obra cumbre de la religiosidad popular ilicitana y uno de los acontecimientos festivos más importantes y emotivos de cuantos tienen lugar en Elche. La Basílica de Santa María es el templo donde se representa la festividad religiosa que la localidad dedica a la Virgen María en su Asunción a los cielos. Investigaciones sobre la ciudad de Elche muestran que cuando el Concilio de Trento prohibió en el siglo XVI las representaciones en el interior de los templos católicos, la única que se libró fue el Misterio de Elche. Este hecho supuestamente debió de llevar un proceso de litigio del cual en Elche no hay rastro alguno (Extracto de la Guía de la Arciprestal e Insigne Basílica de Santa María de Elche escrita por Joan Castaño García, archivero de la Basílica de Santa María y del Patronato del Misterio de Elche).

Además en esta ciudad se desarrolló también en asociación al culto cristiano un rico artesanado con la palma blanca. La primera noticia documental sobre el Domingo de Ramos de Elche data de 1371, una fiesta que es de Interés Turístico Internacional desde 1997, que conmemora la entrada de Jesucristo en Jerusalén. Además, una noticia de los libros de Cabildo de 1429 recoge el comercio de la palma blanca en la ciudad. El simbolismo de la palma blanca tiene su máximo exponente en el Misterio o Festa d'Elx, drama sacro-lírico medieval de la Asunción de María, donde una gran palma blanca sirve de conexión mística entre la Virgen, los Apóstoles, el coro celestial y el resto de los actores (Miquel Juan, 1997).

Para aquellos que todavía no han tenido la oportunidad de aproximarse a esta experiencia, decir que es un drama sacro-lírico religioso que está dividido en dos actos, y se trata de una representación de raíces medievales que recrea la Muerte, Asunción y Coronación de la Virgen María. Su condición de

Patrimonio de la Humanidad representa un reconocimiento público e internacional a la obra en sí y al espíritu de los ciudadanos que cada año participan en ella dándole vida.

Añadir que un tanto por ciento muy elevado de los cantores que participan en el Misterio creen en la Virgen, aunque alguno de ellos confiesa no ser creyente, sí creen en la Virgen. Esta particularidad, aunque parezca una contradicción no lo es, porque es la imagen en sí la que hace que crezca un sentimiento espiritual de fe en su interior. La figura de María y su discreta presencia en los textos evangélicos, ha sido capaz de suscitar los sentimientos más profundos y la fascinación más exquisita en el pueblo que la quiere, convirtiéndose en un puente de unión entre la romería de "La Venida de la Virgen" y "El Misteri d'Elx". Profundizar en la espiritualidad que nace de las personas que acuden a la fiesta de la romería, implica profundizar también en la tradición del Misterio, donde la figura de María abre un espacio amplio de encuentro entre las personas.

Con la representación de este drama asuncionista de marcado carácter popular, los ilicitanos han logrado mantener viva una joya cultural, una labor emprendida por sus antepasados. Esta fiesta popular tradicional ha contribuido a internacionalizar historia, música, teatro y vestuario, invitando a todos los que visitan la ciudad a participar de sensaciones populares que fortalecen un sentimiento. Porque los actos del Misterio aúnan la pasión por la música, la espiritualidad religiosa y las artes escénicas propias de los ilicitanos, los cuales engalanan con un andador y un cadafal la Basílica de Santa María sirviendo como escenario para lograr una interpretación interior y serena.

Para muchas personas puede ser una inquietud conocer algo más acerca del montaje teatral que se despliega en el templo durante la fiesta. Un ritual que se repite cada año desde el siglo XVIII es el montaje del cielo. En total han sido seis pinturas de cielos las que podemos encontrar a lo largo de la historia de la Festa. La finalidad del cielo es proporcionar un mayor significado a varios momentos clave en las representaciones del Misterio de Elche. Esto es debido a que desde la cúpula emergen varios personajes del drama, y en el texto se supone que descienden y ascienden del cielo bíblico, siendo uno de los momentos con mayor significado, la ascensión de la Virgen al cielo para encontrarse con su hijo.

Mucho antes de la representación, es obligado el montaje de la tramoya baja,

que incluye el cadafal y el andador, al igual que las tribunas para las representaciones extraordinarias. Luego tenemos la tramoya alta y la labor de los tramoyistas, los cuales desempeñan una importante labor en el desarrollo de la obra, y que han sido recientemente protagonistas de unos cursos organizados por la Universidad Miguel Hernández de Elche. La Cátedra "Misteri d'Elx" de la Universidad Miguel Hernández aprovechando el 250 aniversario del traslado de la Tramoya desde la bóveda de la nave central a la cúpula de la Basílica de Santa María, ha celebrado durante el año 2010 un encuentro multidisciplinar analizando el escenario aéreo del Misterio.

Uno de los trabajos más duros del Misterio es, sin duda, el montaje de las tramoyas. En cuanto a la tramoya alta, lo primero que hay que hacer es preparar el cielo en la basílica de Santa María, extenderlo y, luego, ayudado por unas cuerdas que cuelgan de las ventanas que tiene la cúpula del templo y unas poleas, lo suben. Una vez en las alturas se instala una red de seguridad que garantizará que, si alguien se resbala, no caiga. A continuación, se instala la viga que pesa alrededor de 1000 kg y el tablao, que soporta el peso de la cabria y el torno, desde donde se bajan y suben los aparatos aéreos. Una vez instalada la viga, se puede montar la cabria. Cada uno de los dos palos de madera de la cabria pesa alrededor de 300 kilos. Y por último se coloca el torno en la terraza de la cúpula del templo. Ésta es una tarea de gran complejidad, ya que es a la vez laboriosa y complicada, y requiere un gran esfuerzo físico y mucha dedicación.

Además, el Misterio se enlaza con otra tradición ilicitana muy importante para todos los ciudadanos, y es la fiesta de la "Venida de la Virgen". Cuenta la tradición que un día en la madrugada del 28 de Diciembre de 1370 el guardacostas Francesc Cantó que vigilaba la costa ilicitana, descubrió entre las aguas del mar un arcón con una inscripción que decía "Soc per a Elig", en cuyo interior contenía la imagen de la Virgen de la Asunción y el "consueta", el libro con los versos, la música y las indicaciones escénicas para la representación del Misterio. En ese momento corrió a galope sobre su caballo dirigiéndose a la villa de Elche para comunicar tan extraordinaria noticia a las autoridades. Desde entonces, para conmemorar este momento, se celebra una gran fiesta. La tradicional romería de la Venida de la Virgen se celebra cada dos años y en ella se

recrea el hallazgo de la imagen de la Patrona, la cual era portadora del consue-
ta (libro que cuenta cómo ha de celebrarse el Misterio de la Asunción a los
Cielos).

El primer testimonio que tenemos referente a la existencia de una imagen de
la Virgen de Elche nos la ofrece una de las Cantigas de Santa María de Alfonso
X El Sabio, en un conjunto de cuatrocientas veintisiete composiciones en honor a
la Virgen María (López, 1974). Se trata concretamente de la 133, que narra un
milagro acontecido en la ciudad. Esta cantiga cuenta como una niña que fue a
beber en una acequia que pasaba por Elche, cayó en la misma y se ahogó. Tras
el suceso la niña es recogida por sus familiares, llevada ante el altar de Santa
María, y ésta, obrando milagrosamente, resucitó a la niña, que unida a todos,
dio gracias ante el altar. Luego el Padre Juan de Villafañe, en sus «Imágenes de
la Virgen en España», expone una versión de la "Venida de la Virgen" a Elche;
el doctor Ceba da otra versión del hallazgo del arca el 29 de diciembre de 1370
con la imagen de la Virgen de la Asunción en la playa del Tamarit, y Milá y
Fontanals dan otra versión. Todas ellas han fomentado una visión de la Virgen
como cuidadora del pueblo de Elche (Ramos Folqués, 1967).

La Virgen de Elche, proclamada Alcaldesa honoraria de la ciudad en 1958,
es sacada en procesión a lo largo del año en tres ocasiones diferentes: el domingo
de Pascua, el día 15 de agosto en la procesión que figura ser el entierro de
María portada yacente por los personajes del Misterio, y el día 29 de diciembre
en la festividad que conmemora su Venida a la ciudad.

La imagen original de la Virgen de Elche desapareció en un incendio el 20
de febrero de 1936, por ello el escultor valenciano José Capuz a imitación de la
anterior realizó una talla nueva de la imagen. El 29 de diciembre de 1940 vol-
vió a representarse el hallazgo del arca con la figura de la patrona ilicitana en
la propia playa del Tamarit con el fin de que también esta imagen fuese traída a
la ciudad desde el mar.

Como todas las festividades, la romería es el resultado de una manifestación
social espontánea basada en el sentir de un pueblo, y en ellas hay siempre una
parte de tradición, cultura, entretenimiento y religión. En la Edad Media Europea
se conocía con el nombre de "romería" a la peregrinación que hacían los cristia-
nos a Roma; y "romeros" a los peregrinos que iban a la ciudad santa. Estos tér-

minos fueron utilizados por los españoles para las peregrinaciones a los santuarios cristianos en la península y en las colonias españolas (Arango, 2006). De la misma forma que desde épocas inmemoriales se han celebrado fiestas paganas, con las cuales adorar a la madre naturaleza para obtener buenas cosechas, en la actualidad en muchos pueblos de España se celebra esta fiesta cristiana, cuyo principal rito consiste en la procesión a un santuario, ermita, pantano, monte, etc. La romería es la expresión colectiva de una manifestación religiosa, en ella los "romeros" o "peregrinos" hacen la peregrinación al lugar en el que se encuentra la imagen, y después de hacer el voto o promesa, que se presenta como garantía de los fieles para con Dios, se obtiene la petición de alguna "gracia" solicitada.

En la meditación las personas se sientan tranquilamente y se concentran en su respiración. A medida que el aire entra por la nariz prestan atención a cada sensación. A medida que los pensamientos no deseables acuden a su mente, los dejan marchar porque respiran conscientemente centrando la atención en ese momento. Durante la romería parece ser que la fe en la Virgen actúa de igual modo.

La capacidad de liberar los pensamientos que acuden a la mente durante el trayecto, mientras se acompaña a la Virgen, libera al cerebro para prestar atención a los acontecimientos o cosas indeseables que suceden en nuestra vida habitual. ¿Cómo se puede saber qué siente esa persona? A través de las imágenes que ese día se muestran, a través de los pensamientos que son expresados, y de los sentimientos demostrados frente a la Virgen. La valoración de las conductas que acontecen durante el camino, unido a los relatos que cuentan los participantes forma un conjunto de experiencias dignas de tener en cuenta para el aprendizaje colectivo de la población. Realizando determinado tipo de preguntas a todas aquellas personas que voluntariamente se ofrecieron a participar en la "recogida de datos espirituales" se llegó a comprender realmente la vivencia durante esta fiesta.

A la hora de hacer el camino se vive una experiencia única, porque es un momento para decir cosas y por tanto, contiene un elemento "expresivo" "esencial", que "genera emoción, colorido, ritmo y resulta esencialmente gratificadora". Ha sido muy útil explorar temas existenciales como estos: ¿De qué está usted

profundamente agradecido?, ¿De donde o de quién consigue su fuerza?, ¿Dónde encuentra la paz?, cuando está asustado o con malestar ¿Quién comprende su situación? y ¿De qué forma encuentra consuelo?

Es decir, mediante el cumplimiento de un deber religioso que el individuo lleva a cabo con acciones como: ir de peregrino; pedir milagros; dar limosna; ir de romería; o visitar la capilla del Santo o de la Virgen de su devoción, la persona consigue bienestar sobretodo por el convencimiento interior que tiene de que una vez realizadas las ofrendas a la Virgen, ella recompensará favorablemente la petición presentada. Ver el significado y qué representa para un paciente la presencia de "estampas religiosas" en la habitación durante su estancia ha sido ya analizado con éxito por varios autores (Pascual, 2001; Castillo, 2006).

En realidad la clave está en "lo retroprofundo", es decir en lo que hay cerca del corazón, en una fuerza interior a la que el médico Patrick Theillier denomina "fisión nuclear". Desde hace una década la misión de este investigador ha consistido en verificar científicamente la curación "espontánea" de los dolientes que acuden al santuario mariano de la Virgen de Lourdes, lugar donde la Virgen María apareció a la pastorcilla Bernadette Soubirous en 1858, según la tradición católica. Unos seis millones de personas acuden anualmente a Lourdes, muchas de ellas enfermas, atraídas por la dimensión milagrosa que la Iglesia católica ha atribuido históricamente a la gruta de Massabielle, lugar de "diálogo directo" entre la Virgen y Bernadette.

Si realizamos una analogía con esa cueva, donde cotidianamente se apiñan y rezan los fieles, y en la cual brota un manantial considerado popularmente como curativo, en la romería de la "Venida" también confluyen diversos elementos como: historia, fervor, religiosidad y ambiente festivo.

La figura de la patrona de Elche, la Virgen de la Asunción, es una talla de tamaño natural que nos presenta a María de pie y con las manos juntas en actitud de oración. Esta imagen es atendida y ornamentada por las denominadas camareras de la Virgen, institución establecida en Santa María desde el siglo XVIII y formada por un conjunto de señoras de la población. Estas camareras, cuyo cargo es, generalmente, hereditario, se ocupan de vestir y desvestir la figura mariana, cuidar sus ornamentos, custodiar sus joyas, etc. La investigadora de este estudio han podido entrevistar a una mujer que vive el ambiente del

"Camerino de la Mare de Déu" y que vive con ilusión el momento de vestirla para su salida en procesión.

"yo creo que todos podemos recibir una curación si la pedimos y la esperamos con fe y perseverancia a la Virgen", "muchas veces sube la gente el día 15 de agosto a ver a la Virgen y le hacen regalos: cordones de oro preciosos, sortijas y pulseras; porque la Virgen arrastra a muchos y se la tiene una fe muy grande".

"La romería es una fiesta del pueblo, tal es así que las personas que van a la romería luego no salen a ver a Cantó a las tres de la tarde, por agotamiento y cansancio."

"La gente sencilla del pueblo le reza a la Virgen a cualquier hora del día, vienen al mercado y le rezan, pasan por el puente y le rezan".

"A la hora de vestir a la Virgen no es como vestir a un muñeco, no, al principio las camareras no te dejan tocarla, tienes sólo que mirar, porque la Virgen te impone, le tienes un respeto, tocarla es muy grande, te tienes que enseñar".

"Son cuatro personas vistiéndola, una la mantiene, otra trae la ropa, otras dos se la ponen, cuesta mucho porque hay muchas cosas para ponerle".

"Cuando uno se pone delante de ella por vez primera, parece que la vayas a ofender", "Es una delicia que una persona viva esa experiencia", "A dios Gracias a mi me vino sin buscarla".

"La gente del pueblo, sean del pensamiento que sean, quieren mucho a la Virgen. Cuando en agosto la intentan tocar, las sandalias se las rompen de besarle los pies. La ropa se la ponen perdida, le aprietan los pies con una fe y una cosa. Es muy emocionante".

"Santa María es un santuario del pueblo, se le tiene mucha devoción, la gente acude a cualquier hora a rezarle a su Virgen".

"Y dicen que durante la Festa, cuando llega la Virgen arriba, en el cielo, es un estruendo de todos los que allí hay. La cogen, la gritan y la besan, es algo muy grande".

La Sociedad Venida de la Virgen es una organización festiva constituida en el año 1865 con el objetivo de incentivar la fiesta de la "Venida" tan estrechamente vinculada al Misterio. Una fiesta tradicional preparada con mucho amor y respeto. Los investigadores de este estudio tuvieron ocasión de hablar con uno de sus miembros, el socio número dos, una persona muy respetada y querida por el pueblo y cuyas palabras reflejan el sentimiento que él tenía hacia esta fiesta:

"el arca de la Virgen decía Soc per a Elig, soy para todos los del pueblo"

"acompañar a nuestra Patrona durante la romería es una gran experiencia"

"esta fiesta encierra muchos recuerdos para mi, y mucho trabajo"

"en la playa del Tamarit se realiza un acto extraordinario, el hallazgo del arca con la imagen de Nuestra Señora de la Asunción, es algo grande"

"es emocionante vivir el momento de sacar el arca del agua, y ponerle un pañuelo en las manos a la Virgen... un pañuelo que siempre desaparece"

"uno entiende que los médicos pueden hacer hasta cierto punto, pero la divinidad también participa en un alto grado en la mejoría y curación de una persona"

"sé que hay buenos médicos, que sin ellos no hay solución, pero cuenta mucho lo que Dios quiera para que todo acabe bien".

El sentido profundo de esta peregrinación que frecuenta cada día más gente, la riqueza de su contenido (el pregón, determinados rasgos y elementos de la his-

toria como la carreta con Ntra. Sra. de la Asunción, los fieles, y diversos carruajes engalanados seguidos por jinetes) y un sinnúmero de personas que protagonizan la fiesta, han convertido a la ciudad de Elche en un excelente escenario para este estudio. Todos los participantes del estudio dicen que han pedido favores a su Virgen y que han sido concedidos, por lo que prácticamente todos le prometen hacer algo a cambio. Confiesan sentirse protegidos por la Patrona (la imagen más representativa y venerada en Elche) y se sienten seguros teniendo su imagen cerca. Los comportamientos que realizan son la ofrenda de flores y de bienes a la Virgen, realizan sacrificios personales y la oración de súplica.

Juzgo conveniente insistir, como ya lo vienen haciendo también otros autores, en el interés que ofrecen determinados rasgos de la historia sagrada de los pueblos diversos, ya que en ellos, se perfilan los esquemas principales de la personalidad histórica y cultural de los mismos. No existe ninguna referencia en los archivos locales que confirme el suceso acaecido en la playa del Tamarit, a pesar de la insistencia que muchos investigadores han puesto en su confirmación. Contradiendo a las tradiciones locales, la primera noticia que disponemos de la «Venida de la Virgen» se encuentra en el libro Año Virgíneo de Esteban Dolz de Castellar, de 1687, por lo que la aparición de la leyenda que explica el descubrimiento entre las aguas del mar de un arcón que contenía la imagen de la Virgen de la Asunción y el “consueta” es bastante tardía, en comparación con el origen del Misterio en torno a la segunda mitad del siglo XV. Pero sin duda alguna, la fiesta de la “Venida” constituye uno de los significados fundamentales de la vida social ilicitana. La necesidad que los individuos tienen de proyectarse sobre espacios públicos de convivencia, que se hallan más allá del ámbito estricto de sus relaciones familiares, comporta la existencia de un marco comunitario en el cual la espiritualidad grupal juega un destacado papel. Este marco comunitario genera en quienes participan de la misma un sentido grupal, susceptible de expresarse bajo diversas maneras y de un modo muy significativo a través de la imagen tradicional de Cantó a lomos de su caballo y de la Virgen de la Asunción flotando en su arca.

Es la ilusión unitaria que se reproduce cíclicamente en toda comunidad humana y en Elche esta muestra festiva está amparada por las costumbres y la tradición bien expresada por el frío del amanecer en la playa, la celebración

eucarística, el camino en romería hasta Elche, las carretas y la masclètà anunciando su llegada. La romería realiza una parada para degustar el "almossar de cabasset" a la altura del Río Safari. Una vez llega la romería al Hort de les Portes Encarnades, la imagen de la Virgen queda expuesta para veneración de los fieles hasta la tarde. A lo largo del camino en romería el júbilo, la algarabía, el gozo y la bulla, presiden la celebración del festejo.

Es muy importante la esperada por todos los ilicitanos la carrera a caballo del legendario guardacostas Francesc Cantó, quien a su llegada a la "Plaça de Baix" dará la noticia del hallazgo de la imagen de la Virgen de la Asunción. Al grito de ¡A la playa ilicitanos! se formará la comitiva, que estará ambientada por la música de dolçaina i tabalet (dulzaina y tamboril).

Toda fiesta es el resultado de la conjunción de varios aspectos, tales como los ecológicos, los culturales y otros de distinta procedencia que se ven imbricados de forma desigual. La sociabilidad se muestra en la fiesta en todo su esplendor y esta realidad se halla mediatizada por la simbiosis que se produce entre la comunidad y el medio físico, lo cual se refleja con singular intensidad en la sacralidad que comúnmente pesa sobre la expresión festiva. Aquí se evidencia la importancia de la espiritualidad en la búsqueda y mantenimiento de la salud, y se determina que existen varias maneras de lograr el bienestar espiritual, ya sea enriqueciendo las creencias religiosas o promoviendo la espiritualidad mediante la práctica de la respiración y de la visualización.

La orientación teórica seguida en esta investigación parte por un lado de las premisas del "Interaccionismo Simbólico" de Herbert Blumer (1938), el cual postula que las personas actúan sobre los objetos de su mundo e interactúan con otras personas a partir de los significados que esos objetos y esas personas tienen para ellas, es decir, a partir de los símbolos. Los significados son producto de la interacción social, principalmente de la comunicación que se establece, instrumento que se ha convertido en esencial durante el desarrollo de este trabajo.

El objetivo de este trabajo era evidenciar la importancia de la espiritualidad en la búsqueda y mantenimiento de la salud, y por consiguiente su inclusión como una actividad de la enfermera en el plan de cuidados del paciente. La persona o ser humano tiene la capacidad, a diferencia de otros seres vivos de este mundo, de pensarse a si mismo, de tener conciencia de si y de los otros, de poder

ahondar en su espacio interior mediante la ética, las creencias religiosas y desarrollar lo que podríamos llamar su espiritualidad: idea de uno mismo, libertad, creencias, vocaciones y sobre todo amor. La importancia de cuidar la espiritualidad del paciente viene además recogida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10-XII-1948 (Arts.18 y 19) y lo mismo contempla la Constitución Española (Art.15). Sin embargo el reto de este trabajo ha sido “decir algo más y diferente” a la luz de nuestro referente teórico, y de las narraciones elaboradas por los entrevistados que han vivenciado la romería. Así como por medio de las técnicas de respiración es posible aliviar distintos estados de ánimo, nosotros podemos intervenir sobre la espiritualidad del paciente a través de técnicas de comunicación.

La principal diferencia encontrada entre este estudio y la literatura analizada en el apartado del “Estado de la Cuestión” es el contexto donde ha sido recogida la muestra y la orientación cualitativa de la investigación. Es decir, en la revisión bibliográfica revisada se ha puesto de manifiesto que muchos autores mantienen la hipótesis de que el compromiso religioso puede reducir el estrés, aumentar la capacidad del cuerpo para luchar contra la enfermedad y además ven que la espiritualidad ayuda a reducir los efectos adversos de muchos tratamientos, pero ¿cómo han llegado a estos resultados?

En los estudios revisados se ha intentado medir la experiencia religiosa mediante criterios como el número de veces que una persona acude a la iglesia. Esta metodología es como intentar medir un rayo de sol con un metro o medir una sinfonía de Beethoven contando el número de veces que el que escucha sonríe; es decir, puede hacerse, pero en el proceso de medición se pierde lo esencial de aquello que queremos conocer, es decir, la vivencia de esa persona. Igualmente no cabe duda de que las reacciones del cerebro mientras un individuo escucha una sinfonía se pueden estudiar por medio de imágenes de resonancia magnética, pero, ¿realmente ese estudio nos diría algo acerca de la experiencia estética? Evidentemente, no es lo mismo las mediciones que la experiencia en sí. Esta experiencia, simplemente, no puede medirse con estimulación eléctrica o administrando medicación.

McCullough (2000) asegura que las Investigaciones realizadas en distintas partes del mundo han demostrado que las personas más devotas tienden a tener

un mejor rendimiento escolar, a vivir durante más tiempo y, en general, a ser más felices. Pese a todo, frente a esta afirmación: "las creencias religiosas pueden que sean buenas no sólo para la salud espiritual, también puede tener efectos positivos para el cuerpo", no todo el mundo está de acuerdo. Algunos investigadores como el doctor Richard Sloan (2002) de la Universidad de Columbia, alberga dudas sobre estos datos. Afirma que muchos estudios sobre religión y salud «contienen vacíos metodológicos significativos que vuelven sospechosas sus conclusiones», como por ejemplo involucrar a un número insuficiente de pacientes, fallar en el ajuste de factores como la edad o el sexo, o utilizar un escenario muy medicalizado como una unidad coronaria.

Otras investigaciones analizadas (Benson & Dusek, 2006) han intentado concretar los efectos de la oración en individuos enfermos hospitalizados, así como calcular si los pacientes que sabían que alguien rezaba por ellos podían marcar alguna diferencia en su salud. Para ello, se reclutaron un total de 1.802 pacientes que esperaban cirugía cardíaca en seis centros médicos y se los dividió aleatoriamente en tres grupos. Durante catorce días todos fueron avisados de que iban a ser incluidos en una investigación clínica, y dieron su permiso para participar. El primero de los grupos recibió la hipotética ayuda de las oraciones de terceras personas, después de que se les avisara de que podían o no recibirla. Al segundo grupo nadie le rezó, pero se les dijo que terceras personas podían o no rezar por ellos. Finalmente, por el tercer grupo sí se oró, pero a éstos se les dijo la verdad, que sí que rezarían por su pronta recuperación. Los creyentes que trataron de ayudar a estas personas con sus rezos también se dividieron en tres grupos, dos de ellos católicos y uno protestante. Durante casi dos semanas, los grupos de oradores rogaron a Dios por la salud de estas personas, antes de que fueran operados. Pidieron que las operaciones fueran exitosas, que se recuperaran pronto y que no hubiese complicaciones. Las personas que rezaron no conocían a ninguno de los enfermos, y sólo se les facilitó su nombre de pila. Los resultados se midieron en función del número de complicaciones médicas que surgieron en cada uno de los casos. Sólo la mitad de los enfermos tuvieron complicaciones post-quirúrgicas, pero significativamente el mayor de los porcentaje (59%) se dio entre los pacientes por los que se había rezado y que, además, sabían que se había rezado por ellos. Con este estudio se explicaría el por qué de ese resul-

tado. Era un resultado esperable porque estos pacientes no participaban activamente en ningún tipo de actividad espiritual.

Una vez examinadas las escalas que existen con respecto al mundo de las necesidades espirituales, se comprueba que estos instrumentos de medida dirigen sus preguntas hacia los modos de afrontamiento que hay frente a una enfermedad como por ejemplo el cáncer. Aunque algunos de ellos, como el inventario de creencias SBI-15R de Holland, la entrevista en profundidad (SPIRIT) con preguntas guiadas que utiliza Maugans, o incluso la escala multidimensional de Fetzer, reconocen no ser específicos del cáncer, han sido elaboradas sin tener en cuenta vivencias espirituales propias de cada persona.

Sin embargo, a pesar del conflicto entre lo espiritual y lo científico, es decir, entre lo verificable y lo intuíble, estos estudios han reconocido que sí podemos utilizar indicadores para cuantificar las necesidades espirituales. Acerca de estos planteamientos metodológicos, tanto McCullough, Koenig y Larson (2000) insisten en la importancia de realizar mayores estudios que utilicen un tipo de metodología cualitativa.

En Enfermería como disciplina profesional, las descripciones de fenómenos son precursores de la generación de teorías. En este sentido los diagnósticos de enfermería constituyen un marco útil para la investigación porque definen y describen las situaciones de salud que identifican y cuidan las enfermeras en la práctica. La taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), define el diagnóstico de enfermería como un juicio acerca de la respuesta del individuo, familia, comunidad o problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. Esto significa que el diagnóstico de enfermería no es una observación sino una interpretación, análisis y juicio de una serie de observaciones.

Por esta razón aquí se persigue, de acuerdo a la definición de espiritualidad que utiliza la doctora Watson, una dimensión que reúna actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de lo estrictamente numérico, para acercarnos a la vida emocional del paciente, y para ello nos posicionamos en un contexto abierto y festivo, cerca de un escenario donde afloren vivencias espirituales. Watson plantea la atención del plano espiritual del paciente a través del autoconocimiento, la autocuración y la autoasistencia.

Visto que un creciente cuerpo de literatura científica apoya la idea de que la espiritualidad debe integrarse con la medicina convencional, porque las necesidades espirituales son inherentes al ser humano, y durante la historia de la humanidad el hombre ha buscado llenar con la religión el vacío espiritual que siente, lo mínimo que se puede hacer es explorar y entender las creencias de la persona para aconsejarla con una aplicación que les reporte algún beneficio.

En la actualidad, no es raro que no se sepa muy bien cómo describir y tratar la dimensión espiritual, y por eso uno de los grandes desafíos es integrar espiritualidad y cuidado espiritual en la práctica de la enfermería. En los hospitales, de manera fácil se reduce el cuidado a una dimensión religiosa, encontrando dificultad para las personas que no se confiesan creyentes.

Las principales necesidades espirituales encontradas en la literatura consultada tienen mucho que ver con la autoestima (juicio que una persona hace de sí misma):

- Necesidad de ser reconocido como persona: ser llamado por su nombre, ser atendido en sus angustias y sus dudas, ser mirado con estima y sin condiciones y ser tenido en cuenta en la toma de decisiones.
- Necesidad de releer su vida y dotarla de continuidad: la enfermedad supone una ruptura biográfica, y puede ser tranquilizador recordar momentos alegres, cosas positivas realizadas, así como tener metas y proyectos de futuro.
- Necesidad de reconciliarse: Es importante detectar los sentimientos de culpa si los hay, la sensación de haber echo daño a alguien o de tener conflictos con personas importantes de su vida.
- Necesidad de una relación de amor: La enfermedad lleva acompañada un sentimiento de soledad, y la persona tiene la necesidad de amar y de sentirse amado por sus amigos y familia.
- Necesidad de encontrar sentido a su existencia, de esperanza y no de ilusiones falsas: En el sentido de expectativas, de deseos o de creencias para que le ocurra algo bueno.
- Necesidad de proyectar su vida y ser trascendente: en el sentido religioso (trascendencia vertical), o como legado al resto de la humanidad (trascenden-

- cia horizontal). Graf Durkheim distingue cuatro lugares privilegiados de apertura a lo trascendente: la naturaleza, el arte, el encuentro y el culto religioso.
- Necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosas: expresar su fe por medio de la oración, los ritos y las celebraciones propias de su religión como por ejemplo las peregrinaciones y romerías locales.

Se puede evidenciar que los diagnósticos de enfermería son ideas creadas por enfermeras para describir o explicar observaciones clínicas, cuentan con bases teóricas precisas, así como conocimiento y habilidad por parte del profesional. Y en lo relacionado con el diagnóstico de enfermería “Riesgo de Sufrimiento Espiritual”, la revisión sistemática menciona a la espiritualidad como un aspecto importante a considerar en el plan de cuidados del paciente. Un ejemplo de ello son los estudios que evalúan la capacidad de afrontamiento del paciente apoyándose en prácticas espirituales tras un evento altamente estresante como el diagnóstico de un proceso oncológico (Vrban, 2007).

Por otro lado, según Bourdieu, en su análisis sobre el campo religioso, explica que toda festividad laico-religiosa no hay que considerarla como simple instrumento de manipulación simbólica o de manifestación de poder simbólico, y es preciso añadir otros parámetros, como los orígenes de los grupos que participan, su composición social, así como los roles que desempeñan los participantes en la fiesta (Augé 1982) para llegar a su análisis final.

Como señala Bourdieu (1971): «Dentro de una misma formación social, la oposición entre la religión y la magia, entre lo sagrado y lo profano, entre la manipulación legítima y la manipulación profana de lo sagrado, disimula la oposición entre las diferencias en competencia religiosa, ligadas a la estructura de la distribución del capital cultural» .

Las creencias mágicas surgen en situaciones a las cuales se enfrenta la persona que no se pueden controlar a través del esfuerzo personal, físico y mental; por lo tanto para controlar tales situaciones adversas e impredecibles y que no dependen del esfuerzo individual, el individuo recurre a la magia, la cual se basa en la creencia en fuerzas sobrenaturales e impersonales que causan todo aquello que se relaciona con la vida personal y que es incomprensible a la persona (Malinowski, 1974).

La utilización de la magia puede tener dos finalidades: la productiva, que se refiere a generar el resultado esperado a través de llevar, por ejemplo, un amuleto a un examen, y la protectora, que consiste en protegerse de ciertos peligros, como sería el caso de ponerle a los recién nacidos una cinta roja para protegerlos del mal ojo (Gmelsh & Felson, 1980).

El motivo de realizar este estudio no es religioso sino profesional, surge del deseo de comprender el porqué de que la espiritualidad parezca ayudar a tanta gente. Y este mismo objetivo lo comparte este estudio con todos los autores descritos pero con la particularidad que aquí se han intentado completar aquellos aspectos que faltan del orden emotivo. Es decir, intentar averiguar y conocer las vivencias de aquellas personas que en un contexto no sanitario expresan sus creencias espirituales y a la vez ello les produce unos determinados efectos físicos. Para recopilar la información se elaboró una guía de entrevista que incluía datos como la historia personal relacionada con su participación en estas actividades, descripción de su vida espiritual, percepción que tiene de la romería en la que participa y sentimientos que experimenta en relación con su salud tras su práctica.

Los estilos de afrontamiento se refieren a las formas o influencias culturales, y reflejan la opinión y evaluación de la persona sobre sí misma, así como su visión del mundo. Ayudan en la interpretación de los eventos y experiencias que ocurren, y guían las expectativas frente al futuro (Tomaka & Blascovich, 1994). En el pasado tenemos dos catástrofes multitudinarias de las que se han realizado estudios (el 11-S en Nueva York y el 11-M en Madrid), cuyos resultados sugieren que rezar predice la reacción de rumiación y libera la ansiedad de las personas implicadas (Campos, 2005). Los rituales son conductas repetitivas que se desarrollan en un marco espacial y temporal determinado con un claro sentido simbólico de comunicación con un Poder Superior que otorga apoyo "instrumental" (refuerza la autoeficacia), emocional (da consuelo afectivo) y cognitivo (ayuda a dar sentido a los hechos). En estos estudios la metodología ha sido de acuerdo a instrumentos de tipo cuestionarios, entrevistas y registros como inventarios de creencias.

Aquí, sin embargo, se intenta obtener datos acerca de las creencias espirituales del paciente no quedándose en preguntar cuál es su afiliación religiosa y obteniendo información acerca del concepto que tenga de Dios o de un ser supe-

rior, sino dando un paso más para llegar a la "vivencia". El deseo era conocer sus fuentes de esperanzas y sus fortalezas, el significado de las prácticas religiosas y rituales, y la relación que la persona percibe entre las experiencias espirituales y su estado de salud. Los resultados documentados son la evidencia de que la afiliación religiosa no es suficiente para cuantificar el efecto de la espiritualidad, y por ello es necesario categorizarla e interpretarla cuidadosamente de alguna manera.

Por todo lo dicho, existe evidencia de que el estrés disminuye la percepción de control del individuo sobre los sucesos de la vida, incrementando la tendencia a buscar explicaciones prácticas de naturaleza religiosa. Además estos estudios muestran que a mayor incertidumbre de la situación mayor posibilidad de utilizar pensamiento mágico para reducir el estrés (Malinowski, 1974; Keinan, 1994). Esto hace que el mundo del individuo tenga más significado, sea más predecible y controlable.

Pero en este trabajo, el estudio de la fiesta en relación con la salud, persigue revisar los problemas espirituales como categoría que agrupa las enfermedades relacionadas con el alma. Porque el alma está afectada por procesos como son el odio, el rencor, la ambición, los celos, que realmente son una actividad de liberación y de descarga emocional para el paciente desde el momento en que los expresa. Y de ese modo al utilizar la propuesta teórica de Watson, los elementos de la estructura son la enfermera humana, la persona sana o enferma, y el medioambiente unidos por el ejercicio del cuidado basado en la emoción.

Por ejemplo, llama la atención que los entrevistados deduzcan los nervios sobre todo por expresiones corporales: "Si yo veo que mi marido viene con los ojos caídos, viene caminando lento con dificultad, su mirada es muy triste, como que algo trae". Los entrevistados utilizan el término de nervios para referirse a un problema de tipo corporal asociado con un estado de malestar emocional, es decir, por un lado, le asignan a la enfermedad un componente fisiológico en relación sobre todo con el sistema nervioso, y por el otro lado, le atribuyen características asociadas con los sentimientos y las emociones, es por ello que utilizan nombres como "nervios alterados", "mal de los nervios", "nervios fuera", "problemas de los nervios", entre otros.

Si queremos conseguir la completa atención holística del paciente creo que

son necesarios estos tres imperativos actuales para cuidar a la persona en todos sus aspectos: 1) una asistencia de calidad, 2) una asistencia sanitaria humanizada y 3) una formación relacionada con las vivencias que tienen las personas en momentos específicos de sus vidas, momentos espirituales que nos aporten información. Entrar en esta dimensión de la persona es pasar por una puerta secreta e íntima a un mundo inabarcable e imprevisible donde ésta elabora su modelo de comportamiento, asume la responsabilidad de sus decisiones y descubre el significado último de las cosas. Por lo tanto necesitamos entrar en ese espacio sagrado con todos los respetos del mundo. Los profesionales del mundo sanitario, están formados muy bien técnicamente y están capacitados para atender lo material pero quizá no tanto para atender lo inmaterial que también es parte de esa unidad tetra-dimensional que es el ser humano.

Las conclusiones de esta Tesis se estructuran en dos grandes bloques dentro de este capítulo: (a) por un lado se señalan aquellos puntos significativos de lo que podemos considerar los fundamentos de esta investigación (conclusiones generales); (b) por otro lado, se enumeran lo que se considera principales aportaciones de ésta como consecuencia del análisis del trabajo (conclusiones específicas).

En cuanto a las primeras, las implicaciones de la espiritualidad en la salud vienen siendo científicamente avaladas y documentadas en centenares de artículos académicos, demostrando su relación con varios aspectos de la salud física y mental. Pero también son varios los motivos por los que la espiritualidad, vivida de manera no religiosa es útil en la salud, y el aspecto clave que se encuentra en que se ha reconocido que la oración o la meditación generan un estado de paz interna que ayuda a la recuperación. El tener pensamientos positivos es terapéutico siempre, como también lo es el que la persona tenga la creencia de poder salir de la situación negativa en la que se encuentra. Aunque por un lado es cierto que para muchos de los que viven situaciones de cronicidad y muerte, donde la incertidumbre impera, tener la confianza en un Ser superior, o en la fuerza de una relación con ellos mismos o con otros, apoya su recuperación, también ocurre que hay personas que sin considerarse creyentes, utilizan otros recursos espirituales efectivos.

Las características que definen a algunos pacientes que niegan ser creyentes son: cólera manifiesta contra la divinidad o dudas acerca del significado del sufrimiento que se está experimentando. El sujeto puede hacer chistes macabros,

considerar su enfermedad como un castigo, tener pesadillas, llorar, actuar de modo hostil o apático, echarse la culpa o negar toda responsabilidad en el problema, así como expresar cólera o resentimiento contra figuras religiosas abandonando la participación en prácticas religiosas.

En cambio, cuando ocurre todo lo contrario, cuando la dimensión espiritual es atendida, acompañada, comprendida, despertada, orientada, apoyada y se ayuda a regenerar el sentido y la filosofía de la vida, éstas se ordenan, se jerarquizan los valores existenciales, se toma conciencia de la responsabilidad personal en la lucha contra la enfermedad, y el enfermo no se rinde, aparece la motivación generando desde dentro los recursos necesarios tanto internos como externos, ganas de vivir y expectativas de vida de manera insospechada. De esta manera hay documentadas asociaciones entre espiritualidad y salud para problemas de salud mental, de neoplasias, de dolencias cardiovasculares, incluso con un descenso de la mortalidad, y lo que todas ellas tienen en común es la puesta en práctica de conductas y capacidades personales espirituales positivas.

Y así el propósito de un estudio relacionado con el humor como medio para enfrentar el estrés y su relación con la salud física sería muy positivo. Comprender y explicar qué es lo que distingue a los individuos que afrontan eficazmente las adversidades, que consiguen una adaptación adecuada a una situación negativa de vida, y que sin saberlo, inconscientemente influyen en su salud física debido a la forma de tomarse las cosas. Los antecedentes que de este tema aparecen en la literatura son esperanzadores y reflejan que las personas que más utilizaban el humor presentaban menos síntomas de enfermedad física (D'Anello, 2006). De tal manera que este estudio aporta algo novedoso, en cuanto a que los síntomas de carácter psicósomático (ej. dolor de cuello, dolor de columna, jaquecas, mareos, dolores musculares) son los más sensibles a ser afectados por el uso del humor en situaciones de estrés. Casualmente son los mismos síntomas que las personas que acudieron a ver a la Dama de Elche manifestaron tener antes de entrar a verla y al salir desaparecer éstos.

Sobre las aportaciones específicas, es necesario admitir que un profesional que cuida y valora a una persona se debe partir de que él mismo sea formado y valorado como persona y esté en la capacidad de asumir el reto de la totalidad.

La espiritualidad de las personas de esta muestra ha sido alta y los resultados son consistentes con los informes de la literatura. De acuerdo con los autores que han tratado este tema: la espiritualidad se considera importante cuando se trata de ofrecer el cuidado holístico a la mujer en situación de violencia de pareja (Sánchez, 2004), la espiritualidad se convierte en la principal fuente para aliviar el sufrimiento y el dolor en pacientes oncológicos (Vrban, 2007; Gallegos, 2008) porque da fortaleza, energía, valor, disminuye los sentimientos de culpa, da sentido y orientación a la vida y ayuda a recuperar la autoestima, y así se ha puesto de manifiesto entre las personas que han sido entrevistadas. Tiene la oración, el inefable don de darnos fuerzas para soportar las luchas y problemas, internos y externos, y la de colocarnos en posición de vencer obstáculos que, antes, parecían intransponibles. Por lo cual todo ello indica que la espiritualidad se convierte en un recurso importante para las personas que viven situaciones de conflicto interior y además les ayuda a iniciar y mantener un proceso de cambio que puede conducir a resolver el conflicto, de allí la importancia de tener en cuenta este aspecto en la valoración y el cuidado que se brinda a las personas en los programas de salud, pero además cabe preguntarse por la auto-percepción de la persona de sí misma.



Fiesta DOMUND
Autor: MONFERVAL
Julián Fernández Parreño.

BIBLIOGRAFÍA

“Tú importas por ser tú; importas hasta el último momento y haremos todo lo posible no sólo por ayudarte a morir, sino a vivir hasta el final”

C. Saunders.

- Achterberg J, Simonton OC, Matthews S. Psychology of the exceptional cancer patient. A description of patients who outlive predicted life expectancies. *Psychotherapy Theory, Research and Practice* 1977;14 (4):416-422.
- Acklin MW, Brown EC, Mauger PA. The role of religious values in coping with cancer. *J Religion Health* 1983; 22 (4): 322-333.
- Agudo J. Santuarios, imágenes sagradas y territorialidad: simbolización de la apropiación del espacio en Andalucía". En Demófilo. *Revista de Cultura Tradicional de Andalucía*, 1966; nº 17, pp.57-74.
- Almanza-Muñoz J, Holland JC. Espiritualidad y Detección de "Distress" en PsicoOncología. *Revista de Oncología Clínica* 1999; vol 4.
- Alonso M. *Vivir es un Asunto Urgente*, 2008. Editorial Aguilar.
- Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. San Francisco Jossey-Bass Publishers 1987.
- Aranaz JM. ¿La opinión y/o satisfacción del profesional tiene algo que ver con la calidad asistencial?, 1988. En Aranaz J. y García F. op.cit.
- Arredondo CP, Siles J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm [online]* 2009; vol.18, n.1, pp. 32- 36.
- Arroyo M. Calidad y Humanización de los Cuidados. *Metas de Enfermería*, 2002; 39:26-31.
- Baile A. La fiesta de Elche: un marco simbólico-identitario. *Gazeta de Antropología* 2000. Nº 16: 16-13.
- Balaguer E, Ballester R, Bernabeu J, Nolasco A, Perdiguero E. Fenómenos Biológicos y Fenómenos Culturales. *Monografías Sanitarias "Salud para todos"*. Serie D, 1991; nº 10. Valencia. Consellería de Sanitat y Consum.
- Balboni TA, Vanderwerker L, Bloque SD. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25:555-560.
- Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15 (7), 885-896.
- Balboni TA, Vanderwerker L, Bloque SD. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25:555-560.

- Basabe N, Páez B. Procesos y efectos psico-sociales de los rituales políticos del 11-M. Revista Ansiedad y Estrés, en prensa.
- Batson CD, Schoenrade PA, and Ventis WL. Religion and the individual: a social-psychological perspective. Oxford 1993. Oxford University Press.
- Bayés R. ¿Debe implicarse el médico en las necesidades espirituales de sus pacientes? JANO. Medicina y Humanidades, 2005; 68, 843-844.
- Beeghley L, Bock W. Religious Change and alcohol use: an application of reference group and socialization theory. Sociological Forum 1990; Vol. 5, N°2.
- Benavent MA, et al. Fundamentos de Enfermería. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21; 2002.
- Bermejo JC. Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humanizada. Madrid, San Pablo, 2003.
- Bermejo JC. La relación de ayuda a la persona mayor. Sal Terrae, 2004. Santander.
- Bermejo JC. "El cristiano y la enfermedad", Barcelona, CPL, 1994 (3ª edición 2000) (Edición en catalán: "El cristià i la malatia", 1994).
- Bernet W. La importancia del humor en la psicoterapia con niños y adolescentes, 2004. En W. Fry y W.A. Salameh, El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Berry D. Methodological pitfalls in the study of religiosity and spirituality. Western Journal of Nursing Research, 2005; 27(5), 628-647.
- Briones R. Incidencia sociocultural de la religión entre los inmigrantes en Andalucía, Actas del IV Seminario sobre la Investigación de la Inmigración Extranjera en Andalucía. Córdoba, 2005. Sevilla, Dirección General de Políticas Migratorias de la Junta de Andalucía: 193-207
- Brisset DE. Un modelo de ficha para estudiar las fiestas. Gazeta de Antropología 1990; N° 7, 07-09.
- Brook RH, Willians KN. Quality of Health care for the disadvantaged. Journal of community health, 1975; 1, 132, 156.
- Bruce W. Spirituality in public service. International Journal of Organizational Theory and Behavior, 2000; 3; pp. 599-632.
- Brusco A. La humanización en el mundo de la salud. En: Redrado J, Gal J, Marchesi P. Humanización en salud. Bogotá - Selare; 2003. p. 93-119.
- Burkhardt MA, Nathaniel AK. Ethics & issues in contemporary nursing. New York: Delmar Publishers; 1998.
- Burkhardt MA. Becoming and connecting: elements of spirituality for women. Holist Nurs Pract 1994; 8:12-21.
- Burkhardt MA. Characteristics of spirituality in the lives of women in a rural appalachian community. Journal of Transcultural Nursing 1993; 4 (2). 12-18.
- Bueno G. El animal divino: Ensayo de una filosofía materialista de la religión. Ediciones Pentalfa, 1996. Oviedo.

- Burton LA. The spiritual dimension of palliative care. Seminario Onco Nursing, 1998; 14(2), 121-8.
- Campos M, Páez D, Fernández-Berrocal P, et al. Las actividades religiosas como formas de afrontamiento de hechos estresantes y traumáticos con referencia a las manifestaciones del 11-M. *Revista Ansiedad y Estrés* 2005; 10(2-3), 287-298.
- Carbelo B. El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud. Barcelona, 2005. Editorial Masson.
- Caro Baroja J. Dos romerías de la provincia de Huelva. En *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, XIII- 4, 1957; pp. 411-450. Madrid.
- Carreño J. Educación para la salud que brinda el personal de Enfermería y el apoyo psicosocial a la mujer con cáncer uterino atendidas en la consulta de oncología del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá 1996. Caracas.
- Chapman AJ, Foot HC. *Humor and laughter. Theory, research and applications*. London, 1996.
- Christian WA. De los santos a María: panorama de las devociones a santuarios españoles desde el principio de la Edad Media hasta nuestros días. En C. Lisón (ed.), *Temas de Antropología Española*. Madrid: Akal, pp.49-105.
- Cibanal L. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona: Doyma, D. L. 1991, p.163-166.
- Civeira JM. El Hecho religioso y la salud (II). *Revista Peralta* 2007. Escuelas Pías de Aragón; pp. 23-30.
- Correyero B. Propaganda turística y estatal en España a través de los sellos y billetes, en *Historia y Comunicación Social*, 2002; Vol.7 p. 31-41.
- Cotton SP, Sherman SN, Mrus JM; et al. Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*. 2006; 21: 5-13.
- Coulter A. Evidence based patient information. *BMJ* 1998, 317, 225-226.
- Coulter A. La elección del tratamiento apropiado: el paciente también decide. En: *Investigación de Resultados en Salud. II Reunión Internacional. De las VPM a la Investigación de resultados y la toma de decisiones compartidas. ISC_III*. Novartis Farmacéutica. 2004. 53 -76.
- Coruh B, Ayele H, et al. Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature, *Explore NY Elsevier* 2005; 1(3), 186-91.
- Cruces F. Notas sobre la problemática del concepto de ritual en el estudio de las sociedades contemporáneas. En S. Rodríguez (coord.), *Religión y Cultura*, 1999; Vol 1, Sevilla: Junta de Andalucía y Fundación Machado, pp. 513-528.
- Cuenca Cabeza M. La fiesta, realidad de ocio. Elementos de análisis y reflexión. *Letras de Deusto*, 1994; 24 (63), 169-193.
- Cuesta A, Moreno J, Gutiérrez R. La calidad de la asistencia hospitalaria. 1986. Ed. Doyma.
- Daaleman TP, Frey BB, Wallace D, Studenski SA. The spirituality index of well-being: development and testing of a new measure. *J Fam Pract*. 2002; 51:952.

- Damasio A. La sensación de lo que ocurre. Editorial Debate, 2001.
- Damasio A. En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos, Editorial Crítica, 2005.
- D'Anello S. El humor como medio para enfrentar el estrés y su relación con la salud física. Rev. de la Facultad Medicina. Universidad Los Andes. Mérida, Venezuela, 2006.
- Del Arco E, González C, Padilla C, & Timón MP. España: Fiesta y Rito. Fiestas de invierno. Madrid, 1994. Merino.
- Doswshen E, Hassink S. How can spirituality affect your family's health? 2001. Disponible: <http://www.kidshealth.org/parent/positive/family/spirituality.html>.
- Durkheim E. Las formas elementales de la vida religiosa. Alianza Editorial 2003. Madrid.
- Durkheim E. La división del trabajo social. Akal editores. (1982) [Original 1893]. Madrid.
- Durkheim G. Meditar, Por qué y Cómo: hacia la vía iniciática. Ediciones Mensajero (7ª Edición).
- Ekman P. The argument and evidence about universals in facial expressions of emotion. En H. Wagner y A. Manstead (Eds.) Handbook of psychophysiology: Emotion and social behavior; 1989, 143-164. Nueva York.
- Eliade M. Historia de las creencias y las ideas religiosas. 4 volúmenes. Ed. Paidós 1999; Barcelona.
- Ellison C. Religious Involvement, Stress and Mental Health: Finding from Detroit Area Study. University of Carolina Press, 2001.
- Espeland K. Achieving spiritual wellness: using reflective questions. Journal of Psychosocial Nursing, 1999; 37 (7), 36-40.
- Ferrero J, Rodríguez-Marín J, Toledo M, Barreto MP. Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer: un estudio de la aceptabilidad relativa de hipótesis causales opuestas. Revista de psicología de la salud 1996; 8(2), 3-26.
- Fernández M, Maldonado L, Rodríguez G, Salinas F. Manejo de las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Central de Maracay por parte de la enfermera. Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos 1999. San Juan de Los Morros, Estado Guarico.
- Fetzer SL. Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group Kalamazoo Fetzer Institute 1999.
- Fitzpatrick JA, et al. Conceptual models of nursing . Appleton Lang y USA 1996.
- Flores B. La festa de Gracia sóc jo i jo sóc la festa. La construcción psicocultural de la participación ciudadana en una fiesta popular. Atenea Digital 2004; n° 5, Barcelona.
- Forsyth AS. Humor and the psychotherapeutic process. British Journal of Nursing, 1993; 19, 957-961.

- Fitzpatrick JA, et al. *Conceptual models of nursing* . Appleton Lang y USA 1996.
- Fry WF. The biology of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 1994; 7, 111-126.
- Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The Broaden-and-Build Theory of positive emotions. *American Psychologist* 2001; 56, 218-226.
- Fredrickson BL. What good are positive emotions? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the united states on setember 11 th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003; vol. 84, 365-376.
- Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The Broaden-and-Build Theory of positive emotions. *American Psychologist* 2001; 56, 218-226.
- Fredrickson BL. What good are positive emotions? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the united states on setember 11 th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003; vol. 84, 365-376.
- Friedman HS. Nonverbal communication between patients and medical practitioners. *Journal of Social Issues* 1979; 35,82-99.
- Furnham A, Heaven P. *Personality and social behaviour*. UK: Oxford University Press 1999.
- Fuentes y Ponte, J. *Memoria histórico-descriptiva del Santuario de Nuestra Señora de la Asunción de Elche, Tip. Mariana, Lérida, 1887.*
- Furnham A. & Heaven P. *Personalty and social behaviour*. UK: Oxford University Press 1999.
- Gallegos, M. Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2008; 16(2): 99-104.
- García JL. *Rituales y proceso social. Estudio comparativo en cinco zonas españolas, 1991. Ministerio de Cultura, Madrid.*
- García E. *Emociones positivas. Pirámide, 2008.*
- García-Conde J. Humanización de la asistencia clínica oncológica. *Psicooncología. Vol. 2, Núm. 1, 2005, pp. 149-156*
- García-Conde J. Humanización en la asistencia clínica oncológica. *Revista Psicooncología* 2005. Vol. 2, Núm. 1, pp. 149-156. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.
- García J, Alarcos F. *Diez palabras clave en humanizar la salud. Navarra 2002: Verbo Divino.*
- Greenberg L, Paivio SC. *Trabajar con las emociones en psicoterapia, Editorial Paidós, 1996.*
- Gil MI. *Bioética: una propuesta de humanización y actitud frente a la vida. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2001. p. 3-9.*
- Gil E. La complicidad festiva: identidades grupales y cultos de fin de semana. *Revista de estudios de juventud; 1996, 37, 27-34.*

- Goleman D. *Inteligencia Emocional*, 1996. Barcelona: Kairós.
- Grafman J. Human Prefrontal Cortex: processing and representational perspectives, *Nature Reviews Neuroscience*, 2003; 4 (2), 139-147.
- Haidt J, Joseph C. "Intuitive Ethics: How Innately Prepared Intuitions Generate Culturally Variable Virtues". En: *Daedalus*, 2004; 133: 55-66.
- Hall DE. Religious attendance: more cost-effective than lipitor? *J Am Board Fam Med* 2006; 19:103-9.
- Heluy de Castro, Carolina et al. Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. *Index Enferm*, 2004. Granada, v. 13, n. 44-45.
- Helm HM, Hays JC, Flint EP, Koenig HG, Blazer DG. Does private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3,851 older adults. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences* 2000; 55(7):M400-M405.
- Henderson VA. An Overview of Nursing Research. *Nursing Research* October, 1996; p.10-16.
- Herzog AR, Franks MM, Markus HR, Holmberg D. Activities and Well-Being in Older Age: effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging* 1998; N° 132, 179-185.
- Hodge D. Spirituality Assessment: A review of mayor qualitative methods and a new framework for assessing spirituality. *Social Work*, 46; pp. 203-214.
- Holland JC, Kash KM, Passik MK, et al. A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-oncology* 1998; 7: 460-9.
- Holland JC, Almanza-Muñoz J. Espiritualidad y Detección del Distrés en Psico-oncología. *Oncología Clínica*, 1999; 4; 246-250.
- Hospital M, Guallart R. Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. *Index de Enfermería*, 2005; 46 (13):49-53.
- Huerta-Alvarado SG. Reflexión médico-antropológica, desde la perspectiva de Pierre Bourdieu para la atención del enfermo renal (ER). *Rev. Hosp. Gral Dr. M Gea González*. 2001; 4(4):127-129.
- Hurtado de Barrera J. *Metodología de la investigación holística*. Caracas 1998. Fundación Sypal.
- Jeffery HB, Dusek A, Sherwood JB, et all. Study of the Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomised trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *American Heart Journal*. April 2006. Vol. 151, Issue 4, Pages 934-942.
- Jiménez C. Más allá de Andalucía. Reproducción de devociones andaluzas en Madrid. *Fundación Blas Infante*, Sevilla 1997.
- Jiménez C. Rituales festivos religiosos: hacia una definición y caracterización de las romerías. *Universidad de Huelva. Fac. Humanidades. Área de Antropología Social*. Zainak, 2006; 28, 85-103.
- Jiménez RE, Vázquez J, Fariñas H. Construcción y validación de un índice de gravedad para pacientes hospitalizados en áreas clínicas. *Gaceta Sanitaria* 1997; 11:122-30.

- Jovell AJ. El paciente «impaciente» ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? *El Médico Interactivo, Rev. El Médico*, mayo 2003. Disponible en: [//www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com).
- Kaufman Y, Anaki D, Binns M, Freedman M. Rate of cognitive decline in Alzheimer's disease and spirituality/religiosity. Ninth Annual Meeting of the Israel Society for Biological Psychiatry, March 16, 2005.
- Keinan G. Effects of stress and tolerance of ambiguity on magical thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994; 67, 48-55.
- Keltner D, Haidt J. Social functions of emotions at multiple levels of analysis. *Cognition and Emotion*, 1999; 13 (5), 505-522.
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona, 1996: Masson.
- King MB, Dein S. The spiritual variable in psychiatric research. *Psychological Medicine* 1998; 28, 1259-1262.
- Kliever S, Saultz J. *Health care and spirituality*. United Kingdom 2006. Radcliffe.
- Koenig HG, Cohen HJ, George LK, Hays JC, Larson DB, Blazer DG. Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults. *Int J Psychiatry Med*. 1997; 27(3):233-250.
- Koenig HG, McCullough M, Larson D. *Handbook of religion and health*. Nueva York, NY: Oxford University Press 2000.
- Koenig HG. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs, *Med J Aust* 2002; 288: 487-493.
- Koenig HG. Religion, spirituality and health: an American physician's response. *Med J Aust* 2003 ; 178: 51-52.
- Koenig HG. Psychoneuroimmunology and the faith factor. *J Gend Specif Med* 2000; 3, 37-44.
- Koenig HG, George LK, Titus P, Meador KG. Religion, spirituality and health service use by older hospitalized patients. *Journal of Religion and Health* 2003; 42(4):301-314
- Koenig HG, George LK, Titus P, Meador KG. Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 554-562.
- Koenig HG. Religion and remission of depression in medical in patients with heart failure/pulmonary disease. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2007; 195: 389-395.
- Koenig HG. Religion and depression in older medical inpatients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2007;15 (4): 282-291
- Koenig HG. Religion, spirituality and medicine in Australia: Research and clinical practice. *Medical Journal of Australia* 2007; 186 (10):S45-S46.
- Kozier B, Erb G, & Blais K. *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice* 1995 (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- 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.

- Krucoff MW, Crater SW, Lee KL et al. From efficacy to safety concerns: A STEP forward or a step back for clinical research and intercessory prayer?: The Study of Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP). *American Heart Journal*. April 2006. Vol.151, Issue 4, pages 762-764.
- Kuiper NA. A good sense of humor doesn't always help: agency and communion as moderators of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, Volume 38, Issue 2, January 2005, Pages 365-377 .
- Landau MJ, et al. Deliver us from Evil: the effects of mortality salience and reminders of 9/11 on support for President GW. Bush. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1136-1150.
- Larson DB, Larson SS, Koenig HG. Mortality and religion/spirituality: a brief review of the research. *Ann Pharmacother* 2002; 36:1090-8.
- Lazar SW, Bush G, Gollub RL, Fricchione GL, Khalsa G, Benson H. Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport*. 2000; 11(7):1581-1585.
- Leininger M. Teoría de los cuidados culturales, 1994 en Ann Marriner-Tomey, Modelos y teorías de enfermería. Madrid, Mosby Doyma.
- Leslie S. Greenberg. Trabajar con las emociones, 1999. Paidós Ibérica Ediciones.
- Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica, 2008. Elsevier Masson (8ª ed.)
- Mackenzie ER, Rajagopal DE, Meibohm M, Lavizzo-Mourey R. Spiritual support and psychological well-being: older adults perceptions of the religion and health connection. *Altern Ther Health Med* 2000; 6, 37-45.
- McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a metaanalytic review. *Health Psicol*. 2000; 19(3):211-22.
- Malo González C. Religiosidad y fiestas populares, en *Arte y Cultura Popular*. Universidad del Azuay, CIDAP 1997.
- Mann JR, Larimore, WL. Impact of religious attendance on life expectancy. *J Am Board Fam Med*, July 1, 2006; 19(4):429-430.
- McSherry W. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 723-34.
- McSherry W, Cash K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*, 2004; 41(2), 151-161.
- Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías de Enfermería, 5ª ed. Mosby Madrid, 2003.
- Meneu R. Información para decidir. La perspectiva de los pacientes. En: *II Reunión Internacional de Investigación de Resultados en Salud*. Madrid, 2002.
- Meneu R. La perspectiva de los pacientes. *Gestión Clínica y Sanitaria*, Vol. 4. nº 1, 2002.
- Mendes IA. The re-humanization of the executive nurse's job: a focus on the spiritual dimension. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2002, vol.10, n.3 [cited 2010-05-26], pp. 401-407

- Miguel M. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. *Revista Soc Esp Enferm Nefrol* 2009; 12 (1):19/25.
- Miller W. Integrating Spirituality into treatment. Resources for practitioners. American Psychological Association, 2005. Washington.
- Mills Paul J. Spirituality, Religiousness, and Health: From Research to Clinical Practice. *Annals of Behavioral Medicine*, 2002; 24 (1): 1-2.
- Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc)* 2001; 116:104-110.
- Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Rev Psicol Salud* 1992; 4:89-116.
- Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 92- 97.
- Monroe MH, Bynum D, Susi B, Phifer N, Schultz L, Franco M, et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Arch Intern Med*. 2003; 163 (22):2751-2756.
- Moreno I. "Cofradías andaluzas y Fiestas, aspectos socioantropológicos. Fiesta, comunicación y significado". En Velasco, H: *Tiempo de fiesta. Ensayos antropológicos sobre las fiestas en España*, 1982; pp. 71-93. Madrid.
- Moscovici S. *El psicoanálisis su imagen y su público*. 1979. Buenos Aires.
- Mora M. *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Athenea Digital, 2002. N°2.
- Mytko JJ, Knight SJ. Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psychooncology* 1999; 8(5):439-450.
- Nightingale F. *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. London; 1859.
- Narayanasamy A. A review of spirituality as applied to nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 1999, 36(2), 117-125.
- Navas C, Villegas H, Hurtado R; et al. La conexión mente-cuerpo-espíritu y su efecto en la promoción de la salud en pacientes oncológicos. *Rev. Venez. oncol*, mar. 2006, vol.18, no.1, p.28-37. ISSN 0798-0582.
- Ocampo JM, Nhora MD. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores". Cali,2001. Colombia.
- Orihuela de la Cal J, Gómez Vital M, Fumero Naranjo M. Sexualidad en el anciano: un elemento importante en su calidad de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001, 17 (6):545-7.
- Orta MA, Vázquez G, Ponce J. Proceso de atención de enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. *Rev. Centro de Salud. Temas de Hoy*, octubre 2001.
- Ortega A. Humanización en atención urgente. ¿Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia?. *Rev. Emergencias* 2004; 16:12-16.

- Pardini DA, Plante TG, Sherman A, Stump JE. Religions faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. *Journal Subst Abuse Treat* 2000; 19, 347-354.
- Pargament & Brand. Religion and Coping. *Handbook of Religion and Mental Health* 1998; pp. 111-128.
- Pizzuto Gloria. Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. Facultad de Medicina. Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría, en el 1º Congreso Panamericano de Pnie (Montevideo 2008).
- Plan de humanización de la asistencia hospitalaria, INSALUD, 1984, p.19.
- Peplau H (1990). Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat.
- Peterson & Seligman MEP. Carácter Strengths and Virtues. A Handbook and Classification. *Am J Psychiatry* 2004; 162:820-821.
- Pieper J. Una teoría de la fiesta, trad. JJ. Gil Cremades, 1974. Madrid, Rialp.
- Pinedo, MT. Una Dama muy Especial: crónica de un evento cultural en Ilici, 2008. Colección "Temes D'Elx". Instituto Municipal de Cultura del Ayuntamiento de Elche. Editorial Segarra.
- Pollock, SE. Adaptation to Chronic Illness: a program of research for Testing Nursing Theory 1993. *Nursing Science Quarterly*, 6 (2), 86-92.
- Puente Ojea, G. Ateísmo y Religiosidad. Editorial S. XXI 1997.
- Punset E. El viaje a la felicidad. Las nuevas claves científicas. Barcelona 2005. Editorial Destino.
- Quero Rufián A. Formación, humanismo y humanización. *Metas de Enfermería*, 2004; 7 (3): 55-58.
- Reardon KK. La persuasión en la comunicación. Ediciones Paidós. Buenos Aires, 1981.
- Reich JW, Satura AJ, Hill J. Activity, Event Transaction and Quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 2(2), 116-124.
- Reyes-Ortíz CA, Ayele H, Mulligan T. Religious activity improves quality of life for ill elderly. *Clin Geriatr* 1996; 4, 102-106.
- Riba L, Buendía C, Fabrellas N. Trío de damas: Reflexión sobre la humanización de los cuidados. *Rev. ROL Enf* 2008; 31(1): 9-14.
- Ribes Leiva AJ. Las fiestas como expresión / simulacro de la comunidad: globalización y modernidad avanzada. *Revista andaluza de ciencias sociales* 2006; N° 6, pp 29-42.
- Richards PS, Bergin AE. *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity*. American Psychological Association 2000. Washington DC.
- Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de las personas. Interamericana-McGraw -Hill. 1993. Madrid.
- Rodríguez Becerra S, Vázquez JM. Exvotos en Andalucía: milagros y promesas en la religiosidad popular. Sevilla: ediciones andaluzas unidas, 1980.

- Rodríguez Becerra S, Vázquez JM. Religión y fiesta. Sevilla: Signatura ediciones, 2000.
- Rodríguez Becerra S. Las fiestas de Andalucía. Una aproximación desde la Antropología Cultural, 1985; Sevilla.
- Ross L. The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud.* 1995; 32(5):457-468.
- Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15 (7).
- Rockwell, E. Perspectiva de la investigación cualitativa sobre la práctica docente. *Didac*, 1988; 12, 22-25.
- Rueda, Marco Vinicio. La Fiesta Religiosa Campesina. Edit. Universidad Católica, Quito, 1982, pág. 32.
- Reed, PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing, 1992. *Research in Nursing and Health*, 15, 349-357.
- Ribes Leiva AJ. Las fiestas como expresión / simulacro de la comunidad: globalización y modernidad avanzada. *Revista andaluza de ciencias sociales* 2006; N° 6, pp 29-42.
- Richards PS, Bergin AE. *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity.* American Psychological Association 2000. Washington DC.
- Riffo S, Salazar A. Aplicación del proceso de enfermería según el modelo de Roy en pacientes con diabetes mellitas. *Rev.electrónica Enfermería Global* N°14; octubre 2008.
- Ross L. The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud.* 1995; 32(5):457-468.
- Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15 (7).
- Rueda MV. La Fiesta Religiosa Campesina. Edit. Universidad Católica, Quito, 1982, pág. 32.
- Salles V. Ideas para estudiar las fiestas religiosas: una experiencia en Xochimilco. *Revista Alteridades* 1995; 5(9), pp 25-40.
- Sánchez B. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Facultad Enfermería Universidad Nacional de Colombia. *Rev. Aquichén* Bogotá, 2004.
- Sánchez R. Los significados de la fiesta: el nacimiento de una cofradía de la Semana Santa. *Gaceta de Antropología* 2005; N° 21, pp 21-15. Universidad de Murcia.
- Sánchez Martos J. A favor del tiempo: como afrontar el paso de los años para gozar de una vida saludable. Colección "Vivir Mejor" 2004. ISBN: 978-84-8460-326-9 EAN: 978848460326.
- San Martín C. La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de La Frontera de Chile 2008; Año V, N° 8, 103-120.
- Santos S, López M, Varez S, Abril D. Aplicabilidad de modelos y teorías de Enfermería en la realidad asistencial: perspectiva profesional. Resultados primera fase. *Metas de Enfermería.* 2008; 11(6): 50-57.

- Santos S. Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma. *Enfermería Global*.2010.
- Sanz J. El factor humano en la relación clínica: el binomio razón-emoción. *Medicina Clínica* 2000; 114 (6): 222-226.
- Sapolsky RM. *Stress, the aging brain and the mechanisms of neuron death*. Cambridge MA 1992, MIT Press.
- Schuster MA, et al. A national survey of stress reactions alter the September, 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.
- Seligman ME. *Authentic Happiness*. Nueva York 2002; Free Press.
- Shawn M. *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding*.1998. Philadelphia.
- Sherman AC, Simonton S, Adams DC, Latif U, Plante TG, Burns SK, et al. Measuring religious faith in cancer patients: Reliability and construct validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith questionnaire. *Psychooncology*. 2001; 10(5):436-443.
- Snow DA, Oliver P. Social movements and collective behaviour: social psychological dimensions and considerations. En Cook K, Fine GA & House JS (Eds). *Sociological Perspectives on Social Psychology*. Boston 1995.
- Steingress G. El caos creativo: fiesta y música como objetos de deconstrucción y hermenéutica profunda. Una propuesta sociológica. *Revista andaluza de ciencias sociales*, 2006; N°6, Sevilla.
- Siles J. La historia basada en fuentes orales. *Arch Memoria* 2006; 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/3/a0600.php>.
- Siles, J. y García, E. (1995) Las características de los paradigmas científicos y su adecuación a la investigación en enfermería. *Enfermería Científica* 160/161: 10-15.
- Siles J, Solano C. El origen fenomenológico del cuidado, y la importancia del concepto de tiempo en la historia de enfermería. *Rev. Cultura de los Cuidados*. 1º Semestre 2007, Año XI, N°21.
- Siles J, Solano C, Cibanal L. Holismo e Investigación Cualitativa en el Marco de la Antropología de la complejidad. Una reflexión sobre la pertinencia metodológica en ciencias socio-sanitarias y Humanas. *Rev. De Enfermería y Humanidades*, 2º semestre 2005. Año IX- N°18. Universidad de Alicante.
- Simpson H. *Modelo de Peplau. Aplicación Práctica*. Barcelona 1992: Masson-Salvat Enfermería.
- Svebak S, Gotestam KG, Naper E. The significance of sense of humor, life regard, and stressors for bodily complaints among high school students. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2004; 17, 1-7.
- Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Fundamentals of nursing the art science or nursing*. 1993 (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Taylor EJ. Prayer's clinical issues and implications. *Focus on Spirituality in Nursing Interventions*. *Holistic Nursing Practice*, 2003; 17(4):179-88.
- Teixidó F. *Biología de las emociones*. Editores Calamonte, Badajoz 2003.

- Thoresen CE. Spirituality, health, and science: the coming revival? En: Roth-Roemer S, Robinson SE, Carmin C, editores. *The Emerging Role of Counseling Psychology in Health Care*. Nueva York: W.W. Norton. 1998.p.409-431.
- Treloar LL. Integration of spirituality into healthcare practice by nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* 2000;12 (7):280-284.
- Tongprateep T. The essential elements of spirituality among rural Thai elders. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(1): 197-203. Disponible en: <http://www.blackwell-sinergy.com>.
- Ullán AM. *Cuando los pacientes son niños: Humanización y calidad en la hospitalización pediátrica*, 2009. Madrid: Eneida.
- Ulich D. *El sentimiento. Introducción a la psicología de la emoción*. Barcelona: Editorial Herder 1985 p. 165 7. Octon K. Citado por Ochoa L. En: *Fundamentos de Pediatría, Atención Integral del Niño Hospitalizado*. 2ª edición Tomo I, Medellín: Corporación para investigaciones biológicas, 1999. p. 116.
- Urgesi C, Aglioti SM, Skrap M, Fabbro F. The spiritual brain: selective cortical lesions modulate human self-transcendence. *Rev. Neuron*. 2010 Feb 11; 65(3):309-19.
- VandeCreek L, Pargament K, Belavich T, Cowell B, Friedel L. The unique benefits of religious support during cardiac bypass surgery. *J Pastoral Care* 1999; 53, 19-29.
- Van Leeuwen R. *Towards nursing competences in spiritual care*. Thesis University of Groningen 2008. The Netherlands ISBN 9789077113653.
- Velasco HM. *Tiempo de fiesta. Ensayos antropológicos sobre las fiestas de España*. Madrid 1982. Editorial "Tres-Catorce Diecisiete".
- Watson J, Smith MC. Caring Science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37(5):452-461.
- Watson J. Ponencia del Primer Congreso Internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Univ. Chihuahua. [Internet]. 2007. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson.
- Whetsell y Frederickson. Niveles de bienestar espiritual y de fortalezas relacionadas con la salud en adultos mayores. *Revista Aquichan* 2005 4(1): 73-85.
- Wink P, Dillon M. Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychol Aging*. 2003;18(4):916-924.
- Wimpenny, P. The meaning of models of nursing to practising nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2002. Volume 40 Issue 3, Pages 346 - 354.
- Winterkorn L. Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals. *Rev Latinoam Enfermagem* 2008 março-abril; 16(2):212-7.
- Yoffe L. Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Rev. Psicobate* 7. Psicología, Cultura y Sociedad 2007. Universidad de Palermo.
- Yom YH, Yoo HS. Application of nursing diagnosis, interventions, and outcomes to patients under going abdominal surgery in Korea. *Int Terminol Classif* 2002; 13:77-87.
- Zavala, MR, Vazquez O, and V. Whetsell M. Spiritual well-being and anxiety in diabetic patients. *Aquichán*, Jan./Dec. 2006, vol.6, no.1, p.7-21. ISSN 1657-5997.

