

**Sara Moreno Sánchez      Patrick Vitale Dos Santos**

**CREENCIAS RELIGIOSAS *VERSUS* CUIDADOS ESPIRITUALES  
ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DE TRES PERSONAS QUE HAN  
PADECIDO UNA ENFERMEDAD GRAVE**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Dirigido por Dra. Sagrario Acebedo Urdiales**



**UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI**  
Departament d'Infermeria

**FACULTAD DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD ROVIRA Y VIRGILI**

**TARRAGONA 2018**



## ÍNDICE

1. AGRADECIMIENTOS.....	2
2. RESUMEN/ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	5
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	6
5. MARCO TEÓRICO.....	7
5.1. Creencias espirituales y cuidados de enfermería ¿De qué hablamos?.....	7
5.2. Génesis y desarrollo de los cuidados espirituales.....	8
5.3. Situación actual de los cuidados espirituales.....	9
5.4. Enfermería y cuidado espiritual.....	12
5.4.1. El cómo del cuidado espiritual.....	14
6. METODOLOGÍA.....	16
6.1. Tipo de estudio y método.....	16
6.2. Recogida de datos.....	17
6.3. Análisis de datos.....	18
6.4. Aspectos éticos.....	19
7. RESULTADOS.....	19
7.1. Creencias espirituales.....	19
7.1.1. La vivencia de los participantes.....	19
7.1.2. Percepción de la enfermedad y la muerte.....	24
7.2. Efectividad en el proceso de curación.....	24
7.2.1. Afrontamiento de la enfermedad.....	25
7.2.2. Recursos para afrontar la enfermedad.....	26
7.3. Soporte y atención recibida.....	26
7.3.1. Apoyo espiritual.....	27
7.3.2. Juicio de valores.....	28
8. DISCUSIÓN.....	28
8.1. Creencias espirituales.....	28
8.2. Relación con el proceso de curación.....	29
8.3. Soporte y atención recibida.....	30
9. CONCLUSIONES.....	31
10. BIBLIOGRAFÍA.....	32
11. ARTÍCULO.....	37
12. ANEXOS.....	64



## 1. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer la colaboración a los hermanos de la Iglesia Bíblica de Tarragona, por brindarnos su tiempo y amabilidad a la hora de contarnos sus vivencias y experiencias relacionadas con su paso por el hospital. También queremos dar gracias al pastor Ángel Martínez por sus directrices y al sacerdote Don Diego y a Encarna Pérez por su disposición y su desinteresada ayuda.

En segundo lugar, queremos dar las gracias a nuestros familiares y seres queridos (los que están y los que partieron) por el apoyo, la paciencia, el ánimo, la fuerza y el cariño con el que siempre han estado ahí para ayudarnos en este proyecto.

También queremos reconocer la labor que ha llevado a cabo nuestra tutora Dra. Sagrario Acebedo Urdiales en encaminarnos a lo largo de este trabajo mediante sus consejos, su amabilidad y su experiencia profesional.

Por último, queremos recalcar la gratitud que tenemos a nuestras creencias espirituales. Ellas nos han permitido fijar la mirada en las necesidades de las personas gravemente enfermas y el confort espiritual que se puede ofrecer desde el cuidado.

A todos, GRACIAS.

Patrick Vitale Dos Santos y Sara Moreno Sánchez

## 2. RESUMEN

**Introducción:** Las creencias religiosas o de índole espiritual, en nuestra sociedad, se enmarcan en el plano personal y suelen desarrollarse en comunidad. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas en España, el 69.3% de la población es católica y solo el 10,3% es totalmente atea, sin embargo no hemos encontrado datos sobre las necesidades y demandas de los pacientes. En nuestra experiencia en las prácticas clínicas hemos visto que es el cura quien pasa por las habitaciones ofreciendo su servicio y que ocasionalmente desde enfermería se ofrece su servicio en situaciones de mucho sufrimiento difíciles de gestionar. Teóricas de la enfermería incluyen las creencias y valores de la persona como una necesidad y un derecho universal de las personas. En este trabajo nos preguntamos ¿las personas que han padecido una enfermedad grave y con creencias religiosas perciben que les han confortado? y ¿han recibido soporte de enfermería a este nivel?

**Metodología:** Se ha llevado a cabo un estudio exploratorio fenomenológico interpretativo de las experiencias vividas por 3 miembros de la Iglesia Bíblica de Tarragona, a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad. En el análisis de los datos se ha tenido como referencia el método de Taylor y Bogdan y la hermenéutica de Gadamer. Tras el análisis de los datos se han identificado las siguientes categorías: creencias espirituales; relación con el proceso de curación y soporte y atención recibida. **Resultados:** Las creencias espirituales de los participantes ayudaron a su bienestar durante el proceso de la enfermedad. Para los tres participantes su fe les ayudó a curarse y a afrontar la situación. El recurso más utilizado fue la oración y el apoyo espiritual de otros miembros de la iglesia. Los participantes refieren no haber recibido soporte espiritual por parte de los profesionales de salud y uno de ellos dice haber sido juzgado por su creencia.

**Conclusiones:** La espiritualidad puede ayudar en el bienestar del paciente creyente durante su proceso de enfermedad. La fe religiosa puede ser percibida por los pacientes creyentes como un recurso para la curación. Incluir en la valoración enfermera las necesidades, creencias y valores de los pacientes puede contribuir a mejorar su bienestar y curación.

**Palabras clave:** creencias espirituales, espiritualidad, necesidad de creencias y valores, bienestar, apoyo espiritual, enfermería.

## ABSTRACT

**Introduction:** The religious beliefs or spiritual sort, in our society, is framed in the personal area and developed in the community. According to “Centro de Investigaciones Sociológicas en España” the 69.3% of the population are catholic and only 10.3% are totaly atheist, however, we have not found information about the needs and patients demands. With our experience in the clinical practices we have seen that the chaplain is the one who goes through the rooms giving his service and that very often, from nursing service, this service is given to difficult moments. Nursing theorists include the beliefs and values of the patient as a need and as a universal right. In this research we ask ourselves if the people who have suffered a serious disease, with their religious beliefs, noticed that it comforted them and if they have received support from nursing at this level. **Methods:** An exploratory phenomenological interpretative of the experiences lived by 3 participants from the community of Biblical Church in Tarragona was made through deep semi structural interviews. In the analysis of information picked up we used the Taylor and Bogdan methods and on the interpretation we used the Gadamer hermeneutic. After the analysis of the information it was identified the next categories: spiritual beliefs, the relation with the recovery process and the support and attention received. **Results:** The spiritual beliefs of the participants helped them on their wellbeing through their illness process. For the three participants their faith helped them to cope and face the situation. The resource most used was the pray and the support from the church members. The participants notice not receiving spiritual support from health professionals and one of them related to be judged about his beliefs. **Conclusion:** The spirituality can help on patient’s wellbeing through their illness process. The religious faith can be perceived for the participants as a resource to cope. Including the beliefs and values of patients into the nursing assessment can contribute to improve the wellbeing and the recovery.

**Key words:** spiritual beliefs, spirituality, beliefs and values necessity, wellbeing, spiritual support, nursing.

### 3. INTRODUCCIÓN

Las creencias religiosas o de índole espiritual, en nuestra sociedad, se enmarcan en el plano personal y/o se desarrollan en su comunidad. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas en España, el 69.3% de la población es católica, el 1.9% creyente de otra religión y solo el 10,3% es totalmente atea, sin embargo no hemos encontrado datos sobre las necesidades y demandas de los pacientes. Entre los creyentes, el 13.7% es practicante habitual. Cataluña<sup>2,3</sup> es la comunidad autónoma con más ateos en España (15.2%). Si nos centramos en las edades, el mayor número de ateos está situado entre 18 y 24 años, y en cuanto al número de religiosos practicantes se atribuye a los mayores de 65 años. A nivel mundial, la Agencia Servimedia declara que dos terceras partes de la población mundial (63%) se declaran creyentes. En nuestra experiencia en las prácticas clínicas hemos visto que es el cura quien pasa por las habitaciones ofreciendo su servicio y que ocasionalmente desde enfermería se ofrece su servicio en situaciones de mucho sufrimiento difíciles de gestionar.

Teóricas de la enfermería incluyen las creencias y valores de la persona como una necesidad y un derecho universal de las personas. Los cuidados según la teoría de Jean Watson<sup>4</sup>, debían “permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad” y debido a la deshumanización y las nuevas tecnologías no se está llevando a cabo<sup>5,6,29</sup>. Se estima que es fundamental rescatar el aspecto humano y espiritual en la práctica clínica por parte de los profesionales de enfermería. Watson, además insiste en la importancia de “reconocer la influencia de los entornos internos... que incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo”<sup>5, 29</sup>.

Virginia Henderson<sup>7</sup>, en su descripción de las necesidades humanas, nombra la “necesidad de vivir con los propios valores y creencias”. Esta descripción nos lleva a asumir lo importante que puede ser para un paciente el hecho de que su enfermera conozca sus hábitos en cuanto a creencias, valores y cultura por las repercusiones que puede tener para su bienestar, salud y recuperación. No hay que olvidar que las personas piensan, actúan y toman decisiones en función de sus pensamientos, valores y creencias<sup>7</sup>.

La elección de este tema para llevar a cabo el Trabajo de fin de grado, surge por varios motivos. El primero, es la posibilidad de que la fe influye al proceso enfermedad y/o curación de las personas creyentes. Otro motivo que lleva a plantear este tema ha



sido comprobar, a través de experiencias en las prácticas y vivencias personales, que los profesionales sanitarios no tienen integrada en su atención las creencias y valores de las personas en su cuidado lo que se puede estar ignorando los cuidados holísticos.

Somos conscientes que las propias creencias y valores de los profesionales pueden estar influyendo en asumir o no este cuidado<sup>9,10</sup> y que los profesionales pueden necesitar estar alerta frente a creencias y valores de los pacientes que en un determinado momento pueden suponer un riesgo para afrontar de forma activa su recuperación. Estos aspectos en este trabajo solo se estudiarán desde el punto de vista del paciente, dejando para posteriores estudios la visión enfermera. Teniendo en cuenta que los cuidados holísticos son importantes para el bienestar y salud de los pacientes y a partir de las ideas anteriores, nos preguntamos si ¿las personas con creencias religiosas perciben que sus creencias influyen en su proceso de curación? y ¿las enfermeras lo tienen en cuenta a la hora de valorar las necesidades de los pacientes?

## **4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

### **HIPÓTESIS**

- En los pacientes con creencias religiosas y/o espirituales su práctica contribuye al bienestar y salud.

### **OBJETIVOS GENERALES**

- Fundamentar la relación creencias espirituales y cuidados de enfermería.
- Identificar el papel que juegan las creencias espirituales de los pacientes en el proceso de enfermedad grave, concretamente en tres personas pertenecientes a la Iglesia Bíblica de Tarragona.
- Indagar si los pacientes, durante la hospitalización, percibieron que sus creencias y demandas espirituales fueron respetadas y/o utilizadas como un recurso en su cuidado.



## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1. Creencias espirituales y cuidados de enfermería. ¿De qué hablamos?

#### Espiritualidad

La revisión bibliográfica realizada por Galvis y Pérez<sup>10</sup> recoge cómo diferentes autores definen la espiritualidad. Una de ellas es Florence Nightingale<sup>34</sup>, que la explica como intrínseca a la naturaleza humana y que es el recurso más profundo y potente de sanación del que dispone una persona. Los autores también recogen la definición de espiritualidad por parte de Stoll<sup>35</sup>, que la describe *“como la relación de valores y comunicación en diferentes dimensiones como la vertical: con Dios o un ser superior y la horizontal: con los demás.”* Además, incluyen otro autor; O'Neill<sup>36</sup> que plantea que el espíritu es lo que anima o da vida a una persona. Añaden también a Espeland<sup>37</sup>, que se refiere a la espiritualidad como *“la dimensión de una persona que comprende su relación con él mismo, con otros, con un orden natural y con un ser o fuerza superior que se manifiesta a través de expresiones creativas y recoge prácticas religiosas.”*

Galvis y Pérez, tienen en cuenta también otras dos definiciones de espiritualidad por parte de Goddard<sup>38</sup> y Minner<sup>39</sup>. Goddard de manera filosófica la define como *“una energía integradora que es capaz de producir armonía interna y holística, que combina cuerpo, mente y espíritu”*. Algunos atributos de la espiritualidad que Goddard identifica son la corporeidad, la vitalidad y fortaleza. Por otro lado, Minner se refiere a la espiritualidad como una capacidad interna, propia de cada persona y refiere que no puede ser definida o aprobada por métodos científicos.

Watson, según el estudio de Veloza y Pérez<sup>40</sup>, como parte de la dimensión espiritual, define el concepto de alma como al espíritu, al interior o a la esencia de la persona la cual se une a un sentido de autoconocimiento, a un alto grado de conciencia, de fortaleza y de poder que puede tener la capacidad de expandir y permitir a la persona la trascendencia.

#### Sufrimiento Espiritual

El sufrimiento es una construcción multidimensional y biopsicosocial que incluye físico, lo emocional y el sufrimiento espiritual. El término de sufrimiento espiritual es definido por Muñoz et. al.<sup>8</sup> como un dolor profundo en el alma que no es físico. Los pacientes con sufrimiento espiritual expresan un nivel más bajo de espiritualidad y religiosidad que aquellos que no lo tienen, de manera que es probable que sus



síntomas físicos y emocionales sean peores, con mayores niveles de anorexia, somnolencia, depresión y ansiedad<sup>24</sup>.

La taxonomía NANDA<sup>29</sup> se encuentra el sufrimiento espiritual, que es el deterioro de la capacidad para 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<sup>8</sup>. No hay que confundir el sufrimiento con el dolor, pues éste último es físico.

Casell<sup>8</sup> lo define como el estado de malestar inducido por una amenaza o la pérdida de integridad o desintegración de la persona, con independencia de su causa. Este sufrimiento puede ser manifestado mediante la ira, la expresión de alienación, falta de interés por la naturaleza o expresión de desesperanza.

### **Religión**

La religión según Miller and Thoresen<sup>11</sup> es una estructura social y cultural que pretende explicar de dónde viene la humanidad, cuál es el propósito de la vida, los deberes morales que hay que tener y cuál es el destino de las personas. Todo esto se realiza a través de prácticas y rituales simbólicos que alimentan el espíritu y guían los caminos de aquellos que pertenecen a una religión<sup>26</sup>.

El autor Speck<sup>12</sup> hace énfasis en que una creencia espiritual puede o no ser religiosa, pero la mayoría de personas religiosas son espirituales<sup>26</sup>. Una religión, como ente social y cultural, proporciona a los participantes un sentido de pertenencia a una comunidad<sup>26</sup>.

### **Fe**

La fe según el diccionario de la RAE deriva del término latín *fides* y hace referencia a un conjunto de creencias de una religión, de alguien, de un grupo o de una multitud. También significa confianza, buen concepto que se tiene de alguien o algo, y aseveración de que algo es cierto, entre otras<sup>32</sup>.

La fe asociada a la religión cristiana, según Pablo<sup>12</sup>, es la certeza de lo que se espera y la convicción de lo que no se ve.

## **5.2. Génesis y desarrollo de los cuidados espirituales**

Florence Nightingale, considerada como la teórica enfermera contemporánea, hace referencia a las creencias espirituales cuando ella misma decide seguir "el llamado de Dios" para proporcionar cuidados a los enfermos<sup>14</sup>. Nightingale hace hincapié en que

la enfermera debe mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente para así favorecer su recuperación. La teórica, tiene la convicción de que se necesitaban enfermeras que respeten a las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por la falta de ellas.

Por otro lado, Virginia Henderson en su teoría sobre las 14 necesidades del ser humano, menciona la necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias<sup>15</sup> que guían las decisiones y opciones vitales. Manifiesta que dicha necesidad posee una importante relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo, pues aunque no está considerada de primer orden, ayuda a que la persona mantenga una interrelación con su entorno, un equilibrio y un estado óptimo de salud.

Watson<sup>16</sup> en su teoría insiste en la relevancia del propio desarrollo moral a la hora de cuidar ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos, debiendo ser la introspección una práctica diaria en enfermería. La enfermera realza la importancia de la fe y la esperanza en el cuidado y la sanación, haciendo referencia a las influencias mágicas, las oraciones y los encantos utilizados años atrás. Considera también que el hecho de permitir a las personas que cultiven sus creencias y realicen rituales, les permitirá mantener la fe en ellos mismos y contribuir así a su sanación o mantenimiento de la salud. Entendemos en esta idea que el paciente no siempre se podrá curar pero la fe que puede ser un elemento de fuerza y salud asociado al cuidado.

Marjory Gordon<sup>15</sup> en su valoración sobre los patrones funcionales describe áreas relativas en salud, refleja el patrón de valores y creencias. En este patrón ella señala que las creencias espirituales i/o religiosas influyen o guían las decisiones y opciones vitales del individuo y en la adopción de decisiones.

Boykin y Schoenhofer<sup>33</sup> señalan los cuidados espirituales a la hora de valorar holísticamente a la persona, ya toda persona es un ser de cuidado en virtud de su propia humanidad, que vive y crece en el cuidado y se fortalece en su relación con otros. El cuidado engloba los aspectos científicos, humanistas, instrumentales y expresivos, como un conjunto de elementos, todos inseparables unos de otros en el acto de cuidar.

### **5.3. Situación actual de los cuidados espirituales**

El ser humano<sup>11,20</sup> es un *todo* y no puede ser dividido en las diferentes esferas que lo componen (física, emocional-psicológica, social y espiritual), por lo que debe ser



tratado holísticamente<sup>27</sup>. En las personas con una enfermedad somática suele ser muy evidente el trastorno físico, pero los aspectos como el impacto emocional, interpersonal y espiritual que dicha enfermedad puede conllevar, son más difíciles de observar. Esos puntos clave, pueden desestabilizar a la persona anímicamente y hacer cambiar el rumbo del proceso de curación. En este amplio ámbito, el psico-socio-espiritual, es dónde la persona se enfrenta a sus propias emociones, estrés y relaciones interpersonales que pueden ser difíciles de gestionar.

De igual manera, la inquietud o cierta desestabilización también puede estar presente en la relación de sus creencias espirituales con el proceso de enfermedad en las personas en cuanto a su relación con Dios o su espiritualidad en un proceso de enfermedad. Tal como señala Sinclair<sup>20</sup>, *el cuerpo, físicamente hablando, puede ser manipulado para su mejoría mediante técnicas, intervenciones, tratamientos farmacológicos, etc, pero de poco sirve utilizar todos esos recursos si no se cuida del sufrimiento espiritual sabiendo que van directamente relacionados*<sup>11,20</sup>.

También Bekelman et.al.<sup>23</sup> plantean que para una sanación completa, no es suficiente tener el aspecto físico en óptimas condiciones sino que también lo tiene que estar el emocional-espiritual. La idea de que mente y espíritu se han de tratar de manera conjunta porque ambos interactúan, es puesta manifiesta también por el autor.

Levin<sup>23</sup>, describe algunos caminos como el de pertenecer a un grupo religioso o una comunidad y la forma en la que éstos pueden incidir en la salud, relacionándolos directamente con la espiritualidad. Dichos caminos, incluyen la asociación del compromiso religioso con la salud (evitar el fumar y la consumición de drogas), la herencia cultural familiar, soporte social (posibilitando la disminución del estrés y la adaptación), rituales (oración o meditación que generan emociones positivas), creencia (asociación entre la visión del mundo espiritual, creencias sobre la salud y comportamientos), fe (optimismo y expectativa positiva dirigidas a los efectos placebo), lo superempírico (fuerza o energía en la que creen por la fe pero no aceptada por la ciencia biomédica y lo supernatural).

Hoy diferentes autores señala que hay una evidencia científica<sup>11,17,20,21,23,25,28</sup> de que la religión y la espiritualidad pueden tener efectos beneficiosos para la salud. También epidemiólogos como Levin describen la relación positiva entre la religión y una buena salud (75-90%, Levin et. al 2005) en estudios literarios que reclaman que se muestren los efectos generales de la espiritualidad y la religión en un amplio rango de resultados en la salud.



Benor<sup>17</sup>, define las principales técnicas de curación que se emplean en el Reino Unido, y entre ellas, la curación por fe y la curación espiritual y señala resultados positivos de curaciones con dichas técnicas.

Ellington et al.<sup>21</sup> asocia la espiritualidad al bienestar, una mejor calidad de vida, una menor depresión y una disminución de la ansiedad en pacientes con un cáncer avanzado. El autor también manifiesta que la falta de espiritualidad está ligada a unas *percepciones* pobres de la calidad del cuidado y una gran insatisfacción con éste. Y señala que entre los pacientes con cáncer avanzado, las discusiones con el equipo interdisciplinar sobre espiritualidad pueden reducir la búsqueda de tratamientos agresivos y por consiguiente la disminución de costes económicos.

Thoresen, Harrys y Kliewer<sup>11</sup> exponen ventajas para aquellas personas creyentes y con una espiritualidad activa:

- Menor índice de enfermedad coronaria, enfisema, cirrosis y suicidio.
- Baja presión arterial.
- Menor índice de infarto de miocardio.
- Mejor sistema inmunitario y perfiles de lípidos.
- Mejor funcionamiento físico y cumplimiento de régimen terapéutico.
- Más alto nivel de autoestima y menor nivel de depresión.
- Nivel de dolor reducido en pacientes con cáncer.
- Menos utilización de los servicios médicos.

El estudio de Thoresen, Harrys y Kliewer<sup>11</sup> también revela que ciertas creencias religiosas pueden tener efectos negativos en la salud. Un ejemplo de ellos es la negación a la transfusión de sangre por parte de los testigos de Jehová, o la negación a tomarse antibióticos o vacunarse por parte de los miembros de la Iglesia Ortodoxa reformada. Tal como señalan estos autores, la religión puede actuar como un factor protector, llegando a compararla con el ejercicio o con una buena dieta. Del mismo modo, la evidencia empírica indica que la actividad religiosa (acudir a la iglesia, participar en reuniones, etc.) y la práctica espiritual (orar, rezar, etc.) tienen un efecto beneficioso y disminuyen los riesgos de la morbilidad y la mortalidad prematura. La espiritualidad es contemplada por Thoresen, Harrys y Kliewer<sup>11</sup> como un recurso más añadido al arsenal terapéutico y comparan la nutrición con la espiritualidad, por lo que actualmente deben aconsejar una buena "higiene espiritual".

Harold y Koenig<sup>11</sup> sugieren que los profesionales de la salud deben cuidar incentivando a los pacientes a ser activos espiritualmente. Benson<sup>11</sup>, añade que el hecho de relajar la mente conscientemente disminuye el proceso metabólico, la tensión arterial y las pulsaciones del corazón. Y señalan que un ejemplo sería la oración, pues aunque la finalidad de quien la practica sea hablar con Dios, al hacerlo recibe relajación y paz interior.

Ellington et. al.<sup>21</sup> señalan que a pesar de que existen múltiples herramientas disponibles, las necesidades del cuidado espiritual están infravaloradas o poco utilizadas por la baja confianza, la falta de espiritualidad o autoconsciencia y las diferencias entre creencias espirituales por parte de los profesionales.

Otras barreras que según Minton et. al.<sup>18</sup> dificultan el hecho de proporcionar un cuidado espiritual son:

- Ambiente que no incluye el cuidado espiritual en su práctica.
- Carencia de enfermeras líderes con experiencia en ese tipo de cuidados.
- Falta de protocolos y política deficiente.
- Insuficiencia de tiempo con los pacientes.
- Inadecuación de conocimientos por la ausencia de educación en ese ámbito.

Sinclair et. al.<sup>20</sup>, explica como al final de su investigación, los participantes (tanto pacientes como proveedores de salud) consideran que proporcionar cuidados espirituales es responsabilidad de todos los miembros del equipo interdisciplinar. Del mismo modo que reconocen esa responsabilidad, también determinan que ese tipo de soporte debe darlo alguien profesional y especializado en el ámbito espiritual. Por otro lado, los cuidadores señalaron que la enfermedad y el tratamiento tuvieron un impacto negativo en el bienestar espiritual de los pacientes, aunque éstos lo desmienten y cuentan que fue totalmente al contrario y explican la cantidad de aportaciones positivas a nivel espiritual que la enfermedad les causó como por ejemplo, aclarar sus prioridades en la vida, una mayor sensación de gratitud y una mejor apreciación de lo cotidiano<sup>20,23</sup>.

#### **5.4. Enfermería y cuidado espiritual**

Las enfermeras pretenden proporcionar un cuidado holístico que consiste en englobar el cuidado físico, psicológico y espiritual. Sin embargo, está documentado<sup>18</sup> que el cuidado enfermero tiene poco en cuenta el cuidado espiritual. Cockell y McSherry<sup>19</sup>, plantean que hay muchas enfermeras no se sienten preparadas para realizar estos cuidados y Sinclair<sup>20</sup> señala que el mayor inhibidor del cuidado espiritual es el propio cuidador que asume que hablar a un paciente de algún tema relacionado con la

espiritualidad, puede ofender o ser perjudicial para ellos y eso les provoca miedo. Y algunas investigaciones señalan directamente la falta de educación sanitaria y entrenamiento, como una de las razones más citadas para no proporcionar cuidados espirituales<sup>20,23,25</sup>.

Algunos autores<sup>11,26</sup> señalan que las enfermeras no son sacerdotes, pastores, ni figuras eclesiásticas y pueden no tener ni la experiencia ni el tiempo necesarios para entablar una conversación o aportar un consejo espiritual a sus pacientes. Pero esas personas no siempre están presentes en los centros asistenciales, y las enfermeras deben garantizar que las necesidades del paciente e intentar resolver cualquier problema relacionado con ellas<sup>26</sup>. También Calderia et al.<sup>18</sup> sugieren que la provisión del cuidado espiritual es responsabilidad de las enfermeras.

Koenig et. al.<sup>11</sup> describen a modo de ejemplo de preguntas a realizar en el ingreso y proponen:

- Saber la importancia de la religión o espiritualidad en la vida del paciente y el impacto que tiene en su experiencia con la enfermedad.
- Si pertenece o no a una comunidad religiosa o espiritual.
- Si hay cuestiones espirituales o deseos pendientes.
- De qué manera le gustaría que los profesionales le proporcionaran un cuidado espiritual.
- Los efectos en el cuidado y aspectos del final de la vida.

Lawrence<sup>11</sup>, señala la compleja relación entre la espiritualidad y la enfermedad del paciente y lo difícil que puede resultar trabajar efectiva y sensiblemente con los temas espirituales y religiosos que surgen. Hacer una historia espiritual, es una expresión de cuidado holístico hacia el paciente donde la enfermera le hace saber que está igual que muestra interés por los signos y síntomas de su enfermedad, también lo hace por su espiritualidad.

Koenig<sup>11</sup> señala que puede ocurrir que el paciente se sienta coaccionado o bajo presión si la enfermera le ofrece algún tipo de ayuda espiritual y explica que eso puede evitarse si se tienen en cuenta las siguientes cuestiones:

- El paciente y la enfermera comparten la misma creencia espiritual.
- Realizar una rigurosa historia espiritual.
- Que exista una preocupación espiritual por ambas partes que acabará constituyendo una necesidad de ayuda espiritual.

Algunos autores señalan que un prerequisite esencial para la provisión de cuidados espirituales es la importancia de practicar el autocuidado holístico<sup>20,22,27</sup>. El cuidado siempre ha de comenzar por uno mismo<sup>22,27</sup>. Sinclair et. al.<sup>22</sup> respaldan la práctica del autoconocimiento para poder abordar los temas espirituales y religiosos. Del mismo modo, recalca la importancia de que las enfermeras realicen ejercicios de autoconocimiento para así promover la confianza y permitirles estar en una relación completa con el paciente y la familia.

#### 5.4.1 El cómo del cuidado espiritual

Según Minton et. al.<sup>18</sup> y Sinclair et. al.<sup>20</sup> las enfermeras determinan que la habilidad y el deseo de tener unas conversaciones significativas con el paciente, la disposición para hacerlo estando en el momento adecuado y teniendo una perspicacia adecuada, ayudan a proporcionar el cuidado espiritual. Además, la importancia de escuchar, permitir al paciente expresarse y la provisión del toque terapéutico son estrategias identificadas para proporcionar este cuidado<sup>18,20,21,22,25</sup>.

Shane Sinclair et al.<sup>22</sup>, proponen que las enfermeras utilicen los cinco sentidos para el cuidado espiritual:

- Oído: escuchar intuitivamente
  - o ¿Hay algún componente sagrado en la historia del paciente y cómo puedo ayudarle en el cuidado que proporciono?
  - o ¿Cómo puedo sintonizarme con el trabajo que Dios, un poder mayor, el espíritu está haciendo con el paciente?
- Vista: mirar de forma entrañable
  - o ¿Quién es la persona que hay detrás de la enfermedad?
  - o ¿Qué pistas visuales de la historia de mi paciente pueden informarme sobre su cuidado?
- Presencia: la esencial del cuidado espiritual
  - o ¿Cómo afecta mi presencia al cuidado clínico?
  - o ¿Cómo afecta la presencia de mi paciente a mi intervención clínica?
- Habla: controlando la lengua
  - o ¿Cómo puedo comunicarme en un lenguaje que sea entendible y significativo con la persona que estoy cuidando?
  - o ¿Cuáles son los temas que puedo proporcionar con palabras en una intervención clínica?



- Toque: medios físicos para el cuidado espiritual
  - o ¿Cómo está impactando mi cuidado físico en su bienestar espiritual? ¿Qué calidades intrínsecas se reflejan en mi cuidado?
  - o ¿Cómo puedo proveer confort eficazmente y respetuosamente a través de medios físicos?

Además de los cinco sentidos, es imprescindible tener predisposición como un componente que ayuda a hacer unas sutiles preguntas: ¿Qué le preocupa? ¿Dónde encuentra su fe, es decir, en qué tiene usted su esperanza? En el momento en que se hacen esas preguntas y se escuchan las respuestas dejando a un lado el propio criterio, se están llevando a cabo cuidados esenciales para una valoración espiritual integral.

Estar en el momento adecuado y sin prejuicios, puede transformar la vivencia del paciente en algo totalmente diferente y cambiar el rumbo y/o el sentir de esa persona. Las tecnologías a veces, quitan tiempo y distraen a los profesionales de manera que disminuyen los lazos y relaciones con los pacientes y familiares. La verdadera presencia es vital para demostrar que se está ahí y que sus vidas importan. El cuidado holístico incluye también el silencio, lo que para muchas enfermeras es embarazoso, al paciente puede aportarle un instante de reflexión en algún difícil momento durante el proceso hospitalario. Ser un profesional perspicaz es esencial, pero no hay que olvidar que dicha aptitud va directamente ligada a la sabiduría, el autoconocimiento y la sensibilidad. Es decir, la enferma debe comprometerse, reconocer y respetar las preferencias de sus pacientes y ofrecerles soporte también en aquello que no es visible ni palpable. El objetivo no es hallar una respuesta a todos sus problemas sino que la persona se sienta arropada en un momento complicado de su vida<sup>20</sup>.

Sinclair et.al<sup>20</sup> también identifican tres momentos clave donde un paciente es más susceptible de padecer un sufrimiento espiritual: el diagnóstico, el post-trasplante y la recuperación.

El hecho de hacer la valoración de las necesidades y en ella incluir la necesidad de las creencias y valores, parece esencial para poder establecer cuáles son las necesidades espirituales del paciente, los recursos para darle soporte, la importancia de la espiritualidad en la vida de éste y saber cómo influye en sus decisiones médicas. Esto ayuda a identificar si hay sufrimiento espiritual y si desean recibir algún tipo de soporte, como por ejemplo un cura o un pastor<sup>19</sup>.

Según el estudio de Neely<sup>23</sup>, el Colegio Americano de Médicos ha desarrollado el cuestionario FAITH (Faith, Application, Influence, Talk and Help) para incorporar la

espiritualidad de los pacientes en el cuidado. Se trata de una herramienta que puede ser usada tanto por médicos como por profesionales de enfermería<sup>19</sup>. Y es señalado como una manera práctica y eficiente para incluir las perspectivas espirituales de los pacientes en su historia clínica, identificando las necesidades espirituales y ofreciendo la oportunidad de una intervención terapéutica. (Anexo 3)

El estudio, también da a conocer los potentes resultados y beneficios de recoger datos y realizar una historia espiritual:

- Resultados
  - Un profundo entendimiento del paciente
  - Una modificación en el plan de cuidados
  - Referencia al cura
  - Provisión de la literatura
  - Oportunidades de orar
  - No acciones extras
- Beneficios
  - Mejora de la confianza en la relación profesional de la salud-paciente
  - Mejora de la capacidad para salir adelante
  - Mejora del bienestar
  - Cuidado holístico valorado, escuchado y potenciado
  - Mayor cumplimiento
  - Curso de la enfermedad alterado

Ellington et. al.<sup>21</sup> proponen el protocolo *FICA (Faith, Importance and Influence, Community and Adress)* y el *AMEN (Affirm, Meet, Educate, No matter what)*, como guías que instruyen en la preparación para hablar sobre el cuidado espiritual y hacer una historia espiritual. El protocolo FICA puede ser usado para la autoevaluación y como ayuda para generar una introspección espiritual. Y el protocolo AMEN tiene el propósito de ayudar a los cuidadores a permanecer comprometidos con los pacientes y familiares, de manera que se enfoquen más en aportarles esperanza que en su religión o creencias espirituales. (Anexos 4 y 5)

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1. Tipo de estudio y método**

En primer lugar se ha realizado una recerca bibliográfica sobre cómo influye la fe y las creencias espirituales en el bienestar de la persona durante un proceso clínico. La recerca es de carácter descriptiva, y nos ha permitido atender al objetivo de conocer y



describir las necesidades espirituales, su relación con la salud y bienestar así como fundamentar su importancia en el cuidado enfermero.

El estudio<sup>8</sup> sobre como las creencias de las personas pueden ayudar tanto a la recuperación o mejora de un proceso de enfermedad como a la aceptación y valoración positiva de éste y algunos estudios<sup>9</sup> que proporcionan herramientas para poder aportar un cuidado integral a los pacientes, incluyendo sus necesidades espirituales y culturales, han sido de gran utilidad para el análisis del estudio exploratorio sobre las vivencias de tres pacientes.

En segundo lugar se ha realizado un estudio exploratorio fenomenológico interpretativo sobre la experiencia vivida de tres personas de la comunidad de la Iglesia Bíblica de Tarragona que han estado ingresadas por una enfermedad considerada grave (Cáncer, Leucemia, IAM, Ictus, etc).

## 6.2. Recogida de datos

Para la recogida de información se han pedido la colaboración de 3 personas pertenecientes a la Iglesia Bíblica de Tarragona. Se han realizado 3 entrevistas semiestructuradas y dialogadas con una guía de preguntas abiertas. En la elaboración de las preguntas se ha tenido como referencia el cuestionario Faith y el Protocolo FICA (Faith, Importance, Community and Address), éstas han sido traducidas pero no validadas (Anexos 3 y 4).

En la búsqueda de los participantes, se ha necesitado un portero que ha sido el pastor de la Iglesia Bíblica de Tarragona. El muestreo ha sido por avalancha o bola de nieve, donde a partir del primer informante han salido los otros dos. Todos los participantes han firmado un consentimiento informado sobre la protección de datos (Anexo 2).

Se trata de dos hombres y una mujer que han estado ingresados por una enfermedad grave, considerando como grave una intervención quirúrgica mayor, algún proceso oncológico, un infarto de miocardio, infección, etc.

Como **criterios de inclusión**, se ha pedido que los informantes de la Iglesia Bíblica de Tarragona sean mayores de 18 años y que hayan estado ingresados en el hospital durante una semana aproximadamente (tiempo que consideramos razonable para entablar una relación paciente-enfermera).

### 6.3. Análisis de los datos

Para el análisis e interpretación de los datos se ha tenido en cuenta la hermenéutica de Gadamer. Éste ha desarrollado una teoría hermenéutica en la cual la historia y la tradición desempeñan un papel clave para captar el verdadero sentido de la comprensión.

Según el autor<sup>30</sup> la hermenéutica es una tarea encaminada a desvelar los misterios de la comprensión de un sentido compartido inmerso en el diálogo, los textos y la historia.

El diálogo en sentido Gadameriano tiene una estructura precisa que es el juego de la pregunta y la respuesta.

- La pregunta: preguntar significa poner al descubierto lo dado y proponer un recorrido en dirección al conocimiento.
- La respuesta: cuando se dirige la pregunta a un texto, la respuesta es estar dispuesto a dejarse decir algo por el texto. Al leer se tiene que estar dispuesto a escuchar lo que le dice y revela el texto. El horizonte de la pregunta contiene muchas respuestas posibles, de ahí la importancia de comprender los interrogantes para avanzar en el descubrimiento de las respuestas.

Para el análisis se han transcrito los textos y tras la lectura y relectura se han analizado los datos significativos sin perder de vista el todo del discurso del participante. Tras la comprensión e interpretación de los datos se ha recurrido a la identificación de categorías y subcategorías<sup>31</sup>. En el siguiente cuadro se señalan y definen las categorías y subcategorías identificadas.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
<p align="center"><b>Creencias espirituales</b></p> <p>Integración de las creencias espirituales de los participantes a través de su historia de vida.</p>	<p>La vivencia de los participantes Percepción de la enfermedad y la muerte</p>
<p align="center"><b>Relación con el proceso de curación</b></p> <p>Como relacionan los participantes el resultado de su mejora con su fe.</p>	<p>Afrontamiento de la enfermedad Recursos usados para el afrontamiento</p>
<p align="center"><b>Soporte y atención recibida</b></p> <p>Focalización de los cuidados en cuanto a soporte espiritual. Los pacientes plantean la inhibición por parte de los profesionales de esta necesidad.</p>	<p>Apoyo espiritual Juicio de valores</p>

## 6.4 Aspectos Éticos

Se ha presentado a los informantes la idea de trabajo y se ha elaborado un consentimiento informado (anexo 2) para cada uno de ellos. El objetivo ha sido darles a conocer la finalidad de las entrevistas realizadas posteriormente, los objetivos del trabajo y la confidencialidad de éste. Además, mediante el consentimiento informado, se especifica la posibilidad de abandonar el trabajo en cualquier momento de la investigación con total libertad. Además en todo momento se ha mantenido el anonimato de los participantes, nombrándolos así por P1, P2 y P3.

## 7. RESULTADOS

### 7.1. Creencias espirituales

Los participantes reflejan en sus relatos que la integración de las creencias espirituales en sus vidas son las que les hicieron seguir adelante y afrontar la enfermedad con esperanza y paz interior. Dos de los participantes ya tenían una fe arraigada en ese momento pero la fe en *Dios* de la tercera participante surge durante su enfermedad. A continuación se describe el tipo de creencia espiritual de cada participante, su historia de vida y su percepción sobre la enfermedad y la muerte para poder explicar mejor la situación de cada uno y sus creencias.

Los tres participantes entrevistados coinciden en cuanto al tipo de creencia ya que son miembros de la Iglesia Bíblica de Tarragona.

#### 7.1.1. La vivencia de los participantes

Se realiza una recopilación de datos sobre la historia de vida de cada uno de los participantes para poder analizar sus creencias y valores y así entender cómo afrontan la enfermedad. Además, se revela el motivo por el cual fueron ingresados y por cuánto tiempo.

**P1:** Varón de 41 años, ingresado más o menos 20 días en el hospital por una artritis reumatoide cuando tenía aproximadamente unos 20 años.

El participante explica los síntomas durante ese proceso clínico y su diagnóstico.

*“...estaba un día caminando y me hice daño en la rodilla trabajando y me quedé bloqueado, no podía caminar... después fue la otra rodilla, luego los tobillos y después la afectación fue en todo el cuerpo...No dormía o dormía mal y empecé a encontrarme mal... mis defensas empezaron a caer durante unos seis meses...empezaron a bajar, bajar, bajar, hasta el punto que tenía fiebre*



*constante de 37'5°C...Pensaron que era tuberculoso, me hicieron la prueba del SIDA, hicieron pruebas de todo...al final tenía una infección en la sangre que ellos la tradujeron como una artritis severa en todas las articulaciones” (P1)*

Refiere que todo lo que pasó entonces fue porque Dios permitió que llegara a esos límites y luego lo ayudó a salir dejándole así una enseñanza.

*“La vida nos lleva a unos límites y el Señor permite esas pruebas, pero Él mismo dice que nos da la fuerza y la fórmula para poder salir, nos da la llave...el Señor me enseñó realmente... he visto lo que es pasar por momentos de mucha dificultad pero el Señor en todo momento me ha dado la tranquilidad y la seguridad de que aquello era una etapa que se tenía que pasar, tenía que aprender mediante aquella etapa” (P1)*

Sus amigos pensaron que todo lo que le ocurría venía dado por sus creencias, no las entendían y se alejaron mutuamente.

*“De hecho, en aquellos tiempos les expliqué y me quedé sin amigos porque ellos no entendían mi situación, se pensaban que todo era culpa de que yo creyera y por eso me estaba pasando todo aquello. Mis amigos pensaron que me había metido en un lio espiritual que desconocían y que todo aquello era un lio que no entendían...en cierta manera yo también rompí la relación por mis creencias espirituales, pero en aquel momento el Señor para mí era más importante.” (P1)*

Cree que el cambio en el modo en el que vive su fe, contribuyó al alejamiento de las personas de su entorno. Al declararse evangélico, se quedó prácticamente solo, pues su novia lo dejó, su padre y sus hermanos se alejaron y la única que aguardó a su lado fue su madre.

*“Y claro, cuando llegué al hospital ya no creían en mí, estaba completamente solo, mi novia me había dejado... Sólo tenía a mi madre, porque mi padre tampoco estaba conmigo y mi hermano vivía en EEUU...y me habló por teléfono y me dijo: este tío está loco, te están comiendo el coco.” (P1)*

Los médicos no daban con lo que producía sus fuertes dolores y le propusieron ir probando líneas de tratamiento hasta dar con un diagnóstico claro, propuestas que él rechazaba por no creer en el médico. Estaba convencido de que la fe y confianza en su sanación le llevarían a curarse con la ayuda de Dios.

*“Me querían hacer operaciones para probarme...me querían hacer biopsias y operarme de las rodillas para sacarme yo que sé...no, tu no me piensas hacer*



*nada hasta que sepas lo que me tienes que hacer...yo iba al médico y el médico iba más perdido que nosotros, teníamos más información nosotros que él. Al médico no le importaba qué nivel de vida llevaba...ellos no curan, ellos previenen, frenan, intentan que aquello, pero no curan, es un negocio...entonces el médico vino y me preguntó por qué motivo yo no me quería someter a los protocolos que ellos creían que...Creo que estoy sano, creo que estoy curado de la...el tío alucinaba, yo le decía que estaba perfectamente bien, tengo este proceso que está pasando, pero acabará....acabará tranquilo” (P1)*

Después de unos días ingresado, los médicos le diagnosticaron una artritis reumatoide crónica, una enfermedad incurable y para toda la vida. Lo citaban semanalmente a las consultas para extraerle líquido de las rodillas y los codos y así aliviar su dolor, pero le producía mucha angustia. Recurrió a hierbas naturales que le aconsejó una vecina, y poco a poco la inflamación comenzó a cesar sin necesidad de medicación. El paciente señala que los médicos no encontraron el motivo de su recuperación y se asombraron de que todo cesara solamente con la terapia natural alternativa y unas pastillas (Arava) que eran de por vida.

*“yo tenía una vecina que era quiropráctica dentro del mundo naturista y bueno...yo hacía unos tratamientos con ella con hierbas naturales que yo iba a buscar especialmente y que mi vecina me hacía como unos purés...unos vendajes. A través de la piel, de la dermis...me sacaban el líquido sinovial...yo iba vendado todos los días.” (P1)*

Poco a poco y a la vista de su exitosa recuperación las consultas fueron postergando hasta que al cabo de un año y medio se suspendieron por su completa curación. Las analíticas se fueron equilibrando y hasta el día de hoy no le ha vuelto a ocurrir.

*“estas plantas yo me las ponía cada día y me absorbían aquel líquido y cuando llegaba a las visitas cada semana, no me podían hacer las extracciones. El médico me decía: otras tienes esto rojo, no tienes líquido y parece que etsá mejor. Yo cada semana conseguía que no me pinchase y así fui pasando meses y semanas y semanas hasta que al final hubo un momento en el que se paró, la analítica se equilibró.” (P1)*



**P2:** Mujer 52 años ingresada dos meses y medio en el hospital por una leucemia mieloide.

La participante antes de su enfermedad no tenía ninguna creencia religiosa, y desconfiaba de las creencias de su marido.

*“yo no creía en la palabra de Dios ni en las cosas que decía mi marido. Me sentaba mal que él fuera a la iglesia y eso hacía que mi marido fuese por un lado y yo por el otro. Pero justo en ese momento yo no creía.” (P2)*

Tras el ingreso hospitalario se le diagnostica de leucemia y un tumor cerebral con mal pronóstico, ya que los propios doctores no se atrevían a tocar por temor a que estallara y le provocara la muerte o quedara en mal estado. La participante describe que su marido le contó que mientras estuvo inconsciente, un grupo de mujeres de la iglesia a la que acudía su marido fueron a orar por ella. Le cogían la mano y le pedían a Dios que la sanara sin conocerla de nada. Tras varios días recuperó la conciencia sin tener memoria de nada, no conocía a nadie ni siquiera a su hijo. Con la ayuda de la familia y los profesionales, tuvo que aprender de nuevo a hablar, leer, escribir, etc. A medida que fue mejorando y por lo que le cuenta su marido, dice darse cuenta de la ayuda recibida por parte de los miembros de la iglesia y esto le hace replantearse sus creencias y vivir su recuperación como un milagro.

*“fue entonces cuando Dios me habló por medio de la enfermedad. Tuve ese acercamiento con Dios en el hospital cuando las hermanas de la iglesia venían a visitarme aún estando inconsciente... Todo empezó de cero, fue como nacer de nuevo, porque me tenían que poner todas las vacunas desde cero, a hablar, etc.” (P2)*

Desde esta experiencia dice que sus creencias han cambiado no en relación a las religiones sino a su relación con Dios a quien reconoce como un guía con quien habla y por quien se siente acompañada.

*“No me gusta seguir una religión en concreto, sino seguir los pasos que Dios nos dice... A veces estoy sola y cualquiera pensaría que estoy loca hablando sola, pero yo sé que Dios me oye y está conmigo y no me abandona” (P2)*

**P3:** Varón de 46 años ingresado tres semanas en el hospital por un feocromocitoma hace aproximadamente dos años.

El participante es miembro de la Iglesia Bíblica de Tarragona y ya lo era cuando enfermó. La experiencia vivida dice haber confirmado su fe.



Ingresa en urgencias por hipertensión (280/230 mmHg). Tras diferentes pruebas es diagnosticado de feocromocitoma, un tumor en las glándulas suprarrenales. Según relata, la situación era de tal gravedad que era incompatible con la vida.

*“Por palabras de la endocrina, tenía una dosis de adrenalina como tres o cuatro veces por encima de la dosis mortal y no entendían como podía estar vivo...la doctora le dijo: mira, según las analíticas tienes que estar tres o cuatro veces muerto...tienes un tumor enorme...” (P3)*

Antes del diagnóstico, el participante relata que era una persona vital, llena de energía a todas horas y creía que todo el mundo a su alrededor iba a un ritmo lento. Además, apenas necesitaba dormir para despertar enérgico y nunca se sintió cansado ni con dolor. Señala que mantener ese ritmo, era consecuencia de las elevadas concentraciones de adrenalina con las que su cuerpo tenía que lidiar. Para compensar, su organismo necesitaba beber alrededor de 10 litros de agua diarios para poder expulsar por la orina los excesos hormonales.

*“Yo nunca había experimentado una sensación de dolor ni de cansancio, todas esas cosas no sabía lo que eran. Para mí todos iban lentos, al conducir por ejemplo, mientras otros tardaban en reaccionar yo ya había reaccionado cinco o seis veces... una agilidad mental desproporcionada.” (P3)*

Explica su intervención como un reto para los profesionales debido al riesgo de muerte ante la posibilidad de una subida importante de la adrenalina liberada por el tumor. Durante la intervención sufrió varias paradas cardíacas con sus consecuentes reanimaciones y una diálisis de urgencia.

*“se reventó la bola de adrenalina....entré en parada cardíaca....no me podrían reanimar porque todo el cuerpo estaba contaminado de adrenalina....con las placas no te pueden reanimar...te tienen que vaciar la sangre...ponerte sangre nueva... y todo esto corriendo....te meten sangre nueva y PAM....te meten las placas...” (P3)*

Finalmente, y tras múltiples reanimaciones consiguió salvar su vida y afirma que todo fue gracias a Dios, pues los propios médicos ateos le dijeron con otras palabras que había sido un milagro.

*“el médico me dijo: no es normal que hayas sobrevivido....Da muchas gracias a Dios que tienes enchufe...digo hombre...menos mal que alguien lo reconozca....entonces digo, ¿usted no cree en Dios no? dice no, no... y yo digo pues yo sí... y me dice pues ya debes tener enchufe ya...dice: da gracias a Dios.... por lo que sea ha querido que sobrevivas y aquí estás...” (P3)*

### 7.1.2. Percepción de la enfermedad y la muerte

Los tres participantes identifican la enfermedad como algo biológico, que está ahí, que puede tocar a cualquiera y nadie está exento de ella. P2 y P3 hablan de la enfermedad como algo que está en manos de Dios o que les ha permitido contactar con su existencia.

*“No sé realmente de dónde viene pero la enfermedad está ahí. Pero tenemos a Nuestro Salvador y si confiamos en Él, no pasa nada, bien podemos morirnos o que nos deje con vida como ha hecho en mi caso.” (P2)*

*“...pero la enfermedad te llega...¿para qué?...bueno, Dios sabe para qué...hay quien la enfermedad le cierra y le empuja a verse con Dios cara a cara...hay quien le empuja en la economía....hay quien le empuja una situación personal...a cada uno sabe cómo empujarlo a verse con Él...” (P3)*

Los participantes también coinciden en su opinión sobre la muerte; no sienten ningún temor porque la idea de Dios parece que les tranquiliza y les da un sentido de paz y de aceptación de su situación de vida o de la posibilidad de morir. Los tres basan su fe en encontrarse con Dios en el reino de los cielos y eso les lleva a vivir una vida en paz y sin miedo al qué vendrá o a lo que les pueda pasar.

*“Yo vivo día a día y puede que muera al día siguiente, pero no tengo miedo porque sé que Dios está conmigo y con mi familia. Yo sé que Él está ahí” (P2)*

*“Ya cuando ya me lo pusieron así tan grave y tan tal no....la verdad es que no sentí miedo.... No sé si era por la adrenalina pero yo no sentía ni miedo ni nada..... entonces ya era una conversación de tú a tú con el Señor, decía bueno Señor tú sabrás lo que va a pasar yo no lo sé... si me tengo que ir contigo te tienes que hacer cargo de mi familia...si me tengo que quedar aquí por lo menos que quede bien (jajaja)...era como hablar con un amigo...y bueno... la verdad es que viví la situación con una enorme paz....a lo mejor hasta demasiada ... Bueno hasta yo mismo me he sorprendido porque yo mismo podía haberme preocupado y tal...” (P3)*

### 7.2. Relación con el proceso de curación

Los participantes relatan cómo afrontaron la enfermedad a través de la fe, las herramientas que usaron o cómo les ayudó su creencia espiritual para superar esa etapa.



### 7.2.1. Afrontamiento de la enfermedad

P1 explica que el hecho de tener fe le ayudó a superar la enfermedad. También cuenta la paz y la tranquilidad sentida y el aprendizaje y reevaluación positiva de la experiencia. Se reitera en que sus secuelas están ahí únicamente para que cada día recuerde el milagro que Dios obró en su vida. El entrevistado asegura es que si uno cree, lucha y está rodeado de buenas noticias, su vida mejorará.

*“no sé, cada uno cree en lo que cree, pero mi fe en este caso es cien por cien. Conmigo, el Señor me enseñó realmente...he visto que es pasar por momentos de mucha dificultad pero el Señor en todo momento me ha dado la tranquilidad y la seguridad de que aquello era una etapa que se tenía que pasar y tenía que aprender de ella...tengo el pie un poco tocado, algunas partes tocadas pero creo que el Señor me las dejó para que me acordara de lo que Él ha hecho, y yo me acuerdo cada día sinceramente...si creemos en todo eso y vemos y luchamos y nos empapamos de buenas noticias, de estas cosas buenas, todo eso ayuda a que la vida empiece a funcionar.” (P1)*

En el caso de P2, su marido era quien le transmitía la tranquilidad y la esperanza de que todo saldría bien y que se curaría en aquellos difíciles momentos, y así fue. Relata que la fe en Dios le permite aceptar los problemas y los sentimientos negativos y así puede ver el futuro con optimismo en relación a poder conseguir los objetivos que se proponga. También cuenta que ahora es ella la que vive confiada y que lo deja todo en manos de Dios ante las preocupaciones de su marido.

*“Mi marido me decía que estuviese tranquila, que me iba a curar y que todo iba a salir bien...entonces sentí que Dios me decía: tu vida es así, vienen problemas y pensamientos de que no vas a salir adelante, pero si tú persistes en Mí, vas a alcanzar lo que tú quieres...Incluso a veces mi marido me dice algo preocupado y yo le respondo: déjelo en manos de Dios, Él sabrá por qué hace las cosas” (P2)*

P3, refiere que vivió la situación con paz, desde el primer momento y que no sintió miedo y que incluso él mismo se sorprendió al no sentir ningún tipo de preocupación. Habla de la aceptación y la confianza para ponerse en manos de Dios y asumir lo que sucediera.

*“Él tenía el control...por lo tanto...yo lo he vivido en mis carnes...de lo que es decir yo confío en ti ¿sí?, yo tengo fe...para otras cosas a lo mejor no pero para esta situación yo tengo fe, yo confío en ti plenamente y dejo todas mis cargas*



*en ti...tu harás lo que tú decidas y para donde tengamos que ir yo digo: amén...y así ha sido” (P3)*

Éste, coincide con P1, ya que ambos afirman que Dios pone una marca en las personas para que siempre se acuerden de Él y no olviden lo que ha pasado.

*“Yo no puedo dudar, cada uno tiene una marca de una manera o una experiencia distinta...yo ya confiaba plenamente en Dios pero esto es una marca más...para cambiar el rumbo de mi vida” (P3)*

### **7.2.2. Recursos para afrontar la enfermedad**

Entre los recursos utilizados para afrontar el proceso clínico, el principal y al que los tres participantes recurren es la oración. La describen como una forma directa de hablar con Dios, una conversación de padre a hijo, de tú a tú, en plena confianza. Recurren a hablar con Dios en un dialogo sencillo, como si estuvieran conversando con un amigo. Esta relación de confianza y seguridad se muestra liberadora del sufrimiento y del temor. No solo nombran la importancia de las oraciones íntimas o personales sino que también dan relevancia a las oraciones que otras personas realizaron por ellos mientras duró su enfermedad.

*“fue una conversación como amigo...como de tú a tú ¿no?... y bueno como un diálogo súper fluido...no era muy místico sino que yo le hablaba de tú a tú y le decía esto y le decía lo otro.....Bueno a mí me ayudó mucho...y esa fase de ansiedad, de pasarlo mal, de preocupación...de verdad...es que no lo pasé en ningún momento...” (P3)*

*“Todos oran por mí, y eso fue lo que me ayudó” (P2)*

### **7.3. Soporte y atención recibida**

El soporte espiritual que recibieron los entrevistados por parte de familiares, amigos o hermanos de la iglesia, es señalado por los participantes como beneficioso en su proceso de curación. En cuanto a los profesionales de la salud durante su ingreso, los participantes refieren que al atenderlos, en ningún momento se interesaron por sus creencias espirituales o por si necesitaban algún tipo de soporte de ese tipo. Tampoco hubo demanda por su parte y señalan que no eran conscientes de que les pudieran ofrecer ayuda espiritual porque nadie les informó.

*“Bueno...también era totalmente desconocedor de que yo podía demandar eso sí...porque nadie me ofreció ni nadie se dirigió a mí.” (P3)*



Mientras se lleva a cabo la entrevista a P2, su marido asegura haber ayunado para que Dios hiciera un milagro en la vida de su mujer, y dice que así sucedió.

*“Ese día aprendí de la importancia de la oración y el ayuno. Por eso cuando mi esposa enfermó, yo le ofrecí a Dios 40 días de ayuno completo, pero mi cuerpo no resistía y decidí comer solo un poquito por las noches. Y así lo hice y ella finalmente fue sanada, ante la mirada atónita de los médicos, los mismos que dijeron que no saldría adelante. Cuando pasó el tiempo sentí la necesidad de volverlo a hacer, pero esta vez no era para pedirle nada a Dios, sino para agradecerle por lo que había hecho”. (marido P2)*

### 7.3.1 Apoyo espiritual

P2 y P3 recalcan una y otra vez la importancia de las oraciones de los otros miembros de la comunidad de su iglesia y cuanto apoyo les hicieron llegar. Se muestran agradecidos y remarcan el carácter altruista de la ayuda recibida. Señalan también que dichas oraciones aumentaban el sentido de pertenencia a una comunidad y la percepción de no estar solo.

*“Yo a quién tengo una gran gratitud es a la tía de nuestro pastor, ella venía a orar por mí, sin conocerme de nada” (P2)*

*“Yo me sentí muy arropado...venía toda la iglesia...venía mi familia, vamos que nunca me he sentido solo, ni estando solo yo ni acompañado...” (P3)*

P1 refiere que anheló las visitas y las oraciones de personas creyentes y su apoyo espiritual.

*“hubiera estado agradecido de tener a la iglesia a mi lado, hubiera agradecido de que hubieran venido a verme gente cristiana...sí, porque en aquel momento yo estuve completamente solo...” (P1)*

P2, es la única participante que cuenta que cuando estuvo ingresada, el cura del hospital casi a diario paraba en su habitación, rezaba por ella y le dedicaba unas palabras de aliento. Reconoce, que a pesar de considerarse atea en aquel momento, las palabras de aquel hombre la ayudaron.

*“el cura del hospital pasaba a verme por las mañanas, rezaba por mí y nos hicimos amigos (jajaja). Cada vez que venía me decía: que te mejores hija, entre bromas y chistes...y eso me ayudaba a seguir...yo en ese momento no creía en nada. Al principio le decía al cura que mi marido era evangélico y me dijo que conocía a su pastor y que era muy buena persona, es decir, que fue muy cordial” (P2)*



### 7.3.2. Juicio de valores

Al hablar de juicio de valores, se hace referencia a las opiniones que tienen los profesionales de la salud respecto a las creencias espirituales de los pacientes. Los tres participantes coinciden de nuevo en que ningún profesional les preguntó sobre sus creencias espirituales. Es más, P1 narra cómo algunos profesionales llegaron a tratarlo de “loco” por el hecho de tener una fe ciega. En dos de los casos los médicos dijeron que no había salida y en el tercero ni siquiera sabían cómo comenzar a tratar los síntomas, pero todos ellos al ver la perseverante fe de los participantes y su curación.

*“las visitas pasaron a un mes, a tres meses, a seis meses hasta que al final en la última visita me dijo.... no entiendo cómo te has podido curar....porque no entiendo nada....entonces el médico vino y me preguntó por qué motivo yo no me quería someter a los protocolos que ellos creían que...creo que estoy sano, creo que estoy curado...el médico alucinaba...yo estoy perfectamente bien, tengo este proceso que está pasando pero acabará...acabará tranquilo...” (P1)*

P2 explica que el sacerdote pasaba a verla pero señala que éste no iba a su habitación porque ella hubiera pedido su soporte pues reconoce que nadie se lo ofreció.

*“Ofrecerme no me ofrecieron nada pero sí que es verdad que el cura del hospital pasaba a verme por las mañanas” (P2)*

## 8. DISCUSIÓN

### 8.1. Creencias espirituales

Se ha observado que los tres participantes mantienen unas creencias y fe en un *Dios* que les aportan seguridad, confianza y aceptación de la situación. La única participante mujer, se consideraba atea antes de la enfermedad y tras su relato, se puede percibir que el soporte espiritual recibido, lo vive como un recurso que le proporciona paz y bienestar que le lleva a incorporarlo en su vida.

Al igual que afirma Levin<sup>23</sup>, el hecho de pertenecer a un grupo religioso o comunidad puede influenciar en la salud.

Varios autores<sup>11,17,20,21,23,25,28</sup> señalan que hay una evidencia científica sobre cómo la religión y la espiritualidad tienen un efecto beneficioso para la salud. De la misma manera que Benor concluye su investigación sugiriendo una significativa cifra de



curación relacionada con las creencias, en este trabajo los tres participantes relacionan su curación con su fe y confianza en Dios.

Respecto a la percepción sobre la enfermedad y la muerte, los tres entrevistados llegan a la misma creencia de que *Dios* les quería mostrar algo a través de ese proceso. Cuando se habla de que Dios quiere mostrar, se hace referencia a aumentar su fe, tener una relación más íntima con sus creencias, enmendar alguna cuenta pendiente, etc... Los tres casos, evidencian una diferencia considerable de lo que exponen los artículos<sup>10,20,27</sup>, dónde cuentan que en algún momento los pacientes han podido sentirse abandonados o castigados por Dios, traduciendo esos sentimientos en un sufrimiento espiritual<sup>24,29</sup>. Puede que la diferencia resida en el hecho de que los tres participantes de este trabajo se recuperaron con escasas secuelas de las enfermedades que describen y su evolución fue favorable en todos ellos, además de pertenecer a una comunidad cristiana que les sirvió de apoyo y refuerzo. Algunos autores<sup>10,20,27</sup> señalan que posiblemente el sufrimiento espiritual venga dado por la culpabilidad que decían sentir algunos pacientes por practicar la creencia que decían tener en *Dios* y no pertenecer a ninguna iglesia o comunidad.

## **8.2. Efectividad en el proceso de curación**

Los participantes, muestran cómo vivieron su proceso de enfermedad con paz, tranquilidad, esperanza y fe, sentimientos y emociones que les ayudaron a superarlo. Al igual que expone en su artículo Ellington et al.<sup>21</sup>, la espiritualidad está asociada al bienestar, a una mejor calidad de vida y a un menor índice de depresión. Thoresen et al.<sup>11</sup> corroboran esa información y añaden que las creencias espirituales ayudan a mejorar el sistema inmunitario, el cumplimiento del régimen terapéutico y el nivel de autoestima.

Respecto a los recursos utilizados para el afrontamiento del proceso clínico, los participantes coinciden en haberse valido de la oración como herramienta principal y en el caso del marido de P2, del ayuno como herramienta complementaria. Según evidencias empíricas encontradas, la actividad religiosa tiene un efecto beneficioso, pues disminuye el riesgo en la morbilidad y la mortalidad prematura. Harold y Koenig<sup>11</sup> declaran que existen resultados que sugieren que las creencias espirituales ayudan a que las personas se sanen y por consiguiente, afecta a sus resultados de salud. Benson<sup>11</sup> dice que el hecho de orar, produce una relajación en el cuerpo y ayuda a tener paz interior, con lo cual, actuaría igual que una relajación mental donde disminuye el proceso metabólico, la tensión arterial y las pulsaciones del corazón.

Los participantes, al igual que los pacientes del estudio de Sinclair et. al.<sup>20</sup> y Belkeman et. al.<sup>23</sup> aseguran que el hecho de haber pasado por una enfermedad grave, ha tenido un impacto positivo en sus vidas y les ha ayudado a reafirmar su fe, a acercarse más a Dios y a estar agradecidos cada día.

### **8.3. Soporte y atención recibida**

El apoyo espiritual se ha mostrado muy importante en el proceso de enfermedad de los participantes. Dos ellos recibieron apoyo por parte de los miembros de la iglesia, y el tercero al no pertenecer a ninguna comunidad tuvo el apoyo moral de algún amigo y su madre. El hecho de tener al lado unas personas que estuvieran orando por ellos, los participantes lo vivieron como un apoyo y les ayudó. Además uno de los participantes comenta los beneficios que le aportó el hecho de que el sacerdote del hospital rezara por ella y le dedicara unos minutos.

Neely<sup>19</sup>, señala que realizar una valoración inicial de las necesidades por parte de enfermería (incluyendo creencias y valores), ayudaría a reconocer esas necesidades y proporcionar los recursos de los que se disponga para dar apoyo en ese ámbito, teniendo en cuenta cómo influyen las creencias de los pacientes en sus decisiones médicas. También contribuiría a identificar la existencia de sufrimiento espiritual y la necesidad de recibir soporte espiritual, tal y como describe uno de los participantes.

Respecto a los juicios de valor y el soporte espiritual recibido por parte de los profesionales de salud, los participantes refieren no haber recibido soporte espiritual por parte de éstos. Además, uno de ellos señala como el que era su médico, juzgaba su creencia y lo trataba de "loco". A pesar de que no haber recibido ese tipo de soporte, los tres participantes afirman que estuvieron bien atendidos en todo momento, describiendo a los profesionales como amables y cercanos. Esta carencia de soporte espiritual también está reflejada en los diferentes estudios consultados; los profesionales no suelen preguntar por las creencias de los pacientes lo que sugiere que infravaloran sus beneficios o que son de índole personal<sup>20</sup>.

Tal como se señala por teóricas de la enfermería<sup>14,15,16,18</sup>, las enfermeras deben proporcionar un cuidado holístico a los pacientes, esto incluye el aspecto físico, psicológico y espiritual. Sin embargo, y a pesar de que el cuidado espiritual está creciendo día tras días<sup>19</sup>, Minton et. al.<sup>18</sup> plantea que éste cuidado no se está llevando a cabo y queda en segundo plano debido a que muchas enfermeras no se sienten preparadas para realizarlo. Según el Sinclair et. al.<sup>20</sup> los participantes afirman que uno de los más grande inhibidores del cuidado espiritual es el propio profesional, sin

embargo el miedo de ofender a los pacientes hablando de este tema no es tan perjudicial como éstos se piensan. Algunos autores<sup>20,23,25</sup>, señalan la falta de educación sanitaria y entrenamiento como una de las razones más citadas para no proporcionar estos cuidados espirituales.

Lawrence<sup>11</sup> concluye destacando lo intrincada, sutil y compleja que resulta a veces, la relación entre la espiritualidad y la enfermedad del paciente. El autor en su artículo menciona que los cuidadores en el hospital, son conscientes de cuán difícil es trabajar efectiva y sensiblemente con los temas espirituales y religiosos que surgen. Valorar sus creencias, es una expresión de cuidado holístico hacia el paciente donde la enfermera le hace saber muestra igual interés por los signos y síntomas de su enfermedad, que por sus necesidades espirituales.

Según Minton et. al.<sup>18</sup> y Sinclair et. al.<sup>20</sup>, las enfermeras determinan que la habilidad y el deseo de tener unas conversaciones significativas con el paciente, la disposición para hacerlo estando en el momento adecuado y teniendo una perspicacia adecuada, ayudan a proporcionar el cuidado espiritual. Además, la importancia de escuchar, permitir al paciente expresarse y la provisión del toque terapéutico son estrategias identificadas para proporcionar este cuidado<sup>18,20,21,22,25</sup>.

## 9. CONCLUSIONES

Las creencias espirituales en la curación o bienestar del paciente durante un proceso clínico, son de gran importancia para el paciente creyente. No sabemos hasta qué punto su fe y creencias contribuyen a su curación pero si se muestran como un recurso de valor para aumentar el bienestar durante esa etapa. Tal como señalan las teóricas de la enfermería Florence Nightingale, Jean Watson y Virginia Henderson, prestar atención a la necesidad de las creencias y valores contribuye a conectar con necesidades que pueden ser importantes para la recuperación y salud de las personas.

Ofrecer a las personas creyentes soporte espiritual en un proceso de enfermedad grave puede contribuir a aportar la seguridad, tranquilidad y confianza que tanta falta hace en esos momentos. Los miembros de la comunidad religiosa a la que pertenecen contribuyen al bienestar espiritual y son un recurso a tener en cuenta en la planificación del cuidado.

Incluir en la planificación de los cuidados la valoración de creencias y valores de las personas se muestra importante para que el paciente pueda alcanzar su estado



óptimo de bienestar y curación. Los estudios sobre la importancia de las creencias espirituales en el cuidado, pueden aportar a las enfermeras/os maneras de introducirlo y mejorar la práctica. Las enfermeras debemos asumir el compromiso de actualizarnos también en esa área para poder proporcionar un cuidado holístico y de calidad.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Nafría I. Lavanguardia: Interactivo creencias y prácticas religiosas en España. [Internet] 3 de abril de 2015. (citado el 20 de enero de 2018). Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/vangdata/20150402/54429637154/interactivo-creencias-y-practicas-religiosas-en-espana.html>
2. Observatorio del Laicismo. Datos sobre creencias o convicciones en España, Anuales. [Internet] 9 de Febrero de 2017. (citado el 20 de enero de 2018). Disponible en: <https://laicismo.org/2017/02/datos-sobre-creencias-o-convicciones-en-espana-anuales/46200/>
3. Protestante Digital. España, quinto país del mundo con mayor porcentaje de ateos. [Internet]. Madrid, 15 de abril de 2015. (citado el 20 de enero de 2018). Disponible en: [http://protestantedigital.com/espana/35889/espana\\_quinto\\_pais\\_del\\_mundo\\_con\\_mayor\\_porcentaje\\_de\\_ateos](http://protestantedigital.com/espana/35889/espana_quinto_pais_del_mundo_con_mayor_porcentaje_de_ateos)
4. Fundamento UNS. Biografía de Jean Watson. El cuidado. [Internet] 2012. (citado el 11 de octubre de 2017). Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.es/2012/06/jean-watson.html>
5. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Índex Enfermería*. [Internet] 2009 Marzo (citado el 29 de octubre del 2017); 18(1): 32-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007)
6. Allan Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización. *Enfermería en Costa Rica*. [Internet] 2011. (citado el 29 de octubre del 2017). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>
7. Fundación para el desarrollo de la enfermería. Necesidades básicas de Virginia Henderson. *Observatorio metodología enfermera*. [Internet] Madrid. (citado el 11 de octubre de 2017). Disponible en: [http://www.ome.es/04\\_01\\_desa.cfm?id=424](http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424)
8. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González Serna JM. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Índex Enfermería* [Internet]. 2014. (citado el 27 de septiembre de 2017); 23(3): 153-156. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es)



9. Cardillo DW. El papel de la espiritualidad en la enfermería. [Internet]. Medicina Alternativa (citado el 27 de septiembre de 2017). Disponible en: <https://lasaludi.info/el-papel-de-la-espiritualidad-en-enfermeria.html>
10. Galvis MA, Pérez B. Aladefe: revisión de la literatura sobre el concepto "Espiritualidad" aplicado a la práctica de enfermería. [Internet]. Julio 2013 (citado el 2 de diciembre de 2017); 3(3). Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/82/>
11. Pembroke Neil F. J. Relig Health: Appropriate spiritual care by Physicians: A theological Perspective. Australia, Junio 2008; 47: 549-559.
12. Speck P., Higginson I., Addington/Hall J. Spiritual needs in health care, May be distinct from religious ones and are integral to palliative care. UK, *BMJ* 2004; 329: 123–124.
13. Reina-Valera. La Biblia: libro de Hebreos, capítulo 11 versículo 1. Sociedad Bíblica de España, 1960.
14. Biography. Florence Nightingale Biography. [Internet] 28 de Abril de 2017. (citado el 4 de Diciembre de 2017). Disponible en: <https://www.biography.com/people/florence-nightingale-9423539>
15. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN: capítulo 13 necesidad de vivir de acuerdo a los propios valores y creencias Ilustre colegio oficial de enfermería de Jaén. [Internet] 2010 (citado el 11 de octubre de 2017); 154-163. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
16. Urra EM, Jana AA, García MV. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería XVII. [Internet]. Ciencia y Enfermería XVII Chile, 2011 (citado el 11 de octubre de 2017); 3: 11-22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
17. Hodges RD, Scofield AM. Journal of the Royal Society of Medicine: Is spiritual healing a valid and effective therapy? Inglaterra, 1995; 88: 203-207.
18. Minton ME, Isaacson MJ, Varilek BM, Stadick JL, O'Connell-Persaud S. Journal of Clinical Nursing: A willingness to go there; Nurses and Spiritual Care. USA 2017. *J Clin Nurs*. 2018; 27: 173-181. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13867>
19. Neely D., Minford E. Teaching and Learning: Faith: spiritual history-taking made easy. UK, *The Clinical Teacher* 2009; 6: 181-185.
20. Sinclair S, McConnell S, Raffin Bouchal S, et al. Patient and healthcare perspectives on the importance and efficacy of addressing spiritual issues within an interdisciplinary bone marrow transplant clinic: a qualitative study. *BMJ Open* 2015; 5:e009392.doi:10.1136/bmjopen-2015-009392.



21. Ellington L, Billiteri J, Rablin M, F. Calyton M. *Seminars in Oncology Nursing: Spiritual Care Communication in Cancer Patients*. Elsevier, USA 2017; 33(5): 517-525.
22. Sinclair S, Raffin Bouchal S, Chochinov H, Hagen N, MecClement S. *Spiritual Care: how to do it*. *BMJ Supportive & Palliative Care*, Canada, 2012; 2: 319-327 doi:10.1136/bmjspcare-2011-000191.
23. Bekelman D et al. *Spiritual Well-Being and Depression in Patients with Heart Failure*. *Society of General Internal Medicine Washington* 2007; 22: 470–477. doi: 10.1007/s11606-006-0044-9.
24. Delgado-Guay MO et al. *Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain Among Caregivers of Patients With Advanced Cancer*. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, USA, 2012; 30(5): 455-461. doi: 10.1177/1049909112458030.
25. Kim Kyounghae et al. *Critical Care Nurses' Perceptions of and Experiences With Chaplains*. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2017; 19(1): 41-48.
26. Morillo Martín MS, Galán González JM, Llanos Peña F. *Actitudes de las Enfermeras ante los Cuidados Espirituales y Religiosos en un Hospital General*. *Índex Enfermeria (Gran)* 2017; 26(3): 152-156.
27. Winterkorn Dezorzi L, Oliveira Crossetti MG. *La espiritualidad en el cuidado de si para profesionales de enfermería en terapia intensiva*. *Rev. Latino-am Enfermagem* marzo-abril, Brasil, 2008; 16(2). Disponible en: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
28. Oliveira Arrieira IC, Buss Thofern M, Rutz Porto A, Coelho Amestoy S, Habekost Cardoso D. *Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos*. *Av. Enferm, Brasil* 2016; 34(2): 137-147. doi: 10.15446/av.enferm.v34n2.38144.
29. *Actualización en Enfermería. Taxonomía NANDA: sufrimiento espiritual*. [Internet]. NANDA, NOC, NIC, metodología enfermera. (citado el 21 de mayo de 2018). Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/nanda-taxonomia-etiquetas/#sufre-espíritu>
30. *La hermenéutica Gadamer*. [Internet]. 2016 (citado el 9 de Diciembre de 2017). Disponible en: <http://www.hiru.eus/filosofia/la-hermeneutica-gadamer>
31. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Capítulo 6: El trabajo con los datos. *Análisis de los datos en la investigación cualitativa*. [Internet]. Editorial Paidós, Barcelona 1987. (citado el 8 de Abril de 2018). Disponible en: <https://eugeniawagner.files.wordpress.com/2012/08/taylor-bogdan-intr-met-cuali-1.pdf>
32. RAE. *Definición de fe*. [Internet]. 2012 (citado el 17 de Abril de 2018). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=HhQFq5H|HhR0WJY>
33. Valderrama Rios OG, Valdivia Arce G. *Tecnología asistencial y el cuidado enfermero*. *Cuidado y Salud*, enero-junio 2014; 1(1).



34. Coyle J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship Between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37(6): 589-597.
35. Stoll RI. The essence of spirituality. *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*. Philadelphia: WB Saunders; 1989; 14-23.
36. O'Neill DP, Kenny EK. Spirituality and chronic illness. *Image* 1998; 30(1): 275-279.
37. Espeland K. Achieving spiritual wellness: using reflective questions. *Journal of Psychosocial Nursing* 1999; 37(7): 36-40.
38. Goddard NC. Spirituality as integrative energy: A philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22: 808-815.
39. Minner WD. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15: 811-821.
40. Veloza MG, Pérez BG. La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. [Internet]. Hallazgos, Colombia, 2009 (consultado el 1 de junio de 2018); 6(11): 151-162. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835199009.pdf>





## CREENCIAS RELIGIOSAS *VERSUS* CUIDADOS ESPIRITUALES

### ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DE TRES PERSONAS QUE HAN PADECIDO UNA ENFERMEDAD GRAVE

Patrick Vitale Dos Santos<sup>1</sup>, Sara Moreno Sánchez<sup>1</sup>, Maria Sagrario Acebedo-Urdiales<sup>1</sup>

#### Resumen

**Introducción:** Las creencias religiosas o de índole espiritual, en nuestra sociedad, se enmarcan en el plano personal y suelen desarrollarse en comunidad. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas en España, el 69.3% de la población es católica y solo el 10,3% es totalmente atea, sin embargo no hemos encontrado datos sobre las necesidades y demandas de los pacientes. En nuestra experiencia en las prácticas clínicas hemos visto que es el cura quien pasa por las habitaciones ofreciendo su servicio y que ocasionalmente desde enfermería se ofrece su servicio en situaciones de mucho sufrimiento difíciles de gestionar. Teóricas de la enfermería incluyen las creencias y valores de la persona como una necesidad y un derecho universal de las personas. En este trabajo nos preguntamos ¿las personas que han padecido una enfermedad grave y con creencias religiosas perciben que les han confortado? y ¿han recibido soporte de enfermería a este nivel? **Metodología:**

Se ha llevado a cabo un estudio exploratorio fenomenológico interpretativo de las experiencias vividas por 3 miembros de la Iglesia Bíblica de Tarragona, a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad. En el análisis de los datos se ha tenido como referencia el método de Taylor y Bogdan y la hermenéutica de Gadamer. Tras el análisis de los datos se han identificado las siguientes categorías: Creencias espirituales; relación con el proceso de curación y soporte y atención recibida.

**Resultados:** Las creencias espirituales de los participantes ayudaron a su bienestar durante el proceso de la enfermedad. Para los tres participantes su fe les ayudó a curarse y a afrontar la situación. El recurso más utilizado fue la oración y el apoyo espiritual de otros miembros de la iglesia. Los participantes refieren no haber recibido soporte espiritual por parte de los profesionales de salud y uno de ellos dice haber sido juzgado por su creencia. **Conclusiones:** La espiritualidad puede ayudar en el bienestar del paciente creyente durante su proceso de enfermedad. La fe religiosa puede ser percibida por los pacientes creyentes como un recurso para la curación. Incluir en la valoración enfermera las necesidades, creencias y valores de los pacientes puede contribuir a mejorar su bienestar y curación.

**Palabras clave:** creencias espirituales, espiritualidad, necesidad de creencias y valores, bienestar, apoyo espiritual, enfermería.

<sup>1</sup>Facultad de Enfermería, URV, Tarragona, España.

Correspondencia: Universidad Rovira y Virgili. Avenida de Catalunya, 35. Tarragona, España.  
[patrickvitale.dossantos@estudiants.urv.cat](mailto:patrickvitale.dossantos@estudiants.urv.cat)

[sara.morenos@estudiants.urv.cat](mailto:sara.morenos@estudiants.urv.cat)

Phd. Profesora FI-URV. Tarragona

## Abstract

**Introduction:** The religious beliefs or spiritual sort, in our society, is framed in the personal area and developed in the community. According to “Centro de Investigaciones Sociológicas en España” the 69.3% of the population are catholic and only 10.3% are totaly atheist, however, we have not found information about the needs and patients demands. With our experience in the clinical practices we have seen that the chaplain is the one who goes through the rooms giving his service and that very often, from nursing service, this service is given to difficult moments. Nursing theorists include the beliefs and values of the patient as a need and as a universal right. In this research we ask ourselves if the people who have suffered a serious disease, with their religious beliefs, noticed that it comforted them and if they have received support from nursing at this level. **Methods:** An exploratory phenomenological interpretative of the experiences lived by 3 participants from the community of Biblical Church in Tarragona was made through deep semi structural interviews. In the analysis of information picked up we used the Taylor and Bogdan methods and on the interpretation we used the Gadamer hermeneutic. After the analysis of the information it was identified the next categories: spiritual beliefs, the relation with the recovery process and the support and attention received. **Results:** The spiritual beliefs of the participants helped them on their wellbeing through their illness process. For the three participants their faith helped them to cope and face the situation. The resource most used was the pray and the support from the church members. The participants notice not receiving spiritual support from health professionals and one of them related to be judged about his beliefs. **Conclusion:** The spirituality can help on patient’s wellbeing through their illness process. The religious faith can be perceived for the participants as a resource to cope. Including the beliefs and values of patients into the nursing assessment can contribute to improve the wellbeing and the recovery.

**Key words:** spiritual beliefs, spirituality, beliefs and values necessity, wellbeing, spiritual support, nursing.

## Introducción

Las creencias religiosas o de índole espiritual, en nuestra sociedad, se enmarcan en el plano personal y/o se desarrollan en su comunidad. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas en España, el 69.3% de la población es católica, el 1.9% creyente de otra religión y solo el 10,3% es totalmente atea, sin embargo no hemos encontrado datos sobre las necesidades y demandas de los pacientes. Entre los creyentes, el 13.7% es practicante habitual. Cataluña<sup>2 3</sup> es la comunidad autónoma con más ateos en España (15.2%). Si nos centramos en las edades, el mayor número de ateos está situado entre 18 y 24 años, y en cuanto al número de religiosos practicantes se atribuye a los mayores de 65 años. A nivel mundial, la Agencia Servimedia declara que dos terceras partes de la población mundial (63%) se declaran creyentes. En nuestra experiencia en las prácticas clínicas hemos visto que es el cura quien pasa por las habitaciones ofreciendo su servicio y que ocasionalmente desde enfermería se ofrece su servicio en situaciones de mucho sufrimiento difíciles de gestionar.

Teóricas de la enfermería incluyen las creencias y valores de la persona como una necesidad y un derecho universal de las personas. Los cuidados según la teoría de Jean Watson<sup>4</sup>, debían “permitir y mantener el sistema de creencias profundas y

subjetivas del individuo, compatible con su libertad” y debido a la deshumanización y las nuevas tecnologías no se está llevando a cabo<sup>5 6 29</sup>. Se estima que es fundamental rescatar el aspecto humano y espiritual en la práctica clínica por parte de los profesionales de enfermería. Watson, además insiste en la importancia de “reconocer la influencia de los entornos internos... que incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo”.<sup>5 29</sup>

Virginia Henderson<sup>7</sup>, en su descripción de las necesidades humanas, nombra la “necesidad de vivir con los propios valores y creencias”. Esta descripción nos lleva a asumir lo importante que puede ser para un paciente el hecho de que su enfermera conozca sus hábitos en cuanto a creencias, valores y cultura por las repercusiones que puede tener para su bienestar, salud y recuperación. No hay que olvidar que las personas piensan, actúan y toman decisiones en función de sus pensamientos, valores y creencias<sup>7</sup>.

La elección de este tema para llevar a cabo el Trabajo de fin de grado, surge por varios motivos. El primero, es la posibilidad de que la fe influye al proceso enfermedad y/o curación de las personas creyentes. Otro motivo que lleva a plantear este tema ha sido comprobar, a través de experiencias en las prácticas y vivencias

personales, que los profesionales sanitarios no tienen integrada en su atención las creencias y valores de las personas en su cuidado lo que se puede estar ignorando los cuidados holísticos.

Somos conscientes que las propias creencias y valores de los profesionales pueden estar influyendo en asumir o no este cuidado<sup>9,10</sup> y que los profesionales pueden necesitar estar alerta frente a creencias y valores de los pacientes que en un determinado momento pueden suponer un riesgo para afrontar de forma activa su recuperación. Estos aspectos en este trabajo solo se estudiarán desde el punto de vista del paciente, dejando para posteriores estudios la visión enfermera. Teniendo en cuenta que los cuidados holísticos son importantes para el bienestar y salud de los pacientes y a partir de las ideas anteriores, nos preguntamos si ¿las personas con creencias religiosas perciben que sus creencias influyen en su proceso de curación? y ¿las enfermeras lo tienen en cuenta a la hora de valorar las necesidades de los pacientes?

### **Metodología**

En primer lugar se ha realizado una recerca bibliográfica sobre cómo influye la fe y las creencias espirituales en el bienestar de la persona durante un proceso clínico. La recerca es de carácter descriptiva, y nos ha permitido atender al objetivo de conocer y

describir las necesidades espirituales, su relación con la salud y bienestar así como fundamentar su importancia en el cuidado enfermero.

El estudio<sup>8</sup> sobre como las creencias de las personas pueden ayudar tanto a la recuperación o mejora de un proceso de enfermedad como a la aceptación y valoración positiva de éste y algunos estudios<sup>9</sup> que proporcionan herramientas para poder aportar un cuidado integral a los pacientes, incluyendo sus necesidades espirituales y culturales, han sido de gran utilidad para el análisis del estudio exploratorio sobre las vivencias de tres pacientes.

En segundo lugar se ha realizado un estudio exploratorio fenomenológico interpretativo sobre la experiencia vivida de tres personas de la comunidad de la Iglesia Bíblica de Tarragona que han estado ingresadas por una enfermedad considerada grave (Cáncer, Leucemia, IAM, Ictus, etc).

Para la recogida de información se ha pedido la colaboración de 3 personas pertenecientes a la Iglesia Bíblica de Tarragona. Se han realizado 3 entrevistas semiestructuradas y dialogadas con una guía de preguntas abiertas. En la elaboración de las preguntas se ha tenido como referencia el cuestionario Faith y el protocolo FICA (Faith, Importance, Community and Address).



En la búsqueda de los participantes, se ha necesitado un portero que ha sido el pastor de la Iglesia Bíblica de Tarragona. El muestreo ha sido por avalancha o bola de nieve, donde a partir del primer informante han salido los otros dos. Todos los participantes han firmado un consentimiento informado sobre la protección de datos.

Se trata de dos hombres y una mujer que han estado ingresados por una enfermedad grave, considerando como grave una intervención quirúrgica mayor, algún proceso oncológico, un infarto de miocardio, infección, etc.

Como criterios de inclusión, se ha pedido que los informantes de la Iglesia Bíblica de Tarragona sean mayores de 18 años y que hayan estado ingresados en el hospital durante una semana aproximadamente (tiempo que consideramos razonable para entablar una relación paciente-enfermera).

Para el análisis e interpretación de los datos se ha tenido en cuenta la hermenéutica de Gadamer. Éste ha desarrollado una teoría hermenéutica en la cual la historia y la tradición desempeñan un papel clave para captar el verdadero sentido de la comprensión.

Según el autor<sup>30</sup> la hermenéutica es una tarea encaminada a desvelar los misterios de la comprensión de un sentido

compartido inmerso en el diálogo, los textos y la historia.

El diálogo en sentido Gadameriano tiene una estructura precisa que es el juego de la pregunta y la respuesta.

Para el análisis se han transcrito los textos y tras la lectura y relectura se han analizado los datos significativos sin perder de vista el todo del discurso del participante. Tras la comprensión e interpretación de los datos se ha recurrido a la identificación de categorías y subcategorías<sup>31</sup>. En el siguiente cuadro se señalan y definen las categorías y subcategorías identificadas (cuadro 1).

Se ha presentado a los informantes la idea de trabajo y se ha elaborado un consentimiento informado (anexo 2) para cada uno de ellos. El objetivo ha sido darles a conocer la finalidad de las entrevistas realizadas posteriormente, los objetivos del trabajo y la confidencialidad de éste. Además, mediante el consentimiento informado, se especifica la posibilidad de abandonar el trabajo en cualquier momento de la investigación con total libertad. Además en todo momento se ha mantenido el anonimato de los participantes, nombrándolos así por P1, P2 y P3.

## **Resultados**

### **Creencias espirituales**

Los participantes reflejan en sus relatos que la integración de las creencias



espirituales en sus vidas son las que les hicieron seguir adelante y afrontar la enfermedad con esperanza y paz interior. Dos de los participantes ya tenían una fe arraigada en ese momento pero la fe en *Dios* de la tercera participante surge durante su enfermedad. A continuación se describe el tipo de creencia espiritual de cada participante, su historia de vida y su

percepción sobre la enfermedad y la muerte para poder explicar mejor la situación de cada uno y sus creencias.

Los tres participantes entrevistados coinciden en cuanto al tipo de creencia ya que son miembros de la Iglesia Bíblica de Tarragona.

Cuadro 1

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
<b>Creencias espirituales</b> <b>Integración de las creencias espirituales de los participantes a través de su historia de vida.</b>	Presentación de los participantes Percepción de la enfermedad y la muerte
<b>Efectividad en el proceso de curación</b> <b>Como relacionan los participantes el resultado de su mejora con su fe.</b>	Afrontamiento de la enfermedad Herramientas usadas para el afrontamiento
<b>Soporte y atención recibida</b> <b>Focalización de los cuidados en cuanto a soporte espiritual. Los pacientes plantean la inhibición por parte de los profesionales de esta necesidad.</b>	Apoyo espiritual Juicio de valores

### Vivencia de los participantes

Se realiza una recopilación de datos sobre la historia de vida de cada uno de los participantes para poder analizar sus creencias y valores y así entender cómo afrontan la enfermedad. Además, se revela el motivo por el cual fueron ingresados y por cuánto tiempo.

**P1:** Varón de 41 años, ingresado más o menos 20 días en el hospital por una artritis reumatoide cuando tenía aproximadamente unos 20 años.

El participante explica los síntomas durante ese proceso clínico y su diagnóstico.



*“...estaba un día caminando y me hice daño en la rodilla trabajando y me quedé bloqueado, no podía caminar... después fue la otra rodilla, luego los tobillos y después la afectación fue en todo el cuerpo...No dormía o dormía mal y empecé a encontrarme mal... mis defensas empezaron a caer durante unos seis meses...empezaron a bajar, bajar, bajar, hasta el punto que tenía fiebre constante de 37’5°C...Pensaron que era tuberculoso, me hicieron la prueba del SIDA, hicieron pruebas de todo...al final tenía una infección en la sangre que ellos la tradujeron como una artritis severa en todas las articulaciones” (P1)*

Refiere que todo lo que pasó entonces fue porque Dios permitió que llegara a esos límites y luego lo ayudó a salir dejándole así una enseñanza.

*“La vida nos lleva a unos límites y el Señor permite esas pruebas, pero Él mismo dice que nos da la fuerza y la fórmula para poder salir, nos da la llave...el Señor me enseñó realmente... he visto lo que es pasar por momentos de mucha dificultad pero el Señor en todo momento me ha dado la tranquilidad y la seguridad de que aquello era una etapa que se tenía que pasar, tenía que aprender mediante aquella etapa” (P1)*

Sus amigos pensaron que todo lo que le ocurría venía dado por sus creencias, no las entendían y se alejaron mutuamente.

*“De hecho, en aquellos tiempos les expliqué y me quedé sin amigos porque ellos no entendían mi situación, se pensaban que todo era culpa de que yo creyera y por eso me estaba pasando todo aquello. Mis amigos pensaron que me había metido en un lio espiritual que desconocían y que todo aquello era un lio que no entendían...en cierta manera yo también rompí la relación por mis creencias espirituales, pero en aquel momento el Señor para mí era más importante.” (P1)*

Cree que el cambio en el modo en el que vive su fe, contribuyó al alejamiento de las personas de su entorno. Al declararse evangélico, se quedó prácticamente solo, pues su novia lo dejó, su padre y sus hermanos se alejaron y la única que aguardó a su lado fue su madre.

*“Y claro, cuando llegué al hospital ya no creían en mí, estaba completamente solo, mi novia me había dejado... Sólo tenía a mi madre, porque mi padre tampoco estaba conmigo y mi hermano vivía en EEUU...y me habló por teléfono y me dijo: este tío está loco, te están comiendo el coco.” (P1)*



Los médicos no daban con lo que producía sus fuertes dolores y le propusieron ir probando líneas de tratamiento hasta dar con un diagnóstico claro, propuestas que él rechazaba por no creer en el médico. Estaba convencido de que la fe y confianza en su sanación le llevarían a curarse con la ayuda de Dios.

*“Me querían hacer operaciones para probarme...me querían hacer biopsias y operarme de las rodillas para sacarme yo que sé...no, tu no me piensas hacer nada hasta que sepas lo que me tienes que hacer...yo iba al médico y el médico iba más perdido que nosotros, teníamos más información nosotros que él. Al médico no le importaba qué nivel de vida llevaba...ellos no curan, ellos previenen, frenan, intentan que aquello, pero no curan, es un negocio...entonces el médico vino y me preguntó por qué motivo yo no me quería someter a los protocolos que ellos creían que...Creo que estoy sano, creo que estoy curado de la...el tío alucinaba, yo le decía que estaba perfectamente bien, tengo este proceso que está pasando, pero acabará....acabará tranquilo” (P1)*

Después de unos días ingresado, los médicos le diagnosticaron una artritis reumatoide crónica, una enfermedad incurable y para toda la vida. Lo citaban semanalmente a las

consultas para extraerle líquido de las rodillas y los codos y así aliviar su dolor, pero le producía mucha angustia. Recurrió a hierbas naturales que le aconsejó una vecina, y poco a poco la inflamación comenzó a cesar sin necesidad de medicación. El paciente señala que los médicos no encontraron el motivo de su recuperación y se asombraron de que todo cesara solamente con la terapia natural alternativa y unas pastillas (Arava) que eran de por vida.

*“yo tenía una vecina que era quiropráctica dentro del mundo naturista y bueno...yo hacía unos tratamientos con ella con hierbas naturales que yo iba a buscar especialmente y que mi vecina me hacía como unos purés...unos vendajes. A través de la piel, de la dermis...me sacaban el líquido sinovial...yo iba vendado todos los días.” (P1)*

Poco a poco y a la vista de su exitosa recuperación las consultas fueron postergando hasta que al cabo de un año y medio se suspendieron por su completa curación. Las analíticas se fueron equilibrando y hasta el día de hoy no le ha vuelto a ocurrir.

*“estas plantas yo me las ponía cada día y me absorbían aquel líquido y cuando llegaba a las visitas cada semana, no me podían hacer las extracciones. El*



*médico me decía: otras tienes esto rojo, no tienes líquido y parece que etsá mejor. Yo cada semana conseguía que no me pinchase y así fui pasando meses y semanas y semanas hasta que al final hubo un momento en el que se paró, la analítica se equilibró.” (P1)*

**P2:** Mujer 52 años ingresada dos meses y medio en el hospital por una leucemia mieloide.

La participante antes de su enfermedad no tenía ninguna creencia religiosa, y desconfiaba de las creencias de su marido.

*“yo no creía en la palabra de Dios ni en las cosas que decía mi marido. Me sentaba mal que él fuera a la iglesia y eso hacía que mi marido fuese por un lado y yo por el otro. Pero justo en ese momento yo no creía.” (P2)*

Tras el ingreso hospitalario se le diagnosticó de leucemia y un tumor cerebral con mal pronóstico, ya que los propios doctores no se atrevían a tocar por temor a que estallara y le provocara la muerte o quedara en mal estado. La participante describe que su marido le contó que mientras estuvo inconsciente, un grupo de mujeres de la iglesia a la que acudía su marido fueron a orar por ella. Le cogían la mano y le pedían a Dios que la sanara sin conocerla de nada. Tras varios días recuperó la conciencia sin tener memoria de nada,

no conocía a nadie ni siquiera a su hijo. Con la ayuda de la familia y los profesionales, tuvo que aprender de nuevo a hablar, leer, escribir, etc. A medida que fue mejorando y por lo que le cuenta su marido, dice darse cuenta de la ayuda recibida por parte de los miembros de la iglesia y esto le hace replantearse sus creencias y vivir su recuperación como un milagro.

*“fue entonces cuando Dios me habló por medio de la enfermedad. Tuve ese acercamiento con Dios en el hospital cuando las hermanas de la iglesia venían a visitarme aún estando inconsciente...Todo empezó de cero, fue como nacer de nuevo, porque me tenían que poner todas las vacunas desde cero, a hablar, etc.” (P2)*

Desde esta experiencia dice que sus creencias han cambiado no en relación a las religiones sino a su relación con Dios a quien reconoce como un guía con quien habla y por quien se siente acompañada.

*“No me gusta seguir una religión en concreto, sino seguir los pasos que Dios nos dice...A veces estoy sola y cualquiera pensaría que estoy loca hablando sola, pero yo sé que Dios me oye y está conmigo y no me abandona” (P2)*

**P3:** Varón de 46 años ingresado tres semanas en el hospital por un



feocromocitoma hace aproximadamente dos años.

El participante es miembro de la Iglesia Bíblica de Tarragona y ya lo era cuando enfermó. La experiencia vivida dice haber confirmado su fe.

Ingresa en urgencias por hipertensión (280/230 mmHg). Tras diferentes pruebas es diagnosticado de feocromocitoma, un tumor en las glándulas suprarrenales. Según relata, la situación era de tal gravedad que era incompatible con la vida.

*“Por palabras de la endocrina, tenía una dosis de adrenalina como tres o cuatro veces por encima de la dosis mortal y no entendían como podía estar vivo...la doctora le dijo: mira, según las analíticas tienes que estar tres o cuatro veces muerto...tienes un tumor enorme...”* (P3)

Antes del diagnóstico, el participante relata que era una persona vital, llena de energía a todas horas y creía que todo el mundo a su alrededor iba a un ritmo lento. Además, apenas necesitaba dormir para despertar energético y nunca se sintió cansado ni con dolor. Señala que mantener ese ritmo, era consecuencia de las elevadas concentraciones de adrenalina con las que su cuerpo tenía que lidiar. Para compensar, su organismo necesitaba beber alrededor de 10 litros de agua

diarios para poder expulsar por la orina los excesos hormonales.

*“Yo nunca había experimentado una sensación de dolor ni de cansancio, todas esas cosas no sabía lo que eran. Para mí todos iban lentos, al conducir por ejemplo, mientras otros tardaban en reaccionar yo ya había reaccionado cinco o seis veces... una agilidad mental desproporcionada.”* (P3)

Explica su intervención como un reto para los profesionales debido al riesgo de muerte ante la posibilidad de una subida importante de la adrenalina liberada por el tumor. Durante la intervención sufrió varias paradas cardíacas con sus consecuentes reanimaciones y una diálisis de urgencia.

*“se reventó la bola de adrenalina.....entré en parada cardíaca....no me podrían reanimar porque todo el cuerpo estaba contaminado de adrenalina....con las placas no te pueden reanimar...te tienen que vaciar la sangre...ponerte sangre nueva... y todo esto corriendo....te meten sangre nueva y PAM....te meten las placas...”* (P3)

Finalmente, y tras múltiples reanimaciones consiguió salvar su vida y afirma que todo fue gracias a Dios, pues los propios médicos ateos le



dijeron con otras palabras que había sido un milagro.

*“el médico me dijo: no es normal que hayas sobrevivido....Da muchas gracias a Dios que tienes enchufe...digo hombre...menos mal que alguien lo reconoce....entonces digo, ¿usted no cree en Dios no? dice no, no... y yo digo pues yo si... y me dice pues ya debes tener enchufe ya...dice: da gracias a Dios.... por lo que sea ha querido que sobrevivas y aquí estás...”*  
(P3)

### **Percepción de la enfermedad y la muerte**

Los tres participantes identifican la enfermedad como algo biológico, que está ahí, que puede tocar a cualquiera y nadie está exento de ella. P2 y P3 hablan de la enfermedad como algo que está en manos de Dios o que les ha permitido contactar con su existencia.

*“No sé realmente de dónde viene pero la enfermedad está ahí. Pero tenemos a Nuestro Salvador y si confiamos en Él, no pasa nada, bien podemos morirnos o que nos deje con vida como ha hecho en mi caso.”* (P2)

*“...pero la enfermedad te llega...¿para qué?...bueno, Dios sabe para qué...hay quien la enfermedad le cierra y le empuja a verse con Dios*

*cara a cara...hay quien le empuja en la economía....hay quien le empuja una situación personal...a cada uno sabe cómo empujarlo a verse con Él...”* (P3)

Los participantes también coinciden en su opinión sobre la muerte; no sienten ningún temor porque la idea de Dios parece que les tranquiliza y les da un sentido de paz y de aceptación de su situación de vida o de la posibilidad de morir. Los tres basan su fe en encontrarse con Dios en el reino de los cielos y eso les lleva a vivir una vida en paz y sin miedo al qué vendrá o a lo que les pueda pasar.

*“Yo vivo día a día y puede que muera al día siguiente, pero no tengo miedo porque sé que Dios está conmigo y con mi familia. Yo sé que Él está ahí”* (P2)

*“Ya cuando ya me lo pusieron así tan grave y tan tal no....la verdad es que no sentí miedo.... No sé si era por la adrenalina pero yo no sentía ni miedo ni nada..... entonces ya era una conversación de tú a tú con el Señor, decía bueno Señor tú sabrás lo que va a pasar yo no lo sé... si me tengo que ir contigo te tienes que hacer cargo de mi familia...si me tengo que quedar aquí por lo menos que quede bien (jajaja)...era como hablar con un amigo...y bueno... la verdad es que viví la situación con una enorme paz....a lo*



*mejor hasta demasiada ... Bueno hasta yo mismo me he sorprendido porque yo mismo podía haberme preocupado y tal...” (P3)*

### **Efectividad en el proceso de curación**

Los participantes relatan cómo afrontaron la enfermedad a través de la fe, las herramientas que usaron o cómo les ayudó su creencia espiritual para superar esa etapa

P1 explica que el hecho de tener fe le ayudó a superar la enfermedad. También cuenta la paz y la tranquilidad sentida y el aprendizaje y reevaluación positiva de la experiencia. Se reitera en que sus secuelas están ahí únicamente para que cada día recuerde el milagro que Dios obró en su vida. El entrevistado asegura es que si uno cree, lucha y está rodeado de buenas noticias, su vida mejorará.

*“no sé, cada uno cree en lo que cree, pero mi fe en este caso es cien por cien. Conmigo, el Señor me enseñó realmente...he visto que es pasar por momentos de mucha dificultad pero el Señor en todo momento me ha dado la tranquilidad y la seguridad de que aquello era una etapa que se tenía que pasar y tenía que aprender de ella...tengo el pie un poco tocado, algunas partes tocadas pero creo que el*

*Señor me las dejó para que me acordara de lo que Él ha hecho, y yo me acuerdo cada día sinceramente...si creemos en todo eso y vemos y luchamos y nos empapamos de buenas noticias, de estas cosas buenas, todo eso ayuda a que la vida empiece a funcionar.” (P1)*

En el caso de P2, su marido era quien le transmitía la tranquilidad y la esperanza de que todo saldría bien y que se curaría en aquellos difíciles momentos, y así fue. Relata que la fe en Dios le permite aceptar los problemas y los sentimientos negativos y así puede ver el futuro con optimismo en relación a poder conseguir los objetivos que se proponga. También cuenta que ahora es ella la que vive confiada y que lo deja todo en manos de Dios ante las preocupaciones de su marido.

*“Mi marido me decía que estuviese tranquila, que me iba a curar y que todo iba a salir bien...entonces sentí que Dios me decía: tu vida es así, vienen problemas y pensamientos de que no vas a salir adelante, pero si tú persistes en Mí, vas a alcanzar lo que tú quieres...Incluso a veces mi marido me dice algo preocupado y yo le respondo: déjelo en manos de Dios, Él sabrá por qué hace las cosas” (P2)*

P3, refiere que vivió la situación con paz, desde el primer momento y que



no sintió miedo y que incluso él mismo se sorprendió al no sentir ningún tipo de preocupación. Habla de la aceptación y la confianza para ponerse en manos de Dios y asumir lo que sucediera.

*“Él tenía el control...por lo tanto...yo lo he vivido en mis carnes...de lo que es decir yo confío en ti ¿sí?, yo tengo fe...para otras cosas a lo mejor no pero para esta situación yo tengo fe, yo confío en ti plenamente y dejo todas mis cargas en ti...tu harás lo que tú decidas y para donde tengamos que ir yo digo: amén...y así ha sido” (P3)*

Éste, coincide con P1, ya que ambos afirman que Dios pone una marca en las personas para que siempre se acuerden de Él y no olviden lo que ha pasado.

*“Yo no puedo dudar, cada uno tiene una marca de una manera o una experiencia distinta...yo ya confiaba plenamente en Dios pero esto es una marca más...para cambiar el rumbo de mi vida” (P3)*

Entre los recursos utilizados para afrontar el proceso clínico, el principal y al que los tres participantes recurren es la oración. La describen como una forma directa de hablar con Dios, una conversación de padre a hijo, de tú a tú, en plena confianza. Recurren a hablar con Dios en un dialogo sencillo, como si estuvieran conversando con un

amigo. Esta relación de confianza y seguridad se muestra liberadora del sufrimiento y del temor. No solo nombran la importancia de las oraciones íntimas o personales sino que también dan relevancia a las oraciones que otras personas realizaron por ellos mientras duró su enfermedad.

*“fue una conversación como amigo...como de tú a tú ¿no?... y bueno como un diálogo súper fluido...no era muy místico sino que yo le hablaba de tú a tú y le decía esto y le decía lo otro.....Bueno a mí me ayudó mucho...y esa fase de ansiedad, de pasarlo mal, de preocupación...de verdad...es que no lo pasé en ningún momento...” (P3)*

“Todos oraban por mí, y eso fue lo que me ayudó” (P2)

### **Soporte y atención recibida**

El soporte espiritual que recibieron los entrevistados por parte de familiares, amigos o hermanos de la iglesia, es señalado por los participantes como beneficioso en su proceso de curación. En cuanto a los profesionales de la salud durante su ingreso, los participantes refieren que al atenderlos, en ningún momento se interesaron por sus creencias espirituales o por si necesitaban algún tipo de soporte de ese tipo. Tampoco hubo demanda por su



parte y señalan que no eran conscientes de que les pudieran ofrecer ayuda espiritual porque nadie les informó.

*“Bueno...también era totalmente desconocedor de que yo podía demandar eso si...porque nadie me ofreció ni nadie se dirigió a mí.” (P3)*

Mientras se lleva a cabo la entrevista a P2, su marido asegura haber ayunado para que Dios hiciera un milagro en la vida de su mujer, y dice que así sucedió.

*“Ese día aprendí de la importancia de la oración y el ayuno. Por eso cuando mi esposa enfermó, yo le ofrecí a Dios 40 días de ayuno completo, pero mi cuerpo no resistía y decidí comer solo un poquito por las noches. Y así lo hice y ella finalmente fue sanada, ante la mirada atónita de los médicos, los mismos que dijeron que no saldría adelante. Cuando pasó el tiempo sentí la necesidad de volverlo a hacer, pero esta vez no era para pedirle nada a Dios, sino para agradecerle por lo que había hecho”. (marido P2)*

P2 y P3 recalcan una y otra vez la importancia de las oraciones de los otros miembros de la comunidad de su iglesia y cuanto apoyo les hicieron llegar. Se muestran agradecidos y remarcan el carácter altruista de la ayuda recibida. Señalan también que

dichas oraciones aumentaban el sentido de pertenencia a una comunidad y la percepción de no estar solo.

*“Yo a quién tengo una gran gratitud es a la tía de nuestro pastor, ella venía a orar por mí, sin conocerme de nada” (P2)*

*“Yo me sentí muy arropado...venía toda la iglesia...venía mi familia, vamos que nunca me he sentido solo, ni estando solo yo ni acompañado...” (P3)*

P1 refiere que anheló las visitas y las oraciones de personas creyentes y su apoyo espiritual.

*“hubiera estado agradecido de tener a la iglesia a mi lado, hubiera agradecido de que hubieran venido a verme gente cristiana...sí, porque en aquel momento yo estuve completamente solo...” (P1)*

P2, es la única participante que cuenta que cuando estuvo ingresada, el cura del hospital casi a diario paraba en su habitación, rezaba por ella y le dedicaba unas palabras de aliento. Reconoce, que a pesar de considerarse atea en aquel momento, las palabras de aquel hombre la ayudaron.

*“el cura del hospital pasaba a verme por las mañanas, rezaba por mí y nos hicimos amigos (jajaja). Cada vez que venía me decía: que te mejores hija, entre bromas y chistes...y eso me ayudaba a seguir...yo en ese momento*



*no creía en nada. Al principio le decía al cura que mi marido era evangélico y me dijo que conocía a su pastor y que era muy buena persona, es decir, que fue muy cordial” (P2)*

Al hablar de juicio de valores, se hace referencia a las opiniones que tienen los profesionales de la salud respecto a las creencias espirituales de los pacientes. Los tres participantes coinciden de nuevo en que ningún profesional les preguntó sobre sus creencias espirituales. Es más, P1 narra cómo algunos profesionales llegaron a tratarlo de “loco” por el hecho de tener una fe ciega. En dos de los casos los médicos dijeron que no había salida y en el tercero ni siquiera sabían cómo comenzar a tratar los síntomas, pero todos ellos al ver la perseverante fe de los participantes y su curación.

*“las visitas pasaron a un mes, a tres meses, a seis meses hasta que al final en la última visita me dijo.... no entiendo cómo te has podido curar....porque no entiendo nada....entonces el médico vino y me preguntó por qué motivo yo no me quería someter a los protocolos que ellos creían que...creo que estoy sano, creo que estoy curado...el médico alucinaba...yo estoy perfectamente bien, tengo este proceso que está pasando pero acabará...acabará tranquilo...” (P1)*

P2 explica que el sacerdote pasaba a verla pero señala que éste no iba a su habitación porque ella hubiera pedido su soporte pues reconoce que nadie se lo ofreció.

*“Ofrecerme no me ofrecieron nada pero sí que es verdad que el cura del hospital pasaba a verme por las mañanas” (P2)*

### **Discusión**

Se ha observado que los tres participantes mantienen unas creencias y fe en un *Dios* que les aportan seguridad, confianza y aceptación de la situación. La única participante mujer, se consideraba atea antes de la enfermedad y tras su relato, se puede percibir que el soporte espiritual recibido, lo vive como un recurso que le proporciona paz y bienestar que le lleva a incorporarlo en su vida.

Al igual que afirma Levin<sup>23</sup>, el hecho de pertenecer a un grupo religioso o comunidad puede influenciar en la salud.

Varios autores<sup>11,17,20,21,23,25,28</sup> señalan que hay una evidencia científica sobre cómo la religión y la espiritualidad tienen un efecto beneficioso para la salud. De la misma manera que Benor concluye su investigación sugiriendo una significativa cifra de curación relacionada con las creencias, en este



trabajo los tres participantes relacionan su curación con su fe y confianza en Dios.

Respecto a la percepción sobre la enfermedad y la muerte, los tres entrevistados llegan a la misma creencia de que *Dios* les quería mostrar algo a través de ese proceso. Cuando se habla de que Dios quiere mostrar, se hace referencia a aumentar su fe, tener una relación más íntima con sus creencias, enmendar alguna cuenta pendiente, etc... Los tres casos, evidencian una diferencia considerable de lo que exponen los artículos<sup>10,20,27</sup>, dónde cuentan que en algún momento los pacientes han podido sentirse abandonados o castigados por Dios, traduciendo esos sentimientos en un sufrimiento espiritual<sup>24,29</sup>. Puede que la diferencia resida en el hecho de que los tres participantes de este trabajo se recuperaron con escasas secuelas de las enfermedades que describen y su evolución fue favorable en todos ellos, además de pertenecer a una comunidad cristiana que les sirvió de apoyo y refuerzo. Algunos autores<sup>10,20,27</sup> señalan que posiblemente el sufrimiento espiritual venga dado por la culpabilidad que decían sentir algunos pacientes por practicar la creencia que decían tener en *Dios* y no pertenecer a ninguna iglesia o comunidad.

Los participantes, muestran cómo vivieron su proceso de enfermedad con paz, tranquilidad, esperanza y fe, sentimientos y emociones que les ayudaron a superarlo. Al igual que expone en su artículo Ellington et al.<sup>21</sup>, la espiritualidad está asociada al bienestar, a una mejor calidad de vida y a un menor índice de depresión. Thoresen et. al.<sup>11</sup> corroboran esa información y añaden que las creencias espirituales ayudan a mejorar el sistema inmunitario, el cumplimiento del régimen terapéutico y el nivel de autoestima.

Respecto a los recursos utilizados para el afrontamiento del proceso clínico, los participantes coinciden en haberse valido de la oración como herramienta principal y en el caso del marido de P2, del ayuno como herramienta complementaria. Según evidencias empíricas encontradas, la actividad religiosa tiene un efecto beneficioso, pues disminuye el riesgo en la morbilidad y la mortalidad prematura. Harold y Koenig<sup>11</sup> declaran que existen resultados que sugieren que las creencias espirituales ayudan a que las personas se sanen y por consiguiente, afecta a sus resultados de salud. Benson<sup>11</sup> dice que el hecho de orar, produce una relajación en el cuerpo y



ayuda a tener paz interior, con lo cual, actuaría igual que una relajación mental donde disminuye el proceso metabólico, la tensión arterial y las pulsaciones del corazón.

Los participantes, al igual que los pacientes del estudio de Sinclair et. al.<sup>20</sup> y Bekelman et. al.<sup>23</sup> aseguran que el hecho de haber pasado por una enfermedad grave, ha tenido un impacto positivo en sus vidas y les ha ayudado a reafirmar su fe, a acercarse más a Dios y a estar agradecidos cada día.

El apoyo espiritual se ha mostrado muy importante en el proceso de enfermedad de los participantes. Dos ellos recibieron apoyo por parte de los miembros de la iglesia, y el tercero al no pertenecer a ninguna comunidad tuvo el apoyo moral de algún amigo y su madre. El hecho de tener al lado unas personas que estuvieran orando por ellos, los participantes lo vivieron como un apoyo y les ayudó. Además uno de los participantes comenta los beneficios que le aportó el hecho de que el sacerdote del hospital rezara por ella y le dedicara unos minutos.

Neely<sup>19</sup>, señala que realizar una valoración inicial de las necesidades por parte de enfermería (incluyendo creencias y valores), ayudaría a reconocer esas necesidades y proporcionar los recursos de los que se

disponga para dar apoyo en ese ámbito, teniendo en cuenta cómo influyen las creencias de los pacientes en sus decisiones médicas. También contribuiría a identificar la existencia de sufrimiento espiritual y la necesidad de recibir soporte espiritual, tal y como describe uno de los participantes.

Respecto a los juicios de valor y el soporte espiritual recibido por parte de los profesionales de salud, los participantes refieren no haber recibido soporte espiritual por parte de éstos. Además, uno de ellos señala como el que era su médico, juzgaba su creencia y lo trataba de “loco”. A pesar de que no haber recibido ese tipo de soporte, los tres participantes afirman que estuvieron bien atendidos en todo momento, describiendo a los profesionales como amables y cercanos. Esta carencia de soporte espiritual también está reflejada en los diferentes estudios consultados; los profesionales no suelen preguntar por las creencias de los pacientes lo que sugiere que infravaloran sus beneficios o que son de índole personal<sup>20</sup>.

Tal como se señala por teóricas de la enfermería<sup>14,15,16,18</sup>, las enfermeras deben proporcionar un cuidado holístico a los pacientes, esto incluye el aspecto físico, psicológico y espiritual. Sin



embargo, y a pesar de que el cuidado espiritual está creciendo día tras días<sup>19</sup>, Minton et. al.<sup>18</sup> plantea que éste cuidado no se está llevando a cabo y queda en segundo plano debido a que muchas enfermeras no se sienten preparadas para realizarlo. Según el Sinclair et. al.<sup>20</sup> los participantes afirman que uno de los más grande inhibidores del cuidado espiritual es el propio profesional, sin embargo el miedo de ofender a los pacientes hablando de este tema no es tan perjudicial como éstos se piensan. Algunos autores<sup>20,23,25</sup>, señalan la falta de educación sanitaria y entrenamiento como una de las razones más citadas para no proporcionar estos cuidados espirituales.

Lawrence<sup>11</sup> concluye destacando lo intrincada, sutil y compleja que resulta a veces, la relación entre la espiritualidad y la enfermedad del paciente. El autor en su artículo menciona que los cuidadores en el hospital, son conscientes de cuán difícil es trabajar efectiva y sensiblemente con los temas espirituales y religiosos que surgen. Valorar sus creencias, es una expresión de cuidado holístico hacia el paciente donde la enfermera le hace saber que muestra igual interés por los signos y síntomas de su enfermedad, que por sus necesidades espirituales.

Según Minton et. al.<sup>18</sup> y Sinclair et. al.<sup>20</sup>, las enfermeras determinan que la habilidad y el deseo de tener unas conversaciones significativas con el paciente, la disposición para hacerlo estando en el momento adecuado y teniendo una perspicacia adecuada, ayudan a proporcionar el cuidado espiritual. Además, la importancia de escuchar, permitir al paciente expresarse y la provisión del toque terapéutico son estrategias identificadas para proporcionar este cuidado<sup>18,20,21,22,25</sup>.

## Conclusiones

Las creencias espirituales en la curación o bienestar del paciente durante un proceso clínico, son de gran importancia para el paciente creyente. No sabemos hasta qué punto su fe y creencias contribuyen a su curación pero si se muestran como un recurso de valor para aumentar el bienestar durante esa etapa. Tal como señalan las teóricas de la enfermería Florence Nightingale, Jean Watson y Virginia Henderson, prestar atención a la necesidad de las creencias y valores contribuye a conectar con necesidades que pueden ser importantes para la recuperación y salud de las personas.

Ofrecer a las personas creyentes soporte espiritual en un proceso de enfermedad grave puede contribuir a

aportar la seguridad, tranquilidad y confianza que tanta falta hace en esos momentos. Los miembros de la comunidad religiosa a la que pertenecen contribuyen al bienestar espiritual y son un recurso a tener en cuenta en la planificación del cuidado.

Incluir en la planificación de los cuidados la valoración de creencias y valores de las personas se muestra importante para que el paciente pueda alcanzar su estado óptimo de bienestar y curación. Los estudios sobre la importancia de las creencias espirituales en el cuidado, pueden aportar a las enfermeras/os maneras de introducirlo y mejorar la práctica. Las enfermeras debemos asumir el compromiso de actualizarnos también en esa área para poder proporcionar un cuidado holístico y de calidad.

### **Bibliografía**

1. Nafría I. Lavanguardia: Interactivo creencias y prácticas religiosas en España. [Internet] 3 de abril de 2015. (citado el 20 de enero de 2018). Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/vangdata/20150402/54429637154/interactivo-creencias-y-practicas-religiosas-en-espana.html>
2. Observatorio del Laicismo. Datos sobre creencias o convicciones en España, Anuales. [Internet] 9 de Febrero de 2017. (citado el 20 de enero de 2018). Disponible en: <https://laicismo.org/2017/02/datos-sobre-creencias-o-convicciones-en-espana-anuales/46200/>
3. Protestante Digital. España, quinto país del mundo con mayor porcentaje de ateos. [Internet]. Madrid, 15 de abril de 2015. (citado el 20 de enero de 2018). Disponible en: [http://protestantedigital.com/espana/35889/espana\\_quinto\\_pais\\_del\\_mundo\\_con\\_mayor\\_porcentaje\\_de\\_ateos](http://protestantedigital.com/espana/35889/espana_quinto_pais_del_mundo_con_mayor_porcentaje_de_ateos)
4. Fundamento UNS. Biografía de Jean Watson. El cuidado. [Internet] 2012. (citado el 11 de octubre de 2017). Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.es/2012/06/jean-watson.html>
5. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Índex Enfermería*. [Internet] 2009 Marzo (citado el 29 de octubre del 2017); 18(1): 32-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007)
6. Allan Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización. *Enfermería en Costa Rica*. [Internet] 2011. (citado el



- 29 de octubre del 2017). Disponible en:  
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>
7. Fundación para el desarrollo de la enfermería. Necesidades básicas de Virginia Henderson. Observatorio metodología enfermera. [Internet] Madrid. (citado el 11 de octubre de 2017). Disponible en:  
[http://www.ome.es/04\\_01\\_desa.cfm?id=424](http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424)
8. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González Serna JM. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Índice Enfermería [Internet]. 2014. (citado el 27 de septiembre de 2017); 23(3): 153-156. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es)
9. Cardillo DW. El papel de la espiritualidad en la enfermería. [Internet]. Medicina Alternativa (citado el 27 de septiembre de 2017). Disponible en:  
<https://lasaludi.info/el-papel-de-la-espiritualidad-en-enfermeria.html>
10. Galvis MA, Pérez B. Aladefe: revisión de la literatura sobre el concepto “Espiritualidad” aplicado a la práctica de enfermería. [Internet]. Julio 2013 (citado el 2 de diciembre de 2017); 3(3). Disponible en:  
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
11. Pembroke Neil F. J. Relig Health: Appropriate spiritual care by Physicians: A theological Perspective. Australia, Junio 2008; 47: 549-559.
12. Speck P., Higginson I., Addington/Hall J. Spiritual needs in health care, May be distinct from religious ones and are integral to palliative care. UK, *BMJ* 2004; 329: 123–124.
13. Reina-Valera. La Biblia: libro de Hebreos, capítulo 11 versículo 1. Sociedad Bíblica de España, 1960.
14. Biography. Florence Nightingale Biography. [Internet] 28 de Abril de 2017. (citado el 4 de Diciembre de 2017). Disponible en:  
<https://www.biography.com/people/florence-nightingale-9423539>
15. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN: capítulo 13 necesidad de vivir de acuerdo a los propios valores y creencias Ilustre colegio oficial de enfermería de Jaén. [Internet] 2010 (citado el 11 de octubre de 2017); 154-163. Disponible en:  
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
16. Urra EM, Jana AA, García MV. Algunos aspectos esenciales del



pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería XVII*. [Internet]. *Ciencia y Enfermería XVII Chile*, 2011 (citado el 11 de octubre de 2017); 3: 11-22. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>

17. Hodges RD, Scofield AM. *Journal of the Royal Society of Medicine: Is spiritual healing a valid and effective therapy?* Inglaterra, 1995; 88: 203-207.

18. Minton ME, Isaacson MJ, Varilek BM, Stadick JL, O'Connell-Persaud S. *Journal of Clinical Nursing: A willingness to go there; Nurses and Spiritual Care*. USA 2017. *J Clin Nurs*. 2018; 27: 173-181. Disponible en:

<https://doi.org/10.1111/jocn.13867>

19. Neely D., Minford E. *Teaching and Learning: Faith: spiritual history-taking made easy*. UK, *The Clinical Teacher* 2009; 6: 181-185.

20. Sinclair S, McConnell S, Raffin Bouchal S, et al. *Patient and healthcare perspectives on the importance and efficacy of addressing spiritual issues within an interdisciplinary bone marrow transplant clinic: a qualitative study*. *BMJ Open* 2015;

5:e009392. doi:10.1136/bmjopen-2015-009392

21. Ellington L, Billiteri J, Rablin M, F. Calyton M. *Seminars in Oncology*

*Nursing: Spiritual Care Communication in Cancer Patients*. Elsevier, USA 2017; 33(5): 517-525.

22. Sinclair S, Raffin Bouchal S, Chochinov H, Hagen N, McClement S. *Spiritual Care: how to do it*. *BMJ Supportive & Palliative Care*, Canada, 2012; 2: 319-327 doi:10.1136/bmjspcare-2011-000191

23. Belkeman D et al. *Spiritual Well-Being and Depression in Patients with Heart Failure*. *Society of General Internal Medicine Washington* 2007; 22: 470-477. doi: 10.1007/s11606-006-0044-9

24. Delgado-Guay MO et al. *Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain Among Caregivers of Patients With Advanced Cancer*. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, USA, 2012; 30(5): 455-461. doi: 10.1177/1049909112458030

25. Kim Kyounghae et al. *Critical Care Nurses' Perceptions of and Experiences With Chaplains*. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2017; 19(1): 41-48.

26. Morillo Martín MS, Galán González JM, Llanos Peña F. *Actitudes de las Enfermeras ante los Cuidados Espirituales y Religiosos en un Hospital General*. *Índex Enfermermería (Gran)* 2017; 26(3): 152-156.

27. Winterkorn Dezorzi L, Oliveira Crossetti MG. *La espiritualidad en el*



cuidado de si para profesionales de enfermería en terapia intensiva. Rev. Latino-am Enfermagem marzo-abril, Brasil, 2008; 16(2). Disponible en:

[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

28. Oliveira Arrieira IC, Buss Thofern M, Rutz Porto A, Coelho Amestoy S, Habekost Cardoso D. Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos. Av. Enferm, Brasil 2016; 34(2): 137-147. doi:

10.15446/av.enferm.v34n2.38144

29. Actualización en Enfermería. Taxonomía NANDA: sufrimiento espiritual. [Internet]. NANDA, NOC, NIC, metodología enfermera. (citado el 21 de mayo de 2018). Disponible en:

<https://enfermeriaactual.com/nanda-taxonomia-etiquetas/#sufre-espiritu>

30. La hermenéutica Gadamer. [Internet]. 2016 (citado el 9 de Diciembre de 2017). Disponible en:

[http://www.hiru.eus/filosofia/la-](http://www.hiru.eus/filosofia/la-hermeneutica-gadamer)

[hermeneutica-gadamer](http://www.hiru.eus/filosofia/la-hermeneutica-gadamer)

31. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Capítulo 6: El trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa. [Internet]. Editorial Paidós, Barcelona 1987. (citado el 8 de Abril de 2018). Disponible en:

<https://eugeniawagner.files.wordpress.com/2012/08/taylor-bogdan-intr-met-cuali-1.pdf>

32. RAE. Definición de fe. [Internet]. 2012 (citado el 17 de Abril de 2018). Disponible en:

<http://dle.rae.es/?id=HhQFq5H|HhR0WJY>

33. Valderrama Rios OG, Valdivia Arce G. Tecnología asistencial y el cuidado enfermero. Cuidado y Salud, enero-junio 2014; 1(1).

34. Coyle J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship Between spirituality and health. Journal of Advanced Nursing 2002; 37(6): 589-597.

35. Stoll RI. The essence of spirituality. Spiritual Dimensions of Nursing Practice. Philadelphia: WB Saunders; 1989; 14-23.

36. O'Neill DP, Kenny EK. Spirituality and chronic illness. Image 1998; 30(1): 275-279.

37. Espeland K. Achieving spiritual wellness: using reflective questions. Journal of Psychosocial Nursing 1999; 37(7): 36-40.

38. Goddard NC. Spirituality as integrative energy: A philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. Journal of Advanced Nursing 1995; 22: 808-815.



39. Minner WD. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15: 811-821.

40. Veloza MG, Pérez BG. La espiritualidad: componente del cuidado

de enfermería. [Internet]. Hallazgos, Colombia, 2009 (consultado el 1 de junio de 2018); 6(11): 151-162. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835199009.pdf>

## NORMAS DE LA REVISTA ÍNDEX DE ENFERMERÍA

### Tipos de artículos

**Index de Enfermería** considerará para su publicación en sus secciones especiales aquellos trabajos relacionados directamente con la Enfermería y con la Investigación en Cuidados de Salud que no hayan sido publicados total o parcialmente en otros medios y se encuadren en las siguientes secciones:

**Originales.** Trabajos de investigación sobre cuidados de la salud en sus vertientes clínico-asistencial, metodológica, histórica, sociológica o antropológica.

**Teorizaciones.** Artículos orientados a fomentar el pensamiento crítico y la reflexión teórica sobre aspectos complejos del cuidado y sus relaciones con otras parcelas de conocimiento.

**Instrumentos.** Descripción de documentos metodológicos relevantes para la práctica de los cuidados (escalas de valoración, sistemas de registro de datos, pautas y protocolos de atención, guías de trabajo, programas, etc).

**Pliegos de Estilo.** Artículos orientados a la formación continuada del investigador. La temática abordada en esta sección estará en relación con los métodos y técnicas de investigación, las formas de expresión científica, la redacción, la descripción de fondos bibliográficos, aplicaciones informáticas, etc.

**Academia.** Estudios, propuestas o experiencias innovadoras en el ámbito de la formación superior.

**Diario de Campo.** Descripción de experiencias asistenciales fruto de una observación detallada que supongan una contribución singular en el campo de las relaciones humanas con el paciente, la familia o la comunidad.



**Archivo.** Incluye la descripción de documentos históricos de interés para el conocimiento de la evolución de los cuidados y la profesión de enfermería. El artículo deberá contener la transcripción del documento original y un comentario de texto en el que además de contextualizar y resaltar la trascendencia del documento, se describirán los criterios paleográficos utilizados en la transcripción, la referencia completa de texto y del fondo de procedencia. Se incluirán reproducciones de la portada o interior del texto histórico.

**Retablo de las Maravillas.** Colaboraciones en forma de reportaje sobre espacios emblemáticos y grupos humanos con indudables valores sociales y culturales para los cuidados (edificios históricos, centros pioneros en investigación, programas innovadores de ayuda humanitaria, contextos culturales donde pervivan sistemas de creencias y costumbres singulares sobre salud, etc). Será de especial interés el apoyo gráfico.

**Historia y Vida.** Utilizando como método la historia oral se incluirán colaboraciones que describan la experiencia subjetiva ante las diferentes dimensiones de la salud o la enfermedad. Consta de una introducción realizada por el autor donde se justifique la elección del personaje, y a continuación una transcripción literal del relato biográfico.

**La Mirada.** Aportación de una fotografía que recoja una imagen de indudable interés para la comprensión de una circunstancia relacionada con la salud y los cuidados, a la que se acompañará un comentario breve del autor o del recopilador en el que muestre su visión desde dentro. La fotografía deberá tener un tamaño mínimo de 18x28, positivada en blanco y negro con gran calidad y suficiente contraste, indicando en folio aparte el título, nombre del autor, lugar y fecha de realización.

**Evidencia Científica.** Artículos de investigación secundaria o de síntesis de conocimiento, con especial referencia a revisiones sistemáticas y revisiones críticas de artículos publicados.

**Cartas al Director.** Se aceptarán en esta sección la discusión de trabajos publicados con anterioridad en Index de Enfermería, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias que por su características puedan ser resumidas en un breve texto.

**Abstracta.** Se incluyen comentarios de texto de novedades bibliográficas de interés para el campo de la enfermería, tanto en libros como revistas y otros materiales. Constará de la cita bibliográfica de la obra según estilo de la revista, un comentario



crítico y el nombre y apellidos del autor del comentario. Extensión del texto no superior a dos páginas.

**Gaceta de actividades y noticias.** Las sociedades y asociaciones científicas, instituciones, centros de investigación y enseñanza, podrán enviar reseñas sobre actividades que hayan desarrollado de interés científico (celebración de jornadas y congresos, conferencias, otorgamiento de premios, etc). La extensión máxima será de un folio y podrá acompañarse de una fotografía.

**Otras secciones.** La revista incluye otras secciones (editoriales, revisiones, consensos, entrevistas, reportajes y otros formatos especiales) cuyos artículos encarga la Redacción. Los autores que deseen colaborar en alguna de estas secciones deberán consultar previamente a la Secretaría de Redacción.

### **Presentación de los trabajos**

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright. No se aceptarán trabajos publicados o presentados anterior o simultáneamente en otra revista, circunstancia que el autor deberá declarar expresamente en el formulario de presentación del manuscrito. Todos los trabajos enviados a la revista serán sometidos a una evaluación por expertos (peer review), que determinará su aceptación o no en función de criterios objetivables de evaluación de la pertinencia y calidad. Recomendamos a los autores que consulten previamente de las particularidades del proceso de revisión.

En general la extensión máxima de los manuscritos no deberá superar las 4.500 palabras (incluyendo en el recuento el texto completo, resúmenes en español e inglés, bibliografía, anexos, tablas, gráficos y en general todas las partes del manuscrito), y 1.500 palabras para artículos de formato breve (cartas al editor, editoriales, etc). Se admite un máximo de cuatro ilustraciones por artículo y un máximo de seis firmantes (cuatro para artículos de formato breve). En caso de superar los seis autores, deberán asignarle un nombre corporativo al grupo (ejemplo "Grupo para el Estudio del Cuidado Familiar"). En ese caso podrán anotarse hasta los cuatro primeros autores y el nombre corporativo del grupo, pudiendo indicarse en una llamada a pie de página los nombres de todos los componentes del grupo.

El procesado del texto se hará obligatoriamente en la siguiente **PLANTILLA PARA LA COMPOSICION DE ARTICULOS CIENTIFICOS**



En el procesado del texto le rogamos tenga en cuenta los siguientes parámetros:

- Tipo de letra **Times New Roman** a tamaño de 12 pulgadas.
- Espaciado e interlineado **sencillos**.
- Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo.
- Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto. Utilice preferiblemente entrecomillados y cursivas, pero no simultáneamente (salvo para pasajes textuales de informantes en estudios cualitativos).
- Evitar el uso de opciones automáticas en el documento, especialmente de la opción **nota final** para la bibliografía. Esta debe reseñarse al final ordenada numéricamente en formato de texto normal, mientras que las llamadas en el texto deben realizarse con la opción superíndice (número volado).
- No se admitirán referencias compuestas mediante gestores bibliográficos si mantienen los códigos originales.

Igualmente le solicitamos especial atención a las siguientes recomendaciones:

- Título del artículo: evite que supere las 15 palabras.
- Nombre y apellidos de los autores (recomendamos la no utilización de abreviaturas ni contracciones, procure diferenciar los nombres de los apellidos subrayando los apellidos).
- Dirección para correspondencia: utilice la dirección institucional o bien simplemente el e-mail de los autores. Nunca aporte su dirección postal personal.
- Resumen preferiblemente estructurado (justificación, objetivo, diseño, metodología, resultados principales y conclusión).
- La traducción al inglés debe realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos.

### **Aspectos formales de estilo**

**Idioma.** Opcionalmente los autores podrán presentar su manuscrito en otro idioma diferente al español, preferiblemente en inglés, francés o portugués. En revistas con versión impresa deberán adjuntar una versión traducida al castellano que de ser aceptado el manuscrito será publicada en la edición impresa, mientras que se publicará en versión bilingüe en la edición digital de la revista. La corrección y equivalencia de las versiones bilingües son responsabilidad exclusiva de los autores.

**IMPORTANTE** Los autores de artículos que hayan sido publicados con anterioridad en la revista, podrán aportar una versión traducida al inglés para su publicación digital.

**Abreviaturas.** Deberán evitarse en lo posible y cuando se empleen deberá explicitarse su significado entre paréntesis la primera vez que se utilicen en el texto. Evitar la utilización de abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando se trate de unidades de medida no es necesario explicitar su significado siempre que se expresen en Unidades del Sistema Internacional.

**Título.** Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.

**Autores.** Escribir sin abreviar el nombre y apellidos. Se recomienda adoptar una filiación bibliográfica única para favorecer la identificación en las bases de datos documentales. Identificar solo el departamento o institución a la que pertenece cada autor mediante llamadas con número volado (no anotar titulación, cargos, ni otros méritos). Incluir una dirección postal completa del centro de trabajo (no se admitirán direcciones personales), dirección de correo electrónico o teléfono/fax del autor con el que se mantendrá la correspondencia.

Aquellos autores que lo deseen podrán aportar un curriculum resumido (no superior a 250 palabras) que será publicado en la edición digital de la revista.

**IMPORTANTE** Una vez iniciado el proceso de evaluación, no se aceptarán cambios en las autorías. El solo planteamiento de dichos cambios podrá dar lugar al rechazo del trabajo a pesar de haber sido aceptado.

**Estructura de los artículos de investigación.** Como criterio general y con independencia de la sección de la revista, todo artículo que describa resultados originales de una investigación deberá adoptar el sistema IMRYD (Introducción- Metodología-Resultados y Discusión-Conclusiones). En el caso de investigaciones cualitativas que precisen una descripción densa de los resultados podrá utilizarse el sistema combinado Resultados-Discusión para describir cada categoría temática analizada. En el caso de Relatos Biográficos se adoptará el esquema Introducción-Texto Biográfico, procurando describir en la primera los contenidos correspondientes al sistema IMRYD, de manera no estructurada.

## 12. ANEXOS

### 12.1 CRONOGRAMA

Cronograma 2017-2018	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Tutorías								
Definir: Objetivos/ Hipótesis								
Metodología								
Recerca bibliogràfica								
Trabajo de campo: Entrevistas								
Análisis entrevistas								
Entrega TFG								



## 12.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este trabajo tiene como finalidad averiguar si las creencias de los pacientes ayudan en su proceso de bienestar e indagar si sus creencias son respetadas y utilizadas como una herramienta más por los profesionales de enfermería.

El modo de llevarlo a cabo será mediante entrevistas semiestructuradas abiertas dónde se recogerá de manera confidencial la información aportada de manera que se ajuste a la Ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Además se dispone de total libertad para abandonar la participación en el estudio en cualquier momento.

Tras recibir la información necesaria y haber comprendido el objetivo de éste trabajo, doy mi consentimiento para participar en el trabajo que realizan Patrick Vitale Dos Santos y Sara Moreno Sánchez, estudiantes de enfermería de 4º curso de la Universidad Rovira i Virgili, para la realización del Trabajo de Fin de Grado tutorizado por Sagrario Acebedo Urdiales.

Firma de los investigadores

Firma del participante

Tarragona, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.



### 12.3. CUESTIONARIO FAITH

#### **Box 2. FAITH: sample questions for taking a spiritual history**

##### Faith/spiritual beliefs

Do you have any particular faith, religious or spiritual beliefs?

What gives your life meaning?

What helps you cope in times of stress or illness?

##### Application

In what ways do you apply your faith in your daily life?

Do you belong to a particular church or community?

Is prayer or meditation important to you?

##### Influence/Importance of faith in life, in this illness and on health care decisions.

How do your faith and spiritual beliefs influence your life? Are they important to you?

How do your faith and spiritual beliefs influence you in this illness? Have they altered your attitude or behaviour?

Has this illness influenced your faith?

Do your beliefs influence or affect your health care decisions that would be helpful for me to know about?

##### Talk/Terminal events planning

Do you have anyone you can trust to talk to about spiritual or religious issues?

Do you have any specific requests if you were to become terminally ill? (E.g. terminal care options, living will or end of life requests.)

##### Help

Is there any way I or another member of the health care team can help you?

Do you require assistance or help with prayer? (E.g. facilities or accompaniment)

Would you like to speak to a chaplain?

Would you like to discuss spiritual issues or your beliefs with your doctor?



### **FAITH (traducida del inglés)**

#### **Fe/creencias espirituales**

- ¿Tienes alguna fe en particular, creencia espiritual o religión?
- ¿Qué te da significado en la vida?
- ¿Qué te ayuda a salir adelante en tiempo de estrés o enfermedad?

#### **Aplicación**

- ¿De qué manera aplicas tu fe en tu vida cotidiana?
- ¿Sueles ir a un local particular, comunidad, iglesia, etc?
- ¿Es la oración o la meditación importante en tu vida?

#### **Influencia/Importancia de la fe en la vida, en la enfermedad y las decisiones de la salud**

- ¿Cómo tu fe o creencias influyen en tu vida?
- ¿Cómo tu fe o creencias influyen en tu enfermedad? ¿ Han alterado tu comportamiento o actitud?
- ¿Influenció la enfermedad en tu fe?
- ¿Afectan tus creencias en las decisiones de tu salud que serían de ayuda para que yo lo sepa?

#### **Hablar/Planes terminales**

- ¿Tienes a alguien en quien confías para que te hable sobre temas espirituales o religiosos?
- ¿Tienes alguna voluntad si te vuelves enfermo terminal?

#### **Ayuda**

- ¿Hay alguna manera en la que te podamos ayudar?
- ¿Requieres asistencia o ayuda con la oración?
- ¿Te gustaría hablar con un cura?
- ¿Te gustaría hablar sobre temas espirituales o tus creencias con la enfermera o el doctor?



## 12.4. PROTOCOLO FICA

**TABLE 2.**  
**FICA Spiritual Assessment Tool**

---

---

An acronym that can be used to remember what is asked in a spiritual history is:

**F:** Faith or Beliefs

- What is your faith or belief?
- Do you consider yourself spiritual or religious?
- What things do you believe in that give meaning to your life?

**I:** Importance and Influence

- Is it important in your life?
- What influence does it have on how you take care of yourself?
- How have your beliefs influenced your behavior during this illness?

**C:** Community

- Are you part of a spiritual or religious community?
- Is this of support to you and how?
- Is there a person or group of people you really love or who are really important to you?

**A:** Address

- How would you like me, your health care provider, to address these issues in your health care?
- 

Adapted and reprinted with permission from Puchalski and Romer.<sup>39</sup>



**PROTOCOLO FICA: HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN ESPIRITUAL (traducida del inglés)**

**F: Fe o creencias**

- ¿Cuál es tu fe o creencia?
- ¿Te consideras como una persona espiritual o religiosa?
- ¿Qué cosas crees que te dan sentido a la vida?

**I: Importancia e influencia**

- ¿Es importante en tu vida?
- ¿Qué influencia tiene tu creencia en cómo te cuidas?
- ¿Cómo influyó tu creencia en tu comportamiento cuándo estuviste enfermo?

**C: Comunidad**

- ¿Haces parte de alguna comunidad espiritual o religiosa?
- ¿Esto es un soporte para ti, cómo?
- ¿Hay alguna persona o grupo a la que amas o son muy importantes para ti?

**A: Abordaje**

- ¿Cómo te gustaría que yo y tu cuidador te abordáramos estos temas en el cuidado de tu salud?

**12.5. PROTOCOLO AMEN**

**TABLE 3.  
AMEN Protocol**

- **A**ffirm the patient's belief. Validate his or her position: "Ms. X, I am hopeful too."
- **M**eeet the patient or family member where they are: "I join you in hoping (or praying) for a miracle."
- **E**ducate from your role as a medical provider: "And I want to speak to you about some medical issues."
- **N**o matter what; assure the patient and family you are committed to them: "No matter what happens, I will be with you every step of the way."

From: Cooper, RS, Ferguson, A, Bodurtha, JN, Smith, TJ: "AMEN in challenging conversations: bridging the gaps between faith, hope and medicine." *Journal of Oncology Practice* 2014;10:e191-195. With permission. © 2014 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.



**PROTOCOLO AMEN (traducida del inglés)**

**A**firmar la creencia del paciente. Validar su posición.

**M**eet (Quedar) con el paciente o familia donde ellos estén.

**E**ducar desde de tu rol como a profesional de la salud.

**N**o importando qué; afirmar al paciente y la familia que estás comprometido con ellos.

**12.6. PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA**

1. ¿Tiene algún tipo de creencia religiosa o cultural en este momento?
2. ¿Por qué estuviste ingresado? ¿Cuándo estuviste ingresado? ¿Por cuánto tiempo?
3. ¿Le ayudó su creencia en su proceso de curación? ¿Qué usaste para poder pasar por el proceso?
4. ¿Le interfería su estado de salud a la práctica de sus creencias?
5. ¿Recibió soporte espiritual durante su estancia en el hospital? ¿Las enfermeras o algún profesional de la salud te preguntaron por tus creencias? ¿Te ayudaron? ¿O no lo hicieron?
6. ¿Sentiste que tenían en cuenta tus creencias?
7. ¿Crees que en aquel momento te hubiera ayudado el hecho de tener un apoyo espiritual por parte de los profesionales o gente de la iglesia?
8. ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?