



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

ESPIRITUALIDAD Y CÁNCER

Importancia que otorgan los equipos médicos a la espiritualidad de los pacientes oncológicos
en el curso y tratamiento de su enfermedad

Memoria para optar al Título Profesional de Psicóloga

Autoras:

Alejandra Díaz

Javiera Jerez

Profesora Patrocinante:

Laura Moncada

2013, Santiago de Chile

Agradecimientos

Quiero agradecer a quienes inspiraron esta memoria, las pacientes de Patología Mamaria que me enseñaron mucho acerca de la sabiduría que tienen, que trasciende nivel educacional, cultural, etc. y que manifestaron su Espiritualidad ante mí, enseñándome un mundo muy profundo e insospechado. A ellas infinitas gracias.

También agradecer a mi Madre, que sin ella nada de esto sería posible, quien me ha mostrado e inculcado fortaleza y perseverancia, las cuales fueron necesarias para realizar esta memoria. Simplemente gracias.

Se hace necesario dar las gracias a todos los profesionales que participaron en esta investigación y que dedicaron un poco de su valioso tiempo para contribuir en este estudio, abriendo una esfera tan profunda como lo es la Espiritualidad.

Finalmente a mis amigos que me apoyaron y dieron aliento en los momentos que hubo problemas y vicisitudes en la realización de la memoria, gracias por estar ahí. Además a la profesora Dra. Laura Moncada por apoyar este tema poco explorado y guiar la realización de este estudio.

Javiera Jerez Lorca.

Índice

I. Resumen.....	7
II. Introducción	7
2.1 Objetivos.....	9
2.1.1 Objetivo General	9
2.1.2 Objetivos específicos.....	9
III. Marco Teórico.....	10
3.1 Cáncer.....	10
3.2 Psicología y Cáncer	14
3.2.1 Psicooncología.....	14
3.2.2 Psiconeuroinmunología	16
3.2.3 Características Psicológicas, personalidad, modos de afrontamiento y Cáncer	19
3.2.3.1 Influencia de Factores Psicológicos en la Génesis del Cáncer	20
3.2.3.2 Estrategias de afrontamiento	21
3.2.3.3 Sensación de Control.....	24
3.3 Espiritualidad, Religión, Religiosidad	26
3.3.1 Historia	26
3.3.2 Concepción de ser humano	29
3.3.2.1 Sentido.....	30
3.3.2.1.1 Sentido y Cáncer	35
3.3.3 Relación entre Espiritualidad, Religión y Religiosidad	36
3.3.4 Espiritualidad	39
3.3.5 Estudios de abordaje de la espiritualidad y la religiosidad en psicoterapia y medicina	43
3.3.6 Espiritualidad y Cáncer.....	46
IV. Método.....	48
4.1 Método de análisis de los datos	50
V. Resultados	51
1. Espiritualidad	51

1.1 Búsqueda	52
1.2 Todo es espiritual	53
1.3 Dimensión Inmaterial.....	55
1.4 Sentido	56
1.5 Trascendencia.....	58
1.6 Dificultad de definirla.....	58
1.7 Espiritualidad y Religión	59
1.8 Motor de vida.....	63
1.9 Valores y principios	64
1.10 Soporte de vida	65
1.11 Ser superior.....	66
1.11.1 Más allá del límite humano	67
1.12 Elemento central del ser humano	68
1.13 Vivencia de la espiritualidad	68
1.14 Siempre presente	72
1.15 Articulador de vida.....	73
2. Integración espiritualidad en tratamientos médicos.....	75
2.1 Herramienta	75
2.2 Carencia de la medicina	76
2.3 Falta de sistematización	76
2.4 Inquietud individual	77
2.5 Necesidad de espiritualidad en medicina	79
2.6 Acercamiento progresivo	80
2.7 Formas de abordaje	80
2.8 Ligada a salud mental.....	88
3. Influencia de la espiritualidad en el afrontamiento del diagnóstico	91
3.1 Preguntas del por qué.....	92
3.2 Acercamiento a espiritualidad	92

3.3 Repercusión espiritualidad.....	93
3.3.1 Etapa vital	93
3.3.2 Incertidumbre.....	94
4. Influencia de la espiritualidad en el curso y pronóstico de la enfermedad	94
4.1 Espiritualidad y muerte	94
4.2 Pronóstico y enfermedad	96
4.3 Sufrimiento y dolor	102
4.4 Dificultad de medición	104
4.5 Calidad de vida.....	106
4.6 Fortaleza.....	109
4.7 Aceptación y sentido.....	110
5. Espiritualidad en pacientes.....	111
5.1 Interés por espiritualidad.....	111
5.2 Formas de vivir la espiritualidad	114
5.3 Entregar un espacio	118
5.4 Valoración de la enfermedad	118
5.5 Sentido de la enfermedad.....	120
5.6 Formas de comunicar la espiritualidad.....	123
6. Lugar de la espiritualidad para los equipos médicos.....	125
6.1 Inclusión espiritualidad	125
6.2 Maneras de incluir la espiritualidad.....	128
7. Concepción de medicina.....	130
7.1 Visión de medicina	130
7.2 Carencias	136
7.3 Necesidades	140
7.4 Rol del profesional	143
7.5 Valoración del propio trabajo.....	152
7.6 Diferenciación de unidades.....	154

8. Relación médico-paciente	160
8.1 Maneras de relacionarse.....	160
8.2 Profundidad en la relación	165
8.3 Beneficios de la espiritualidad	166
8.4 Dificultades en la relación	167
8.5 Necesidades del paciente	168
8.6 Necesidades del profesional	172
8.7 Cambios en el profesional.....	174
9. Características del paciente oncológico.....	180
10. Concepción de ser humano	183
VI. Discusión	184
VII. Conclusiones	244
VIII. Referencias bibliográficas.....	257
IX. Anexos	263
Anexo I	263
Anexo II	268
Anexo III	269

I. Resumen

El objetivo de esta investigación es conocer y explorar acerca de la importancia que otorgan los equipos médicos a la espiritualidad de los pacientes oncológicos en el curso y tratamiento de su enfermedad. Existen en las últimas décadas múltiples estudios que abordan el rol que tiene la espiritualidad en la salud, radicando ahí la relevancia de esta investigación, dado que no hay consenso de cuál y cómo es su influencia. La metodología ocupada fue la cualitativa, donde se recolectaron los datos a través de entrevistas semi-estructuradas a 20 profesionales de la salud, tratantes de pacientes oncológicos por al menos 5 años, el análisis de los datos, fue a través del análisis de contenido. Los resultados y conclusiones de esta investigación, indican que la espiritualidad es un tema importante y de creciente interés en los profesionales, siendo necesarios más estudios en relación a esta temática.

Palabras clave: Espiritualidad – Cáncer – Psicooncología – Afrontamiento – Calidad de vida – Pronóstico – Sentido – Relación médico paciente – Medicina.

II. Introducción

En Chile, así como en el resto del mundo, se ha manifestado un aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles, dentro de las cuales el cáncer es la segunda causa de muerte en el país (MINSAL, 2012).

Se considera que el Cáncer provoca gran impacto en la vida de la persona, así como de su entorno, por lo que se hace importante conocer las formas de abordar al individuo globalmente, en este sentido Chinkes (s/f), considera que el proceso de sanar no sólo tiene relación con los procedimientos médicos adecuados, sino con la propia voluntad del enfermo de sanar y de esta manera se ha demostrado que aquellos pacientes que tienen un apoyo psicológico, tienen un mayor pronóstico de su enfermedad.

Este autor plantea una relación entre el estrés, la depresión, la personalidad de los enfermos y el cáncer. Esta enfermedad instala la temática de la muerte y es de relevancia cómo ellos afrontan este proceso de acuerdo a las características antes mencionadas. Si se

interviene en estas variables es posible eliminar o disminuir las condiciones psicológicas que están relacionadas con un mal pronóstico de la enfermedad (Chinkes, s/f).

Dado lo anterior, es que surge la necesidad de una disciplina que se haga cargo de estas necesidades del enfermo oncológico y es la Psicooncología la que abarca las temáticas descritas. Koinuma (1993, en Bravo, 2001), la define como una subespecialidad oncológica, la que es nueva y está guiada por distintas disciplinas, abordando aspectos psicológicos, sociales, comportamentales y éticos del cáncer. El apoyo a estos pacientes se realiza a lo largo de todo el tratamiento, incluyendo cuidados paliativos, la supervivencia, teniendo muy presentes los principios éticos y espirituales.

La espiritualidad tendría un rol importante en el la forma en la que el paciente afronta su enfermedad, pues permite mantener una esperanza, otorgándole otro sentido a su experiencia de vida actual, buscando nuevos significados al proceso de cáncer, que eventualmente pudiese terminar en la muerte (Nuñez, Enríquez, Irarrázaval, 2011)

Por lo descrito anteriormente, en la presente investigación se busca explorar acerca del lugar que tiene la espiritualidad para los equipos médicos de pacientes oncológicos, considerando el diagnóstico, hasta el fin del proceso de tratamiento que puede derivar en mejoría o cuidados paliativos. Para esto la pregunta de investigación es: *¿Qué importancia otorgan los equipos médicos a la espiritualidad de los pacientes oncológicos en el curso y tratamiento de su enfermedad?*

Es de relevancia este tipo de estudio, dada la falta de aproximaciones a lo espiritual relacionado con la medicina (Yoffe, 2007), y en el contexto del modelo biopsicosocial que promueve la OMS (2013), es necesaria la inclusión de la dimensión espiritual de los pacientes, pero también explorar acerca de la visión, integración y concepción que los profesionales poseen de la espiritualidad a modo de comenzar a esclarecer las maneras en que esta inclusión puede llevarse a cabo en el futuro.

Este estudio pretende ser un punto de partida acerca de la inclusión de la espiritualidad en los tratamientos médicos, desde la percepción de los profesionales, lo que no ha sido suficientemente explorado. Esto puede dar pie a futuras investigaciones que den respaldo teórico y empírico a la relación que existe entre la espiritualidad y la salud.

Primero se presentan antecedentes teóricos acerca de este tema, con fin de dar cuenta del fenómeno y contextualizar las investigaciones que se han realizado, para posteriormente entregar los resultados y análisis de los datos, de acuerdo a que este es un estudio exploratorio descriptivo, realizado con una metodología cualitativa, donde es utilizado el análisis de contenido con fin de extraer los resultados de las entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales del área de la salud de dos instituciones oncológicas, la muestra es de tipo no probabilístico, de acuerdo a un criterio de conveniencia que considera 20 participantes que tengan al menos 5 años de experiencia con este tipo de pacientes al momento de la entrevista, esto previa autorización de las instituciones y firma del consentimiento informado de los profesionales entrevistados.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General

- Conocer la importancia que otorgan los equipos médicos a la espiritualidad de los pacientes oncológicos en el curso y tratamiento de su enfermedad.

2.1.2 Objetivos específicos

- Describir y explicar el concepto de espiritualidad que tienen los equipos médicos de pacientes oncológicos.
- Describir y explicar cómo se integra la espiritualidad en el tratamiento de los pacientes oncológicos por parte de los equipos médicos.
- Explorar la percepción de los equipos médicos, sobre cómo afecta la espiritualidad en la forma en que los pacientes oncológicos afrontan el diagnóstico.
- Explorar la percepción de los equipos médicos, sobre cómo afecta la espiritualidad en el curso y pronóstico de la enfermedad en pacientes oncológicos.
- Explorar la percepción de los equipos médicos sobre la importancia que revierte para los pacientes la inclusión de la espiritualidad en su tratamiento.

3.1 Cáncer

El Cáncer es considerado como el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo, también denominadas malignas (University of Maryland Medical Center, 2011). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como: Un término genérico que abarca varios tipos de enfermedades y que puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, cuya característica es la multiplicación rápida de células anormales, que pueden afectar a los órganos contiguos o a cualquier parte del organismo. Este crecimiento desmedido de células se origina de una que era normal y pasa a ser tumoral (OMS, 2013; UMMC, 2011). Si bien el organismo naturalmente detiene el crecimiento de estas células destruyéndolas o encapsulándolas, cuando se desarrolla un Cáncer el sistema inmunitario no ha podido cumplir con esta función (Simonton, 1990; Albornoz y Peña, 1999; Beneit, 1992, en Bravo, 2001).

La etiología de este grupo de enfermedades, según la evidencia recolectada, se debe a una relación entre las características genéticas del paciente con distintos tipos de agentes externos: carcinógenos físicos, químicos y biológicos (OMS, 2013; National Cancer Institute, 2013; UMMC, 2011). Si bien se han desarrollado diversas teorías que tratan de dar cuenta de una etiología única del Cáncer, aún no existe una sola respuesta, las Neoplasias serían el resultado de la conjugación de diversos factores que pueden predisponer o ser de riesgo en el desarrollo de la enfermedad (Bravo, 2001).

Estos organismos plantean que los factores de riesgo en la aparición del cáncer son el consumo de alcohol y tabaco, las dietas que tienen bajo consumo de frutas y verduras, la inactividad física, infecciones de virus como el del papiloma humano (PVH) y el de la hepatitis B y C (VHB, VHC) (OMS, 2013; National Cancer Institute, 2013; UMMC, 2011). Otro factor de riesgo es la edad, puesto que a mayor año de vida, existiría un aumento en la exposición a los factores de riesgo de cáncer (OMS, 2013).

Esta enfermedad es considerada un gran problema a nivel mundial por el alto nivel de mortandad. De acuerdo a los datos entregados por la OMS, un 63% del total de las defunciones el año 2008 se debieron a enfermedades no transmisibles (ENT). De éstas un 13% corresponde a cáncer, es decir 7,6 millones de personas fallecieron por esta causa (OMS, 2010). La proyección al año 2030, es que las defunciones por cáncer aumenten a 13 millones, mientras que habría una disminución de las muertes provocadas por enfermedades infecciosas (OMS, 2010)

Este mismo organismo informa que los tipos de cáncer más frecuentes son el pulmonar, gástrico, hepático, colo-rectal, mamario y cervico-uterino. La prevalencia de los tipos de cáncer difiere en ambos sexos (OMS, 2010) (ver Anexo 1).

Según los datos que entrega la OMS, basada en estudios poblacionales mundiales del año 2008, cerca del 80% de todas las muertes que se produjeron por ENT, sucedieron en los países de ingresos bajos y medianos (en desarrollo). Junto con esto, en estas mismas naciones hay una mayor proporción de muertes por ENT en menores de 70 años, llegando al 48%, comparado al 26% en las de más altos ingresos (OMS, 2012) (ver Anexo 2). Referidos a la morbilidad del cáncer, es que el 53% de los nuevos casos de esta enfermedad ocurren en países menos desarrollados (BMRC-Chile, 2010).

Además de la alta mortandad producida por cáncer a nivel mundial, otra preocupación por esta enfermedad es el alto gasto en el que tienen que incurrir las naciones para los tratamientos. En septiembre del 2011, La Organización de las Naciones Unidas (ONU), convocó una reunión cuyo centro era el control de las ENT especialmente en los países en desarrollo. Se plantea que las ENT son el gran obstáculo para el SXXI y que ahondan los problemas de pobreza en estos países (OMS, 2012).

Siguiendo la línea del gasto que producen estas enfermedades por su grado de cronicidad y el alto costo de su tratamiento, es que la OMS considera de vital importancia la detección temprana de esta enfermedad, para un tratamiento más corto y las conductas de prevención, asociadas a cambios de estilos de vida y conductas de riesgo, lo que se asocia a mejorías en el diagnóstico y disminución de la morbilidad en países desarrollados, en contraste con los de menos recursos, en donde muchas naciones no cuentan con los dineros en salud para destinarlos a este tipo de enfermedades (OMS, 2012; BMRC-Chile, 2010) (ver Anexo 3). Así también el gasto destinado a investigación y tratamiento del cáncer, no alcanza a cubrir los costos mínimos que esta patología requiere en los países menos desarrollados (BMRC-Chile, 2010).

En relación a los tratamientos para esta enfermedad, ellos se basan en un plan específico para cada paciente, relacionado con factores específicos que él presente, como el tipo de tumor, su localización y el tamaño, además de las condiciones basales del individuo (sexo, edad, otras enfermedades, factores de riesgo, etc.). Las principales modalidades de tratamiento son dos: la primera es la vía quirúrgica y la segunda consiste en procedimientos como quimioterapia y/o radioterapia (Selman, 2008; Bravo, 2001). Además de estos tratamientos que combaten el cáncer, existen tratamientos posteriores para los efectos que dichas intervenciones han producido en el paciente, y que han medrado su calidad de vida, así como existen tratamientos paliativos para pacientes terminales (Bravo, 2001). Además de

necesitar atención médica en fases posteriores a la enfermedad, en todo el curso de esta el tratamiento debe ser multidisciplinario, debido a los distintos ámbitos en los que el Cáncer influye (físico, psicológico, familiar, social). Esto responde al modelo médico actual, que es el biopsicosocial donde se considera la salud como un bienestar físico, mental y social, más allá de la sola falta de enfermedad a nivel biológico (OMS, 2013)

En Chile se ha visto reproducida la tendencia mundial al aumento de morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles. Dentro de las cuales, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las principales causas de muerte. Esta situación hace que el cáncer sea considerado un problema de salud pública, tanto por el nivel de mortandad, como por los elevados costos del tratamiento (MINSAL, 2012).

En estudios realizados por el MINSAL (2007), y analizados por BMRC-Chile (2010), dan cuenta de la carga económica que implican las ENT, dentro de ellas el cáncer. Esto fue determinado por los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), en donde un 84% de las AVISA, están compuestas por ENT, de las cuales 221.529 casos corresponden a pacientes oncológicos, siendo un 5,9%, de un universo de 3.312.921, como se señala en la Tabla 1.

Tabla I. Distribución de AVISA, según subgrupos de causas (10 primeros subgrupos, ambos sexos, todas las edades). Fuente: Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (Chile 2007) ⁽⁶⁾.

Enfermedad	AVISA (n)	Frecuencia (%)
Condiciones neuropsiquiátricas	871.758	23,2
Enfermedades digestivas	594.067	15,8
Enfermedades cardiovasculares	453.940	12,1
Lesiones no intencionales	291.381	7,7
Enfermedades musculoesqueléticas	291.381	7,7
Enfermedades de los órganos de los sentidos	241.709	6,4
Neoplasias malignas	221.529	5,9
Lesiones intencionales	142.836	3,8
Enfermedades respiratorias crónicas	110.748	2,9
Trastornos endocrinos y metabólicos	93.572	2,5
Subtotal	3.312.921	88,0

Nota: Fuente: Consorcio Tecnológico en Biomedicina Clínico-Molecular Aplicada. *Mapa de la investigación en Cáncer en Chile* de Jiménez de la Jara J. (2010, p. 27). Con autorización del Autor.

Se piensa que el aumento en estas enfermedades se debería a los cambios en el estilo de vida de la población, los que están asociados a los factores de riesgo del cáncer (OMS, 2013; National Cancer Institute, 2013; MINSAL, 2012; UMMC, 2011).

De acuerdo a las estadísticas, los factores de riesgo preponderantes en la población chilena son: un elevado consumo de tabaco, sedentarismo y sobrepeso. Estas últimas preferentemente se manifiestan en personas con menor nivel de escolaridad, mientras que la

primera es observable en mayor medida en sectores de la población con más alto nivel educacional. Es importante destacar que en la juventud se ha visto un aumento en este estilo de vida poco saludable, que tiene incidencia en el apareamiento del cáncer (MINSAL, 2012)

Otro factor que hace preocupante y necesario el abordaje del cáncer, es el hecho de que la población chilena se ha ido envejeciendo, llegando a representar el 9,2 % de la población del país los mayores de 65 años. Junto con esto, las estadísticas de mortandad, manejadas por el Ministerio de Salud, muestran que el mayor número de defunciones por neoplasias malignas, se presentan en el grupo etario de los mayores de 65 años (MINSAL, 2012).

En las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2010), las defunciones por tumores malignos, en hombres, fue de 12.186 (23,3%) de las muertes en ese año. En mujeres en tanto, 10.950 (24%) fueron las fallecidas por tumores malignos el 2010. Estas cifras son sólo superadas por las enfermedades del sistema circulatorio con 13.751 (26,4%) y 13.407 (29,2%) fallecimientos en hombres y mujeres respectivamente para el mismo período.

Durante los últimos años, el cáncer ha permanecido como la segunda causa de muerte del país. Si bien el porcentaje se ha mantenido en torno al 24% de las defunciones, ha habido un aumento progresivo en la cantidad de personas que padecen este diagnóstico (INE, 2010; BMRC-Chile, 2010). Si bien estos valores son la estadística país y se tiende a reproducir en todas las regiones, en el norte de Chile este porcentaje se modifica, siendo el cáncer la primer causa de muerte y a las enfermedades cardiovasculares, la segunda (INE, 2010; MINSAL, 2010).

Debido a la relevancia de esta patología en el mundo y específicamente en Chile, es que el Consorcio Tecnológico en Biomedicina Clínico-Molecular Aplicada, en conjunto con profesionales de la Pontificia Universidad Católica de Chile hicieron el año 2010 una revisión de las investigaciones (2001-2007) y publicaciones (2000-2010) en Chile referidos al cáncer, con el fin de hacer un catastro del avance en el país respecto a este diagnóstico. Los resultados arrojaron que de un total de 445 proyectos FONDECYT, sólo 63 correspondieron a temáticas relacionadas al cáncer. A estos se sumaron los FONDEF y FONIS, llegando a un total de 77 estudios (BMRC-Chile, 2010). La distribución de las temáticas fue de 49 de biología, 6 de terapéutica, 5 de etiología, 5 de detección temprana y pronóstico, 4 de epidemiología, 2 de control de cáncer y sobrevivencia y 1 de prevención (p.6).

Para encontrar las publicaciones referidas a cáncer entre los años antes mencionados, se usaron dos parámetros de búsqueda, uno arrojó 90 resultados y el segundo 643 (BMRC-Chile, 2010). De estos últimos un 28% se refiere a control de cáncer, 19% a tratamiento, 18% a detección, 18% a etiología y 13% a biología (p. 7).

El interés mayor de estas investigaciones versa de temas descriptivos en relación a la enfermedad, por sobre lo referido a las etapas del cáncer. Tratan más bien de determinar los factores de riesgo, para fortalecer la prevención de dicha patología. En las publicaciones en cambio, se ve un interés mayor por la especificidad de los temas, abocándose a tipos de cáncer y no abordarlo en general. Respecto a los estudios y publicaciones referidos al tratamiento de la enfermedad oncológica, éste era en su mayoría visto desde la perspectiva farmacológica (BMRC-Chile, 2010).

3.2 Psicología y Cáncer

“Psique (alma) y cuerpo reaccionan complementariamente una con otro, según mi entender. Un cambio en el estado de la psique produce un cambio en la estructura del cuerpo, y a la inversa, un cambio en la estructura del cuerpo produce un cambio en la estructura de la psique”
Aristóteles.

3.2.1 Psicooncología

“La Psicología Oncológica o simplemente Psico-Oncología aúna los esfuerzos de distintas disciplinas (médicas, psicológicas y sociales) para ofrecer un tratamiento comprehensivo a los enfermos oncológicos, tomando como marco de referencia el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad” (Durá, Ibáñez, 2000, p. 28).

Esta especialidad surge en el contexto del desarrollo de nuevas tecnologías médicas donde cambia la concepción de la enfermedad de Cáncer dejando de ser una enfermedad mortal para pasar a ser una patología de carácter crónico (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez, Oblitas, 2008; Durá, Ibáñez, 2000). Además de lo anterior, otra razón para el surgimiento de esta disciplina se debería a la labor de los Hospicios, que son centros encargados de los cuidados paliativos de enfermos terminales (SECPAL, 1988), ya que ellos hicieron un cambio en la concepción del paciente, promoviendo una visión más humana y espiritual del enfermo. También se empezaron a considerar las variables psicológicas y del estilo de vida de las personas como factores de riesgo en el origen y desarrollo del Cáncer (Rivero, et. al., 2008). Al ser aquejado el paciente por variados factores en los diferentes momentos de la enfermedad (aparición, curso, y recuperación), es que el abordaje de ésta

debe abarcar todos los aspectos antes nombrados y ahí radica la importancia de esta disciplina en el tratamiento de los pacientes con Cáncer (Middleton, 2002).

La Psicooncología es una sub especialidad de la oncología (Rivero, et. al., 2008; Koinuma, 1993 en Bravo, 2001), que si bien su desarrollo viene de muchas décadas atrás, inclusive Galeno estudiaba la relación de factores psicológicos y el surgimiento del Cáncer (Bravo, 2001), sólo hasta fines de la década de los 70 se constituye formalmente como disciplina. En el año 1979 *“la Asociación Americana de Psicología otorgó al estudio de los factores psicológicos que influyen en las neoplasias un contexto en el cual encuadrarse: la Psicooncología”* (Bravo, 2001, p. 25). Y el año 1984 se funda la International Psycho-oncology Society (Middleton, 2002).

Esta rama de la Oncología tiene cuatro objetivos fundamentales. El primero es la prevención primaria, que se refiere a *“la detección e intervención de factores psicosociales que pueden estar influyendo en el origen del Cáncer”* (Rivero, et. al. 2008, p. 174), como lo son los factores de riesgo nombrados en el apartado Cáncer; el segundo es llamado prevención secundaria, que se dedica a la difusión de campañas preventivas de Cáncer y psicoeducación de la población en cuanto a los factores Psicosociales que inciden en la aparición del Cáncer; el tercer objetivo es la intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos, en donde se ocupa de la calidad de vida de los enfermos, su familia y entorno social. Por último, la investigación, ya que como en toda disciplina científica, es necesaria la producción de material de estudio para ir actualizando y perfeccionando los conocimientos y procedimientos en esta área (Rivero, et. al., 2008). Relacionado con lo anterior, esta disciplina se encarga de dos focos, uno relacionado con las respuestas psicológicas del paciente y todo su entorno en los diferentes estadios de la enfermedad y lo segundo habla de los factores psicológicos que pueden estar influyendo la enfermedad (Albornoz y Peña, 1999; Holland y Zittoun, 1990 en Bravo, 2001).

Referido a la labor de la Psicooncología, Middleton (2002), plantea que si bien es de vital importancia los cuidados relativos a la enfermedad, los tratamientos, apoyo a familiares, psicoeducación, duelo, acompañamiento a pacientes terminales, talleres, etc., ésta es sólo una parte de lo que esta disciplina debiera abocarse y la denomina Psicooncología reactiva, que es la que surge en respuesta a una necesidad. Por otro lado considera, que es imprescindible ir más allá que sólo responder a una necesidad y denomina a esto Psicooncología Proactiva, que implica *“colaborar con el paciente, para descubrir las características de su estilo de vida que puedan haber influido en la presentación de su enfermedad y su curso, y ayudarlo a revertir esas características, así como desarrollar políticas de prevención”* (Middleton, 2002, p. 1-2). Esta rama “proactiva”, implica que la persona enferma pueda ver en su historia, decisiones que

ha tomado y el cómo han influido éstas en el surgimiento de la patología que lo aqueja. En base a la experiencia clínica de esta autora, es que asevera, aquellas personas que hicieron cambios profundos en su vida (en esquemas psicológicos, emocionales y relacionales), junto con un adecuado tratamiento médico, han superado el mal pronóstico del Cáncer que los aquejaba (Middleton, 2002). Estas dos ramas o vertientes de la Psicooncología no se contraponen, sino más bien se complementan, ya que ambas posturas y objetivos son necesarios de abordar.

A través de estos objetivos recién señalados, lo que busca la Psicooncología es que el paciente oncológico mantenga una buena calidad de vida y bienestar psicológico (Folkman y Greer, 2000 en Báñez, Blasco, Fernández Castro, 2003), entendiendo por calidad de vida como *“una descripción de una conducta, un estado, una capacidad o un potencial o una percepción o experiencia subjetivas”* (OMS, 2002 p. 61), que tiene diversas dimensiones como lo físico, psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad/religión/creencias personales (OMS, 2002). Lo más importante de este concepto es que es subjetivo (su valoración depende de cada individuo), cada dimensión es más o menos importante dependiendo de la persona y en diferentes momentos de la vida estas asignaciones de relevancia varían para un mismo individuo (Caqueo-Urizar, Úrzua, 2012). Esta preocupación por el bienestar del paciente, lo que busca es disminuir o anular cualquier alteración en la vida de éste (Andersen, 1992; Owen, Klapow, Hicken y Tucker, 2001; Padierna, Aristegui y Medrano, 1994 en Báñez, *et al.*, 2003). La calidad de vida en Oncología se aborda desde la década de los ochenta, cuando cambia la concepción de la enfermedad de Cáncer (Bravo, 2001).

Báñez *et al.* (2003), señalan que la finalidad de la Psicología oncológica o Psicooncología es colaborar con los pacientes a sobrellevar de mejor forma el diagnóstico de Cáncer, el tratamiento, disminuir los sentimientos negativos que pueden producirse por la enfermedad, disminuir la ansiedad y clarificar percepciones e informaciones equivocadas respecto a la patología o los tratamientos. Todo para que el paciente vuelva a estar en un estado de salud general mejor.

3.2.2 Psiconeuroinmunología

La Psiconeuroinmunología (PNI) es un campo multidisciplinario que centra su atención en la interrelación entre el Sistema Inmune (SI), la conducta, el Sistema Nervioso Central (SNC) y el Sistema Endocrino (SE) (Solomon, 2001; Pérez, s/f). Además, se preocupa de generar comprensión sobre cómo los mecanismos biológicos, en su relación con los ámbitos psicosociales, afectan en el comienzo y curso de las enfermedades desde lo inmunológico

(Solomon, 2001), basando su análisis en dos ejes: el nivel de vulnerabilidad del organismo afectado y la agresividad del agente patógeno (Culebras, Davidoch, Orjuela, Pimás, 2003).

Esta noción de la existencia de un vínculo entre los aspectos psicológicos y ciertas enfermedades de carácter somático no es una idea nueva, siendo abordadas antiguamente como trastornos psicosomáticos o psicofisiológicos (Casado, 1994 en Culebras, *et al*, 2003). Sin embargo, cabe destacar que actualmente se considera que no existirían tales enfermedades psicosomáticas, sino más bien se describe una etiología psicosomática que opera en ellas, *“donde los factores psicológicos siempre presentes a través del sistema nervioso central y sus consiguientes vías de influencia (...) intervienen en la etiología, alterando la susceptibilidad del individuo a enfermar”* (Culebras N. *et al*, 2003. p. 72). En este sentido, los factores psicológicos no serían causales unidireccionales en la aparición de una enfermedad, sino más bien existiría un principio multicausal producto de la interacción de diversos factores relacionados con aspectos tanto psicológicos como somáticos (Culebras, *et al*, 2003).

Solomon (2001) señala que hay un gran número y variedad de evidencias relacionadas con la comunicación bidireccional entre el Sistema Inmunológico y el Sistema Nervioso Central. Por ejemplo, existiría evidencia que relaciona aspectos psicológicos, como el estrés y la depresión, con factores de predisposición en el inicio y curso de enfermedades de resistencia inmunológica. Así también, se ha demostrado una alta influencia de la conducta y los modos de afrontamiento en la fisiopatología, ya que procesos relacionados con el estrés pueden desencadenar problemas relacionados con hipertensión, enfermedades arteriales y vulnerabilidad a las infecciones (Stephoe, 1998, en Pocino y Castés 2002).

Esta interrelación entre psiquismo y sistema inmune conlleva diversos beneficios desde el punto de vista clínico: por ejemplo, la importancia de considerar la terapia psicológica como apoyo necesario en los tratamientos médicos, con el objetivo de potenciar las respuestas inmunes tanto en enfermedades graves como menos graves en la población y, particularmente, en grupos más vulnerables (Bayés, 1991 en Culebras, *et al*, 2003). De esta manera, permite la posibilidad de pensar las intervenciones de forma multidisciplinaria, considerando la terapia psicológica como apoyo al tratamiento médico-farmacológico o incluso a modo preventivo de la enfermedad, a través de la promoción de estilos de vida más saludables, por ejemplo.

La Psiconeuroinmunología del Cáncer es un área de creciente interés y estudio debido a la complejidad que presenta la enfermedad en sí misma y los diversos factores psicosociales que se ven comprometidos. Además, existe evidencia acumulada que da cuenta de la incidencia de los factores psicológicos sobre la función inmune y, por otro lado, que aspectos como el apoyo psicosocial y modificaciones en los estilos de vida, pueden actuar sobre las enfermedades y contribuir con la sobrevivencia (Culebras, *et al*, 2003). En relación a esto

último, Solomon (2001) destaca la correlación que existe entre la calidad de vida y años de supervivencia de los pacientes con Cáncer.

Dentro de los aspectos más estudiados por la Psiconeuroinmunología del Cáncer está el estrés, entendiéndolo como *“el desequilibrio psíquico y psicológico causado por algún evento, llamado estresor”* (Bañados y Tamblay, 2004. p. 60). Se le ha asociado como un factor que provocaría un efecto supresor del Sistema Inmune e incidiría en la susceptibilidad a esta enfermedad (Culebras, et al, 2003), como lo señalan recientes investigaciones que correlacionan ciertos factores psicosociales y medioambientales (como las experiencias de estrés agudo y crónico), con funciones inmunes alteradas (Bravo, 2001). Así también, se ha descrito que el estrés emocional (como las pérdidas afectivas, conflictos internos, etc.), inciden más profundamente en la persona que el estrés físico (Tamblay y Bañados, 2004).

En diversos estudios se ha señalado al estrés, en conjunto con otros factores individuales asociados al manejo del mismo, como elementos predictores de la tumorigenicidad, además de incidir en la recurrencia y progresión del Cáncer (Baltrausch 1991, Castés y Canelones 2002, Ramirez 1989, en Pocino y Castés 2002). Así, Sklar y Anisman (1981, en Culebras, et al, 2003), concluyen que *“el estrés puede producir sus efectos sobre el sistema inmunitario, por la vía de la mediación de los mecanismos neuroquímicos y hormonales (los que) en sí mismos pueden influenciar directamente el desarrollo del tumor”* (p. 52-53).

Las consecuencias del estrés en la salud y, especialmente sobre el sistema inmune, estarían influenciadas por *“el tipo de estresor, la intensidad de éste, la durabilidad de la acción, su carácter agudo o crónico, su ambigüedad y por la frecuencia con que actúa”* (Bañados, Tamblay, 2004. p. 69), así como por variables psicológicas individuales, como las valoraciones que la persona hace sobre la situación, su percepción de control y eficacia, y el apoyo social del que dispone.

Si bien, cualquier enfermedad, como proceso que afecta el funcionamiento biológico, psicológico y/o social de una persona, genera un desequilibrio que puede potencialmente convertirse en un factor estresor, el Cáncer, como señala Ibáñez (1988, en Bravo, 2001) *“se caracteriza por ser inescapable, impredecible e incontrolable”* (p.43) lo que agudiza el esfuerzo adaptativo del paciente.

Barreto (1990, en Bravo 2001) describe al Cáncer como un acontecimiento estresante debido a que, en primer lugar, amenaza directamente al sentido de supervivencia de la persona, además de las implicaciones sociales que contienen un prejuicio de padecimiento y vergüenza en el curso de la enfermedad; en segundo lugar, la incertidumbre a la que se ven enfrentados, debido a que el curso y pronóstico del Cáncer es impredecible; y en tercer lugar, las consecuencias tanto directas como indirectas del tratamiento que provocan, por ejemplo,

cambios físicos que afectan la autoimagen del sujeto, efectos colaterales (los síntomas asociados al tratamiento les dan la percepción de “estarse enfermando” en vez de mejorar) y requieren cambios importantes en los hábitos de vida del paciente.

En cuanto a la incidencia del estrés en las distintas etapas de la enfermedad, no parece haber un acuerdo concluyente en las distintas investigaciones, sin embargo se ha descrito la fase inicial del diagnóstico como especialmente crítica (Bravo, 2001).

Por otra parte, Eynseck (1983, en Culebras, *et al*, 2003) ha señalado una importante distinción entre el estrés agudo y el crónico en relación con el Cáncer, destacando que el primero, *“aumenta la incidencia de tumores espontáneos, mientras que el estrés crónico tiene, presumiblemente, efectos precisamente contrarios”* (p.44), apoyado en diversos experimentos con animales. Sin embargo, años más tarde, O’ Leary (1990, en Culebras, *et al*, 2003), señala que el estrés crónico estaría relacionado con la supresión del sistema inmune y que no habría evidencia de que éste se reponga con el tiempo. La diferencia estaría entonces en la sensación de control ante los estímulos aversivos, más allá de su permanencia en el tiempo (Culebras, *et al*, 2003).

3.2.3 Características Psicológicas, personalidad, modos de afrontamiento y Cáncer

En el ámbito psicológico, producto del Cáncer se ve alterado el estado cognitivo, conductual y emocional del paciente, debido al momento de diagnóstico, el curso que tome la enfermedad y también los efectos secundarios de los tratamientos médicos. Es usual que se presenten emociones como rabia, miedo, negativismo, además de alteraciones en la imagen corporal, un estado de ánimo bajo, falta de interés, ansiedad, sensación de pérdida de control de la propia vida e inseguridad (Font, 2000, en Bravo, 2001). Como esta patología es crónica y de larga duración hay diferentes etapas en las cuales se afecta psicológicamente la persona. Los pacientes, según Font (2000, en Bravo, 2001) requieren una buena comunicación médico-paciente, a modo de sentir un mayor interés por parte del profesional, lo que repercute en una sensación de mayor apoyo social. También implicar al enfermo en la toma de decisiones respecto a su tratamiento tiene efectos en dos campos, el primero habla de los efectos psicológicos que esto tiene, ya que aclara dudas, disipa miedos, permite acceder a las creencias y estilos de vida del paciente previos al diagnóstico de Cáncer; y lo segundo es que ayuda a esclarecer dudas en su medio cercano, el familiar. Referido a las afecciones psicológicas de los pacientes oncológicos está la revisión hecha por Olivares (2004) donde da cuenta cómo los diferentes momentos del tratamiento del Cáncer ginecológico producen una variedad de

afecciones psicológicas que son necesarias de tratar, para una mejor intervención y una mantención de la calidad de vida.

Si bien algunos autores piensan que hay situaciones ligadas al tratamiento de la enfermedad que afectan el estado psicológico del paciente, otros consideran que es de gran importancia el entorno del individuo, su estado emocional, sus rasgos de personalidad, los estilos de afrontamiento que éste posea previos al diagnóstico y cómo influyen estos en su forma de sobrellevar la enfermedad (Bravo, 2001). Al igual que Middleton (2002), otros autores plantean la importancia del abordaje de las condiciones previas del paciente al diagnóstico de Cáncer, debido a que esto pudiese reflejar estilos de vida que pudiesen haber favorecido el surgimiento de la patología y también prever el cómo el individuo lidiará con su diagnóstico. Por esto es que han surgido diferentes estudios acerca de tres ejes, el primero se refiere a características de personalidad que pueden influir en el surgimiento del Cáncer, el segundo se refiere a las estrategias de afrontamiento y el último a la sensación de control ante las circunstancias que están sucediendo en la vida del paciente.

3.2.3.1 Influencia de Factores Psicológicos en la Génesis del Cáncer

Esta idea surge del hecho de que habiendo iguales condiciones ambientales, algunas personas se enferman y otras no (Culebras, *et al*, 2003). Se han realizado variados estudios con el fin de encontrar un tipo de personalidad que predispondría al apareamiento del Cáncer. Dentro de las características de personalidad encontradas en estas investigaciones se encuentran, por ejemplo, una sexualidad inhibida, problemas para la descarga de la rabia, dificultad en la expresión de los sentimientos, entre otras (Bañados, 2004). Estos estudios que datan de la década de los ochenta hasta la actualidad, han tenido diversos resultados, no siendo concluyentes (Torres, 2006; Bañados, 2004; Vinaccia, 2003; Arbizu, 2000). La importancia de determinar cuáles son las posibles causas psicológicas del Cáncer, en parte radica en el hecho que entre un 5% y 10% de las mujeres que tienen genes mutados para el Cáncer mamario, lo desarrollan (Torres, 2006).

Por lo anterior y la necesidad de prevención del Cáncer, es que derivado de los estudios realizados a pacientes oncológicos Temoshok (1985, en Bañados, 2004) habla de la Personalidad tipo C. Las características de este tipo de personas, era que se mostraban pacientes en extremo cooperativos, poco asertivos, con dificultad en la expresión de las emociones más negativas y que suelen complacer a las autoridades. Además estos pacientes suelen tener un grado alto de conformismo en todos los ámbitos de su vida, que buscan

complacer y están por propiciar la armonía en todas sus relaciones interpersonales, evitando expresiones que pudiesen ofender a otros, yendo incluso en perjuicio de sus propios deseos o necesidades (Arbizu, 2000).

El Patrón de conducta Tipo C, se relaciona con la frustración, inhibición y sumisión (Valdés, 1990 en Torres, 2006).

Finalmente Bañados (2004), plantea que uno de los hallazgos importantes en este tipo de personalidad, que se replicaría en la mayor parte de los pacientes con Cáncer, es la supresión del enojo y las emociones más negativas, sin embargo no todas las características que conforman este patrón están corroboradas ni se presentan en todos aquellos que padecen esta enfermedad. En esta misma línea está el estudio realizado por Torres (2006), que arrojó que las diferencias entre los grupos con Cáncer y el grupo control, relativas a este patrón de personalidad no eran estadísticamente significativas, pero esto no descarta que ciertos componentes o características de personalidad puedan influir en el apareamiento del Cáncer.

3.2.3.2 Estrategias de afrontamiento

Afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1996 en Vinaccia, 2003 p. 163) como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*. En los pacientes oncológicos es de relevancia revisar estas estrategias producto de lo estresante de este diagnóstico y todo lo que implica individual y socialmente también, el curso y tratamiento de la enfermedad con los cambios físicos, emocionales, calidad de vida que se ven implicados y de esta manera poder abordarlo de la mejor manera posible (Vinaccia, 2003).

Estos autores plantean que ante las situaciones estresantes, surgen tres tipos de evaluaciones cognitivas, que son la evaluación primaria, la secundaria y la reevaluación. La primera se refiere a que aquellas situaciones que el individuo cataloga como estresantes provocan cambios en él. Estas situaciones pueden ser de daño o pérdida, de amenaza (posibles daños que pueden tratar de solucionarse) y de desafío (se prevén situaciones de daño, pero existe una valoración de habilidades que permiten el éxito). La segunda, habla de cuando el paciente hace una revisión de sus recursos para poder enfrentar la situación estresante (enfermedad), este proceso tiene dos resultados, si el sujeto considera que no tiene las habilidades para hacer frente a la situación se desencadena la reacción de estrés, en caso contrario, el sujeto puede lidiar de mejor forma con la enfermedad. Y la tercera estrategia de

afrontamiento es en la que el individuo selecciona las respuestas que utilizará (Lazarus y Folkman, 1996 en Vinaccia, 2003). Respecto a estas maneras de afrontar las situaciones estresantes, es que Grossarth-Maticek *et al.* (1982, 1985, 1988 en Durá e Ibáñez 2000), señalan, las reacciones de desamparo frente a situaciones de vida estresantes son predictoras de la enfermedad de Cáncer.

Moorey y Greer (1989 en Durá e Ibáñez, 2000 y en Trigoso, 2006) plantean existen cinco tipos o estilos de afrontamiento que pueden presentar los pacientes diagnosticados con Cáncer, los cuales se determinan en base a la valoración que hagan del diagnóstico, a su sensación de control y a la percepción acerca del pronóstico. Estas formas de afrontamiento son Espíritu de Lucha, Negación, Fatalismo o Aceptación Estoica, Indefensión o Desesperanza y por último Preocupación Ansiosa.

Espíritu de Lucha, se caracteriza porque el paciente toma el diagnóstico como un desafío personal y que puede sobrellevar la enfermedad, teniendo la idea de que su mejoría tiene directa relación con las cosas que haga para combatirla o controlarla. Son pacientes positivos respecto a su pronóstico, sienten poca ansiedad y buscan retomar su estilo de vida normal. Éstos pacientes tenderían a tener un mejor pronóstico (Ibáñez, Romero, 2000 en Trigoso, 2009).

Negación, este estilo de afrontamiento se da cuando se percibe la enfermedad como amenazadora, pero se hace una negación de esta minimizándola, planteando que lo que padece no es Cáncer o que éste es benigno. Estos pacientes tendrían un buen pronóstico siempre y cuando tengan una buena adhesión a los tratamientos, ya que al estar negada la enfermedad, no sentirían ansiedad ni desesperanza.

Fatalismo o Aceptación Estoica, el paciente también sentiría la enfermedad como amenaza, pero la acepta en forma pasiva. Piensa no tiene ningún control sobre ella, que su mejoría depende de los otros (equipo médico y tratamientos), por lo que se resigna a lo que vaya a suceder.

Indefensión o Desesperanza, el paciente vivencia la enfermedad como una pérdida de su estado de salud o de algo de él, que no podrá recuperar. El pensamiento respecto al futuro, a la evolución de la enfermedad es negativo.

Preocupación Ansiosa, es una tercera forma de percibir el Cáncer como una fuerte amenaza, lo que lo llevaría a andar con elevados niveles de ansiedad y preocupación. Hay una gran incertidumbre acerca de cómo evolucionará la enfermedad. Tienden a buscar información en exceso para calmar la ansiedad, pero la interpretación de lo que encuentran los hace tomarla desde una perspectiva negativa.

Moorey y Greer (1989, en Durá, Ibáñez, 2000), plantean que las dos primeras estrategias de afrontamiento (espíritu de lucha y negación), tienen un mejor pronóstico referido al ajuste psicosocial, pero también al tiempo de supervivencia. Durá e Ibáñez (2000), en la revisión realizada a distintos estudios de seguimiento a pacientes oncológicos, destacan que se corrobora la importancia del cómo se afronta la enfermedad y el pronóstico de esta misma.

Otros estilos de afrontamiento, provienen de lo planteado por Sandín, Chorot, Navas, Santed (1992 en Arbizú, 2000), ellos describen seis formas de reaccionar frente a situaciones estresantes, dentro de las cuales dos de éstas tendrían incidencia en una predisposición a la enfermedad de Cáncer: El Tipo 1, denominado Predisposición al cáncer. Son personas que generan grados de dependencia y conformismo con respecto a cosas, situaciones o personas y hay una inhibición en la intimidad y cercanía con otros. Ante el estrés reaccionan con desesperanza. El segundo tipo que favorecería el apareamiento del Cáncer, es el 5, llamado Racional-antiemocional, donde hay una marcada tendencia a racionalizar las situaciones que le suceden, por lo que se presenta una alta dificultad para la manifestación de sus emociones. Los otros tipos de afrontamiento no inciden en la enfermedad oncológica, pero sí en otras afecciones, por ejemplo el Tipo 2 se relaciona con las enfermedades coronarias; el Tipo 3, llamado Histérico, oscila en el afrontamiento entre el Tipo 1 y 2, lo que los protege a su vez de la predisposición a dichas enfermedades (cáncer y coronaria) y finalmente el Tipo 4, son los saludables, que manifiestan una autonomía en su comportamiento (Sandín, Chorot, Navas, Santed, 1992).

Bravo (2001), describe también las formas de afrontamiento que han sido conceptualizadas por una serie de autores, que van desde el afrontamiento instrumental, conceptualizado por Lazarus y Folkman (1986); Bravo y Silva (1998); Isensee y Puentes (1998), hasta Bandura (1977) con el modelo del aprendizaje social. Todos estos modelos dan cuenta de la importancia del cómo se recibe y se lidia con el diagnóstico y posterior tratamiento de la enfermedad oncológica.

Todos estos estilos de afrontamiento y el tipo de personalidad que predispondría al Cáncer, antes descrito, junto con la sensación de control, inciden a lo largo de toda la enfermedad oncológica. Esto debido a que los diferentes momentos de la enfermedad, desde el diagnóstico, pasando por los diferentes tratamientos (farmacológicos, quirúrgicos) y los cambios que éstos implican en las diferentes dimensiones de la vida del paciente, son fuertes estresores, a raíz de lo cual la Psicooncología está muy presente a lo largo del curso y tratamiento de la enfermedad, con el fin de poder garantizar una mejor calidad de vida al

paciente oncológico antes, durante y luego de superado el Cáncer (Bárez, *et al.* 2003; Middleton, 2002; Bravo, 2001).

Las formas en que un paciente enfrenta la enfermedad, no son siempre constantes, es decir, los recursos que se tienen se van modificando, ya sea ampliándose o reduciéndose (Bravo, 2001).

Revierte una gran importancia la revisión de los estilos o recursos que tiene una persona para afrontar la enfermedad de Cáncer, y en base a esto poder diseñar intervenciones psicológicas que vayan en la línea de fortalecer ciertos recursos del individuo con el fin de que tenga una mejor calidad de vida y pronóstico de su enfermedad (Bravo, 2001; Durá, Ibáñez, 2000). También es necesario contextualizar estas estrategias de afrontamiento, por lo que se requiere verlas en relación al entorno, estado emocional, personalidad, el estadio de la enfermedad y la gravedad (Etapé, 1996; Rolland, 1987, en Bravo, 2001), de modo que la intervención psico-oncológica sea acertada y vaya en beneficio del paciente, desde el poder diagnosticar precozmente la enfermedad al poder abordarla adecuadamente.

3.2.3.3 Sensación de Control

Seligman (1986, en Bravo, 2001), plantea que frente a situaciones de amenaza leve, existe una percepción de control ante el hecho, por lo que el individuo percibe puede hacer cosas, es movilizadora de acción, sin embargo cuando la situación es más amenazante, la sensación de control disminuye y se vivencia una alta indefensión, por lo cual el individuo tiende a no actuar.

Por sensación de control se entiende lo conceptualizado por Shapiro, Schwartz y Astin (1996) y Skinner (1996, en Bárez *et al.*, 2003), *“cuando el individuo juzga que, ante una determinada situación, existe un agente que, a través de unos medios, puede conseguir unos resultados”* (p. 242). Relacionado a la enfermedad de Cáncer, la sensación de control puede percibirse en dos situaciones, la primera es viendo al equipo médico y los tratamientos como los capaces de generar un cambio, y la segunda en si el propio paciente se ve como el agente capaz de generar los resultados que espera (Bárez *et al.*, 2003). La situación contraria donde no se ven agentes que pudiesen producir mejoría, no existe sensación de control.

Bárez *et al.* (2003), además del término sensación de control, considera que existe otro concepto que es de suma importancia, éste es el juicio de control. Puede manifestarse en forma positiva o negativa. Lo primero es cuando el enfermo de Cáncer considera que es posible lograr los resultados deseados, la situación segunda ocurre cuando considera no hay

nada que pueda lograr lo que él espera, en este caso la remisión del Cáncer. Uno de los componentes del juicio de control, es la autoeficacia, esto significa la capacidad que el sujeto percibe de sí como un agente capaz de generar cambios positivos en su estado de salud y un aumento en la autoeficacia se debería a apoyo emocional e informativo por parte de los profesionales psicooncólogos (Andersen, 1992; Folkman, Greer, 2000; Gray, Fitch, Davis, Phillips, 1997; Merluzzi, Martínez, 1997, en Bárez *et al.* 2003). Otro aspecto de esta percepción de control, es la predictibilidad, mientras más impredecible es el pronóstico de la enfermedad, menos juicio de control hay (McQuellon *et al.* 1998, en Bárez *et al.* 2003).

La sensación de control y el juicio de éste, para Lázarus (1983, en Bravo, 2001) son, en base a las revisiones de diversos estudios que realizó, determinantes para que las estrategias de afrontamiento, recientemente descritas, sean eficaces. En especial en enfermedades que necesitan de una auto vigilancia.

En la Línea propuesta por Lazarus, es que Bárez *et al.* (2003), plantean que es de vital importancia en el tratamiento psicooncológico la inducción de juicios de control positivos relativos a todos los campos que se ven afectados por la patología, con el fin de que el paciente logre conceptualizar es posible, a través de él mismo o de otros, una obtención de resultados favorables. Son variadas las investigaciones que avalan esta asociación y respaldan la importancia de la sensación y juicios de control positivos en el estado de salud del paciente oncológico y en su calidad de vida (Folkman, Greer, 2000; Shapiro *et al.* 1996; Taylor, Armor, 1996, en Bárez *et al.* 2003).

Bárez *et al.* (2003), hace una revisión de estudios de Psicooncología, los que dan cuenta que al estar presentes la sensación y juicios de control positivos, los pacientes tienden a adoptar estrategias de afrontamiento más adecuadas ante el Cáncer, tienen una mejor calidad de vida, además de un mejor pronóstico y sobrevida a dicha patología.

Finalmente estos autores concluyen que el juicio de control efectivamente incide en que los pacientes tengan una mejor calidad de vida en los diferentes ámbitos de su vida y que incluso influye en una supervivencia mayor del paciente. Una segunda idea que concluyen es que los tratamientos psicológicos inciden en un mayor juicio de control de la enfermedad por parte del enfermo, por el sólo hecho de poder elegir participar en una terapia psicológica (Bárez *et al.* 2003)

Debido a la importancia que revierte la percepción de control que presenta el paciente oncológico en su enfermedad, es que se vuelve una línea de importancia para la disciplina psicooncológica y es algo en continua revisión para proporcionar el mejor tratamiento de acuerdo al paciente en particular (emociones, cogniciones, estilos de vida, etc.) (Miller, Fang, Diefenbach, Bales, 2001 en Bárez *et al.* 2003).

3.3 Espiritualidad, Religión, Religiosidad

3.3.1 Historia

Siempre ha existido un planteamiento referido a lo mental, religioso y espiritual del ser humano (Florenzano, 2010; James, 1902 en Quiceno y Vinaccia, 2009; Jiménez, 2005), cómo es que se manifiestan, si son independientes los unos de los otros, o no. Florenzano (2010), plantea que en la antigüedad estaba todo en unidad, pues era el guía espiritual, el sacerdote, el hoy llamado médico, el que curaba las distintas afecciones en una persona, por lo que aquí se veía al ser humano con una concepción integradora, donde las distintas dimensiones de su existencia eran indivisibles. Quiceno y Vinaccia (2009), consideran que el concepto de alma surgió para responder a la interrogante de cómo se manifiestan y relacionan estas diferentes dimensiones, entendiendo este concepto desde su raíz etimológica como principio que otorga la vida, y espiritualidad etimológicamente entendida, sería para Volker (2006 en Quiceno y Vinaccia, 2009), como vitalidad y relacionada con alma, sería la capacidad de trascendencia.

Para Florenzano (2010), en la modernidad se termina con esta mirada del hombre, para pasar a una antropocéntrica, en donde el mundo físico quedó separado del mundo espiritual, las dimensiones no físicas pasaron a ser un obstáculo para la ciencia médica, prescindiendo de relevancia en los procesos de salud. Desde este momento quedaron relegados a lo popular los conocimientos de tipo espiritual, hoy abordados desde la llamada medicina alternativa (Jiménez, 2005).

En la época del dualismo cartesiano, se toma esta visión que estaba solamente centrada en lo material, aquello que está sujeto a comprobación empírica. Pese a que esta era la idea generalizada y hegemónica, hubo autores que cuestionaban la veracidad de los postulados de la ciencia. Hume (2001, en Florenzano, 2010) por ejemplo, planteó la incapacidad que existe de ver al Self del hombre separado, en este caso del alma. Su postulado es que el ser humano no es capaz de verse a sí mismo de manera objetiva, dado que no puede separar sus partes, que todas sus dimensiones están íntimamente ligadas. En esta misma línea de la imposibilidad de ver el Self o Yo, como un continuo, desde la perspectiva cartesiana, es que irrumpen en occidente creencias e influencias filosóficas provenientes de Oriente como el misticismo, que permite descentrarse de esta idea de Yo, llevando al individuo al Yo trascendente, indivisible con las demás dimensiones de su existencia (Jung, s/f en Florenzano, 2010). Producto de esta gran división, es que los pacientes, y en general la mayoría de las personas, perdieron el acceso a la sabiduría que proviene del ámbito espiritual, dejando además a quienes hacen el ejercicio de la medicina, imposibilitados de acceder a este cuerpo

de conocimiento, no pudiendo hacerse cargo de ciertas situaciones, desde la postura científicista (Jiménez, 2005).

En Psicología, las corrientes que surgieron en un inicio fueron el Psicoanálisis y la Cognitiva Conductual, ambos postulados provenían del positivismo. El primero se abocaba al estudio de la mente, mientras que el segundo enfocado a las conductas de los individuos y los resultados de éstas. El Psicoanálisis planteaba que la religión era sólo un invento infantil, por lo que también dejó la dimensión espiritual fuera de su objeto de estudio. Esta postura Freudiana, fue modificándose con el tiempo y diferentes autores como Jung posteriormente la abordaron e incluyeron como un aspecto importante del hombre (Florenzano, 2010).

El estudio de lo religioso y espiritual estaba excluido de la Psicología, pero a comienzos del siglo XX, surge un interés desde esta disciplina, y con aportaciones hacia la religión y la espiritualidad de las tres grandes corrientes psicológicas, que son la cognitivo conductual, el psicoanálisis y la psicología humanista-transpersonal, dan paso a la Psicología de la religión o religiosidad, que es *“la rama de la Psicología aplicada y de la ciencia de la religión, que abarca las manifestaciones psicológicas vinculadas a la práctica religiosa”* (Quiceno y Vinaccia, 2009 p. 322), y su objeto de estudio son las creencias, actividades y las experiencias religiosas, vistas desde la mirada psicológica (Font, 1999 en Quiceno y Vinaccia, 2009).

Los primeros teóricos interesados en este campo fueron Schleiermacher (1982) y William James (1902), destacándose dentro de sus contribuciones la diferenciación de la religión como institución y la práctica personal, además de delimitar la religiosidad sana de aquella que no lo es. Para James operan componentes emocionales, cognitivos y conductuales en las experiencias religiosas (Quiceno y Vinaccia, 2009), entendiendo estas experiencias *“como una dimensión de gran complejidad dedicada al tratamiento del problema de la fe religiosa, de las creencias y de los modos de actuar frente a situaciones vitales trascendentes”* (James, 1902 en Yoffe, 2007 p. 195). Otros autores posteriores, independiente de las características particulares de las diferentes prácticas religiosas, la ven como una oportunidad de crecimiento y motivación o como una instancia de enajenación tanto del hombre como de la sociedad en su conjunto (Faller, 2001 en Quiceno, Vinaccia, 2009).

En adelante otros autores de diferentes corrientes de la psicología han hecho aportaciones en el desarrollo de estos conceptos, por ejemplo Allport (1950 en Quiceno, Vinaccia, 2009 y en Yoffe, 2007) hace la diferenciación entre Religión intrínseca y Religión extrínseca, donde la primera tiene relación con una fe genuina, mientras que la segunda hace referencia a la participación de rituales religiosos para ser parte de una sociedad o tener un estatus social determinado. Freud (1927, 1961) también atribuyó una importancia a la religión en la sociedad, pudiendo ser positiva su acción o negativa en el caso de esclavizar al individuo.

Jung por su parte plantea que la religión es parte importante de la psiquis del hombre y que las teorías que la dejan fuera del campo de estudio, son incompletas (Yoffe, 2007).

Otros autores que han tenido fuerte influencia en la Psicología de la Religión y la Espiritualidad han sido Bateson, Gordon, Adler, Maslow, Frankl y Erikson, entre otros, otorgándole una gran importancia a las experiencias religiosas en la vida del ser humano (Rodríguez, 2006; Yoffe, 2007). Si bien estos autores han abordado el tema de la religión, espiritualidad y salud, ha sido en las últimas 3 décadas que los estudios acerca de estas temáticas han tenido un fuerte aumento (Quiceno y Vinaccia, 2006; Rodríguez, 2006; Yoffe, 2007; Jiménez, 2005); pero a Juicio de Yoffe (2007), ha sido especialmente en la última década donde con más fuerza el estudio de la espiritualidad se ha desarrollado, diferenciándola de la religión. Estos estudios versan de cómo la espiritualidad y la religión se manifiestan en la vida del hombre, si son positivos o no lo son, en qué casos actúan como factores protectores ante determinadas situaciones vitales estresantes y la importancia de la búsqueda de sentido ante estas enfermedades o momentos de vida complejos para un individuo, así como la importancia que tienen en la calidad de vida de pacientes con patologías crónicas y en estados terminales (Florenzano, 2010; Penna, Avezum, 2007; Peres, Quintana, Silva, André, 2007; Quiceno y Vinaccia, 2006; Rodríguez, 2006; Yoffe, 2007). Estos trabajos son tanto del campo de la Medicina como de la Psicología.

Dentro de la línea de estudios psicológicos, destacan los que hablan de que la espiritualidad tendría una incidencia en la disminución de conductas suicidas y su revisión vendría desde el S XIX con las conceptualizaciones de Durkheim (Taha, Florenzano, Sieverson, Aspillaga, Alliende, 2011). Estos mismos autores mencionan que en los últimos años el número de estudios acerca de las conductas suicidas y espiritualidad superan los 1200, que en general los estudios de Religión – Espiritualidad – Salud, han tenido un gran aumento y que en investigaciones futuras es importante aclarar el cómo poder incorporar estos componentes en las diferentes intervenciones médico-psicológicas, además de abordarse en la formación de los especialistas, debido a que éstos debiesen hacerse cargo en parte de las demandas espirituales de sus pacientes (Florenzano, 2010).

Otra idea que queda a desarrollar en las futuras investigaciones según Yoffe (2007), es la relación complementaria que existiría entre la llamada Psicología Positiva propuesta por Seligman y la Religión y Espiritualidad, además de ir llegando a consensos respecto al gran cuerpo teórico que nutre la Espiritualidad y la variedad de religiones del mundo provenientes tanto de Oriente como de Occidente.

El estudio de la Espiritualidad y Religión relacionada con la salud, tanto física como mental, es aún inacabado, pero el interés que hay en esta disciplina es cada vez de mayor

relevancia y la OMS (2013), plantea que su relevancia radica en la incidencia que tiene en la calidad de vida de las personas, otorgándoles un mayor bienestar y, por ejemplo, una percepción distinta en torno a la muerte, disminuyendo el nivel de ansiedad frente a esta temática. Además se reconoce la importancia de abordar la espiritualidad desde los equipos médicos y la pertinencia de estudios acabados que consideren herramientas de evaluación que permitan distinguir los aspectos de la espiritualidad que influyen en la adaptación y ajuste a la enfermedad, así como de los elementos relacionados con la manera y el momento en que se aborda y la importancia de la generación de modelos de tratamiento e intervención adecuados (NIH, 2012)

3.3.2 Concepción de ser humano

Desde la perspectiva de la Enfoque Humanista, la comprensión de ser humano es de carácter holista, entendiendo su naturaleza expresada en una unidad donde se interrelaciona mente, cuerpo y espíritu, trascendiendo una visión dualista del ser (Boric, 2000): el ser humano no es solamente en sus dimensiones psicofísicas, sino que también espiritual y es desde aquí donde se manifiestan las otras partes de la persona (Espíndula, Martins Do Valle, Bello, 2010). Como señala Martorell (2008), *“el hombre, como hombre, sobrepasa la suma de sus partes”* (p.1), ahí radica la importancia de comprender al ser humano como un todo integrado.

Además, se considera que el ser humano es inseparable del medio que lo rodea, debido a que la organización y necesidades de su organismo están referidas al ambiente en el cual se mueve y por ende idealmente se encuentra en un constante estado de autorregulación para conseguir su equilibrio interno. Otro aspecto importante es que, en su relación con el ambiente, el ser humano tendría una tendencia intrínseca hacia el crecimiento y la expansión personal, lo que se manifiesta en la búsqueda de mayores niveles de bienestar (Carranzana, 2003; Boric, 2000).

En relación a esta tendencia actualizante, se considera que el ser humano posee una capacidad interna que trasciende la esfera racional y le permite discriminar aquellas experiencias que le son o no enriquecedoras para su crecimiento, por ende, percibe y significa los sucesos de una manera particular, en este sentido, *“los ‘instintos’, las emociones y la intuición constituyen una información relevante como guías en la conducta”* (Boric, 2000. p. 3).

Se destaca la subjetividad del ser humano y desde ahí, la importancia de una aproximación fenomenológica a sus procesos internos. De acuerdo a Rogers (s/f, en Boric, 2000) *“el ajuste psicológico depende de la estructuración de un sí mismo construido en base a*

la propia experiencia, flexible y abierto a modificaciones” (p. 6), así, el ser humano tendría la capacidad de tomar decisiones en base a sus significados personales, esta libertad le permite auto determinarse, elegirse a sí mismo a la vez que reconoce sus propios límites (Carranzana, 2003).

De acuerdo a Espíndula *et al* (2010), en el espíritu reside la capacidad del yo de volverse hacia sí mismo, a partir de las experiencias subjetivas y la forma en que se significan, pero además en base a la vida espiritual del individuo, que potencia dichas vivencias y las influye de forma particular, otorgándoles sentido.

3.3.2.1 Sentido

“En última instancia, vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a los problemas que ello plantea y cumplir las tareas que la vida asigna continuamente a cada individuo”.

Frankl, 1988

En esta visión del hombre, donde la espiritualidad es parte fundamental a considerar, es que cobra importancia el concepto del sentido. Para Rodríguez (2006), las definiciones de sentido formales, no dan cuenta de la importancia de este concepto y considera lo dicho por Kobasa y Maddi (1977) desde la Psicología Existencial, referido a que las personas tienen como meta primordial la búsqueda del sentido, así como la realización de este.

Esta búsqueda de sentido, se relaciona con que existe la concepción de que la realidad en la que se está inserto tiene significados o bien se les otorga, esto desde lo más global, hasta cada situación particular dentro de la vida de una persona, por lo que el significado es una Gestalt que surge entre la realidad interna y externa (Längle, 2005; Rodríguez, 2006). Dicha búsqueda tendría dos componentes, el primero es el otorgamiento de un orden a un suceso, dentro del contexto vital, y segundo tiene un propósito, es decir, tiene una meta (Thompson & Janigian, 1988 en Rodríguez, 2006). En este sentido, la búsqueda se relaciona con el comprender algo en particular o la vida en general, el poder integrar aquellas nuevas experiencias, ya sean buenas o malas. Taylor (1995; Rodríguez 2006), plantea que el poder flexibilizar el significado que se tiene de la realidad y ampliarlo permite que sucesos como la enfermedad de Cáncer puedan ser incorporados sin desestabilizar al individuo. Además la cultura también influye en el cómo se significan los hechos de la realidad, junto con las

experiencias previas de la persona, sus conocimientos formales y creencias (Lipowski, 1970; Rodríguez, 2006)

Frankl (1999 en Rodríguez 2006), considera que el sentido va más allá del ver la realidad como significativa, sino que en la particularidad cada individuo busca una interpretación que le revele cuál es la meta de él a llevar a cabo. Él plantea que el sentido es lo que le confiere un significado a la vida, o momento específico, otorga propósitos o fines a realizar. Junto con esto también permite el desarrollo de una coherencia y soporte internos en el individuo (Frankl, 1988). Para este autor el sentido es una necesidad básica del hombre y esta lleva a la auto actualización, lo que implica, las personas son capaces de traer al aquí y ahora sus potencialidades y desarrollar aquellas más adecuadas para el momento de vida que está pasando (Frankl, 1999 en Rodríguez, 2006). Para Frankl (1988), la fuerza motivadora del hombre, es la búsqueda del sentido de su propia vida y acuña el concepto de voluntad de sentido, que sería lo que es para Freud el principio del placer. *“El sentido no es sólo algo que nace de la propia existencia, sino algo que hace frente a la existencia”* (p. 57), este sentido no se inventa, sino se descubre, se devela. Además la persona tiene la libertad de elegir si realizará los actos que lo conducirán a la consecución del sentido, que si no existiese la libertad, entonces el hombre no encontraría el sentido de vida, ni de hechos puntuales y que esta libertad a la vez trae aparejada una responsabilidad. Relacionado con esta libertad, es que Frankl (1988), plantea que el actuar para la realización del sentido, no debe ser para una tranquilidad moral o de conciencia, por el contrario, se debe hacer porque hay una causa que lo identifica y por la que siente amor, estas pueden ser una causa social, por otro al que se ama o por Dios y la religión que profese (sin considerar lo moral dictado por esa creencia).

Frankl (1991, 1994; 1999 en Rodríguez ,2006), dice también está ligado el sentido a la autotranscendencia, que es entendida como *“la posibilidad de ir más allá de uno mismo ayudando por ejemplo a los demás o abriéndose a la dimensión espiritual”* (p. 138), que la orientación del ser humano no es sólo él mismo, sino algo más allá y que la búsqueda a través de sentidos más elevados o superiores, permite tener una mejor disposición frente a lo que esté ocurriendo, como una enfermedad, y esto repercute en que se den mejores respuestas ante estos eventos (Frankl, 1988).

Ligado a esta idea de autotranscendencia es que Reed (1991 en Rodríguez, 2006), plantea que el sentido se va ampliando, por consiguiente se forma una perspectiva más abarcadora de la vida, fortaleciéndose la identidad y extendiéndose la idea de sí mismo.

Yalom (1984 en Rodríguez, 2006) dice que el sentido no es algo preconcebido, sino es creado completamente por el individuo, a diferencia de lo planteado por Frankl, y que el significado que surja de una situación determinada dependerá de la coherencia interna y

propósito de vida que se tenga en un momento dado. Se relaciona con esto lo planteado por Frankl (1988, 1991), que el sentido no se otorga en forma arbitraria ni a conveniencia, sino surge de acuerdo a las circunstancias que transcurren en un momento determinado y así tener una actitud frente a la vida.

Por su parte, Langle (2004) señala que los aspectos espirituales de la estructura humana se relacionan con tres motivaciones existenciales, que preceden a una cuarta que es en sí misma la búsqueda del sentido. La primera de ellas, tiene relación con la pregunta: *“Yo soy, pero ¿puedo ser?”*, lo que demanda tres condiciones necesarias para desarrollar este aspecto de manera amplia: la sensación de protección, espacio y apoyo, y la capacidad del sujeto de aprovechar estas condiciones. La segunda, tiene relación con la pregunta: *“Yo estoy vivo, pero ¿me gusta vivir?”*, ya teniendo un espacio en el mundo, se hace necesario llenarlo con vida y para esto se requieren tres condiciones: relación, tiempo y cercanía, y a través de éstas un compromiso activo con la vida. La tercera, responde a la pregunta: *“Yo soy yo, pero ¿puedo ser así? ¿Me siento libre para ser así?”* Existe una singularidad que hace únicas a las personas, individuos con características particulares, y ante esto se requiere la experiencia de atención, la justicia y el reconocimiento, además de la capacidad del individuo de encontrarse con otros, a la vez que distinguirse. Finalmente, la cuarta motivación responde a la pregunta: *“Estoy aquí, pero ¿para qué?”* Si se cumplen las tres primeras motivaciones, el individuo estará en condiciones de buscar un sentido de trascendencia que le permita sentirse realizado, para lo cual se necesita la disponibilidad de un campo de actividad, un contexto estructural y un valor a realizar en el futuro, además de una actitud fenomenológica que permita la apertura necesaria para responder a la estructura dialógica de la existencia (lo que yo espero de la vida y cómo yo respondo ante los requerimientos de ésta). El sentido existencial entonces, para el autor, es lo que es posible aquí y ahora, en relación al contexto en el que me encuentro y mis propias motivaciones internas y cómo estos aspectos se relacionan entre sí.

En la revisión hecha por Rodríguez (2006), del concepto de sentido, destacan también los postulados de Thompson y Janigian (1988), en los que hablan del sentido implícito, que implica la evaluación del sentido de un suceso, y el cómo este se ajusta en el esquema de vida de la persona, logrando que la visión del mundo que tiene sea compatible con el significado otorgado a dicho suceso. Fife (1994), considera el sentido no es estático, que se va modificando en el transcurso del tiempo, a medida que ocurren nuevos sucesos y dependiendo de cuál es el contexto en el que se manifiestan. Para esta autora hay dos tipos de sentido, el de uno mismo y el contextual. El primero habla de cómo un acontecimiento repercute en los diferentes ámbitos de la identidad del individuo, y el segundo dice de las características del suceso en sí y de los aspectos sociales en los que está envuelto.

El sentido, como se ha mencionado antes, también cobra relevancia al tratarse de momentos negativos en la vida de una persona, ya sea por la pérdida de algo, por alguna enfermedad, etc. Para Rodríguez (2006), variados son los autores que tienen este planteamiento y que consideran el sentido como *“el objetivo de una lucha cognitiva que proporciona un significado a una situación de crisis”* (p. 139) y de esta forma el evento negativo se puede integrar dentro de los demás ámbitos de la vida, lo que repercute en una adaptación a dicha situación. Lo anterior, se relaciona también con lo dicho por Taylor (1983), que el poder adaptarse a situaciones negativas o estresantes, muestra habilidades que posee la persona de atribuirle sentido no sólo al evento en particular que está ocurriendo sino cómo este influye en su estado actual, lo que le permite cierta sensación de control sobre la situación, además de movilizarla a realizar los cambios necesarios para adecuarse a las nuevas condiciones. Para Frankl (1988, 1991, 1994; 1999, en Rodríguez, 2006) el sentido es primordial para la adaptación de las situaciones negativas o estresantes como lo es el diagnóstico de Cáncer. Este mismo autor, plantea que el sentido es individual, que cada persona tiene un único e irrepetible para cada uno de los momentos de su vida o ésta en general, pero que existen también significados comunes a todas las personas que comparten una misma cultura, y se denominan valores, dentro de los cuales se inscriben los significados personales de cada individuo (Frankl, 1991).

Dentro de esta búsqueda de sentido, Frankl (1988; 1991), dice que el sentido, y en especial el sentido de la vida, se va descubriendo, y que éste último sería el motor para seguir viviendo. Para encontrar el sentido, Frankl (1988), plantea hay tres maneras de acceder a él, la primera es mediante la creación, que se materializa a través de acciones creativas, que pudiesen estar ligadas a cualquier disciplina. La segunda es mediante el goce, que es el poder experimentar las instancias de la vida, como la naturaleza o el arte, por ejemplo. Finalmente la tercera forma de acceder al sentido de vida, es por el sufrimiento, que se manifiesta cuando el hombre está impedido de la creación y el experimentar, ante hechos que le son imposibles de modificar, pero que ante este escenario, aún puede elegir cómo vivir ese momento, creciendo y desarrollándose mediante el sufrimiento o no. Ligado al desarrollo de estas formas de acceder al sentido es la ya mencionada autotrascendencia, donde el sentido puede también encontrarse o develarse mediante actos que vayan más allá de la persona y que pasan por sobre los determinismos sociales, biológicos y de personalidad (Frankl, 1988).

Yalom (1984 en Rodríguez, 2006), plantea existe un sentido individual y otro cósmico, referido a la existencia de un diseño previo, de carácter espiritual, donde el sentido individual se enmarca, con el fin de dar cumplimiento a este propósito. Este mismo autor plantea que una forma de acceder a este sentido cósmico, es mediante los sistemas de creencias como las religiones o también en el caso de los ateos, a través del altruismo, en ambos casos es ir más

allá de sí mismo, es ver la realización de estas actitudes o desarrollo de creencias por sobre el principio del placer, que éste es resultante de la búsqueda del sentido de vida.

El hombre que ha encontrado su sentido de vida, o que está en su búsqueda trasciende su propio yo en sus acciones, no buscando por medio de ellas auto afirmarse (Frankl, 1991, 1994; Maslow, 1985; Yalom, 1984 en Rodríguez 2006).

Rodríguez (2006), hace una revisión de diversos estudios empíricos, en los que se ha estudiado la variable de sentido y salud mental, tomando como supuesto que el sentido proporciona un estado de coherencia interna y que actúa como factor protector. En estos estudios, los resultados han sido variados, por ejemplo se han encontrado relaciones positivas entre el sentido de vida y una mayor autoestima, disminución de manifestaciones psicopatológicas, mayor sociabilidad, disminución del estrés y afrontamiento de éste, dentro de otros. Sin embargo no todos los estudios relativos al sentido y afrontamiento del estrés, han evidenciado una relación positiva, debido hay personas no buscan el sentido y afrontan bien la situación estresante y otros que buscan el sentido, pero esto no les ayuda a superar la situación estresante (Davis 2000, en Rodríguez, 2006).

En la corroboración de la importancia de la búsqueda de sentido, es que Yalom (1984 en Rodríguez 2006), asevera que el 30% de los pacientes que buscaban psicoterapia, era porque no podían encontrar el sentido de su vida. Otros autores plantean que la falta de sentido se puede manifestar de diferentes formas psicopatológicas, dependiendo de la gravedad de la ausencia del significado (Rodríguez, 2006).

Como se ha revisado el sentido de vida es un concepto que está aún inacabado y en el que los diversos teóricos difieren en algunos aspectos, pero el consenso estaría en la importancia que revertiría para el hombre la búsqueda de sentido, tanto de su vida como de los diferentes hechos que en esta ocurran, y es de relevancia también en poder enmarcar dicho sentido de vida individual en uno mayor, cósmico según Yalom (1984, en Rodríguez 2006), que permita el desarrollo espiritual y la trascendencia del ser por sobre los límites del yo, siendo este sentido un factor protector en situaciones estresantes y el motor de la vida (Frankl, 1988), aunque empíricamente no hay un total consenso acerca de esto, una gran cantidad de estudios avalan lo propuesto por Frankl, Yalom, Maslow entre otros, de considerar el sentido como un indicador de salud mental y factor protector que permite afrontar de mejor forma las situaciones vitales adversas.

3.3.2.1.1 Sentido y Cáncer

Como se ha mencionado anteriormente, el Cáncer es considerado un estresor, y que desde su diagnóstico en adelante conlleva una serie de alteraciones en la vida del paciente y su entorno. Es una patología que puede poner en riesgo la existencia y para (Henrion, 1983; Noguchi et al., 2006, en Rodríguez, 2006) altera el sentido de vida que la persona había tenido hasta ese momento, lo que implica necesariamente que tenga que haber una reestructuración del sentido de vida, un cambio de este y también la oportunidad de aprender y desarrollarse a través de esta experiencia (Taylor EJ, 1995).

Como ya ha sido mencionado, un evento negativo, en este caso un Cáncer no necesariamente hace que se pierda el sentido de vida, que al encontrarle significado a lo que está ocurriendo, la persona tiene más herramientas para afrontar el diagnóstico y lo que implica (Rodríguez, 2006).

Yalom (1984 en Rodríguez, 2006) corroboró que algunos enfermos terminales de cáncer, encontraban un sentido de vida y que esto les permitía vivir con mayor plenitud y veían la muerte con menor ansiedad, comparándolos con pacientes que no tenían significado o sentido de vida y de su enfermedad. La búsqueda de sentido en enfermos de Cáncer puede ser conceptualizado como un método positivo de afrontamiento a la enfermedad, como lo son dos de los descritos por Moorey y Greer (1989 en Durá e Ibáñez, 2000). Sin embargo, también puede atribuírsele un significado negativo a la enfermedad, lo que repercutiría en un menor estado de bienestar psicológico, lo que es más factible de ver en personas cuyos estadios de la enfermedad estén muy avanzados o en población más joven según Sarna, Brown, Cooley, Williams, Chernecky, Padilla, Danao (2005), esto último no se condice por lo encontrado en un estudio de Pinquart, Frölich y Silbereisen (2007, en Rodríguez, 2006) en el que los jóvenes encontraban mayor sentido a la enfermedad.

Rodríguez (2006), muestra cómo se ha relacionado la enfermedad de Cáncer con el sentido, desde la perspectiva de distintos autores, el primero sería el significado de la existencia global o sentido de la vida propuesto por Frankl (1988), O'Connor (1990), Tomich y Helgeson (2002) y se relaciona con la continuidad pasado, presente y futuro, y la mirada espiritual y/o religiosa y *“con encajar los hechos concretos de la existencia dentro de dicha visión global o con la autotrascendencia”* (p. 179) También se ha considerado el tener un sentido global como mediador del efecto de pensamientos intrusivos en el malestar psicológico, por ejemplo, al tener un diagnóstico de Cáncer, el sentido que se le dé a la enfermedad en la vida de la persona, impedirá que surjan pensamientos que pudiesen afectar el bienestar psicológico del enfermo (Vickberg et al., 2001).

Una segunda manera de otorgarle sentido es contextualmente, donde se mira cuáles son las implicancias del diagnóstico en la propia vida, desde el ámbito privado, hasta lo social (Wortman & Silver, 1989 en Rodríguez, 2006) plantean que aquellos que incorporan los eventos negativos a su mundo, experimentan con mayor bienestar la enfermedad que los que perciben su mundo destruido por el Cáncer.

La tercera manera de verlo es desde la perspectiva de uno mismo (Fife, 1994) y dice de cómo se ve el enfermo de Cáncer en la situación de su enfermedad, cómo percibe su identidad, sensación de control, entre otros.

También hay maneras en las que tradicionalmente el enfermo busca el sentido, una es mediante la causalidad (buscar causas a su enfermedad), otra manera es aceptar lo que la enfermedad puede llegar a afectar, una tercera es hacer un reordenamiento de las prioridades y tratar de vivir lo más pleno, y una cuarta sería ver aquellos ámbitos positivos de su condición de salud, entre otros (Rodríguez, 2006). Este mismo autor menciona conceptualizaciones de diferentes teóricos respecto a cómo la enfermedad de Cáncer afecta el sentido y las formas en que las distintas personas toman estos cambios de significado, en ocasiones de manera positiva y en otras negativamente.

Hay pocos estudios de salud mental en pacientes oncológicos, relacionado al sentido y sus resultados son disímiles, como por ejemplo los realizados por Taylor (1983), Schnoll, Harlow y Broker (2000) versus el de Smith y colaboradores (1993, en Rodríguez, 2006), mientras los primeros muestran una relación positiva en aquellos que tienen o encuentran el significado de vida, se sienten más aliviados y afrontan mejor su enfermedad, y los resultados de Smith que arrojan que el proceso de búsqueda de sentido tiene relaciones negativas, profundizando en algunos casos los cuadros depresivos, así también y no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la búsqueda de sentido y un mejor afrontamiento a la enfermedad oncológica. Sin embargo, pareciera haber acuerdo entre los teóricos, que la atribución de sentido a la enfermedad oncológica, en sus diferentes formas, contextual, global, relacionado a las relaciones sociales, vivida de manera más espiritual, etc. tendría una incidencia positiva en el afrontamiento del Cáncer. En cualquiera de estos casos el sentido tendría un rol importante en el afrontamiento de esta enfermedad.

3.3.3 Relación entre Espiritualidad, Religión y Religiosidad

De acuerdo a Rodríguez (2006) es importante establecer una diferencia entre religión, religiosidad y espiritualidad, debido a que muchas personas si bien le dan un gran peso a sus

creencias espirituales, no se sienten representadas por un credo particular.

La religión parece ser un concepto menos amplio que el de espiritualidad, ya que de acuerdo a Taylor (2001, en Rodríguez, 2006), está relacionada con pautas, rituales y significados enmarcados en un contexto particular. También es definida como *“la creencia en la existencia de un poder reinante sobrenatural, creados y controlador del universo, que ha dado al hombre una naturaleza espiritual que continúa existiendo después de la muerte del cuerpo”* (Jiménez, 2005, p. 8). A su vez, este concepto hace referencia a un sistema organizado de creencias, prácticas y formas de culto que son consensuadas por la cultura o comunidad y que en su mayoría están dirigidas a la relación con Dios (Emmons & Paloutzian, 2003 en Rodríguez, 2006; Nuñez, Enríquez, Irarrázaval, 2011; Emblen, 1992 en Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2005), es además una institución social, con distintas normas y estructuras que implican mucho más que la sola experiencia espiritual de las personas (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2005). Allport (1950 en Quiceno, Vinaccia, 2009), diferencia la religión intrínseca de la extrínseca, siendo la primera una fe sentida, genuina y devota, donde vivencia la religión como el mayor valor de su vida. La extrínseca por su parte es más bien utilitaria, donde se busca tener una posición social, una ganancia, que no se relaciona con los fines religiosos. Además la religión tiene 3 dimensiones, la cognitiva, comportamental y la afectiva (Beit-Hallahmi y Argyle, 1997 en Quiceno, Vinaccia, 2009).

La religiosidad, es la manera en la que un individuo cree, sigue y practica una religión (Florenzano, 2010), la manera en que cada uno expresa sus creencias religiosas y, específicamente las prácticas asociadas a éste ámbito (oración, textos sagrados, etc.). Sería la expresión comportamental de la religión, poseería un carácter directivo, dado que entrega la manera de acercarse a lo divino. Posee dos cualidades, la primera es cuando es ejercida como el medio para acceder a la experiencia de lo divino, dando paso a la espiritualidad, que sería su fin, sin embargo hay una segunda opción o cualidad que es cuando en vez de medio la religiosidad se torna en un fin, centrándose en la realización de los rituales, creencias, supersticiones, alejándose de lo espiritual (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2005). Para estos autores este concepto es *“el cascarón de la vida religiosa del creyente; aquello que dota de realidad y sentido esencial a esta vida religiosa es justamente la espiritualidad, la experiencia de lo divino”* (p. 126)

Frankl (1999, en Rodríguez, 2006) considera que la religiosidad afecta a las decisiones más personales que las personas toman y que inclusive aquellos que no parecen religiosos, poseen una religiosidad latente.

Por último, la espiritualidad, estaría relacionada a grandes rasgos con aquellos aspectos subjetivos y personales de la búsqueda de sentido de una persona (Rodríguez, 2006),

que incluiría aspectos universales, tales como “*el propósito y realización en la vida, la de esperanza o de voluntad de vivir y la de la necesidad de creer, tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios*” (Florenzano, 2010. p. 225).

Las creencias espirituales proporcionarían un mayor bienestar subjetivo, además de conceder la sensación de sentido aún en medio de situaciones vitales importantes y, en relación a la religiosidad, tendrían relación con considerar a la divinidad como un ser benevolente, la búsqueda de la conexión Dios y la posibilidad apoyo social por parte de los miembros de la comunidad religiosa o el apoyo a otros. Lo que se relacionaría con un mejor calidad de vida y salud mental (Rodríguez, 2006), proporcionando un sentido de realización e identidad.

La espiritualidad y religiosidad, o religión entregan un marco para comprender la enfermedad, las situaciones de crisis y las pérdidas como la muerte. Personas que se encuentran en estados terminales de sus enfermedades, encuentran consuelo en sus creencias, confiriéndoles seguridad y tranquilidad (Nuñez et. al. 2011).

Para Jiménez (2005, en Florenzano, 2010), esta necesidad de darle un sentido a la vida es un rasgo propio de los seres humanos e intrínseco a la vida misma, donde la falta de éste engendraría la sensación de desesperanza espiritual. En esta búsqueda de sentido, la religión y espiritualidad forman parte importante en la vida de muchos individuos que utilizan algunas prácticas dentro de su cotidianidad y, en relación al Cáncer, como forma de abordar el estrés que les provoca su enfermedad. Pargament y Koenig (1997, en Yoffe, 2006) desarrollaron el concepto de *afrentamiento religioso* que consideraría aquellos aspectos relacionados con las creencias y acciones religiosas que son utilizados para prevenir y/o aliviar las consecuencias de sucesos estresantes.

Por otro lado, es importante mencionar que ante estas crisis vitales hay personas que vivencian su espiritualidad/religiosidad de forma negativa, experimentando “pérdida de la fe, incertidumbre y desesperanza en relación con aspectos espirituales” (Ferrell et al 2003, en Rodríguez 2006. p. 197). En específico, con respecto a la religión, estaría relacionado con un conjunto restrictivo de normas que limiten la libertad del individuo, con una visión de un Dios castigador, de fuerzas negativas asociadas a la crisis, con la espera de una resolución extrínseca de los problemas o directamente una sensación de descontento y desesperanza espiritual (Nuñez et. al. 2011). Taha et. al. (2011) plantean que en pacientes depresivos se encuentran altos niveles de culpa, el acompañamiento religioso pudiese ser negativo, ya que aumentaría estos sentimientos.

Como se puede observar, la religión parece tener una incidencia importante en la vida de las personas que la consideran como un aspecto importante. En Chile, de acuerdo a

estadísticas del CENSO se explicita esto, señalando que “el 76,7% de los habitantes de 14 años o más se declaró católico; el 12,4% evangélico; el 0,8% protestante; el 4,2% se identificó con otra religión o credo, y el 5,8% dijo ser indiferente o ateo” (INE, 2002. p. 25). Dentro de estas estadísticas, además de destacar el gran porcentaje de creyentes, independiente de su religión, es importante señalar que históricamente ha ido aumentando el número de personas (mayormente jóvenes) que declaran creer en Dios, pero no pertenecer a ninguna religión (Valenzuela, Bargsted y Somma, 2012).

3.3.4 Espiritualidad

La espiritualidad conduciría a preguntas acerca del sentido de la vida y no estaría circunscrita a un cierto tipo de creencias ni de prácticas en específico (Florenzano, 2010; Jiménez, 2005). Además, para Jiménez (2005), la espiritualidad une lo personal con lo universal de manera profunda, siendo en esencia unificadora.

Para Araújo, Sales y Andrucoli de Mattos (2008), la espiritualidad tiene relación con lo trascendente del alma y su relación con la divinidad, entendiéndola unida “*a una actitud, a una acción interna, a una ampliación de la conciencia, a un contacto del individuo con sentimientos y pensamientos superiores, al fortalecimiento, al madurar, y al resultado que este contacto puede tener para la personalidad*” (p. 960).

En un estudio cualitativo, realizado por Hermann (2001 en Araújo *et. al.* 2008), a pacientes terminales, éstos entienden la espiritualidad como “*una búsqueda de significado y al propósito en la vida, lo que nos remite para una dimensión trascendental; para mejorar la Calidad de Vida*” (p. 960). Esta idea de la espiritualidad como una propensión del hombre a buscar significado a la vida, a través de lo trascendente, de aquello que va más allá de su propio ser y busca conectarse a algo superior, es compartida también por Penna y Avezum (2007) y Peres, *et. al.* (2007).

Jiménez (2005), considera que la espiritualidad responde a necesidades del hombre que son universales, independiente de la cultura, y a su vez se define a través de éstas; la primera necesidad es encontrar sentido a la vida, la segunda es la esperanza o voluntad de vivir y la tercera necesidad es tener fe o creer en sí mismo, en los demás o en un ser superior. En este sentido, es que Rivera-Ledesma, Montero-López Lena (2007), consideran lo dicho por el National Institute for Healthcare Research (NIHR, 1997), donde se entendió la espiritualidad como “*la búsqueda de lo sacro o lo divino a través de cualquier ruta o experiencia de vida*” (p. 126).

Mytko y Knight (1999), plantean que la espiritualidad contempla sentimientos de conexión con sí mismo, los otros, su entorno natural y el significado de la vida y que si bien las distintas religiones abarcan estas temáticas, la espiritualidad no está delimitada a una práctica religiosa, no son excluyentes la una con la otra, pueden sobreponerse, pero también entenderse en forma independiente. Estos autores citan a James (1919), quien conceptualiza la espiritualidad como *“el conjunto de sentimientos, actos y experiencias de los Hombres individuales en su soledad, cuando se perciben a sí mismos en relación con lo que consideran lo divino”* (p.440).

Otra mirada es la de Brady, Peterman, Fitchett y Cella (1999), que plantean que la dimensión espiritual está fuertemente ligada a encontrar respuestas sobre su vida, la enfermedad y la muerte.

Para Núñez, Enríquez e Irrázaval (2011) lo espiritual es innato en el ser humano y le permite cuestionarse acerca del sentido de la vida, su identidad, la muerte y también aumenta la capacidad de enfrentarse y adaptarse de mejor manera a hechos negativos como una enfermedad o algún duelo (Gallegos y Herrera, 2008 en Nuñez, et. al. 2011). Rivera-Ledesma, Montero-López Lena (2007), plantean que la dimensión espiritual es la experiencia de lo divino y que ésta entrega realidad y sentido esencial a la vida en general, pero también a la religiosa. Estos autores conceptualizan la espiritualidad en base a diferentes características, la primera es que sería un estado interno, en el que hay un sentir integrado con la vida y el entorno (Soeken y Carson, 1987 en Rivera-Ledesma, Montero-López Lena 2007); sería también un proceso funcional dinámico (Wulff, 1996 en Rivera-Ledesma, Montero-López Lena 2007), su desarrollo ocurre en la individualidad del sujeto y posteriormente se expresa en el ámbito social. Tendría entonces componentes estáticos y otros dinámicos, esto implica que lo primero da sentido a la experiencia del sujeto, mientras que lo segundo contendría, otorgando una dirección, una estructura al individuo (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2007).

Visto desde la Psicología Positiva, según Martínez (2006), es que se considera la Espiritualidad, que ayuda a mantener cubierta la necesidad de pertenencia de los sujetos, tanto en un entorno social, como la pertenencia a algo superior o cósmico de acuerdo a lo dicho por Yalom (1984, en Rodríguez 2006).

Martínez (2006), también plantea y concuerda por lo dicho por autores como Frankl, Maslow y Jung, entre otros, respecto a que para una persona el poder encontrar o descubrir su identidad, no sólo requiere desarrollar su personalidad o llevar a cabo su proceso de individuación en forma aislada, sino que es necesario este componente personal esté en relación y se comprometa con algo más allá de él mismo, cuando esté en contacto con lo trascendental.

Para Benito, Barbero y Payás (2008), la espiritualidad responde a necesidades que van surgiendo en la vida de las personas, sobre todo en momentos de crisis vital, como lo es enfrentarse a la muerte o lidiar con una enfermedad de tipo crónica como lo es el Cáncer, estas necesidades son: a) de ser reconocido como persona b) volver a leer su vida (revisar lo que ha hecho en su vida hasta el momento presente) c) encontrar sentido a la existencia y el devenir: la búsqueda de sentido d) liberarse de la culpabilidad, de perdonarse (a sí mismo) d) reconciliación, de sentirse perdonado (por otros a los que pudiese haber hecho algún daño) f) establecer su vida más allá de sí mismo (de los límites de sí, en comunicación con algo más trascendente) g) de continuidad, de un más allá (trascender en el futuro a través de instituciones, familia, valores entregados, etc.) h) de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas. La conexión con el tiempo (mantener la esperanza en un futuro mediante acciones presentes) i) de expresar sentimientos y vivencias religiosos (en su entorno, otorgarle significado a su experiencia presente, a través de sus creencias) j) de amar y ser amado (muy relevante en el seguir siendo reconocido como persona).

Estos autores consideran que las necesidades espirituales, no implican únicamente la falta de algo, sino que además hacen referencia a las potencialidades que la persona posee, pero no están completamente desarrolladas y que se desea lo estén.

Frankl (1988) en base a su experiencia en el campo de concentración, reparó en el hecho que aquellos que tienen desarrollo de una vida espiritual, están más protegidos o preparados a enfrentar situaciones de crisis, puesto que la espiritualidad concede, para este autor, libertad interior. De esta forma, aunque un individuo esté limitado en su acción, si desarrolla lo espiritual, entonces será libre y podrá evolucionar internamente, otorgarle sentido a la experiencia, aprender de ella y trascender.

Lo espiritual es lo que confiere al hombre la característica de humano y es la dimensión primordial donde transcurre su existencia, lo espiritual es lo que lo diferencia de los otros seres vivos. Además atraviesa lo social, físico y mental. Otorga libertad y por ende responsabilidad ante las decisiones que se tomen frente a las circunstancias internas o externas que le ocurran al individuo.

La persona es el centro de toda actividad espiritual y permite y constituye la unidad y plenitud, lo espiritual ayuda a adaptarse y fijar una acción ante aquellas cosas que no se pueden modificar. También considera que aunque la espiritualidad y la existencia humana se encuentran en mayor medida en lo inconsciente, afirma que el fenómeno espiritual puede ser consciente o inconsciente y de esta manera, aunque no tenga conocimiento de esto, el hombre siempre se encuentra en relación con lo trascendental (Frankl, 1999, en Rodríguez, 2006).

Taha *et. al.* (2011), consideran que la espiritualidad es un componente terapéutico, que

facilita la recuperación de diversas dolencias (físicas y psicológicas), y además incrementa el bienestar individual y al igual que Frankl, plantean que lo espiritual disminuye el impacto emocional de las situaciones estresantes o críticas en la vida de una persona.

La espiritualidad conlleva la creencia en que hay algún orden en el Universo, y ayuda a la aceptación de ciertas situaciones, más no a la resignación y propicia el encuentro de un estado de paz interior, potenciando la creatividad (Siegel, 1995 en Rodríguez 2006).

Quiceno y Vinaccia (2010), realizan una clasificación en donde en el área de la salud la espiritualidad ha sido entendida de cuatro maneras diferentes, la primera se refiere a una visión tradicional, que se caracteriza por una fuerte religiosidad, enseñanza de las tradiciones en la propia comunidad, etc. y aquí la medicina no tiene campo para operar, en la espiritualidad. La segunda conceptualización es la visión moderna de espiritualidad, en donde abre a aquellos que no son religiosos a la espiritualidad. La tercera, es la visión tautológica moderna de la espiritualidad, que es muy similar a la anterior, pero incluye aspectos positivos y valores humanos como el significado de la vida, el apoyo social, entre otros. Finalmente la cuarta visión es la clínica moderna de espiritualidad, que además de incluir las anteriores, abarca los elementos laicos en su concepción, por lo que aquel individuo que es agnóstico e incluso ateo, se considera un ser espiritual. Jiménez (2005), en esta misma línea, dice que la espiritualidad va más allá de cualquier afiliación religiosa, que su objetivo es la trascendencia, un gran respeto y amor a su entorno, que busca el sentido de la vida, incluyendo a aquellos que no creen en un ser superior, es decir, Dios.

En esta investigación se entenderá espiritualidad, en base a lo revisado por los autores recién mencionados como “Una cualidad del hombre, que es esencial en él, que responde a determinadas motivaciones y necesidades de este como encontrar sentido a la vida, la esperanza o voluntad de vivir, tener fe o creer en sí mismo, en los demás, en un ser superior o en un orden superior. Que moviliza al individuo a encontrar respuestas sobre su vida, enfermedades o la muerte, a través de cualquier camino, no necesariamente a través de lo religioso. Une al hombre consigo mismo, con los otros y con lo superior o cósmico, ayudando a la trascendencia del ser humano, a que salga de los límites de sí mismo. Permite además el afrontamiento de momentos de crisis, aumenta el bienestar emocional y físico, disminuyendo el impacto emocional negativo de dichas situaciones. Va más allá de los límites del hombre y su centro es el otorgar significado a la vida o situaciones específicas otorgando libertad y responsabilidad al mismo tiempo de cómo se ha de vivenciar, entender y actuar en la vida, desarrollando fuertemente la creatividad y el crecimiento personal”.

3.3.5 Estudios de abordaje de la espiritualidad y la religiosidad en psicoterapia y medicina

Son variados los estudios que se han realizado acerca de la espiritualidad/religiosidad en medicina y salud mental. A juicio de Quiceno, Vinaccia (2009), los estudios dedicados a la intervención espiritual específicamente, son pocos, lo que iría en aumento son aquellos que hacen referencia a la importancia que tiene la espiritualidad en la salud. Esto se condice con una revisión bibliográfica de Hawks, Hull, Thalman y Richins (1995 en Quiceno, Vinaccia, 2009), cuyo objetivo era tener una visión respecto a cuáles eran las intervenciones más efectivas para abarcar la salud en general y en especial la espiritual. Lo encontrado por estos autores, muestra que las técnicas de imaginación, meditación y actividades de apoyo social, tienen gran relevancia en encontrar el significado de la vida, el contactarse consigo mismo, con los otros y con algo superior, desarrollándose así la capacidad de trascendencia. Junto con esto, encontraron que había efectos positivos en la salud como disminución de las afecciones cardíacas y de mortalidad por Cáncer, al igual que incide en una baja de los estados de ánimo negativos y en los estados ansiosos.

En otro estudio realizado por Yanek, Becker, Moy, Gittelsohn, Koffman (2001), en mujeres afroamericanas, compararon el impacto que tiene en el riesgo cardiovascular la espiritualidad, en este caso abordada desde la Iglesia a la que adscribían. En la comparación del grupo que recibía apoyo espiritual, versus el de auto ayuda, hubo muchas mejoras en el primer grupo como disminución colesterol, reducción de la presión arterial, entre otros, donde lo más importante era el impacto de la espiritualidad en cambios permanentes de vida.

Quiceno, Vinaccia (2009), realizaron una revisión de diversos estudios hechos los últimos años de la espiritualidad y salud, donde algunos abarcan indicadores de salud objetivos como la reducción de cintura, riesgo cardiovascular, cambios de hábito, realización de actividad física, etc. mientras que otros estaban enfocados en pesquisar la percepción de los propios pacientes como su calidad de vida, relación consigo y con otros, aceptación de su estado de salud, percepción de su entorno, etc. En todos estos estudios los efectos de la inclusión de la espiritualidad en las intervenciones fue beneficioso para los pacientes, constatando así la relevancia de la espiritualidad en la salud de las personas, tanto en lo físico como en lo mental también lo relacional, además de ayudar y dar mejores herramientas de afrontamiento en momentos de crisis.

Eichelman (2007), comenta un estudio realizado en Estados Unidos por Curlin et. al (2007) donde se constata la importancia de la inclusión de la espiritualidad en la medicina y la salud mental, aunque un número no menor de Psiquiatras, considera que esta puede tener un

efecto negativo, cada vez más, en base a los estudios como el de Curlin, así como la propia experiencia de los Psiquiatras en la clínica van avalando la importancia de lo espiritual en el concepto de salud y bienestar psicosocial.

En una revisión realizada por Moreira-Almeida, Koenig (2008), referida al efecto que tendría la espiritualidad/religiosidad en pacientes con fibromialgia y dolor crónico, concluyen que respecto a la sintomatología de estos cuadros, la evidencia no es significativa, sin embargo en los estados afectivos, afrontamiento del cuadro clínico, ansiedad, la espiritualidad/religiosidad sí tiene un efecto positivo en los pacientes. Estos autores concluyen que es necesario continuar con la investigación de la influencia de la espiritualidad en este tipo de pacientes para de esta forma ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico.

Siguiendo con lo anterior, Peres et. Al (2007) en la revisión que realizan respecto a la importancia de la integración de la religión y la espiritualidad en cuidados paliativos concluyen que cobra relevancia para el mejoramiento de la calidad de los pacientes la inclusión de las variables ya mencionadas, siendo necesaria una mayor investigación de tipo empírica para delimitar su real eficacia y campo de acción, en los diferentes momentos de la enfermedad, e inclusive en que ésta podría actuar como factor protector de ciertos cuadros.

Penna y Avezum (2007), también realizan una revisión acerca del impacto de la espiritualidad en la salud física, encuentran que en afecciones cardiovasculares tiene una influencia positiva, disminuyendo los riesgos de padecer estas dolencias. También concluyen que en el ámbito de la salud mental, la espiritualidad ayuda a tener un bienestar psicológico mayor, disminuyendo el estrés, la ansiedad, en pacientes que padecen enfermedades somáticas. En relación a la mortandad por Cáncer, en los estudios revisados no hay una concordancia acerca de si la espiritualidad ayuda a disminuir los fallecimientos por estas patologías. Estos autores concluyen que es necesario aumentar la investigación respecto a estos temas para dilucidar cómo desde la medicina y el campo de la salud mental, se ha de abordar la espiritualidad.

Araújo *et. al* (2008), investigan acerca del dolor espiritual en pacientes terminales y la elaboración de nuevos significados a través de la intervención de relajamiento, Imágenes mentales y espiritualidad (RIME). Esto es la *“integración de las técnicas de Relajamiento Mental y Visualización de Imágenes Mentales con los elementos que constituyen la cuestión de la Espiritualidad, que fue desarrollada con el objetivo de dar un nuevo significado al Dolor Simbólico de la Muerte y del Dolor Espiritual de niños y adolescentes y de adultos”* (p. 960). Concluyeron que en los estados previos a la muerte, ocurren en los pacientes diversas reacciones, 1) Miedo de la muerte por negación de la gravedad del cuadro clínico 2) Miedo de

la muerte por percepción de la gravedad del cuadro clínico 3) Miedo de la post-muerte por vivencias o sueños espirituales negativos 4) Miedo del post-muerte por el sentimiento de desintegración, de dejar de existir, de ser afectivamente olvidado 5) Ideas y concepciones negativas en relación al sentido de la vida por la ausencia de este sentido y sentimiento de vacío existencial, y 6) Ideas y concepciones negativas en relación a la espiritualidad por experiencias de abandono afectivo, proyectadas en los seres espirituales. Y que en todas estas manifestaciones el otorgamiento de un nuevo sentido a la enfermedad y a la muerte desde la espiritualidad, a través de esta técnica, ayudó a los pacientes en forma positiva aumentando su bienestar psicológico y su calidad de vida.

Rivera-Ledesma y Montero-López Lena (2007), hacen una amplia revisión de la espiritualidad en los diferentes ámbitos de la salud, desde la medicina, la enfermería, la salud mental, los líderes religiosos. Concluyendo que el abordaje de esta temática no es exclusiva de una sola rama, sino es transversal a todas las ya mencionadas y remarcan la necesidad de su abordaje en base a los estudios que se han hecho, que dan cuenta de la relevancia de este concepto en la salud y bienestar de las personas.

Seeman et. al (2003 en Taha N. et. al 2011), plantea que a través de las diversas investigaciones, se ha logrado corroborar que hay vías biológicas que funcionan como intermediarias entre la espiritualidad y una gran gama de patologías médicas, por lo que el abordaje de la espiritualidad debe ser una intervención psicosocial en el tratamiento de cuadros médicos y mentales. Taha et. al (2011), en base al apoyo de la literatura, respecto a que la espiritualidad actúa como factor protector, evitando las conductas suicidas, realizaron un estudio con expertos, a modo de ver cuál es la relevancia de esta variable en el riesgo suicida de los pacientes con cuadros mentales como la depresión. Concluyeron que “la espiritualidad y religiosidad son elementos adicionales útiles y complementarios a las intervenciones psicosociales habituales” (p. 350). También determinaron que en ocasiones hay pacientes en los que se manifiestan importantes cantidades de culpa en su estado de salud y que la religión, no la espiritualidad, puede aumentar dicho sentir.

En los estudios y revisiones mencionados, en su mayoría determinan la importancia del abordaje de la espiritualidad, en las diferentes patologías, haciendo necesario la división con la religión, que pudiese en algunos casos ser un factor negativo. También en su conjunto los estudios concluyen la relevancia de que la investigación acerca de la Espiritualidad en la medicina, tanto física como mental, se profundice y así aclarar las mejores formas de abordaje de esta variable para el mejoramiento de la calidad de vida de los enfermos.

3.3.6 Espiritualidad y Cáncer

Ya Comstock, Partridge (1972, en Florenzano R., 2010), en un estudio epidemiológico, observaron que las personas religiosas tenían una menor mortalidad por ciertas enfermedades y entre ellas destacaba la enfermedad de Cáncer. Atribuyeron esto al hecho que estas personas tenían estilos de vida más saludables.

Almanza & Holland (2000), plantean que la Psicooncología considera la incorporación de la espiritualidad en los tratamientos de pacientes oncológicos como algo de suma relevancia y que además proporciona una mirada más integral de los pacientes.

Nuñez, et. al (2011), haciendo una revisión de los diferentes estudios que hablan acerca de la relación entre Espiritualidad y la enfermedad de Cáncer, mencionan el de Puchalski, Ferrell, Virani, Otis-Green et al. (2009), que plantean que la importancia de la variable de la espiritualidad surge primeramente desde los cuidados paliativos y su incidencia en la calidad de vida de estos pacientes. Otro trabajo citado es el de Balboni, Vanderwerker, Block, Paulket, et al. (2007), donde marcan la importancia de esta variable en base a que el 88% de los enfermos terminales de Cáncer, del estudio, consideran relevante la religión/espiritualidad en este momento de su vida. Así mismo documentaron que aquellos pacientes tenían una mejor calidad de vida que aquellos pacientes sin desarrollo espiritual.

En el estudio de tipo cuantitativo y cualitativo, realizado a pacientes con Cáncer terminal, de Alcorn, Balboni, Peteet, Kachnic et al. (2010 en Nuñez et. al., 2011), un 78% de los participantes manifiestan que la espiritualidad/religión ha sido importante en el afrontamiento de su enfermedad, llevándolos a replantearse aspectos de su vidas. Estas variables fueron de ayuda, además de mejorar el afrontamiento, en el otorgamiento de transformación de su situación presente y del significado de su enfermedad. Además surgió como relevante una comunidad de apoyo.

En base a los estudios revisados y a la literatura, es que Nuñez et. al (2011), concluyen que la enfermedad de Cáncer proporciona al paciente oncológico la posibilidad de replantear sus creencias, espiritualidad y el significado que otorga a su vida y al período de crisis que está viviendo.

Como se ha mencionado anteriormente el Cáncer es considerado un evento estresor (Bañados y Tamblay, 2004) y que estos eventos de crisis en su mayoría provocan un quiebre espiritual, en donde la persona tiene la libertad de replantearse el significado de su vida, y de su enfermedad (Frankl, 1988, 1991, 1994).

Albaugh (2003), Ferrell et al (2003), Murray et al. (2004 en Rodríguez, 2006) al igual que Frankl (1988), consideran que los momentos de crisis, en este caso el Cáncer es capaz de

provocar una crisis espiritual, y esto repercute en la forma para afrontar dicha patología, y conlleva una búsqueda de sentido de la enfermedad y de la vida.

Rodríguez (2006), revisa diferentes estudios respecto a espiritualidad y Cáncer, donde hay algunos como el de Moadel y cols. (1999), en el que determinaron las necesidades espirituales de este tipo de pacientes, destacaban vencer temores, encontrar esperanza, encontrar sentido de la vida, entre otros.

Araújo, *et. al.* (2008), con su estudio acerca de RIME y el cómo influía en pacientes terminales de Cáncer daban cuenta también de la importancia que cobra para los pacientes el abordaje de esta dimensión espiritual, el poder hablar acerca de sus temores y también la resignificación de este evento y cambio en algunos casos de sus creencias. Respecto a esto mismo Taylor (2003 en Rodríguez, 2006), realizó un estudio acerca de las necesidades de los pacientes y ellos sentían tener más necesidades de este tipo, desde el diagnóstico de la enfermedad y la búsqueda de sentido era primordial.

Siguiendo con lo revisado por Rodríguez (2006), destacan los estudios de Underwood, Shaikna y Bakr (1999) y Taylor (2001), en donde la espiritualidad es un factor importante respecto a las creencias de la enfermedad, las interpretaciones que hagan de esta y de los tratamientos.

En general Rodríguez (2006), llega a la conclusión que la mayor parte de los estudios revisados determinan la importancia de la espiritualidad en la mantención de un bienestar psicológico, menor ansiedad, disminución de la angustia y los cuadros depresivos. Así como también documenta la existencia de trabajos en los que no es positiva la asociación entre espiritualidad y salud mental en estos pacientes, manifestándose inclusive un aumento de ansiedad

También es relevante destacar lo determinado por Rifkin et al. (1999, en Rodríguez, 2006), respecto a que en enfermos terminales de Cáncer, las creencias fuertes en una religión, así como también para quienes vivencian con fuerte convicción el ateísmo, disminuyen la ansiedad ante la enfermedad.

En los estudios respecto a la Espiritualidad y Cáncer, al igual que en los referidos a esta variable y los estados de salud en general, no hay consenso respecto a cómo ayuda, en qué medida y en qué ocasiones, sin embargo la mayor parte de los estudios la considera como un factor protector, sin embargo es necesaria a juicio de los autores revisados que continúe la investigación acerca de estas variables (Quiceno, Vinaccia, 2009; Araújo, *et. al.* 2008; Moreira-Almeida, Koenig, 2008; Penna, Avezum, 2007; Peres et. al., 2007)

IV. Método

La presente investigación se enmarca dentro de un análisis desde el enfoque cualitativo, cuyo interés es abordar la espiritualidad desde la perspectiva de los equipos médicos en el contexto de la atención de pacientes oncológicos, buscando rescatar la mirada particular de los profesionales de la salud en cuanto a sus experiencias y significados subjetivos que le atribuyen a este ámbito (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) y comprender desde esta perspectiva los posibles alcances que pudiera tener en la calidad de vida de los pacientes y en el curso y desarrollo de la enfermedad.

El alcance de este estudio es exploratorio-descriptivo, ya que su interés radica en tener una aproximación a las implicancias de la espiritualidad en el contexto del cáncer, tema que ha sido poco abordado en Chile, a la vez que busca relevar los aspectos importantes que surjan de este análisis para futuras investigaciones, pretendiendo especificar propiedades relevantes del fenómeno estudiado mediante la evaluación y/o análisis de aspectos, dimensiones o componentes del mismo (Dankhe, 1986 en Hernández et al, 2010).

La recolección de datos se realizó por medio de una pauta de entrevista semiestructurada, en relación a cuatro ejes claves basados en los objetivos específicos de la investigación, orientados a explorar los aspectos demográficos de la muestra, el concepto de espiritualidad que manejan, cómo es abordada en su trabajo y finalmente, la percepción que tienen de cómo influye ésta las distintas etapas de la enfermedad.

La muestra fue de tipo no probabilístico o dirigido de acuerdo a un criterio de conveniencia que utilizó participantes voluntarios, seleccionados intencionalmente de acuerdo a la factibilidad de acceso y a los criterios de inclusión definidos previamente. Dicho grupo se constituyó de 20 profesionales del área de la salud: 13 médicos, una psicóloga, tres enfermeras, dos tecnólogas médicas y una matrona, del área oriente de Santiago, que trabajan con pacientes oncológicos en dos instituciones especializadas en este tipo de patología, que son la Fundación Arturo López Pérez (FALP) y la Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), hace al menos 5 años al momento de la entrevista. La muestra consideró a profesionales que pertenecieran a diferentes unidades de tratamiento, abarcando a aquellos que trabajan en cuidados paliativos y a los que se desempeñan en los tratamientos para combatir el Cáncer. Junto con esto se consideraron los diferentes roles de los profesionales, incluyendo a los que realizan intervenciones puntuales a los pacientes y a los que se mantienen en relación constante o por períodos más prolongados de tiempo con ellos. El número de participantes fue definido a partir del criterio de saturación teórica, es decir, hasta que los datos recolectados no agreguen nueva información (Hernández et al, 2010).

En cuanto a las consideraciones éticas, en esta investigación se diseñó un consentimiento informado con el objetivo de comunicar claramente las condiciones de participación en este estudio. Dicho documento fue aprobado por el comité de ética de la FALP y aprobado por el Director Médico de la CONAC. De este modo, se informó a los terapeutas respecto a los objetivos de la investigación, la voluntariedad de su participación, confidencialidad, duración aproximada de las entrevistas y la utilización de grabadoras como medio de registro. Además, se explicitó la posibilidad de negarse a participar del estudio en cualquier momento.

En base a lo anterior, se expone a continuación un cuadro con las características principales de la muestra:

Participante	Especialidad	Unidad de trabajo	Edad	Años de exp.
P1	Matrona	Departamento de Ginecología y Patología mamaria	40	19
P2	Cirujano de mama	Patología mamaria	59	32
P3	Urólogo	Oncología Urológica	40	16
P4	Tecnóloga Médica	Radioterapia	63	40
P5	Enfermera	Quimioterapia y Hospitalizados	54	15 - 20
P6	Tecnóloga Médica	Radioterapia	62	40
P7	Hematólogo	Hematología	49	20
P8	Psiquiatra	Calidad de Vida	49	7
P9	Oncología y Radioterapia	Radioterapia	56	32
P10	Internista	Unidad Oncológica de paciente crítico	45	7
P11	Cirujano de Tórax	Cirugía de Tórax	45	16
P12	Radioterapeuta	Radioterapia	60	23
P13	Cirujano oncológico	Cabeza y Cuello	67	37
P14	Cirujano Oncólogo	Patología mamaria	67	30
P15	Gastroenteróloga	Gastroenterología	64	23
P16	Cirujano Oncólogo	Cabeza y cuello	57	30
P17	Psicóloga	Calidad de vida	40	17
P18	Anestesiista	Anestesia y tratamiento del dolor	65	25

P19	Enfermera	Investigación	50	5
P20	Enfermera	Cuidados Paliativos	43	17

El procedimiento para la recolección de los datos constó de la elaboración de una pauta de entrevista semiestructurada, la cual fue revisada y validada según criterio de jueces: dos psicólogos y un médico oncológico que posee características idénticas a los sujetos pertenecientes a la muestra.

La búsqueda de muestra se llevó a cabo a través del contacto con Directora y Director Médico de una de las Fundaciones, donde fue aprobado el consentimiento informado y la investigación. En la segunda fundación se estableció contacto con el Sub Director Académico y Presidenta del Comité de Ética, siendo aprobado el cuerpo teórico de la presente investigación, pauta de entrevistas y consentimiento informado. Obtenido el permiso para la realización de la investigación, mediante carta de aprobación del comité de ética, se contacta vía mail a distintos profesionales de la fundación informando el tema de la investigación, los criterios de selección de la muestra y la aprobación por parte de la entidad, de tal modo que una gran parte de las entrevistas se concordaron por esta vía. Una segunda manera de contactar se realizó de forma personal con los profesionales, entregándoles la misma información que la mandada por correo.

En la realización de las entrevistas, se entregó el consentimiento informado a los profesionales, quedando espacio para la aclaración de dudas de la muestra.

Se realizaron 21 entrevistas de una duración que varía aproximadamente entre 30 minutos – 1:15 horas. Para el análisis de los datos se dejó una entrevista fuera, producto de que la profesional no cumplía con los años de antigüedad de trabajo con pacientes oncológicos requeridos en esta investigación, que es de al menos 5 años.

4.1 Método de análisis de los datos

El análisis de esta investigación se llevó a cabo en base a la técnica del análisis de contenido, entendida por Krippendorff (1980 en Porta, Silva, 2003. P. 8) como *“la técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto”*. Esta técnica además posiciona al investigador en relación a la realidad, desde tres perspectivas: - Los datos tal y como se comunican al analista, - El contexto de los datos y - La forma en que el conocimiento del analista obliga a dividir la realidad.

Para estos autores el análisis de contenido *“es una técnica objetiva, sistemática, cualitativa y cuantitativa que trabaja con materiales representativos, marcada por la exhaustividad y con posibilidades de generalización”* (Porta L., Silva M., 2003, p. 8).

El objetivo del uso de este método es poder extraer tanto el contenido manifiesto como el implícito del relato, ordenándolo en categorías que permitan la conceptualización de ideas que tienen similitudes, permitiendo realizar interpretaciones o abstracciones de los diversos temas planteados, confrontándolos con la teoría disponible y/ o con otras investigaciones (Cáceres, 2003).

Las etapas que se realizaron para este análisis fueron: 1.- Selección de un modelo de comunicación, que consta de hacer explícitos los supuestos que se tienen provenientes de la teoría. 2.- Pre análisis, que se refiere a obtener datos de la teoría, de las entrevistas y poseer una noción general de lo que se espera extraer de estas fuentes. 3.- Definición de las unidades de análisis, pueden ser palabras, frases o párrafos de los cuales se extraen posteriormente las categorías. 4.- Establecimiento de reglas de análisis y reglas de clasificación, son reglas que establecen los propios investigadores basados en la línea de la investigación y que le entregan coherencia a ésta. 5.- Desarrollo de categorías, es el concepto bajo el cual se agrupan las unidades de análisis. 6.- Integración final de los hallazgos, es la síntesis final del estudio, en base a las categorías obtenidas, se pueden sacar conclusiones y extraer comparaciones con la teoría o generar nuevas hipótesis sobre el tema (Cáceres, 2003; Porta, Silva, 2003). Finalmente, debemos considerar que todo discurso está inmerso dentro de un contexto, por lo cual se debe considerar dentro del análisis el contexto en el cual se extrajo la información (Andreu, 2000).

V. Resultados

A continuación se presentarán los aspectos más relevantes que han surgido en base al análisis realizado a las entrevistas de esta investigación. Dichos resultados han sido agrupados en categorías, principalmente relacionadas a los objetivos de este trabajo, así como también considerando categorías emergentes, dada la relevancia que adquirieron a lo largo de la investigación.

1. Espiritualidad

En esta categoría se van a considerar las distintas conceptualizaciones que tienen los distintos profesionales de la salud que fueron entrevistados.

1.1 Búsqueda

Una de las características que describen a este concepto, es una búsqueda constante, a lo largo de toda la vida:

“pienso que espiritualidad es una búsqueda en la que estamos todos, aunque mucha gente lo rechace o lo postergue, pero yo creo que todos estamos en esa búsqueda.” (P7, 1-2)

Esta búsqueda estaría relacionada con la identidad, y qué relación se establece con lo que lo rodea:

“Que es la búsqueda en el fondo de, quién soy... qué relación tiene eso con el Universo que veo, yo creo que eso es la espiritualidad” (P7, 2).

Otra búsqueda de la identidad se relaciona con los procesos introspectivos:

“es como uno vive su propio yo, es mirarse al interior, mirarse uno mismo, mirarse como es uno por dentro, cómo es su espíritu, cómo es su... no su parte física, no su parte externa, el ambiente, sino que cómo es uno por dentro. Eso es para mí la espiritualidad” (P 9, 1)

Otros profesionales identifican esta búsqueda ligada a prácticas religiosas, las que no abarcan completamente la espiritualidad, por lo que se buscan otras formas de acceder como mediante la naturaleza:

“hay una, una vocación religiosa, por así decirlo, bastante fuerte en mi vida y de búsqueda. Pero claro, ahí el catolicismo me queda un poco chico [...] yo me he ido abriendo mucho, pero, pero claro, estoy en permanente búsqueda voy a misa, la naturaleza para mí también me lleva a Dios, el canto me lleva a Dios, estoy en eso” (P8, 2)

La manera de buscar la espiritualidad no debe ser forzada, sino seguir un sentido de amor que se manifiesta de manera implícita:

“si uno anda buscando espiritualidad es lo mismo que si uno anda buscando forzadamente autenticidad no la va a encontrar nunca, lo que, lo que tiene que hacer en ese momento eee, y, y, y las cosas si uno está bien orientado y lo está

haciendo en un sentido de bien común y de amor hacia las demás personas, eso se va a dar naturalmente, que es la única forma en la que se puede dar” (P 16, 2-3)

Además surge un cuestionamiento de algunos respecto a la limitancia de lo biológico en los procesos vitales:

“partió como una búsqueda [...] me di cuenta que no todo se solucionaba con la parte psiquiátrica, no todo se solucionaba con la parte física de tratar el cáncer y empecé a buscar” (P 15, 2)

La búsqueda es impulsada por la visión de que la espiritualidad revierte bienestar en los demás ámbitos de la vida:

“es algo que me ha estado dando vueltas en los últimos años, porque yo... siempre me ha inquietado tratar al paciente más allá del aspecto físico, o sea, y siempre he tenido la inquietud, he estudiado la psicología, entonces he estudiado por mi cuenta, he hecho algunos cursos, pero la espiritualidad misma, no, todavía es que no la tengo clara, es decir, qué cosas son las que encajan en la espiritualidad y no encajen en la filosofía, no encajen en la psicología... que no encajen en otras áreas” (P 12, 2)

Dentro del grupo de entrevistados hay algunos para los que la espiritualidad no revierte importancia ni genera inquietudes, por lo que no desencadena esta búsqueda:

“no soy una persona que, que, que esté... para la cual la parte espiritual sea algo relevante en mí, en mi accionar diario, no soy, tiendo a ser escéptico por formación, pero no es que sea muy crítico de los conceptos de deidad y todo el tema, pero no, no es algo que sea parte habitual de mi accionar ni de mi forma de pensar” (P 3, 2)

1.2 Todo es espiritual

Existe una concepción de espiritualidad como una constante, que abarcaría todos los ámbitos, acciones, sucesos y relaciones de las personas:

“no hay nada que tú hagas que no sea espiritual [...] como te digo está siempre ahí, o sea, uno puede pasar por períodos de escepticismo y, y tratar así como

quien dice, oye volvamos a la racionalidad y... todo es estrictamente mente, y no sé pos uno se da cuenta que esas son tonteras como tapar el sol con un dedo, siempre va a aparecer la inquietud y te va a volver a llevar en la, en la dirección de búsqueda” (P 7, 2)

“yo creo que siempre está la dimensión espiritual... siempre está, o sea, uno no se puede abstraer de eso, eso está ahí” (P9, 3)

La espiritualidad es imposible de separar de lo que es el ambiente:

“cómo puedo separar yo lo que es espiritualidad, de lo que es un tema de reacción frente al ambiente, cómo puedo cambiar yo eso, si simplemente digamos, para mí es un tema muy mezclado, no es que yo pueda separar y decir ya aquí, como lo hizo descartes no es cierto, no, yo creo que está todo junto” (P 2, 6)

Amplitud de espiritualidad permite que se manifieste en varios ámbitos, sin embargo el trabajo médico da poca cabida a esta dimensión y se reduce a un espacio personal:

“porque la espiritualidad es súper amplia, la espiritualidad puede ser muchas cosas y que tiene que ver con las creencias de uno y yo creo que siempre tiene rol la espiritualidad, el tema es que dentro del ámbito que yo me muevo no hay mucho espacio para eso, hay un espacio más bien personal” (P 11, 8)

También es vista la espiritualidad como una creencia inherente al ser humano:

“Es que yo creo que dentro de ellos creen en algo, no creo que haya nadie que no crea en nada, siempre tienen que creer aunque sea en algo, aunque creas que la persona es un astronauta o que sea que se yo un estrella, tienen que creer en algo porque por algo estamos plantados acá en la tierra, no fuimos casuísticos” (P 5, 5-6)

“Yo creo que todas las personas tienen espiritualidad en su vida” (P 16, 1)

1.3 Dimensión Inmaterial

Se plantea que la espiritualidad es una dimensión del ser humano, así como la física y mental, pero que es difícil de concretizar y de definir dado que no es tangible, ligada a todo lo inmaterial:

“Como te digo es súper difícil explicarlo, hay un montón de definiciones, pero espiritualidad es como un poco o sea como sientes tu esta cosa que no es tangible, que no es tocable, que viene del alma. Te digo que es súper difícil explicarlo” (P 10, 1)

“La espiritualidad para mí es mmmm... todas las cosas que están en el contexto de lo no material... eso es la espiritualidad” (P 16, 1)

También es una dimensión que es difícil de explorar dado que no es algo tangible:

“es una dimensión del ser humano... Digamos que paralelamente a su dimensión física y dimensión psicológica, y que percibo como una dimensión que no se puede objetivar, que no se puede explorar mayormente” (P 18, 1)

Para algunos va íntimamente relacionado al ámbito emocional, y que tiene una fuerte influencia sobre el plano físico:

“Espíritu. Es lo que yo te decía o sea, la espiritualidad para mí va con la parte emocional. Como tu cuerpo emocional, tu mente, tu fe también, es lo que no es físico [...] Bueno, es que espiritualidad viene de espíritu, cierto, y espíritu para mí es el cuerpo no físico y eso está formado por tu cuerpo emocional, tu cuerpo mental, te fijas y siento por lo tanto pensando en todos esos otros cuerpos no físicos, yo siento que ese cuerpo no físico manda a este cuerpo físico” (P1, 3)

“Entonces para mi gusto uno tiene que preocuparse de tener este cuerpo no físico bien, para no tener problemas en el físico, por lo tanto, nuestras estrategias de prevención deberían ir para allá” (P 1, 12)

Esta dimensión también es vista como un mundo interno, ligado a las creencias y la fe:

“Un mundo interno, no es cierto, donde uno concibe según su historia, las creencias, en la fe” (P 14, 1)

Es parte del ser humano, ya sea atraviase o no por una enfermedad:

“La espiritualidad para mi es una dimensión súper importante, es un área que la tiene el enfermo y la persona sana, o sea es un área inherente del ser humano, así como tenemos un área biológica, psicológica” (P 17, 2)

Esta dimensión es sentida, relacionada con lo que está más allá de lo físico y una forma de acceder a ella más concreta es a través de la religión:

“creo que más que eee definirla, yo la siento, creo que las personas tienen ee un algo importante más allá de lo físico que tiene que ver con lo que significa principalmente un enfoque religioso” (P 2, 1)

1.4 Sentido

La espiritualidad tiene relación con un sentido de las situaciones que suceden en la vida, que está más allá de la comprensión humana:

“uno se da cuenta en el fondo que no es capaz de explicar eso, ya, uno, uno tiende a pensar... bueno sí, razones biológicas las conozco te fijas tú, las conozco, o sea, qué mutaciones se producen sucesivas para llegar a cierto cáncer, lo sé, pero por qué se le produjo a esta cierta persona... eso, siempre he pensado que detrás de eso hay algo, hay, hay una visión que nosotros no... sencillamente no somos capaces de entender” (P 7, 2)

Este sentido tendría que ver con los actos que se han hecho a lo largo de la vida:

“es difícil creer que, que, gente muy buena no tenga una recompensa después a futuro o que la gente muy mala no tenga un castigo a futuro o, o gente muy negativa... o gente muy positiva, no tenga una compensación o, o una, qué cosa, devolver algo en favor o en contra de lo que hizo o cómo actúo” (P 13, 2)

El sentido motiva a ser de cierta forma y la espiritualidad permite encontrar el sentido a las cosas y poder enfrentarlas, lleva a conectarse consigo mismo, más allá de lo material:

“Yo lo veo como encontrar sentido a la vida, el sentido que tiene para uno el vivir, cuales son los valores que te motivan a ser de una manera o de otra y un poco por lo que tu enfrentas la vida frente a la adversidad, un poco que es lo que

tienes tu para enfrentar una enfermedad, una situación difícil, un poco el sentido que tú le das, que tu encuentras en las cosas que te suceden, que están en conexión directa contigo mismo, no con los otros o cosas materiales sino lo que para ti significa cada etapa que estás viviendo.” (P 20, 1)

“es un poco relacionada con el sentido de las cosas, por qué ocurren las cosas, que uno le trata de buscar un sentido o, o, si es que la vida tiene alguna trascendencia emmm, el para qué o los por qué de las cosas que ocurren, un poco tratar de contestar esas preguntas” (P 12, 1)

Espiritualidad entrega la comprensión de la misión a realizar:

“Dios mío estoy aquí porque, ah ya, tengo que cumplir esta misión, tengo que atender a este enfermo como corresponde, tengo que brindarle lo que el enfermo necesita” (P 4, 3)

“la espiritualidad es una dimensión que le da el gusto y el sentido a la persona de la vida, es lo que le da el sentido que te da de trascendencia y para que estas acá, lo que te da el valor” (P 17, 2)

Sentido como manera de vivir de mejor forma los procesos vitales:

“me gustaría algún día entenderlo, si tiene algún trasfondo espiritual eso, esa experiencia que vive esta persona, por qué no llegar a conocerla, llegar a hacérselo entender a él, decir mira, a lo mejor esto puede servirle para pasar su, su, proceso en forma más eee, no sé en forma menos traumática, el proceso de la muerte por ejemplo” (P 7, 3)

Este significado es una vivencia de sentido personal:

“que es una vivencia personal respecto al significado de la vida, de la eternidad, de la muerte, de la trascendencia, de las creencias religiosas en algunos casos de las personas” (P 18, 1)

“Darte cuenta que si no estás bien contigo mismo, que si no logras sentido a lo que estás haciendo por qué lo estás haciendo... mal, eso de estoy sola me siento sola no debería ser, o sea todo tiene un sentido y uno es responsable, lo que pasa

es que uno no se conecta consigo mismo, uno trata de centrarse en lo externo, en otras personas, pero uno se miente a sí mismo, entonces la conexión contigo a veces la gente lo atribuye al tiempo a que no puedo, pero siempre hay tiempo y cada vez yo siento más que necesito preocuparme de mí que si estoy contenta estar contenta, que si estoy triste vivir mi tristeza y no tratar de ocultarla y disfrutar la vida” (P 20, 2)

1.5 Trascendencia

Para algunos lo trascendente es visto como elemento constitutivo de la espiritualidad:

“para mí lo espiritual es lo trascendente, fundamentalmente es todo lo que te lleve a trascender, a ir más allá de ti mismo [...] que es una cosa que realmente uno se da cuenta que, que va más allá de lo humano, ¿no? Te diría yo que hacía arriba, eso sería para mí la espiritualidad” (P 8, 1)

El espíritu no es algo que desaparece con la muerte, y la espiritualidad tendría relación con buscar lo trascendente:

“Algo que te mantiene existiendo: no es una cosa que pueda desaparecer, porque el cuerpo se va emmm, pienso que espiritualidad es buscar eso” (P 7, 1)

El espíritu como constitutivo de lo espiritual y que es trascendente, también rebasa los límites de lo individual existiendo una espiritualidad colectiva, que está en todos:

“hay algo que está más allá de eso, que sentimos que existe, que sentimos que es lo que le da, a lo mejor, continuidad nos da trascendencia y ese algo es espíritu. Pero si tú me dices si tengo palabras para describirlo te diría que no. Pero es algo parte constituido y esa parte espiritual también está en el colectivo del mundo y también está en el todo, entonces tenemos una parte espiritual [...] todos los individuos somos iguales que estamos conectados que somos parte de lo mismo” (P 15, 1-2)

1.6 Dificultad de definirla

Existe una dificultad para definirla, más bien se siente:

“O sea, uno se siente espiritual, pero qué es exactamente cuesta así en el fondo definirlo como tal, o sea una definición súper difícil” (P 10, 2)

Junto con la convicción de que existe algo más allá que lo biológico:

“Siento que el ser humano necesita algo más que preocuparse de la parte biológica, eso lo tengo clarísimo desde chica, pero qué es específicamente lo espiritual... no... la verdad es que no, no sabría decirte con certeza” (P 12, 1)

La dificultad de su conceptualización estaría en el hecho que abarca muchas esferas, a la vez que es individual:

“Está ligado con la trascendencia, está ligado en algo que es muy difícil de medir, es muy individual, que es difícil de expresar, etc. Y para algunas personas esta también ligado a la religiosidad” (P 15, 1)

Pese a la inquietud que provoca y el estudio que conlleva, sigue siendo difícil su conceptualización:

“es algo que me ha estado dando vueltas en los últimos años, porque yo... siempre me ha inquietado tratar al paciente más allá del aspecto físico, o sea, y siempre he tenido la inquietud, he estudiado la psicología, entonces he estudiado por mi cuenta, he hecho algunos cursos, pero la espiritualidad misma, no, todavía es que no la tengo clara, es decir, qué cosas son las que encajan en la espiritualidad y no encajan en la filosofía, no encajan en la psicología... que no encajen en otras áreas” (P 12, 1)

Además el concepto se dificulta por ser una dimensión poco tratada en lo cotidiano:

“en realidad no me he hecho la pregunta, así que es difícil para mí dar una respuesta estructurada eee fácil, así como tengo de otras digamos” (P 2, 1)

1.7 Espiritualidad y Religión

Para algunos profesionales la espiritualidad debe ser distinguida de la religión, siendo ésta una forma de acceder a la espiritualidad:

“espiritualidad no tiene nada que ver con religión, que nos quede bien claro, pero en el fondo uno la espiritualidad como que la busca por el lado de la parte religiosa” (P 10, 2)

Y vista la espiritualidad como algo más grande que la religión que permite conectarse consigo mismo:

“sé que espiritualidad no es religiosidad, espiritualidad son aquellas instancias que te conectan contigo, las cuales tu puedes encontrar muchas respuestas o tranquilidad” (P 20, 1)

La espiritualidad puede estar o no ligada a la religión, siendo un factor esencial que trasciende lo físico:

“está ligado, pero no necesariamente, porque la espiritualidad es independiente de cuál sea lo que profesa el enfermo, y si el enfermo es agnóstico, igual creo que tiene digamos considero su espiritualidad un factor esencial, ya... de su identidad más allá de lo físico” (P 2, 1)

Mientras que para otros no es algo que se pueda separar:

“yo no puedo separar lo religioso de lo espiritual, lo espiritual me va a llevar a Dios, porque yo creo en Dios” (P 8, 2)

Y otros la usan como forma de acceder a la espiritualidad:

“la espiritualidad en mi vida personal sí la incorporo a través de la religión, inculcándole eso a mi hija” (P 11, 2)

También hay conciencia de que son diferentes, sin embargo no se oponen y a través de la religión se puede desarrollar en parte la espiritualidad:

“yo además de espiritual, también he trabajado lo religioso, no es cierto, que no es lo mismo. Eee, yo soy católica, bastante conservadora, de ir a misa todos los domingos, canto en la parroquia en los coros de los días lunes, hay poca gente, menos mal, emmm, he educado a mis hijos no es cierto, en mí fe, y es una de las formas en las cuales yo he crecido dentro de este tema de la espiritualidad” (P 8, 1-2)

Algunos profesionales consideran además que en sus trabajos el abordaje de la espiritualidad debe ser sin que la religión esté mediando:

“pero no significa que haya que hacer un altar y que, simplemente en el trabajo cotidiano está lo espiritual, pero no en la esfera de lo religioso [...] Es difícil de definir, pero yo creo que siempre hay que mantenerlo fuera del ámbito religioso”
(P 6, 3-5)

Existe por otra parte la idea que pese a que en salud hay una inclinación a dejar de lado la religión, esto no debiese de hacerse, puesto para los pacientes abordar la espiritualidad estaría íntimamente relacionado con la religión:

“la gente que habla mucho de espiritualidad muchas veces es antirreligiosa y hay que tener cuidado [...] se ha visto que justamente en gente de salud mental y en gente enfermeras de alguna forma preocupadas por la salud, el cuidado del paciente y también por temas espirituales, se ha visto que muchas personas han tenido de alguna forma una búsqueda que ha quedado trunca en la religión y que han tenido malas experiencias religiosas, entonces se habla mucho de la espiritualidad y rechazan lo religioso, pero en las personas comunes y corrientes los religioso va de la mano con lo espiritual [...] pero en el común de los mortales van las dos cosas juntas y se potencian, hay algunas excepciones que no se potencian, pero en la gran mayoría se potencian” (P 8, 5)

La espiritualidad es vista como algo que es independiente de la creencia religiosa en particular y que finalmente es algo que unifica, que se expresa de diferentes maneras:

“conocí gente atea, gente budista, gente de religiones cierto, evangélicas, católicos, judíos y todos expresaron del punto de vista espiritual, un poco cada uno, al final es lo mismo para todos, yo creo que es lo mismo para todos, si al final llegamos todos a lo mismo, expresado en formas distintas, pero al final estamos todos en la misma pará, todos queremos lo mismo: ser mejor” (P 10, 4)

“está relacionada con todos los conceptos que tienen que ver con las, con las creencias y con lo que las personas asumen del punto de vista de fe ya sea en la Católica, Judía o cualquier concepto de fe que tenga” (P 4, 1)

“Hay algunos que piensan en la reencarnación, hay otros que piensan en la vida eterna, eeee, pero de alguna manera existe la espiritualidad para mucha, muchísima gente, incluso mucha gente que es agnóstica, al final de la vida dice eee, vuelve a ser espiritual” (P 13, 2)

“La espiritualidad puede tomar varias formas, puede tomar formas religiosas, digamos, puede tomar formas filosóficas o corrientes filosóficas” (P 11, 2)

“estoy abierto a aceptar distintos enfoques de la espiritualidad. Así cómo qué cosas... el, los judíos tienen una espiritualidad concreta, distinta, los católicos, los protestantes tienen otro, otra enfoque, otros son semi agnósticos y dicen eee, hablan de de qué cosa del gran arquitecto, en el fondo están reconociendo una espiritualidad mayor y todo” (P 13, 3)

Es vista la creencia religiosa, independiente cual sea, como un elemento que otorga paz:

“espiritualidad va inmediatamente ligada con religión, Iglesias, sean católicas, protestantes, las que tú quieras, que en el fondo lo que te da como la paz, la tranquilidad, te ayuda” (P 5,2)

“la tranquilidad que te da un grado importante de agradecimiento por estar vivo y por haber caminado bastante bien en la vida, lo menos que uno puede es dar gracias, aunque se termine hoy o se termine mañana, lo recibido ha sido tanto que uno puede parar tranquilamente sin angustias” (P 14, 5)

La religión es vista como un elemento que confunde de lo espiritual, el ser religioso, no necesariamente es ser espiritual:

“muchas veces se confunde la religiosidad con la espiritualidad. Entonces muchos dicen que “soy una persona muy espiritual por qué soy de una determinada religión” y la espiritualidad va más allá de eso” (P 15, 1)

Existe una creencia generalizada en la población de que la religión es espiritualidad, visto como limitante:

“pero lamentablemente ellos lo ven sólo desde lo religioso, yo creo que toda la población en general cree que espiritualidad es religión” (P 17, 2)

Para algunos profesionales la religión y sus creencias son fundamentales en la constitución de su espiritualidad, no siendo el único elemento de ésta:

“para mí existe digamos, una fe real en Dios y en Jesucristo y yo construyo mi espiritualidad yo diría siempre sub ordenada a esa fe, sin perjuicio que hay tantos otros elementos constituyentes del espíritu, pero eso es lo central para orientarme y orientar” (P 14, 1)

El concepto de espiritualidad se relaciona con la creencia religiosa que se tenga o la ausencia de ésta:

“Espiritualidad yo creo que es, por lo menos el concepto mío, es como una vivencia su propia introspección ¿ya? Probablemente esa respuesta depende un poco de la creencia religiosa que uno tenga, yo no tengo creencia religiosa, entonces es para mí, es como uno vive su propio yo” (P 6,1)

“profeso mi religión, soy observante, eso entra dentro de la espiritualidad también” (P 16, 1)

“Yo no soy una persona muy religiosa, entonces tampoco lo, lo asocio... pero creo que probablemente la gente que es religiosa la espiritualidad lo asocia con algo religioso, ya con, si bien para mí no es lo mismo, si bien se puede ser una persona espiritual sin necesariamente pertenecer a una religión en particular” (P 12, 1)

Estas creencias religiosas independiente se pertenezca a ellas o no, influyen en los valores inculcados desde la sociedad, forman parte de la espiritualidad:

“la mayoría de nuestra población es Católica y las que no lo son igual tienen una serie de elementos incorporados, desde el punto de vista social que tiene mucho que ver con la religión católica, con la importancia que tiene en nuestra historia” (P 2, 1)

1.8 Motor de vida

Entrega la motivación a vivir y a hacer cosas, motivación que puede entregarse a otros:

“o sea de esta cosa que no es tangible, de que no es una cosa así que tú la puedas tocar, de que eso te motiva a hacer cosas, a vivir, o sea a ver la vida a lo

mejor con otros ojos, con otra mirada y eso poder transmitírselo a otras personas [...] o sea sin espiritualidad yo creo que no somos mucho, yo no me veo sin espiritualidad, lo que yo entiendo por espiritualidad digamos, es a mí lo que me mueve” (P 10, 2-3)

Esta motivación puede dar fuerzas para seguir viviendo:

“Ella le pidió a su padre fundador, que me aguante un par de añitos más para terminar lo que estoy haciendo” (P 14, 5)

1.9 Valores y principios

La espiritualidad tiene que ver con los valores de las personas, valores que deben enseñarse:

“¿Qué otra cosa de espiritualidad? Me preocupan mucho los valores, sí de todas maneras, yo me voy a preocupar de que mis hijas tengan educación, prefiero del colegio que le de educación valórica que el que no la tenga” (P1, 4)

Estos valores bajo los cuales regirse entregan conformidad con el propio actuar:

“lo que me preocupa es el saber que estoy actuando bien y que estoy tratando de hacer el bien” (P 2, 2)

Los profesionales consideran que para mantener estos valores es necesaria una autodisciplina:

“yo creo que fuerte, porque creo que soy una persona disciplinada y auto exigida para poder mantener esos valores de manera permanente” (P 2, 2)

Filosofías de vida transmiten valores importantes en la relación con los otros:

“Tener filosofías de vida y valóricas también, creo yo que si no hubiera valores estaríamos con la ley del más fuerte no más y ahí sí que lo encontraría terrible” (P 1, 12)

Estos principios surgen de la dimensión espiritual y permite vivenciar un orden en la propia vida:

“yo creo que la armonía que hay en mi mundo espiritual, es central para organizar mi vida... mi vida no se organiza, no es cierto, si no analiza aspectos éticos, aspectos solidarios, que se desprenden de mi visión espiritual... eso es así”
(P 14, 2)

“esta espiritualidad tienen una serie de principios” (P 13, 3)

La espiritualidad vivida desde la religión o no, transmite valores y principios de actuar de forma correcta y en beneficio de los otros:

“Creo que si uno intenta, si yo al menos pretendo, considerarme un católico. Me parece que el hacer las cosas de una manera correcta, de manera permanente, alerta a hacerlas por el beneficio de, de, de, digamos de, de los prójimos, creo que es la mejor forma de estar actuando correctamente desde una perspectiva espiritual digamos” (P 2, 2)

1.10 Soporte de vida

Espiritualidad otorga apoyo y permite tomar decisiones sintiéndose acompañado:

“Siento que al ser espiritual tú tienes más apoyo, te sientes más apoyada que al no serlo” (P 1, 6)

“que de alguna manera le hace o le permite tomar decisiones teniendo la sensación de que tiene un respaldo por así decirlo, que va más allá de lo meramente humano” (P4, 1)

“es la base para mí, o sea si yo no tuviese el área espiritual para mi desarrollado o en proceso de desarrollo no podría estar en este trabajo” (P 17, 2)

Permite estar tranquilo ante situaciones adversas o difíciles, entregando aceptación:

“uno se encomienda y dice Dios mío, señor ayúdame dame fuerzas para hacer lo que tengo que hacer, dame tranquilidad, dame serenidad, dame eee, esa placidez que necesita muchas veces, no cara de palo, pero que muchas veces esa tranquilidad como para poder actuar con pasividad, con aceptación” (P 4, 3)

“Yo creo que es un buen pilar, un buen pilar para eee, poderse afirmar y lograr, tener mejores logros en su vida [...] Así como el escalador que va subiendo en... una, una montaña se ayuda de un bastón, se usa de cuerda, usa ganchos y estructuras que lo ayudan a poder lograr su meta, así mismo uno se puede ayudar de la espiritualidad” (P 13, 3)

La Fe como forma de apoyarse ante momentos difíciles:

“en general el tener como fe en algo, como fe, ya sea en Dios o en la Virgen o en lo que sea, cualquier ser superior, es muy importante, sobre todo cuando uno tiene momentos difíciles, tener algo de qué aferrarse” (P 4, 1-2)

Activándose en situaciones cercanas a la muerte:

“cuando están afectadas por enfermedades graves, ese ser espiritual que en todos nosotros existe aunque en distintas magnitudes, adquiere gran relieve en mi trabajo y en las pacientes eee, portadoras de cáncer que me toca ver” (P 14, 1)

Para algunos profesionales la espiritualidad no es soporte en sus decisiones, sino en lo que confían es en sus conocimientos y habilidades:

“porque yo te estoy hablando de los médicos, pero mis amigos ingenieros, mis compañeros de colegio, mi señora que es más católica se resume básicamente a que va a misa, pero en el fondo en el enfrentamiento diario, en sus cosas, si tú ves que se sienta a buscar apoyo de otras entidades o a poner su destino... no tampoco, todos trabajamos un poco con la convicción de que lo que uno haga va a tener resultado y que no depende de Dios o dioses” (P 3, 9)

1.11 Ser superior

Espiritualidad fuertemente unida a la creencia de un ser superior, que puede ser ligado a la religión o no:

“es lo principal en las personas, o sea, uno tiene que tener... o debiera tener un, un ente superior en que, en que apoyarse, en que creer, ya. Que puede ser religión o filosofía o como lo quieran llamar, pero algo tiene que haber eee, en el universo que, es como el mandante de todas las actitudes y todas las cosas que

existen en la vida, tanto en los seres humanos, como en los animales, las plantas. No, no creo que por sí sólo nada nace espontáneamente, tiene que haber un artifice. Entonces para mí, la espiritualidad tiene que ver con creer en algo superior [...] todo es la espiritualidad, el creer en el, en un ser superior, el estar consciente del aquí y el ahora, el quererse uno mismo, el estar aferrado a alguna cosa, a alguna cosa superior” (P 4, 2)

“Yo creo que lo que tú, de donde tú lo focalices, independiente si es por el lado religioso es porque solo crees en algo superior, que no esté matriculado en ninguna religión en particular” (P 1, 4)

Este ser superior estaría comandando la vida y dando apoyo para afrontarla:

“es como acercarte un poquito a... sentir que hay algo más allá de la parte eee, corporal, o sea, que tú, tienes que... creer o pensar en que hay alguien [...] Yo sí creo que hay una persona superior a nosotros, que por algo estamos en este Universo y él es quien en el fondo está comandando nuestras vidas, o el cómo somos y él nos ayuda a sobrellevar esa vida [...] Es creer en el fondo como te digo, que existe alguien que nos va ayudando en el día a día” (P 5, 2)

1.11.1 Más allá del límite humano

Los profesionales consideran que hay algo más allá de los procedimientos que ellos puedan entregar:

“que va más allá de lo que se le puede otorgar solamente con lo que es el procedimiento propiamente tal de radioterapia en el caso nuestro, ¿no? O lo que nosotros como personas, como equipo de salud le podemos brindar, lo que es superior a eso” (P 4, 1)

Que independiente de las habilidades y conocimientos técnicos de los profesionales, hay algo más fuerte:

“sentí que no importa todo lo que tu hagas acá hay una voluntad que no depende de ti, fue como muy fuerte eso, realmente fue como un mensaje que me llegó, ah me creía tan capaz pero me doy cuenta que no, que hay cosas que a uno lo superan” (P 7, 7)

Ante situaciones inexplicables desde la medicina, es la creencia la que da esa respuesta:

“yo también soy muy creyente, muy católica, entonces desde ahí sabemos que no tenemos más que hablar porque para nosotros es la dimensión espiritual, es Dios que hizo su trabajo en esto no más” (P 17, 6)

1.12 Elemento central del ser humano

La espiritualidad tiene distintos desarrollos en las personas, sin embargo es considerada como central en la vida:

“es un mundo, no es cierto, interno que me imagino que en las personas tiene distinta... magnitud, distinto alcance, en el caso mío tiene un alcance importante, eee, es muy central en mi quehacer y me doy cuenta también de que es central para las pacientes” (P 14, 1)

Algunos profesionales la ven como lo más profundo del ser humano:

“Es como la paz en el fondo. A ver, para mí la espiritualidad, es como la parte más interna que tiene uno, es como el alma en el fondo, el alma dentro del espíritu, o sea el espíritu es como el cuerpo y el alma está dentro de ese cuerpo que es el espíritu, a ese nivel o sea es como lo más profundo que tiene el ser [...] La esencia, pienso que es la persona en el fondo, la esencia de la persona es el espíritu, que está por sobre la materia, está por sobre el cuerpo” (P 19, 1)

Visto también como algo que permite ver más allá, saliendo de los límites más concretos:

“yo creo que es súper importante, porque no puedes pasar por esta vida siendo como un cuadrado sin enfocar la vida de otra forma, o sea sin mirar más allá” (P 10, 2)

1.13 Vivencia de la espiritualidad

La espiritualidad es vivida como algo personal, cada individuo tiene su propia espiritualidad con características particulares:

“la espiritualidad tiene que ver con el espíritu, partamos de esa base, el espíritu es algo no tangible, por lo cual es una cosa evidentemente personal [...] Y yo creo que cada persona tiene una espiritualidad propia y la vive de forma

particular. Tiene que ver con el ser de uno, el ser tiene que ver con la espiritualidad. Yo la definiría de esa manera” (P 11, 2)

Se puede acceder a la espiritualidad a través del contacto con la naturaleza y de instancias en familia, donde se inculcan los valores provenientes de la espiritualidad:

“incorporo mucho la naturaleza en el tiempo libre y tratar de compartirla con mis hijas y con mi marido, en familia [...] Más que nada en el tiempo que estamos en familia conversar temas importantes, rezar, independiente de lo que uno crea o no, pero que las niñas sientan que existen otras cosas, que son importantes. Y reforzar más que nada los valores, de ponerse en el lugar del otro” (P 1, 4-5)

“no estoy hablando de sacerdotes ni curas ni nada de eso, de esa parte espiritual no, yo hablo de la otra parte espiritual, de la que me acerca a la naturaleza y la naturaleza es la que nos ayuda de alguna forma a purificar el alma” (P 19, 5)

También puede ser vivenciada a través de procesos meditativos y el cierre de procesos inconclusos:

“para mí es la meditación, mediante atención, la música, el arte, la naturaleza, manteniendo las relaciones, el cerrar asuntos inconclusos de los que yo he tenido en el proceso de mi vida” (P 17, 2)

Otra forma de vivir la espiritualidad es a través de la lectura:

“Habitualmente leo, leo un poco filosofía, leo novelas, y ahí me empiezo a conectar un poco y ahí tengo un tiempo para mí, trato de hacerlo lo más posible” (P 11, 4)

Otra manera de acceder a la espiritualidad es mediante terapias complementarias:

“entonces hay varias terapias. Una es la terapia depurativa, que es muy parecida al, al reiki, hay otra terapia, que es la terapia con flores, que el paciente ahí trabaja, eee, digamos dándose cuenta de la naturaleza y trabajando con las flores, trabaja mucho las emociones y ahí se dan muchas cosas, súper bonitas” (P 6, 3)

Necesidad de incorporar en la vida cotidiana la espiritualidad y acceder a ella de diversas formas:

“Y para allá significa como te decía tener más contacto con la naturaleza, hacer respiración, hacer meditación, hacer yoga, yo creo que uno debería ir ponte tu así como vas al pediatra, como mandas a las hijas al pediatra, también tener un profesional “mira, me está pasando esto, qué debo hacer, ayúdame, apóyame, qué debo hacer, qué es lo mejor”, también y eso” (P 1, 12)

La vivencia de espiritualidad son instantes y puede manifestarse en la relación con un paciente, con un otro:

“Que puede ser desde, desde el contacto con la naturaleza, desde un momento de meditación, de oración, desde, desde una, algún momento extraordinario que algunas veces se da incluso con un paciente, que a veces se da que hay un momento de contacto y de relación y de comunicación” (P 8, 1)

Es puesta la vivencia en el ejercicio profesional con los pacientes:

“todo mi quehacer médico está vinculado con eso, así que no, yo creo que ahí está, ahí lo desarrollo” (P 2, 2)

Otra manera de vivirla es a través de la práctica religiosa:

“profeso mi religión, soy observante [...] El asistir a ciertos ritos y todo lo que conlleva eee, el incorporar esos ritos y los mensajes correspondientes a la actividad diaria de uno” (P 16, 1)

Para algunos profesionales es de gran relevancia la espiritualidad, por lo que su interés está puesto en su desarrollo constante y la vida cotidiana es un impedimento:

“Mucha, me ha costado poner los límites para mi si yo tuviera dinero yo me dedicaría más a cosas de este tipo, si yo no tuviera que preocuparme de pagar cosas, te fijas para mí es muy importante” (P 15, 2)

“la práctica, práctica, no tanto como quisiera, finalmente yo siento que me lleva mucho el afán de cada día, me gustaría que fuera mayor, pero son momentos, más bien son momentos” (P 8, 2)

En cambio para otros la espiritualidad no forma parte de su vida cotidiana:

“yo, no, no me defino como una persona muy espiritual, no, si bien he observado todos los principios de la Iglesia Católica en cuanto para patrones convencionales de matrimonio y argollas y cosas, no soy una persona que esté cercano a la religión, no, no me acerco mucho a la Iglesia, tiendo a, a, a tener una visión muy práctica de las cosas [...] no me he preocupado más en profundizar en esa parte de mi vida, no” (P 3, 7)

Y hay una priorización de otras actividades que producen satisfacción como el estar con la familia, instancias que se viven como espirituales:

“A ver, me llena mucho cuando yo leo cosas, en que hablan de, de, de cómo esto, de ver o de sentir la espiritualidad a través de, con los hijos o de los padres, o en las relaciones humanas, eso me hace mucho sentido a mí, pero, pero, no, no, yo no me he acercado a ningún tipo de movimiento, ni de grupo, ni de forma de pensar que apunte a desarrollar mi espiritualidad como individuo, si bien, yo siento que tengo algunas creencias formales y tengo opinión sobre casi todos los temas, no es algo que me, me a lo cual le dedique tiempo, prefiero dedicar tiempo a estar con mis niños, o hacer ejercicio o, o tratar de viajar, más, más que preocuparme del desarrollo de la parte espiritual” (P 3, 2)

Otros la vivencian como una instancia de introspección:

“Yo creo que importante fijate, yo tiendo a reflexionar mucho en general en el día, tengo momentos propios míos que tienen que ver con cómo percibo el mundo, en los cuales logro conectarme con cosas muy interiores. Es una cosa muy personal en realidad [...] he buscado ese refugio en mí y ahí me conecto con lo que yo creo que es mi espiritualidad digamos y ahí hago la pausa” (P 11, 2-3)

Vista la espiritualidad como una necesidad y gestora de cambio:

“Me hacía falta entrar un poquito más en esto, el trabajo la manera mía de ser es un poquito metida mucho en la pega en el trabajo, mucho trabajo, me encanta trabajar entonces he dejado mucho de lado el contacto con la naturaleza, el salir, de hecho a mí no me gustaba mucho salir, estar en contacto

con la naturaleza nunca me llamo mucho la atención, me ha servido hartito [...] Me ha cambiado hartito la vida” (P 19, 2-3)

Es vista la espiritualidad para algunos profesionales como una posibilidad de constante desarrollo personal:

“se trabaja con las cosas que uno hace todos los días y con la manera como uno va resolviendo sus problemas día a día, sobre qué se apoya para resolverlos y ahí uno va aprendiendo de a poco día a día o va echándose a perder” (P 16, 4)

Espiritualidad como forma de vida que permite integrar maneras de vivir y a los otros:

“Yo creo que es una forma de vida en el fondo. La espiritualidad uno la va integrando en la medida que va progresando en edad, va progresando en el tiempo, uno va integrando formas de vivir, formas de integrar a la gente, formas de inter relacionarse con, en este caso con los pacientes” (P 9, 1-2)

“Yo creo que mientras más uno avance en la edad, es más, más importante el rol de la espiritualidad. Cuando uno está más joven como que no le da mucha importancia” (P 4, 2)

Requiere concretizarse en acciones para mantener su desarrollo:

“eso da cuenta del esfuerzo permanente que uno tiene que hacer en llevar la espiritualidad a las cosas prácticas, porque la espiritualidad deja de ser espiritualidad si uno no la aterriza, si uno no está haciendo permanentemente un puente. Y eso uno también lo hace con los enfermos, uno piensa determinadas cosas sobre los enfermos, pero uno tiene que ejecutarlas con el enfermo en frente no basta con tener la idea, uno tiene que llevarlas a cabo y así es como se desarrolla” (P 16, 2)

1.14 Siempre presente

La espiritualidad, independiente de la creencia de los profesionales, es algo que se desarrolla desde la infancia:

“Pero esa sensibilidad yo creo que uno la va desarrollando de niño, desde chico y va aprendiendo a respetar eso también en el enfermo” (P 4, 3)

Si no se ha desarrollado en la infancia es difícil inculcarla posteriormente en la adultez:

“pero veo muy difícil que la espiritualidad venga de afuera que a uno le puedan educar enseñar, probablemente es algo que venga de la casa, de una educación espiritual desde mucho más pequeño [...] ¿cómo poder hacer que eso lo replicaran otras personas? Sería súper deseable, pero yo creo que eso viene de antes, me parece difícil pensar que en el periodo que uno como médico este tratando un enfermo pueda modificar ese enfrentamiento, no sé” (P 3, 6-7)

Debe ser inculcada desde la formación y posteriormente pasa a ser parte de un accionar cotidiano:

“el desarrollo de la espiritualidad creo que fue desde la aplicación, desde la formación, pero después cuando uno le va tomando el gusto y va tomando el sentido a las cosas, lo hace más que como la necesidad de comer por así decirlo” (P 17, 2)

Ligada a los procesos conscientes, por lo que siempre se manifiesta en mayor o menor medida:

“Yo creo que se aborda en todas las actividades humanas digamos, del momento que uno tiene conciencia, tiene niveles de abstracción en el pensamiento, entonces ya existe espiritualidad, entonces... por supuesto que sí, sí, sí, se aborda siempre. Se puede abordar bien, mal, poco, mucho, pero yo creo que es, es emmmm, es un acompañante obligado de cualquier actividad humana” (P 16, 2)

Espiritualidad se manifiesta como una inquietud constante que traspasa las explicaciones de una creencia particular:

“O sea, yo desde chiquitita he estado con la guitarra en la misa digamos, yo desde los 12, 13 años que canto en misa, hay una, una vocación religiosa, por así decirlo, bastante fuerte en mi vida y de búsqueda. Pero claro, ahí el catolicismo me queda un poco chico” (P 8, 2)

1.15 Articulador de vida

En varios profesionales la espiritualidad se vivencia de forma importante en el trabajo, siendo ésta la que da forma al quehacer médico y personal:

“la espiritualidad yo la... pongo de manifiesto fundamentalmente en el trabajo, en mi profesión... y la familia también” (P 14, 1)

Aunque no sea algo que se mire constantemente, la espiritualidad rige áreas de la vida como el trabajo:

“La reconozco digamos, la tengo presente, digamos... no... la visito regularmente, en algunas circunstancias más...pero de alguna manera rige muchas de las acciones que yo hago en la práctica clínica” (P 18, 1)

Influye fuertemente en elecciones profesionales:

“ha tenido que ver en la decisión que he tomado de dedicar parte de mi tiempo o gran parte de mi tiempo a tratar enfermos terminales y a enfrentarme la muerte con ellos” (P 18, 1)

Permite dar un orden a las cosas y permite la fe, afrontando los problemas cotidianos:

“Si no tuviera la esfera espiritual probablemente tampoco tendría el tema de la fe muy presente y el tema del orden muy presente, que es lo que a mí me ayuda a... armar historias que les hacen bien a las pacientes... creo yo [...] cosmovisión que de alguna manera me deja tranquilo teniendo problemas como cualquier ser humano” (P 14, 2-5)

Espiritualidad permite encontrar el equilibrio en la vida, tanto en momentos buenos y malos:

“en el fondo es uno quien decide, es como, como poder, en todos los altibajos de la vida, poder superarlos mejor estos altibajos de la vida.... Eee no ser tan eufórico, o autocomplaciente o satisfacerse mucho, o ser ególatra cuando le va muy bien... y tampoco ser de... pesimista, autodestructivo, depresivo si las cosas andan mal, ya, es una manera de compensación. Así como el escalador que va subiendo en... una, una montaña se ayuda de un bastón, se usa de cuerda, usa ganchos y estructuras que lo ayudan a poder lograr su meta, así mismo uno se puede ayudar de la espiritualidad” (P 13, 3)

Principios éticos y formas de ver la vida son guiados por la espiritualidad:

“Yo creo que tiene que ver un poco sí, como yo veo la vida y como yo percibo las cosas y mi ética tiene que ver con mi espiritualidad, mi forma de enfrentar el mundo tiene que ver con mi espiritualidad, yo creo que sí tiene que ver con la forma en como me relaciono y no me relaciono igual con todas las personas, o sea con los pacientes me relaciono de una forma, pero con mi entorno no paciente me relaciono de otra digamos, o sea no es que uno se cambia de una careta a otra, tiene que ver con el rol que juegas en la sociedad o el rol que juegas con este rol llamado medicina” (P 11, 8)

Para algunos la vida en general es vivida a través de la espiritualidad:

“No vivo pensando en la muerte, pero si en lo que significa vivir y vivir cada momento y vivir honestamente conmigo misma, ponerme mis límites, tener claridad que la primera persona que tiene que estar bien soy yo y de ahí hacia afuera, entonces si la vida uno no la vive bien al final no tienes a quien a que echar recursos cuando te enfrentas a una situación, sobre todo a la muerte que yo encuentro que es el contacto más íntimo contigo mismo, entonces un poco eso he desarrollado en todos estos años, un poco perderle el temor a la muerte sino que verlo como una etapa en tu vida en la cual la vida tienes que vivirla plena, a conciencia, pero sobre todo en conexión contigo mismo” (P 20, 1)

2. Integración espiritualidad en tratamientos médicos

A continuación se describirán las distintas concepciones y formas que tienen los profesionales con respecto a la inclusión de la espiritualidad en los tratamientos con pacientes oncológicos.

2.1 Herramienta

Se considera que la espiritualidad es una herramienta para el abordaje de este tipo de pacientes:

“entregar herramientas a las personas [...] cuáles son las herramientas que necesita y qué es lo que le quiere decir la enfermedad” (P 7, 2)

La psicología este ámbito como herramienta para apoyar al paciente:

“aquí psicología creo que las psicólogas lo hacen, o sea, lo buscan como una herramienta para apoyarse en cuanto al apoyo que le puedan dar a las personas” (P 7, 3)

2.2 Carencia de la medicina

Actualmente la integración de la espiritualidad en medicina no está lo suficientemente desarrollada y tampoco existe la claridad de cómo hacerlo:

“a la medicina le falta desarrollar eso, ya, no sé cuál será la mejor manera de hacerlo, de hecho, yo también estoy en, en proceso de, de, de búsqueda de cómo hacerlo” (P 7, 2)

Los profesionales perciben que existe poca preparación en todo el personal médico para abordar los aspectos emocionales y espirituales del paciente:

“Es como la emoción, yo todavía escucho donde los médicos y enfermeras me dicen me dio tanta pena pero yo no puedo llorar con el paciente, yo creo que la espiritualidad es lo mismo que la emoción, el personal es como que siente que no tiene las herramientas, como cuando dice yo no tengo las herramientas como un psicólogo de atender y contener un paciente que está en estos momentos desestructurado o muy emocionado o con labilidad emocional” (P 17, 5)

2.3 Falta de sistematización

Debido a que no existe un consenso del abordaje de la espiritualidad, es algo que se hace de forma libre, desarrollándose más con unos pacientes que con otros:

“es que no te puedo señalar cuánto, porque no es una cosa sistemática, o sea tampoco tengo un método para eso, entonces no te puedo decir en la práctica dedico tanto por ciento a prácticas espirituales. En general, completa libertad, a veces sale el tema, a veces los pacientes plantean sus inquietudes y uno puede conversar y uno puede decir oye, he pensado esto, esto y esto y he llegado a esta conclusión y muchas veces uno se da cuenta que estamos súper de acuerdo y eso es muy rico, porque uno a veces cree que uno es el atormentado con este tipo de problemas y te das cuenta no, que todo el mundo los tiene, es cosa de preguntar

un poquito más, no más [...] no existe ningún esfuerzo sistemático por, por tratar ese tema” (P 7, 3-4)

La espiritualidad siempre se manifiesta, pero dada la falta de sistematización, puede transcurrir mucho tiempo antes que se aborde:

“En general, siempre se da, en alguna ocasión se da la, la oportunidad de discutir esos temas, en general sí, a veces después de meses de tratamiento, de quimioterapia o qué sé yo, en un momento puede salir y cuando sale es bastante, suele ser bien sorprendente” (P 7, 3)

Debido a esto, los profesionales de acuerdo a sus propias inquietudes hacen sugerencias a los pacientes:

“A ver, no es una norma, no es una norma, pero si por ejemplo yo tengo en mi agenda acupunturista, yoga, tengo como se llama esto, chacras, como se llama la gente que... reiki, tengo eso por ejemplo como alternativas” (P 1, 8)

“Yo creo que cada uno lo aborda de acuerdo a su propia visión y a sus herramientas que tiene” (P 12, 3)

La falta de normatividad, produce que los pacientes y familiares por su cuenta busquen personas que les dé el apoyo espiritual que necesitan:

“Si en la parte religiosa es súper fácil. Porque las personas que son religiosas se les sugiere que tengan un apoyo de su religión. Cuando no son religiosos es difícil que yo les pueda ofrecer un apoyo espiritual con alguien que no está integrado al equipo, ahí las personas buscan espontáneamente, sus parientes van buscando y yo me encuentro muchas veces que los pacientes están con maestros de reiki, de medicinas orientales, me encuentro que reciben esos apoyos pero son buscados por ellos, nosotros oficialmente no se los podemos entregar porque no tenemos una estructura para eso” (P 18, 2)

2.4 Inquietud individual

El abordaje de la espiritualidad depende de las inquietudes particulares de los profesionales:

“va a ser dependiendo de la motivación de cada cual” (P 7, 4)

“Sí, algunos lo hacen aquí... que mucho la cosa religiosa... mmmm es su estilo, es su estilo” (P 9, 3)

Pese a que no todos manifiestan interés por la espiritualidad, ésta estaría presente de forma implícita:

“en mi opinión que muchos de los colegas, incluso los más escépticos los hacen, muchos lo hacen, de forma inconsciente” (P 7, 8)

Sin embargo, algunos pese a ver el interés de algunos pacientes por lo espiritual, no lo consideran en el tratamiento debido a la falta de certeza acerca del beneficio:

“no le voy a dar una cirugía si no sé si le va a ayudar, no le voy a ofrecer una intervención quirúrgica que no sepa que le va a ayudar o una quimioterapia que yo sepa que le va a ayudar. Entonces si yo no estoy convencido que el acercarlo a lo espiritual, lo va a ayudar en algo específico se me hace difícil, independiente de que muchos pacientes si lo plantean” (P 3, 5)

En este sentido, hay un reconocimiento de las propias limitaciones y se producen derivaciones a equipos que abordan en mayor medida este ámbito:

“Cuando yo veo que mis quimioterapia y mi cirugía ya no va a contribuir, inicio un tratamiento de manejo de dolor y los derivo a una unidad distinta, que es la de cuidados paliativos. Yo no tengo claro si dentro de esa unidad se les ofrece o, o se busca una mejor comprensión del proceso por el lado espiritual en el fondo, pero que, que yo creo que tendría mucha lógica, pero, pero en realidad lo que termina pasando, es que yo sé lo que le puedo ofrecer y trato de ofrecerle eso a la mayor cantidad de gente posible, y eso significa que en el tiempo que tengo, lo dedico a las personas que yo tengo, que sé puedo contribuir y cuando ya no puedo contribuir los derivo a otra unidad y en esa otra unidad, los manejos... les hacen charlas y yo honestamente, no no, me acerco mucho, porque no es algo que yo tenga muy incorporado en mí, en mí persona, entonces se me haría, no me siento cómodo tratando de entusiasmar a gente a buscar una, una mayor búsqueda de espiritualidad cuando yo mismo no lo, no lo siento y en el fondo soy bien escéptico y poco, poco creo.” (P 3, 3)

Las inquietudes personales, son también un condicionante a ofrecer las distintas opciones que ofrece la institución para la espiritualidad:

“yo invito a mis pacientes que participen en MOA, que vengan a sus terapias, pero es porque yo estoy en esto pero no le vamos a pedir eso por ejemplo a un cirujano digestivo que no cree en esta cuestión y no lo va a hacer, lo único que va a hacer es derivarlo a un psicólogo o a un sacerdote, pero jamás le va a decir mire sabe que, usted tiene que acercarse a la naturaleza o tiene que hacerse terapia depurativa, le va a hacer bien o reiki, algún tipo de terapia complementaria” (P 19, 3)

“Ahora a quien yo, yo eee, la verdad es que mis derivaciones son a la psicóloga... no tengo la.... Y también les recomiendo que se hagan algunas terapias complementarias que pueden ayudarles un poco más a, a su bienestar, emmm, pero nunca se me ha ocurrido la verdad derivarlos y decirles converse con alguien religioso, eso no se me ha ocurrido” (P 12, 4)

Existe una preocupación por un perfeccionamiento técnico y humano en el profesional, como forma de expresar su espiritualidad:

“Tratando de cada vez perfeccionarme, de cada vez ser mejor, evitar errores, ser más franco, más abierto... al conocer más a la gente uno es capaz de eee, de, saber lo que quiere la gente, aclararle mejor las cosas y detectar muchas cosas” (P 13, 3)

Las búsquedas personales relativas a la espiritualidad, repercuten en que desde ahí se aborde esta dimensión en el paciente:

“me metí en el tema de la espiritual fue en un curso que hice en el cual el desconectarte de la religiosidad sino que el centrarse en la persona, en que quiero yo que espero yo, que me hace feliz que no me hace feliz, eso me lleva a enfocarlo un poco así con mis pacientes” (P 20, 2)

2.5 Necesidad de espiritualidad en medicina

La medicina en general debiese incorporar el abordaje de la espiritualidad, dado que toda persona tiene necesidad de vida espiritual:

“es una cosa que debe extenderse en mi opinión a toda la medicina y tal vez, no sólo al paciente con cáncer, o sea, estamos hablando muchos pacientes con enfermedades crónicas, pueden tener los mismos menoscabos a su calidad de vida y la misma, la misma necesidad. ¿Y quién no tiene necesidad de vida espiritual? Te fijas. Emmmm no sé, creo que nos falta un poquito de apoyo en eso” (P 7, 4)

2.6 Acercamiento progresivo

En medicina se está en un tránsito desde lo meramente biológico, hacia la inclusión de la espiritualidad:

“pasamos de, de un fisiologismo, cierto, puro, a decir saben parece que puede haber algo más y que parece que es importante para la calidad de vida de todo el mundo y démosle un espacio a esto” (P 7, 4)

2.7 Formas de abordaje

Una de las formas de abordaje es a través de la meditación con el fin de ayudar en el momento del tránsito a la muerte:

“me puedo sentar al lado de ellos mientras están agonizando a meditar con ellos, a tratar de mostrarles oye arriba nuestro hay un maestro entrégate, elévate, he llegado a hacer eso, de hecho son técnicas que vi de un libro que me encanto de un lama tibetano que es el libro de la vida y la muerte, así que cuando mi inquietud es mucha he llegado a hacer eso con algunos enfermos. La gente piensa que estoy examinando, que estoy auscultando y no estoy meditando en ese momento” (P 7, 6)

Otra forma de acceder a la espiritualidad en los tratamientos, es a través de acercarse a la vivencia que tienen los pacientes de éste ámbito:

“yo creo que he incorporado tratar de conocer más, de conocer un poco a cada paciente y qué es lo que ellos piensan de su propia espiritualidad o sea para donde van, cuál es su sensación frente a la vida o frente a la muerte, que va un poco ligado de lo que ellos piensan y de su religión o de otros que son ateos que no piensan nada o igual tienen sus conceptos” (P 10, 2)

En la institución existen instancias establecidas, donde se aborda la espiritualidad de una manera más sistemática, mediante terapias complementarias:

“MOA, que pertenece al grupo de calidad de vida [...] es como un símil del tai chi, pero esto es una filosofía japonesa de un japonés, Mokichi Okada, que también te entrega a través de las manos energía al paciente, también ayuda a mejorar dolencias, ya sea espiritual, generalmente son más espirituales que dolor físico”
(P 10, 2)

“ahí fue cuando conocí lo de MOA y empecé a ver que esto era distinto, que era tenue, que hacía... buscaba como la persona iba creciendo, te ayudaba porque es un crecimiento tuyo un crecimiento interno, un crecimiento de autoconocimiento, no es un conocimiento que tú me des las pautas y que es individual que todas las personas pensamos distinto, sentimos distinto” (P 15, 2)

Estas terapias suelen ser muy útiles en las últimas fases de la enfermedad:

“pero cuando ya están en la aceptación de su enfermedad y están resignados a tener un cáncer si no se niegan a aceptar estas terapias, porque no les hace mal, les hace bien, los deja más tranquilos y salen contentos, más relajados, salen relajadísimo, emocionados, botan mucho para afuera con la terapia de flor. Mal no les hace” (P 19, 4)

Algunos profesionales, pese a que estas terapias no tengan comprobación médica, las perciben como una ayuda la paciente:

“Desde luego, incluso por ejemplo no solo de espiritualidad incluso por ejemplo clínicas de reiki que son técnicas de relajación en el fondo, no ayudan quizás como una terapia clásica demostrada fehacientemente como una cirugía, una radioterapia, una quimioterapia o un tratamiento antibiótico cuando hay un cuadro infeccioso o una enfermedad que uno sabe que dando un remedio se va a recuperar, pero son todos como... ayudar” (P 13, 7)

Pese a lo anterior, esta forma de abordaje no es compartida por todos los profesionales:

“yo no soy muy crédula de esas terapias, te lo digo honestamente, una cosa es si, yo manejo la fe, desde mi ser y respeto la fe de los demás, y de lo que los demás quieran hacer, pero nunca he creído” (P 4, 6)

Algunos ven las terapias complementarias como una aproximación a la naturaleza, que otorga una tranquilidad al espíritu y esto repercute en lo físico:

“acercándolos de alguna u otra forma a la naturaleza con lo poco de naturaleza que tenemos a veces pero los acercamos un poquito a ella y con eso los pacientes se sienten bien. La idea es que el espíritu este bien, este tranquilo, este sano, es que eso es lo que manda al cuerpo finalmente, por eso el espíritu está por sobre el cuerpo y eso es lo que pretendemos [...] es impresionante lo que hace un arreglo floral en un lugar donde hay tanto paciente enfermo y mal” (P 19, 1-3)

Otra de las formas de incluirla es a través de una manera más directiva, señalándole al paciente los cambios que tiene que realizar en su vida:

“usted tiene que hacer el cambio de switch, si no hace el cambio de switch esto se va a mejorar hoy día y puede reaparecer en un año, en dos años, en cinco años, en diez años”. Pero él hace la alerta de que hay que cambiar, que estamos haciendo cosas malas, que el cuerpo está reclamando algo y que hay que poner atención a qué para poder solucionar eso porque o si no las situaciones se van a repetir. Así que eso indudablemente que es verdad [...] O sea, pequeños cambios, pequeñas tareas. Y después cuando vienen la otra semana y lo han hecho, vienen felices” (P 1, 4-11)

La forma de abordarla, mediante tareas entregadas a los pacientes, permite ver cambios concretos, tanto para el profesional como para el paciente:

“Ellos están conduciendo y por lo tanto ya se sienten con la confianza de decir no, yo me la puedo, la enfermedad no me la va a ganar, eso sí se puede ver, se nota. Yo creo que el hecho de hacer tareas, de dar tareas, es un súper buen recurso para tu verlo observarlo y que la paciente también lo observe, también se evalúe, que lo estoy logrando” (P 1, 11)

“en la medida que yo le doy capacitación al enfermo para que encuentre salida para esos problemas, él solo se da cuenta de cuáles pueden ser. Sin que... y ahí está la parte ecológica, porque yo le dije, yo le enseñé cómo hacerlo, es decir, lo capacito, le doy herramientas y lo capacito en las herramientas” (P 2, 4)

Otra manera de abordaje de la espiritualidad en relación al cambio de conductas, es a través de la programación neurolingüística:

“he desarrollado algunas estrategias de... para poder mejorar la respuesta terapéutica, utilizando con como conocimientos lo que está relacionado con la programación neurolingüística y de esa manera he tenido resultados espectaculares muchas veces, ehh partiendo de la base que es el enfermo el que se enferma y es el enfermo el que se mejora, yo opero no más, no mejoro. Entonces de alguna manera los convengo para que cambien muchas de las actitudes, los prejuicios y de la información que ellos tienen fatal, para que en el fondo tengan más fe en lo que están haciendo y logren mejorarse” (P 2, 2)

Es importante que al paciente le haga sentido la tarea que está llevando a cabo, para que ésta tenga buenos resultados:

“yo le puedo dar mucha información a alguien y no le sirve de nada, porque la persona, salvo que le haga clic, si no, no, no más, y lamentablemente nuestras estrategias para poder educar son básicamente entregar información, no establecer mecanismos de cambios de creencias [...]si una persona llega con la creencia de que la enfermedad lo va a matar, se va a morir, y mi deber es tratar de cambiar esa creencia, y para eso... yo, bueno no les puedo revelar mis secretos. No en general, trato de poner a prueba ese conocimiento, la firmeza que tiene, no sólo del punto de vista epidemiológico, de que las pacientes que tienen cáncer se mueren más que los que no tienen cáncer, qué sé yo, sino, en el fondo, el por qué una persona estresada es capaz de desarrollar el cáncer, y hago que aprendan eso, los llevo desde el cambio” (P 2, 5-6)

Para que al paciente le haga sentido esta tarea que lleva a cabo, es importante que el profesional le entregue la información de manera cercana:

“Entonces yo les doy esa información a mis enfermos, busco la manera que me entiendan, busco un pizarrón, busco cualquier cosa que y les hago monitos, y me entienden. Y se dan cuenta entonces de que no tenían esa información y muchos de ellos empiezan a hacer cambios” (P 2, 7)

El acercarse a la espiritualidad, también es visto como una enseñanza del proceso introspectivo:

“porque uno tiene también que enseñarles a mirarse a sí mismos, el mirarse a sí mismos, como que le ayuda mucho mejor a enfrentar lo, la enfermedad y si es que va a morir, entiendes, porque yo creo que un gran defecto que tenemos los seres humanos, es que tenemos una inmadurez brutal” (P 9, 3)

Acompañar al paciente en buscar un objetivo de vida, lo conecta con su espiritualidad y le permite surgir:

“si uno busca, logra hacer que tenga un objetivo, ya sea espiritualidad o tenga un objetivo de su vida... cuidar un nieto, criar un sobrino, educar a un sobrino, pueden empezar nuevamente y surgir para adelante” (P 13, 4)

Otra manera de acceder a la espiritualidad, es a través de charlas informativas que aborden los aspectos emocionales del paciente:

“formamos el grupo EDUCA y empezamos a hacer charlas para poder precisamente poder aclarar dudas del enfermo, y rápidamente integramos una Psicóloga para que pudiera de alguna manera eee, acoger al enfermo en su aspecto emocional y en su aspecto de orientación de lo que es el vivir este proceso” (P 4, 5)

“Orientación, quizás orientación podría ser más útil que tratarlo de que se meta en alguna actividad distinta, sino que así como se hacen charlas de los distintos tratamientos quizás hacerle charla a los pacientes de los conceptos de espiritualidad que hay y que tipo de cosas pueden ayudar a fomentar la espiritualidad” (P 6, 5)

Además, se considera importante la inclusión de familia y círculos sociales, debido a que la espiritualidad de ellos influye en el paciente:

“por otro lado también los invitamos a que se comuniquen con su familiares, a que hablen con sus familiares, a que participen en actividades, si tienen qué sé yo un grupo de señoras que juegan bridge, que juegan naipes o al ludo que se yo a los dados, bueno que se junten, que lo sigan haciendo, que sigan teniendo otras actividades agradables” (P 4, 10)

“Yo creo que la familia participa poco en eso, salvo que tenga un fuerte background espiritual la familia, yo a la familia la veo más perdida a veces que al paciente y probablemente ahí también está faltando un enfoque espiritual” (P 14, 4)

Se considera importante entregar un espacio ecuménico, donde el paciente pueda expresar su creencia:

“esperamos que en la nueva torre haya un lugar específico como una pequeña capilla, un oratorio, que hemos pedido que ojala sea abierta como a cualquier religión que no esté llena de cruces o llena de vírgenes o llena de cualquier símbolo que sea de alguna manera excluyente para otras formas de pensar o sea que le pueda servir a cualquier persona, que se sienta acogida en ese lugar” (P 4, 8)

El abordaje de la espiritualidad debe hacerse de forma implícita, para no desvirtuarla:

“Yo creo que la dimensión espiritual se tiene que incluir implícitamente, no de palabra, sino que es implícitamente en todas las actividades humanas, eeee... y en relación con las demás personas. Creo que el ponerle título en el momento que uno lo está haciendo ya lo desvirtúa.” (P 16, 2)

Es considerado como positivo el ahondar en las creencias que tiene el paciente, descartando un abordaje único:

“No sabría, no me había plateado eso de enfocar a todos los pacientes a esto, yo creo que es nace espontáneamente del paciente, porque como son todas personas adultas y mayores no sé si el enfocarlos a un sistema lo vaya a aceptar de buenas a primeras quizás sí pero no sé, porque ya como la gente viene con sus creencias de antes, cambiar no se quizás ahondar en lo que trae de formación en

su casa yo creo porque no sé yo creo que te vengán a plantear una nueva cosa”
(P 6, 5)

Se percibe como beneficioso el respetar las creencias del paciente y ampliar su visión:

“no tiene que tratar de cambiarlos o sea no porque sea católico yo voy a tratar que terminen todos católicos o cristianos, o si fuera judío convertirlos todos a que sean judíos o si son no creyentes que sean ateos completamente o agnósticos como lo quieran llamar, sino que debo tratar de ampliar sus puntos de vista” (P 13, 5)

Las creencias se consideran un punto de entrada para acceder a la espiritualidad:

“entonces yo cuando entro a identificar necesidades espirituales pregunto primero por cuáles son sus creencias, y desde ahí voy dando pie a explicarle que la espiritualidad no es solamente creencia, sino que también hay una serie de otras necesidades que se podrían satisfacer y podríamos mejorar por así decir o estabilizar esa espiritualidad que puede estar un poco rota y que sería lo que le podría estar haciendo más sufrimiento a la persona, entonces cuando la persona se va a abriendo a eso, a que la espiritualidad es más que religión uno va logrando identificar que en realidad toda la población todos nosotros somos espirituales, pero no se habían dado el tiempo de darse cuenta” (P 17, 2)

Aun así, para algunos profesionales es mejor dejar lo religioso de lado y dar espacio para hablar de otros temas referidos al afrontamiento de la enfermedad:

“pero yo jamás hablo de religión ni de Dios con los pacientes, si ellos quieren hablar, pero jamás hablamos de cosas religiosas [...] en realidad eee, les enseño que tienen que enfrentar, tenemos este diagnóstico, tenemos este problema, cómo lo enfrentamos, qué es lo que tenemos que hacer para enfrentarlos, eso. No empezar a enrollarse con cosas, sino que ir a lo concreto, cómo enfrentarlo, pero no de ir a cosas espirituales, por lo menos para mí esas cosas no son trascendentes” (P 9, 2)

Existe una valoración de la enfermedad como un desorden, que para algunos debe ser abordada desde la concientización del orden perdido:

“sin alinear en el cristianismo ni en el judaísmo, ni en ninguna cosa, simplemente alinear, hay un orden, que nosotros somos parte de ese orden, que probablemente se ha quebrantado transitoriamente ese orden en ese cuerpo, no es cierto, pero que es posible resolverlo y volver a retomar un camino y volver a tener fe” (P 14, 2)

La aclaración respecto al futuro del paciente, independiente desde donde se haga, lo ayuda a disminuir la ansiedad:

“si el paciente está muy ansioso necesita apoyo de esa ansiedad y esa ansiedad muchas veces puede ser conocer que puede tener para futuro [...] Influye no necesariamente espiritual en el sentido de que uno piensa que sea un sacerdote o un rabino o un pastor, llámese como se llame, muchas veces son explicarle un poco que viene de aquí a futuro” (P 13, 7)

Otra manera de acceder al mundo espiritual es a través de la identificación de las necesidades de esta dimensión:

“No, es mediante preguntas. Por ejemplo yo me guio por las necesidades espirituales que identifico la SECPAL, la sociedad española de cuidados paliativos, entonces yo voy tomando esas necesidades desde ahí dentro de la sesión psicoterapéutica voy identificando al paciente, voy preguntando como por ejemplo están las relaciones interpersonales históricas con su familia, si hay necesidades de perdón, de perdonar, cómo se siente en cuanto a la autovaloración y a sentirse amado, te fijas, entonces por ahí voy llevando al paciente a un hilo conductor y voy identificando y haciendo un chequeo las necesidades espirituales” (P 17, 3)

Las necesidades son vistas como primordiales en la espiritualidad, siendo más importantes que las creencias:

“si la necesidad de esa persona va por el lado religioso obviamente que se trata de alguna manera de facilitar eso. Yo te diría que por el lado religioso no va tanto el tema, va más por un tema de vida, de resolver las cosas pendientes, de resolver las situaciones de vida que para ellos quisieran mejorar” (P 20, 4)

Una manera de abordar la espiritualidad es a través de la búsqueda de sentido de la vida:

“Si, de todas maneras, porque le encuentran sentido, el tener sentido, el darte cuenta que estas vivo y por algo estas vivo, yo les digo a mis pacientes perdón usted no está muerto o le digo a la familia no hagamos un duelo anticipado, vivamos la vida, yo sé que es difícil vivir la vida así como estamos, pero usted está vivo hoy día y lo que está viviendo hoy día no lo va a vivir mañana, entonces el lograr esa paz, ese algo que te hace sentir de que vale la pena estar vivo independiente de todo lo que te esté pasando es fundamental, yo creo que las personas que pierden eso independiente del pronóstico que tengan tienen perdida su vida, o sea es muy triste yo creo perderle el sentido al por qué estoy vivo, es muy triste es muy duro y lamentablemente hay gente que lo siente [...]estamos entrando en otra etapa de la vida, esta es otra etapa de la vida y no tiene por qué ser más dura de lo que ya es y no en todas las ocasiones pero en muchas ocasiones hemos tenido etapas muy bonitas posteriores a que se les dice nos queda poco tiempo, no hay tratamiento, en que todos se abren de manera distinta, una manera de disfrutar, de ser feliz, de conectarse, pucha incluso de perdonarse, de entenderse, que hay cosa que fueron no más, que no tienen mayor explicación, fueron y punto y hay gente que no, gente que lamentablemente se cierra a esa posibilidad y ahí lo único que te queda es acompañar” (P 20, 6-7)

Otra manera de acceder a la espiritualidad, es mediante la comprensión de la propia historia:

“¿usted cree que pueda ir a conversar con su papa?, eso es espiritualidad no, y decirle a su papa que ha estado equivocada, que se ha estado destruyendo y castigando todo este tiempo, pensando que había actuado pensando de mala manera en circunstancias que lo que él quería era que lo dejara morir en paz, y entonces que él la ayude a mejorarse ¿usted cree que podría ir a hablar con él al cementerio?, lo voy a ir a hacer al tiro, esa mujer salió radiante” (P 2, 10)

2.8 Ligada a salud mental

Existe la creencia de que la psicología y la psiquiatría abordan los aspectos espirituales de los pacientes y es por esto que los profesionales suelen hacer muchas derivaciones a esta área:

“Nosotros tenemos una psicóloga en la unidad de paliativo, que el tema espiritualidad también es importante, o sea yo creo que un poco ella, al nosotros al derivar al paciente y decirle mira, esta con estos problemas, conversa, yo creo que ella también busca un poco por ese lado, yo creo que ella lo tiene más claro” (P 10, 4).

“aquí se, se hacen las derivaciones al psicólogo o al psiquiatra y también a cuidados paliativos” (P 6, 4)

“está dada por muchas de las psicólogas que trabajan acá, porque ellas ponte tú, son las que acompañan un poco a cada paciente... Así lo veo yo en ese, en ese ámbito [...] como aquí hay un grupo de psicólogas, que trabajamos en equipo con ellas, yo creo que por ahí ellos van en el fondo, eee, conversando esta parte de la espiritualidad con ellas” (P 5, 3)

“Bueno sí... si consideramos que las psicólogas están más ligadas a la espiritualidad” (P 12, 3)

Y esto es debido a la falta de un área específica que aborde la espiritualidad:

“No tenemos un equipo ligado con la espiritualidad incorporado en nuestro instituto, ahí al psiquiatra lo vemos mucho como una esfera de enfermedad, de depresión, de sufrimiento en el área psicológica o psiquiatra, no tenemos ese concepto, porque esto es un círculo vicioso, si tu no lo practicas las cosas se pierden” (P 14, 3)

“Entonces no existe la especialidad de asesor espiritual, existe la de psiquiatría o de psicología” (P 13, 7)

Esta preferencia por las áreas de estudio mencionadas, se desprende de la creencia que es mejor abordar al paciente con una terapia comprobada:

“acá hay grupos de ayuda en la parte psiquiátrica y psicológica en el fondo, yo los oriento más hacia eso, a buscar el apoyo de un profesional entrenado que acercarse a su espiritualidad como parte del enfrentamiento a su proceso de muerte [...] porque acá hay una psiquiatra experta en, en, en el enfrentamiento del tema oncológico, del apoyo al paciente y a la familia [...] yo creo que la

persona puede estar presentando algún cuadro de estrés o algún cuadro depresivo o algún trastorno de adaptación al fenómeno los derivo a un psiquiatra, pero no desde el punto de vista de la espiritualidad sino que desde el punto de vista que yo sospecho que no hay un diagnóstico no realizado y que hay beneficios concretos de una terapia medica conocida en el fondo” (P 3, 3-5)

Aun así, existe un desconocimiento de los alcances que tienen los abordajes que realizan estos profesionales:

“lo que yo más he derivado de repente pacientes a psiquiatra o psicólogos, pero que no tienen que ver con la espiritualidad a lo mejor sí, pero no directamente, los he derivado porque están con trastornos que yo noto depresivos o sea cosas más clínicas” (P 11, 6)

“Tienen eso sí, si tienen problemas psicológicos o en algunas veces problemas psiquiátricos tienen apoyo psicológico o psiquiátrico, no sé hasta qué punto está tocando eso la dimensión de la espiritualidad” (P 16, 2)

Además existen algunos profesionales, que no están de acuerdo con que estas especialidades se encarguen de los aspectos espirituales del paciente, ya que no establecen planes de acción estructurados:

“yo discrepo de lo que hacen habitualmente los psicólogos, porque no dan un plan, habitualmente en el manejo no me dan plan (...) yo le decía dame un plan, el enfermo tiene estos problemas... cuál va a ser el plan para que los resuelva... y no una cosa misteriosa que al final no sabía si lo habían resuelto o no digamos, entonces como médico yo sí tengo que establecer un plan [...] Pero yo percibo que el paciente con un psicólogo, se hace dependiente del psicólogo.” (P 2, 3-4)

Los profesionales del área mental, ven limitaciones en su accionar referido a la espiritualidad:

“Nosotros tenemos tope, el común de los problemas sí, pero ponte tú esta mujer que creía se iba al infierno, le hablé durante 15 minutos de Jesucristo, la resurrección, el perdón de los pecados y quedó igual, no le pasó nada, así que le dije sabe qué, este celular es de un cura súper amoroso, usted lo llama, yo voy a hablar con él, él va a saber que usted lo llama y él la va a atender y así fue. Y así

fue el cura la, le explico, pero desde la autoridad del sacerdote, le confesó, ella y llegó otra persona, pero entonces yo me di cuenta que uno tiene un tope. Por mucho que uno puede tener mucha teoría, pero uno es médico o psicólogo, no es más que eso, no es más que eso” (P 8, 3)

“Entonces le ofrecí, le dije sabes que creo entonces que podríamos hacer que repartamos las cargas y para eso te sugiero que llamemos al sacerdote, ¿tú crees que me sirve? Yo creo que sí, probemos, bueno probemos, vino el sacerdote, la confeso y ella se siente claramente liviana” (P 17, 4)

La percepción del equipo médico es que el abordaje de las necesidades espirituales se enmarca dentro del rol de los profesionales de salud mental:

“mi equipo puede ver que yo estoy encargada de lo psicoespiritual entonces puede ser que ellos dan por sentado que soy la que identifico, pero yo no he escuchado por ejemplo que algún compañero mío diga ella tiene necesidades espirituales, derivémosla, entonces yo lo veo que es como falencia también de ellos, pero también es porque es mi rol y mi papel y ellos saben que yo dentro de todo lo puedo cumplir bien” (P 17, 3)

“Lo que pasa es que nosotros trabajamos con una psicóloga y nuestra psicóloga tiene un enfoque muy basado... yo siempre digo o sea ella enfoca mucho su atención en el abordaje de las necesidades espirituales, que ella te hable de sufrimiento existencial, que te hable de dolor total, en el fondo habla de una persona que puede trabajar y recibir a las personas que lo necesitan y que también se conecta con nosotros” (P 20, 4)

“Yo te diría que la gran mayoría, fíjate que esa gran mayoría lo habla mucho más, como aquí hay un grupo de psicólogas, que trabajamos en equipo con ellas, yo creo que por ahí ellos van en el fondo, eee, conversando esta parte de la espiritualidad con ellas” (P 5, 3)

3. Influencia de la espiritualidad en el afrontamiento del diagnóstico

En esta categoría se hace una exploración de cómo la espiritualidad repercute en el afrontamiento del diagnóstico de cáncer en el paciente.

3.1 Preguntas del por qué

Los profesionales refieren que se manifiesta la inquietud de los pacientes respecto a por qué les vino la enfermedad, generando cuestionamientos en relación al accionar de su vida:

“Doctor ¿por qué me vino esto a mí? [...] ¿Por qué a mí? si yo, no sé po, nunca le he hecho un mal a nadie, ¿por qué la vida se ensaña conmigo? por decirlo de alguna manera” (P 7, 2-4)

“ahí me surge esa confusión un poco, pero es como ellos tienden a hablar más de cómo les ha afectado la enfermedad, de los trastornos que les ha producido, de cómo pueden enfrentarlo, de por qué les ocurrió de esto, si tiene algún sentido... muchos de ellos se rebelan si han sido buenas personas ¿por qué le ocurrió? ¿Por qué les vino esta enfermedad?” (P 12, 3)

Este cuestionamiento puede estar asociado a sentimientos de culpa:

“es increíble el sentimiento de culpa que hay cuando se enfrentan a la muerte o de yo merezco esta enfermedad o de yo no la merezco, hay varias cosas” (P 20, 3)

El desarrollo espiritual del paciente al momento de hacerse estas preguntas, repercute en cómo éste finalmente toma la enfermedad:

“Entonces hay mucho como cuestionamientos de los, del por qué, para qué y por qué tiene que sufrir tanto, o sea, son como preguntas por un lado del punto de vista emocional, psicológico de ayudar a, a sobrellevar la enfermedad por un lado y todo lo que ella implica, porque una enfermedad afecta todos los aspectos de la vida digamos relacional, laboral, económico, etc, etc. Y por otro lado, un poco la rabia, el rebelarse, el sentir que es injusto, y otra gente también lo toma mucho como un aprendizaje, dicen que esta enfermedad les permitió hacer un aprendizaje” (P 12, 3)

3.2 Acercamiento a espiritualidad

Producto del diagnóstico, el paciente se ve enfrentado a una rearticulación de la vida, lo que lleva a contactarlo con su espiritualidad:

“lamentablemente es la enfermedad y es como quien dice sentir cercanía a la muerte lo que hace a uno plantear ciertos problemas y ahí surgen, como enfrento esto, como calza en mi vida este evento, te fijas, entonces eso sí creo que debería haber una preparación para eso, personalmente yo tengo la mentalidad de que para mí cada día es algo nuevo, yo no estoy enfermo de cáncer te fijas pero sé que la vida es muy frágil entonces yo eso lo vivo diario pero la gente aunque tiene la noción trata de negarlo hasta que le aparece un diagnóstico crudo” (P 7, 5)

“Y otro también cosas que se manifiesta la gente, es que esta enfermedad les permitió hacer como un alto en su vida” (P 12, 3)

3.3 Repercusión espiritualidad

Algunos profesionales refieren que habiendo un equilibrio espiritual, el afrontamiento es de mejor manera:

“Yo siempre he pensado que si tu estas bien desde el punto de vista espiritual, probablemente respondas mucho mejor a la cosa física” (P 10, 2)

“uno ve al tiro el paciente del inicio que tiene esa actitud, te fijas, y que es una prueba no más y que lo va a pasar con el apoyo de sus familiares y él está bien y está sano, irá a su cura, irá a su templo, a su religión, para medicina alternativa, pero es como que el proceso empieza y se lleva mejor la enfermedad y tiene un mejor pronóstico” (P 1, 11)

Aunque la espiritualidad no cambia el pronóstico de la enfermedad, permite afrontarla con mayor tranquilidad:

“Cuando un paciente tiene un cáncer y un cáncer terminal, el tratamiento no funciona y no sirve, la espiritualidad puede ayudarlo a sentirse mejor pero no lo va a salvar, pero si puede tener una aceptación mejor de su muerte o de su enfermedad terminal” (P 19, 4)

3.3.1 Etapa vital

El momento de vida de la persona, al enfrentarse al diagnóstico, es determinante en su afrontamiento, si existe una motivación la persona luchará por seguir adelante:

“Son distintas posturas, mucha gente ya mayor, 80 años te dice “no, yo no me quiero hacer nada, déjeme tranquilita y cuando tenga dolor yo quiero que me den los remedios para el dolor” fin. Pero la mujer de 35 – 40 si tiene hijos chicos te dice “hágame todo, porque cada día que más me pueda dar es un día más que paso con mis hijos” [...] Yo creo que he visto poca gente que dice “ah ya, cumplí mi misión y aquí termine y chao y no espero nada más después tampoco”” (P 1, 3-6)

3.3.2 Incertidumbre

El enfrentamiento a la incertidumbre del diagnóstico, produce ansiedad:

“si el paciente está muy ansioso necesita apoyo de esa ansiedad y esa ansiedad muchas veces puede ser conocer que puede tener para futuro” (P 13, 7)

4. Influencia de la espiritualidad en el curso y pronóstico de la enfermedad

En esta categoría se conceptualiza la percepción que tienen los equipos médicos acerca de cómo afecta la espiritualidad en el curso y pronóstico del cáncer

4.1 Espiritualidad y muerte

La espiritualidad permite enfrentarse al proceso de muerte de forma más tranquila y con mayor aceptación:

“si la gente tuviera convicciones más fuertes podría enfrentar todo el proceso más fácil. O sea si yo tuviera la convicción por ejemplo de fijate que la muerte es una convicción, diantres que entretenido, vivamos el proceso, a ver que nos trae, que experiencia trae, sería muy distinto a la angustia de diantres voy a dejar de existir y que va a pasar con el resto, te fijas, bueno hay una serie de angustias que genera y que a lo mejor son absolutamente necesarias pero que se dan porque la gente no tiene respuesta desde lo espiritual” (P 7, 5)

“Por supuesto que sí, le da tranquilidad. Tú te das cuenta en los pacientes terminales cuando tienen esa paz y eso te deja como impregnado a ti que la

persona murió con mucha paz, mientras que el otro que muere como con rebeldía y que por qué y enojado, eso también te deja mal y eso se ve en las personas más humildes” (P 9, 4)

Y esto es además extensible a su grupo familiar:

“Sí, yo siento que sí, que el que le ve el lado amable o sea es un paciente que muere mejor incluso, por qué, porque tiene una familia que está más tranquila también. O sea, no es solamente el paciente, es un entorno que funciona tranquilo. Si el tema de la espiritualidad no es solamente para el paciente, yo creo que aquí es un tema familiar, porque cuando tú ordenas al paciente, el paciente se ordena, a lo mejor no lo ordenas tú, el paciente logra ordenarse, entender, aceptarse, aferrarse a algo, es muy distinto al paciente que no tiene en que aferrarse” (P 10, 6)

La espiritualidad es percibida como una forma de enfrentar el proceso de muerte, cuando la medicina no puede dar una respuesta:

“Tiene sobretodo mucha implicancia cuando uno no puede ofrecerle nada, y sobre todo para saber sobrellevar los últimos... el último periodo que sea menos doloroso o que sepa superar los problemas que tiene” (P 13, 7)

Existe la percepción de que el proceso de muerte para el enfermo y su entorno, sería más en paz si existiera un apoyo espiritual desde la institución:

“Es un proceso difícil, cuando uno observa la muerte en general hay gente que se va súper en paz y hay gente que le cuesta irse mucho, pacientes que están sufriendo, no te estoy hablando de pacientes que lo están pasando estupendo, pacientes que están con dolor, sedados y tú los notas que están respirando mal, medio ahogados y el tipo se aferra, se aferra y se aferra y la familia no lo deja ir. Yo creo que ese proceso podría ser mucho más fácil si hubiese algún área en la cual se dedicara un poco a su espiritualidad” (P 11, 6)

“yo he conocido gente que ha tenido experiencias cercanas a la muerte y tú te das cuenta que son inmunes a esto, tienen una comprensión distinta, tienen una convicción interna sólida, se dan cuenta que son un paso, se dan cuenta que ellos no son su cuerpo y eso no les genera angustia” (P 7, 6)

El abordaje de la espiritualidad en este paso a la muerte, puede hacerse en cualquier momento del tratamiento médico, no sólo en la fase final:

“tiene que ver un poco con el tránsito de la vida a la muerte en un paciente con cáncer. En cualquier etapa puede ocurrir en el fondo una intervención en la cual tu puedes observar un poco su espiritualidad y como enfrentan una situación como esa digamos [...] ese enfermo es el que transita por ese track en el cual como te digo son de los que empiezan a llegar y se empiezan a ir, o sea tu lo vas viendo cómo se van deteriorando en la vida” (P 11, 6-7)

Profesionales que han acompañado procesos de muerte de pacientes, manifiestan que la espiritualidad se relaciona con una muerte más tranquila:

“Se van más tranquila, a mí me ha tocado presenciar la muerte de pacientes que han sido pacientes nuestros y he estado acompañando... y también una señora que a mí me toco apoyarla harto tiempo, el día que se murió estaba con ella y me dijo ya no doy más y yo creo que hasta aquí llegue, llamo a su hija en la mañana se había despedido de su hija y estaba yo con ella haciéndole terapias en su cama y de repente se sentó y me dijo ya estoy lista, yo me quede un rato ahí con ella y como al cuarto de hora se murió, tranquila, no se quejó ni nada se acomodó y yo seguí haciéndole terapias, se durmió y de repente la vi que dejo de respirar” (P 6, 6)

4.2 Pronóstico y enfermedad

El enfrentamiento de la enfermedad desde la espiritualidad, hace que la vivencia del proceso sea distinta, pudiendo no tener injerencia en el pronóstico:

“lo que puede cambiar no es resultado del tratamiento, lo que va a cambiar es la forma en que enfrenta el proceso, te fijas, por eso esta dificultad a tu pregunta, o sea el resultado puede ser el mismo, puede ser la muerte o puede ser la curación, no lo sé, pero sí la forma en que la persona lo enfrenta es muy distinta según su convicción” (P 7, 5)

“Si tú me preguntas directamente si la espiritualidad influye en que los pacientes van a vivir más, que se van a curar más de ciertas enfermedades porque tienen resueltos sus problemas espirituales, yo no tengo conocimientos de que eso

sucedá, pero sí sé que los pacientes viven mejor con una espiritualidad bien trabajada, bien llevada y eso es posiblemente más importante que lo otro en muchos pacientes” (P 16, 3)

La espiritualidad como determinante del pronóstico, dado que entrega fuerza para salir adelante:

“si tú tienes esto de este como motor del que hablas tú y que bien me lo definiste, te va a ayudar mucho a la parte física, yo siento que en la parte física tu puedes hacer muchas cosas, pero un paciente que no tiene alguna cosa que lo motive en el fondo va a ser mucho más difícil que salga a flote o que mejore más rápido” (P 10, 3)

“No, estoy convencida si uno se quiere morir y aunque estés sana y tú dices “me quiero morir”, te vas a morir” (P 1, 10)

“y me decía, doctora es mi gana de vivir y el de arriba, nada más, yo se lo dejo todo a Dios. Entonces yo creo que ese es un muy buen ejemplo que su espiritualidad, del paciente, lo ha ayudado a mantenerse vivo, porque no usaba nada más” (P 10, 6)

Así también en aquellos pacientes que rechazan su enfermedad y no la ven desde la espiritualidad, tienen mal pronóstico:

“el paciente que se niega o que rechaza a esto, se muere mucho mucho más rápido que el paciente que asume su enfermedad y que dice ya bueno, voy a vivir en algún, voy a hacer lo que sea y lo que Dios quiera, que se entrega, si no es Dios, será lo que la vida me dé. Y eso, ese paciente, te digo tengo pacientes que lo han planteado así y están vivos todavía” (P 10, 3)

El pronóstico también depende de cómo el paciente ve su tratamiento y si confía en él:

“Todo depende de cómo uno le plantea a los enfermos, yo les digo que en el fondo cuando les voy a sacar su tumor que piensen que ahí se va todo lo malo que tenían, de su vida que causo esto y eso los hace despertar mucho mejor con un cambio de ánimo totalmente distinto, que la quimioterapia también les desmitifico, le digo mire supongamos que estamos hablando de un cáncer suyo

hubiera ocurrido 100 años atrás que le habríamos ofrecido, operarla no más, usted hubiera visto en realidad igual la gente se operaba necesitaba otras cosas porque la enfermedad reaparecía, que habría dado usted por un tratamiento así, todo po doctor, bueno ahora lo tiene y se empiezan a quejar que se me va a caer el pelo, que me va a pasar esto, bueno si no es gratis, ahora si usted lo considera que esto es un veneno por supuesto que se va a envenenar y que tal si usted mejor piensa que es un remedio que la está mejorando” (P 2, 11)

Es importante también que el profesional tenga confianza en el tratamiento que le entrega al paciente, ya que esta seguridad es transmisible:

“Y en el tema de la preferencia del enfermo como les decía en relación al tema de la medicina basada en evidencia es que el efecto placebo es fuerte, efecto placebo que se puede dar en todo aspecto, digamos se pensaba que era solo con medicamentos no si la cirugía también [...] el médico infunde eso con fe y eso se da cuando el medicamento es auténtico, pero el medicamento no resuelve el 100%, sin embargo cuando uno está usando un medicamento que es auténtico tiene una actitud de creer en el medicamento desde que lo receta, desde que pregunta y todo y el paciente se lo cree y si uno le da un medicamento alternativo en que uno no tiene fe en él, se le nota a uno y el paciente también, pero lo percibe el subconsciente no el consciente” (P 2, 11)

Existe una fuerte relación entre los aspectos inmunológicos y la convicción del paciente:

“cuando un paciente tiene un cáncer y un cáncer grande, agresivo, no quiere luchar... generalmente va al fracaso. Por qué, porque hay una parte inmunológico, de defensa, que no quiere luchar, él no quiere luchar y el paciente no quiere seguir viviendo [...] El paciente que no quiere vivir, aunque esté curado de su cáncer va a morir. Hay casos en que uno los ha curado y se echan a morir y no, se ponen a fumar, no comen, se meten a la cama y mueren de desnutrición” (P 13, 3-4)

“ese es uno de los últimos grandes ejemplos de mi vida profesional en como la espiritualidad se contacta con la parte inmunológica, porque para mí es eso también, porque sigue estando el cáncer, pero el cáncer no se la gana a la parte inmunológica y el paciente sigue estando” (P 17, 6)

La fe y convicción de mejoría, influyen en un mejor pronóstico:

“la persona que viene con fe y con ganas de mejorarse se va a mejorar, la persona que está deprimida y que no quiere nada de la vida aunque tenga el mejor pronóstico del mundo se va a ir más rápido que cualquiera de los que están ahí diciendo que le dieron 3 meses de vida y después llevan 3 años felices de la vida, pero depende mucho de la actitud que tome la persona y en ese sentido yo creo que las personas que son muy creyentes y que hacen muchas cosas por ser buenas personas les va mejor en su tratamiento [...] la persona al tener fe y en creer en algo superior y en la ayuda que le puedan brindar otras personas puede lograr a revertir el pronóstico el pronóstico de su enfermedad y doblarle la mano un poco al destino, quizás si su límite se lo pusieron aquí lo puede llevar mucho más lejos” (P 6, 5)

Sin embargo, hay situaciones en las que la espiritualidad no va a cambiar el pronóstico; es visto como lo que tenía que pasar:

“si se tiene que ir se va a ir igual, yo no sé hasta qué punto uno le dobla la mano al destino porque por mucha fe que tenga la persona bueno, le tocó no más” (P 6, 6)

Esto es algo observable y comparable entre un paciente y otro, siendo la forma en que toman su enfermedad determinante en el pronóstico:

“O sea, tu espiritualidad, tu salud mental, como enfrentas una situación X, en este caso estar enfermo de cáncer, es increíble cómo cambia el pronóstico de la enfermedad. Eso es un hecho, o sea tú lo ves. O sea veces son cánceres que no están en estadios muy tardíos, están en estadios medianos o precoces, pero si el paciente se deprime o tiene una personalidad baja, depresiva, esas habituales y no tira para arriba, tú vas viendo como esa persona se va comprometiendo, te fijas. Y a veces hay gente que tiene una postura “no si yo no quiero vivir, yo me quiero ir” y esa gente se va. En cambio yo he visto gente con cánceres avanzados y tienen una espiritualidad o tienen mucha fe también, espiritualidad o salud mental y son optimistas, tiradores para arriba, dicen que tienen muchas cosas que hacer aquí todavía, no porque tengan miedo a irse te fijas, pero todavía sienten que hay muchas cosas acá y esa gente ha tenido, bueno los médicos

dicen remisión espontánea, que puede desaparecer o bien si pensaba que ibas a tener 2 años de vida pasan 10 años y todavía está presente la persona. Yo siento que la espiritualidad si tú crees fielmente, o sea si crees realmente en algo tienes un mejor pronóstico de todas maneras” (P 1, 3)

“tú comparas pacientes que se presentan dentro del mismo estadio de la enfermedad y una tiene una evolución para arriba y otra para abajo y tú vas comparando, comparas la enfermedad, las personalidades o tú comparas que una persona en un estadio como te decía, avanzado, tuvo mucho mejor pronóstico, fue mejorando, mejorando y superó su mejoría a la que tenía la misma enfermedad pero en un estadio más precoz. Netamente por observación de pacientes, o sea por eso, no es porque haya un estudio” (P 1, 9)

En la comparación se puede ver que los síntomas no desaparecen, pero sí se observa una diferencia en la magnitud con que los vivencian:

“Hay algunos pacientes que a uno le queda muy marcado de como su enfrentamiento a las situaciones hace toda la diferencia en su calidad de vida, porque en realidad la enfermedad es la misma, yo tengo claro que el dolor es el mismo, el daño que le está provocando es el mismo, las cosas que le pasan son terribles pero ella las enfrenta en forma totalmente distinta y eso viene probablemente de ella, no de nada que nosotros hayamos hecho” (P 3, 6)

Sin embargo otros profesionales consideran que la espiritualidad no influye en el pronóstico, pero sí otorga una mejor calidad de vida:

“otra pregunta sería si el hecho que yo tenga una espiritualidad si eso pueda influir en mi pronóstico, o sea por ejemplo que yo pueda vivir más, si yo comparo dos grupos uno que trabaja la espiritualidad y otro que no trabaja la espiritualidad y que el que trabaje la espiritualidad pueda vivir más, no lo sé, no hay ningún trabajo que demuestre eso entonces no sabría responderte, yo en este momento creo que no, pero a lo mejor sí, lo que sí tengo claro es eso que cualquiera sea el periodo que le toque vivir a la persona le va a mejorar su calidad de vida en todos los aspectos, porque he visto tanta gente que tiene tantos deseos de vivir y todo y al final igual a pesar de todo lo que hacen igual mueren te fijas entonces no por el momento creo que no” (P 12, 4)

Si bien se considera que la espiritualidad es un aspecto que influye positivamente en el pronóstico, existen otros factores que se interrelacionan, un elemento que influye es el encontrar una motivación:

“tú puedes tener dos pacientes con la misma enfermedad, con el mismo tratamiento, la respuesta de los dos es totalmente distinta, porque va inherente a la persona, o sea la esencia de esa persona, como está viviendo su vida, que tan satisfecha esta de su vida, o sea nunca puedo decir es que esta señora tiene lo mismo, no, son personas totalmente independientes y a veces he tenido pacientes con la misma enfermedad con un pronóstico muy bueno y la otra con un pronóstico muy malo y la que responde mejor es la del pronóstico malo y la que tenía todas las de ganar se va para abajo, y tú dices por qué, porque era otra persona, esta personas vio la vida de otra manera, ella se centró en otras cosas, para mí eso marca y digo que es esto, será la espiritualidad, será la esencia de la persona, será como es, será la forma como ve la vida, serán las cosas que la hacen feliz, todo eso debe ser, porque la respuesta es así o sea obviamente, es lo conectado tuyo interno el que está ahí jugando un rol esencial de todas maneras, tú ves cómo llega la gente acá es súper difícil cuando tu miras personas que tú ves una mirada como que te atravesaran y no ves nada, porque te están tan perdidas, están tan desanimadas, están tan desesperanzadas, que tú dices como llego a ella, como hago que siga viviendo si ella no busca” (P 20, 6)

Independiente de la creencia particular, la espiritualidad incide en salir adelante, llevando mejor los procesos de tratamiento:

“no me cabe duda que muchas veces han salido adelante gracias a su fe, gracias a su, a su disposición espiritual, esa gente que a ti te dice “ésta a mí no me la va a ganar”, Diosito me va a ayudar, tengo comunicación con Dios, me va a proteger qué sé yo... o en lo que sea que crean, pero cuando te lo dicen a mí, eso no me cabe duda y uno ve gente que es... tengo la impresión, es una impresión nada más, no es una cosa estadística, que... gente que tiene como más apego a la parte espiritual, como que desarrolla mejor los procesos de enfermedad, los procesos de tratamiento, los acepta mejor [...]yo creo que la gente que maneja mejor este aspecto o que tiene más fe, como más, más este... comunicación con un ente superior yo creo... eee... me parece que lo lleva mejor” (P 4, 3-4)

“Pero ella yo creo que vivió 30 años porque realmente tenía una fe impresionante esa mujer, impresionante, luchadora, trabajadora” (P 4, 12)

La calidad de vida y el pronóstico se interrelacionan, cuando hay una espiritualidad desarrollada estos dos procesos se benefician:

“calidad de vida también entra un poco en lo que es el pronóstico, hay pacientes que claramente, yo conozco pacientes que son muy espirituales desde la identificación con esta área, y un paciente que se suponía que debía vivir 6 meses, llega a un año, dos años, porque esta con meditación, tengo una paciente que me viene ahora a la memoria con trabajo de conexión espiritual, con trabajo de conexión con la naturaleza, claramente o sea esa paciente ya no debería estar y hoy día está, o sea para mi habla de lo que es calidad de vida en sintomatología por ejemplo y en pronóstico de vida” (P 17, 5)

Esta espiritualidad debe cultivarse previa a la enfermedad:

“obviamente que es importante la parte técnica que sea bien llevado y que se haga el tratamiento que corresponde, pero yo creo que si uno pudiera enganchar la parte de la espiritualidad antes, es como te decía o sea mente sana, va a haber mucho mejor pronóstico [...] O sea yo siento que mientras tú tienes más apoyo a nivel espiritual, vas a tener mejor pronóstico, como te decía” (P 1, 8-9)

4.3 Sufrimiento y dolor

Una fuerte convicción en la creencia espiritual, hace la diferencia entre vivir el proceso con dolor o sufrimiento:

“La diferencia es que la gente que tiene convicciones fuertes no se genera esa angustia a lo desconocido o es mucho menor o sea a veces es tal el nivel... bueno, morir siempre produce sufrimiento, no necesariamente dolor, pero incluso sin dolor hay un sufrimiento yo creo que es un sufrimiento que es orgánico, o sea el cuerpo tiene su propia voluntad y se defiende con dientes y uñas y tiene mucha más fuerza de la que uno cree incluso o sea siempre hay un sufrimiento, pero es distinto a esa agonía interior que si tuviéramos un nivel de desarrollo espiritual más alto a lo mejor nos daríamos cuenta que no cumple ningún rol, no cumple

ningún objetivo, solamente nos quita calidad de vida los últimos días de nuestra existencia no más” (P 7, 6)

“si uno está asustado porque le va a doler mucho, aunque tenga un dolor suavcito lo va sentir muy grande, si la persona esta como resignada y aceptando su dolor lo va a sentir menos intenso y va a necesitar mucho menos analgésico” (P 13, 7)

Además de ayudar a una tolerancia mayor del dolor:

“Yo tendría que decirte que sí, que yo he visto que gente logra niveles de tranquilidad y de calma que yo no puedo comprender y que son dados por su espiritualidad lo que yo envidio, yo he visto personas severamente enfermas con mucho dolor que tienen una capacidad de tolerancia mayor a otras beneficiadas por su espiritualidad, yo creo que es eso sí podría servir” (P 3, 6)

“Sí, sí, yo sí he notado que hay personas que tienen una capacidad de tolerancia al dolor y capacidad de tolerancia a las situación y niveles de ansiedad, mucho menores y habitualmente ellos lo asocian a su fe, algunos pacientes que tienen distintas creencias y religiosidades... yo siempre vuelvo al tema de la fe, no sé si es que la espiritualidad, bueno es la forma en que yo lo entiendo en el fondo, pero si los pacientes que tienen una cercanía tienden a tener una mejor tolerancia al dolor, una menor necesidad de analgésicos, una sensación de paz y tranquilidad que es lo único que finalmente uno puede ofrecerles a alguna persona a la cual la medicina no le puede ofrecer” (P 3, 6)

El sufrimiento provocado por la enfermedad disminuye cuando hay una vivencia profunda de la espiritualidad, no solo vista desde la creencia religiosa:

“hay estudios de que la espiritualidad puede ayudar a mejorar la calidad de vida. Los estudios más que nada hablan de las creencias, la creencia se ve como espiritualidad y uno observa, o sea yo observo evidentemente sin hacer estudios, pero un paciente que tiene una creencia arraigada católica o evangélica o la que sea, claramente él sufre menos porque el dolor lo entrega por ejemplo, el dolor espiritual, el dolor emocional, el dolor físico no, bueno es un agregado pero yo veo como el sufrimiento en ellos es menos notorio, porque dicen bueno yo al

Señor le entrego este pena, esta preocupación, y uno que ve que con sus caritas todos los días es muy distinto al paciente que desde lo espiritual pero religioso, está alejado” (P 17, 5)

“uno puede tener síntomas que producen... síntomas como dolor, pero ese dolor no se traduce necesariamente en sufrimiento va a depender de la percepción de la personas en la cual está fuertemente incluida por la espiritualidad de esa persona el nivel de sufrimiento independiente del dolor” (P 16, 3)

4.4 Dificultad de medición

Es difícil cuantificar la influencia de la espiritualidad en el proceso, sin embargo es algo observable por los profesionales:

“es una cosa que no es medible, es una cuestión que tú no puedes medir, pero es algo que yo lo veo, o sea cuando el paciente se me bajonea, yo sé que ese paciente se va a morir más rápido. Entonces claro esta cosa de algo que te ayude, de que te tire para arriba, no sé si está bien definido así espiritualidad, que yo lo siento así, sirve” (P 10, 3)

Pese a que es observable para los profesionales la influencia positiva de la espiritualidad, no existen cifras para avalar esta percepción:

“si uno logra un ordenamiento de las personas, una armonía, una empatía una historia donde esté presente la dimensión espiritual me da la sensación que andan mejor las personas, pero yo no podría a darte ninguna cifra de eso, es mi impresión” (P 14, 4)

A pesar de que es algo observable, la falta de estudios que la respalden hace que algunos profesionales duden de su beneficio:

“yo sí he visto que hay gente que se beneficia mucho de tener desarrollada su espiritualidad de creer, de tener fe lo que sea, los ayuda a tolerar mejor, a enfrentar mejor y al revés la gente que no tiene este apoyo sufre mucho más de lo que parece lógico y quizá podrían haber estado mejor, podría haber un beneficio pero no estoy seguro” (P 3, 6)

“pero no podría yo compararte así que pudiera comparar ambos porque como no hay algo sistemático no hay una escala para medir espiritualidad que se yo entonces son todas impresiones que uno tiene no es algo bien fundamentado” (P 12, 6)

No existe evidencia si el bienestar disminuye la sintomatología, por lo que no incidiría en su calidad de vida global:

“no hemos demostrado que el paciente esté mejor si tiene bienestar espiritual, desde los síntomas, o sea, a los síntomas no les ayuda, a la calidad de vida global, que nosotros hablamos de calidad de vida global, que se mide en relación a síntomas, cómo se siente el paciente, no ayuda” (P 8, 3)

Se manifiesta un interés de algunos profesionales por demostrar que la espiritualidad tiene efectos positivos en los pacientes oncológicos:

“estoy trabajando para demostrar que eso va a influir en la calidad de vida de la gente y va a disminuir en los síntomas de ansiedad y depresión” (P 15, 4)

También el demostrar los efectos del estrés en la incidencia de cáncer y que la espiritualidad puede ser un factor protector de esta patología, ya que ayuda a sortear de mejor manera situaciones estresantes:

“Cuál es la idea que el paciente se sienta mejor, se sienta más contento, se sienta más desestresado y tú sabes que el estrés a la larga puede producir cáncer, aunque no está científicamente comprobado y son proyectos que a mí me encantaría seguir con mis pacientes y verlo por una cosa que no se puede evidenciar científicamente, no está evidenciado científicamente pero sí los pacientes que están muy angustiados, muy depresivos, tienen más posibilidad de hacer cáncer que los que no son tan agresivos, tan negativos, tan agrios y la espiritualidad, un espíritu tranquilo, contento, en paz yo creo que si o si de alguna forma ayuda” (P 19, 4)

4.5 Calidad de vida

La influencia que tiene en la calidad de vida es algo que el profesional vivencia, manifestándose en una disminución de los síntomas, mejorando también la relación del paciente con los otros:

“una cuestión absolutamente vivencial, yo siento que ellos están mejor, la calidad de vida es mejor, se niegan menos a su enfermedad y al enfrentarla mejor, disminuyen los dolores, las náuseas, mejora el apetito, mejora la relación con la familia; ese es uno de los grandes problemas fíjate, los pacientes que niegan la enfermedad, la rabia que tienen la descargan con los que más quieren” (P 10, 5)

“sí tiene importancia en el sentido de que la persona está más tranquila, tiene mayor bienestar, menos ansiedad, acepta mejor lo que le está pasando, si va a morir también acepta mejor que va a morir, se comunica mejor con sus familiares, resuelve cosas que tenga inconclusas, en ese sentido yo creo que es súper importante en que ese periodo de tiempo que le queda al paciente lo viva mejor, sin duda, o sea en calidad de vida mejora para mí al 100%” (P 12, 4)

El paciente tiene una mayor tranquilidad y paz, siendo esta transmisible a quienes lo rodean:

“uno le pregunta a alguien de la familia, ya no es la misma persona que llevo, es mucho más mesurado, mucho más medido, bastante más paciente, más tranquilo, porque tiene como mucha más paz de la que tenía originalmente y eso se irradia para los otros, en el fondo desgraciadamente se requiere pasar por un trance tan difícil como el que pasan acá para que puedan tener esa madurez que debíamos tener todos en algún momento, probablemente las culturas orientales a lo mejor tienen eso que aquí uno nunca tiene” (P 9, 3)

“sin duda que sí, la forma en que se vive, la forma en que se acepta todo lo que está ocurriendo y la tranquilidad que puede tener la persona, la disminución de la ansiedad, el resolver conflictos, el llevarse mejor con las personas, el morir en paz etcétera sin duda que ahí tiene un rol fundamental el trabajar estos temas [...] uno lo ve con el paciente porque la ansiedad generalmente se manifiesta en que no pueden dormir, nervioso, muy angustiado, crisis de pánico, en fin, mal

genio, pelean con la gente y claro y uno después ve que están más tranquilos, que están más en paz consigo mismo, que ya no pelean tanto con sus familiares, que han podido conversar del tema, porque hay mucha gente que no quiere conversar del tema, bueno como te digo la gente que es más religiosa al principio se pelean con Dios y después se ponen en la buena con Dios, se preocupan más de sí mismos, en eso podría ser” (P 12, 5)

Y esto es inclusivo a los profesionales:

“la actitud del paciente, es una actitud de más paz interna, de más fe y en la fe nos incorpora a todos incluido al médico y a las tratantes y de más ordenamiento comprensión empatía, da esos instrumentos la vida espiritual” (P 14, 4)

Una vez superado el rechazo a la enfermedad y aceptándola, se observa una mejora en su calidad de vida:

“En que tienes personas que son menos... de carácter como más... a ver ejemplo tú conoces una persona que llega acá enojado con la vida, enojado con el mundo, enojado con todo por su diagnóstico, cuando logran hacerles el clic ya sea porque ellos se van conociendo o por último van aceptándolo cambia un poquito ese carácter, no te digo que se conviertan completamente en algo social pero si son personas que son un poquito más llevaderas y eso les ayuda en la calidad de vida también, porque yo soy una convencida que si tu estas bien, te sale bien todo adelante” (P 5, 4)

La espiritualidad entrega bienestar en las áreas que no abarca la medicina:

“una espiritualidad bien llevada influye sobre el estado de ánimo de los pacientes y sobre el bienestar de los pacientes y eso indudablemente que es importante, porque uno, la labor médica esencialmente, nosotros somos incapaces de... otorgarle vida a las personas” (P 16, 3)

Se observa una disminución de síntomas asociados a los tratamientos, relacionada al desarrollo espiritual del paciente y al apoyo que éste percibe:

“Sí, es distinto cuando el paciente anda riéndose, anda optimista, porque saben que están apoyados por sus familiares, porque tienen fe en algo, en alguien, en

dios, en Jesús, en lo que sea, en un ser superior, porque cree que él ha hecho todo bien, que está tranquilo, que está conforme, ese paciente lo más probable es que no te vomite, que no ande pálido, que no ande desmayándose a cada rato, que no ande amarillo, te fijas” (P 1, 10)

“probablemente hasta las reacciones que hacen al tratamiento son quizás menos severas que otras personas que se echan a morir y que ven todo negro y que más o menos que todo se acabó, o sea claro todo parece peor, entonces tener un espíritu más positivo, más alegre, mirando siempre lo bueno que está alrededor” (P 4, 10)

“Es que si tú tienes una mejor calidad de vida a lo mejor vas a tener menos complicaciones y a lo mejor vas a vivir más, no se ha demostrado que estos tratamientos logren prolongar la sobrevida, pero si lo que tú vives vas a estar contenta, no importa que vivas 24 hora súper feliz, versus 24 horas súper mal” (P 15, 4)

Independiente que siga existiendo sintomatología física, la espiritualidad eleva la calidad de vida:

“indudable que una espiritualidad bien llevada influye enormemente en la calidad de vida, a pesar de muchas eee, falencias o síntomas que puedan experimentar los pacientes eeee, al revés pacientes que no tienen síntomas, dolores, o, o, o cosas que lo estén aquejando, si tienen una espiritualidad mal llevada puede que... por decirlo de alguna manera, pueden estar sufriendo, entonces yo creo que es una, es una, percepción importante lo que no es solamente lo biológico, lo que le está sucediendo a los pacientes, sino que es súper importante sobre todo para el tema de la calidad de vida” (P 16, 3)

Independientemente de la creencia, la espiritualidad ayuda a una mejor calidad de vida:

“he visto pacientes que no son creyentes pero que si tienen una mirada de la vida muy filosófica, entonces ahí a mí me demuestra cómo no solamente el arraigo de la creencia católica es el que está salvando a ese paciente, desde el punto de vista de esa persona que crea en él o que cree en el universo o que cree en el ser humano y que siente que su situación de enfermedad es porque tiene que ser y

que siente que en su vida hizo todos sus ciclos los cerro bien, también va teniendo una buena calidad de vida, también tiene menos dolor, también se siente mejor estando hospitalizado, por ejemplo, como un paciente que está en disconfort espiritual y emocional” (P 17, 5)

“Pero totalmente, he visto pacientes que llevan su enfermedad y la evolución a veces buena a veces mala súper bien y son pacientes que la dimensión espiritual, a veces religiosa o de distinto tipo ocupa un lugar importante en ellos eso lo veo siempre” (P 18, 3)

Las terapias complementarias orientadas al desarrollo espiritual, influyen en una mejor calidad de vida:

“después que se termina la terapia se van felices y contentos y se les olvidó que tenían o que les dolía esto o lo otro y al final están contentos con su, con su eee, protocolo que están siguiendo” (P 6, 2)

“estas terapias yo creo que es lo mejor que le puede servir para sentirse mejor, no se va a sanar pero se va a sentir mejor, mientras el espíritu este bien, el cuerpo está un poco mejor” (P 19, 4)

4.6 Fortaleza

Los pacientes con mayor desarrollo espiritual, presentan una mayor fortaleza en su enfermedad:

“el enfermo que tiene un mejor nivel de espiritual es una persona que a mi modo de ver está un poco más firme, mejor parado frente a estos embates, uno ve cuando las personas dicen bueno gracias a Dios yo he salido adelante o yo me encomendé a la virgen tanto o a la santa tanto y uno ve como esa persona a veces lucha y tiene fuerzas que uno no sabe de dónde saca las fuerzas, uno ve que a veces vienen en malas condiciones y uno dice y como vienen en aspecto tan bueno si uno sabe que la cosa no anda bien y que no están bien y a veces uno anda para el gato y uno dice pero como esa persona que está en malas condiciones y se ve mejor” (P 4, 9)

“yo tengo comunicación directa con mi virgencita y diosito, nunca decía dios, sino que diosito, diosito me acompaña y era una mujer de una fortaleza impresionante” (P 4, 11)

Y esta misma permite salir adelante de procedimientos complejos como una cirugía riesgosa:

“y él era un hombre muy creyente y si bien era un enfermo que tuvo mal pronóstico de la partida en general, se banco una cirugía que se pudo haber muerto en el post operatorio, logró salir adelante con pura fuerza de fe” (P 11, 7)

La madurez espiritual determina la fortaleza del paciente:

“Por supuesto que si, por eso que te digo en la medida que uno les ayude a madurar espiritualmente eso les da una fortaleza tremenda y eso no tiene ninguna relación ni con la plata, ni incluso con el nivel cultural” (P 9, 4)

La fortaleza permite al paciente no buscar la inmediatez de su mejoría, resultando en una mejor adherencia a los tratamientos y teniendo una mejor calidad de vida:

“Yo creo que un paciente que tiene esperanza, un paciente que tiene una mirada más allá del cortoplacismo que significa un tiempo determinado, un diagnóstico, siempre tiene mejor calidad de vida. O sea, un paciente que tiene una mentalidad positiva, que tú lo notas claramente, de hecho incluso los pacientes quirúrgicos, que tiene una mentalidad positiva, que tiene adherencia al tratamiento, o sea que el tipo se preocupa de que su tratamiento se cumpla de forma adecuada, que camina por este sendero en el cual tiene una red de apoyo buena, es decir tiene una familia preocupada de él, tiene una mejor calidad de vida que un paciente que no tiene esos recursos digamos. Yo creo que eso tiene que ver con la espiritualidad” (P 11, 7)

4.7 Aceptación y sentido

La espiritualidad permite una aceptación de la enfermedad, independiente de la fase de esta y le otorga un sentido a la vida desde la patología:

“Yo creo que sí, tiene una gran implicancia en darle un sentido a lo que le pasa a las personas también ayudarlos a la adaptación de lo que no pueden cambiar.

Muchas veces estas enfermedades y durante su tratamiento y en la etapa terminal, cuando los tratamientos han fracasado, exponen a los pacientes a una cantidad de preguntas sin respuesta y también a una cantidad de reacciones de angustia, rebeldía de desadaptación a la realidad, a lo que tenemos. Creo que la espiritualidad hace que las personas estén preparadas para enfrentar lo que no pueden cambiar y darle un sentido a eso o darle un significado o aceptarlo como algo que no depende de ellos si no que viene de otras dimensiones, de otras voluntades de otros designios que ellos tienen que encontrarlos para encontrar la paz en estos y poder enfrentar la enfermedad en forma tranquila y enfrentar el proceso final, la muerte en forma tranquila” (P 18, 2)

Cuando se encuentra el sentido a través de la espiritualidad, disminuye la afección por la sintomatología, sin que esta desaparezca:

“Pero el bienestar espiritual en sí, es una fuente de apoyo al paciente, o sea, no se relaciona con los síntomas pero es como se vive el síntoma la diferencia, como se vive la enfermedad la diferencia, que hace que haya una aceptación, que hace haya un poder aceptar que esto en algún momento va a tener un sentido a pesar de que no te ayude al síntoma, o sea va a tener los mismos síntomas lo va a pasar pésimo igual, pero si le va a dar un apoyo, le va a ayudar a buscar un sentido a lo que le está pasando” (P 8, 3)

5. Espiritualidad en pacientes

En esta categoría se abordará la percepción que tienen los equipos médicos, acerca de la importancia que tiene para los pacientes la inclusión de la espiritualidad en los tratamientos médicos, en la relación con los profesionales y la forma en que lo expresan.

5.1 Interés por espiritualidad

Algunos profesionales manifiestan que existen pacientes que manifiestan interés por el mundo espiritual, mientras que hay otros que no, pudiendo nunca expresar una inquietud al respecto:

“Hay de, hay de todo, o sea, hay gente que probablemente, hay gente que nunca toca el tema” (P 7, 3)

Otros profesionales plantean que ellos pueden percibir, en el trato con el paciente, que tiene interés espiritual y que necesitan maneras para desarrollarlo:

“cuando quieren acceder a eso tu sientes que ellos quieren de alguna forma ahondar y explayarse y un poco nutrir su espiritualidad” (P 10, 4)

En este percibir al paciente, los profesionales se han percatado que la aceptación de vida y enfermedad por parte del paciente los conecta con la espiritualidad, independiente de la creencia:

“apareció este factor como medio holístico, medio extraño, como mágico, que es Dios que no es Dios y que en el fondo los mismos pacientes te van llevando a entender que hay algo más en las personas que conocer que entender, quizás es esta espiritualidad este mundo de ellos, de lo que a ellos los conecta y que no puede tener un juicio de valor por nadie, hay gente que de repente tú dices es la vida que vivió y te dicen yo soy plena, en su mundo en su forma de ver la vida, lo que ella disfruto, lo que ella se realizó” (P 20, 3)

También el paciente expresa este interés de mutuo propio, preguntando por terapias alternativas u otras cosas que lo pudiesen ayudar:

“Generalmente es de parte del paciente el que te pregunta y te hace la consulta” (P 1, 9)

Otra manera de expresar la inquietud, es entre los mismos pacientes, en instancias grupales que la institución pueda ofrecerles, como charlas o espacios de encuentros entre ellos:

“Cómo entre ellos se apoyan, como sale la... tú me preguntabas por el concepto de la fe, cómo sale, la expresión, de lo importante que es tener fe, que es importante el creer, porque yo también creo que el tener fe, no es sólo estar en creer en lo divino, sino que creer en lo que le están haciendo” (P 4, 7)

Las figuras religiosas serían un medio que ocupan los pacientes para canalizar su interés espiritual, buscándolos en su enfermedad como apoyo:

“yo me acuerdo que en el hospital había una capilla y los pacientes pedían que vinieran los curitas, las monjitas y venían y eso le daba mucha tranquilidad a algunas personas” (P 3, 5)

Algunos profesionales plantean que los pacientes nunca expresan este interés ligado a creencias religiosas y que éstas pueden ser negativas de abordar, dado que eventualmente existen diferencias entre médico y paciente:

“No, no, no, la gente nunca me habla de Dios ni de creencias, yo creo que no es bueno ponerse a hablar de Dios y de creencias, porque podemos tener distintas ideas y podrían chocar” (P 9, 2)

Si bien existiría inquietud en casi todos los pacientes, éste no siempre tiene espacio para expresarse dada la urgencia del tratamiento y la falta de tiempo en las consultas médicas:

“yo creo que lo tienen ah, lo que pasa es que muchas veces por toda esta vorágine que está viviendo, no habitualmente eee, el eee, no lo muestra o no lo preguntan, no lo consultan y lamentablemente hay ciertas cosas que, que van en desmedro de una buena relación médico paciente” (P 13, 4)

Otros profesionales no están seguros si existe la inquietud, pero de existir, no es expresada a ellos, pues atribuyen que el paciente sabe que tiene una enfermedad meramente física:

“la gente, si, si, si está más preocupada de la parte espiritual o no, no me lo expresa o no lo plantea, ellos a lo que vienen, en el fondo saben que, que tienen una enfermedad” (P 3, 4)

Algunos ven interés, sin embargo con ellos se expresa más la inquietud en el ámbito médico:

“Cuando están conmigo... muestran más interés por las soluciones prácticas a sus problemas, porque ellos... yo estoy... me ven como una... eee, eee, como un recurso en ese sentido, tienen un tumor y esperan que yo se los saque, no es que les dé consejos, buenos consejos o, o que les hable de su familia” (P 16, 2)

En el momento que se plantean estos temas, se hacen en forma implícita y relacionada con la enfermedad:

“No, no manifiestan entre comillas interés por el mundo espiritual, Eso se manifiesta implícitamente dentro de conversaciones que tienen que ver con temas que a ellos les interesan, más directamente relacionados con la enfermedad” (P 16, 2)

La instancia de enfermedad los acerca más a la búsqueda de la espiritualidad que una persona sana, sin embargo hay gente que cataloga el abordaje de esta dimensión como algo innecesario:

“O sea es más difícil que una persona que está, entre comillas porque nadie está 100% sano, es más difícil que entienda esto, hay algunos que encuentran que es una estupidez, bueno eso es problema de cada uno en realidad” (P 19, 2)

5.2 Formas de vivir la espiritualidad

Existe la percepción de que en algunos pacientes sus creencias influyen de manera negativa, limitando su actuar y yendo en desmedro de su calidad de vida:

“Dios se va a enojar contigo si haces esto y cómo se llama, evitan muchas cosas que son de la vida diaria, que son parte a mi juicio parte de la calidad de vida, o sea, pasarlo bien para mí es parte de la calidad de vida, me entiendes tú” (P 7, 4)

Incluso sus creencias pueden atentar contra su vida:

“yo vi que para ella la parte espiritual llegaba a ser más relevante que lo que yo le tenía que ofrecer y yo estaba profundamente incómodo y molesto, porque yo veía que yo la podía ayudar, la podía salvar y esta señora estaba dispuesta, según ella prefería morir sosteniendo sus creencias a que yo le salvara el pellejo en el fondo” (P 3, 4)

Hay profesionales que consideran que existen diversas formas que el paciente puede vivir su espiritualidad y que así él puede estar mejor, en mayor equilibrio:

“ahora hay mucha gente que quiere estar en equilibrio espiritual en el sentido de conversar, no, de vivir sano, de meditar, de hacer mantras, de hacer relajación,

todo eso que espiritualmente tú te sientes que estas más equilibrado, más relajado, que eres más optimista, que no te haces grandes problemas con cosas que no la merecen” (P 1, 4)

Otros ven esta instancia como un aviso, entregándoles un sentido distinto a su vida y a su vez este proceso puede inquietar al profesional al no tener claridad de cómo orientar al paciente:

“la enfermedad es un aviso, siempre, o sea, es un aviso de qué es importante en mi vida ahora, qué cosas he dejado de hacer, y por último claro, por qué me puede haber venido esto, qué sentido tiene para mí esta enfermedad. Eso es lo que a mí me cuesta, eso es lo que personalmente a mí me muchas veces me preocupa no poder darles una respuesta a los pacientes en ese aspecto, claro, cada cual tiene sus respuestas, pero cómo ayudarlos a que esta experiencia de enfermedad a ellos les sirva para eso” (P 7, 4)

Este re enfoque de vida, no es siempre fácil debido a la valoración que hacen las personas de su historia vital:

“tú te das cuenta que la etapa final está muy asociada a la vida, a los sufrimientos que ha tenido, a las perdidas, a la gente que tiene a su lado, entonces a veces no podemos ayudarlos, a veces no puedes porque es parte de lo que les tocó vivir como dicen algunos, ahora es como tú les dices encuentre sentido a esto cuando tu sientes que toda la vida te ha castigado y ahora más encima esto, es súper difícil pero siempre hay algo que los conecta” (P 20, 5)

También es vivida con incertidumbre:

“Como sea el hecho de enfrentar un proceso así en completa incertidumbre o esperando la nada, es una cosa que produce mucha incertidumbre, enfrentarse a la nada por eso yo creo que por esa razón hace tiempo me convencí que la nada no produce algo y si hay algo no puede terminar en nada, o sea lo que está vivo en nosotros no puede no seguir existiendo, me gustaría ser capaz de poder transmitirle algo así a la gente y poder mitigar un poquito la angustia de ese trance, del trance a la enfermedad grave o del trance a la muerte” (P 7, 6)

La vivencia de la enfermedad desde el temor, conecta con la dimensión espiritual:

“el temor hace que se manifieste, no es cierto, la recuperación de la espiritualidad, de la fe, de Dios, del temor” (P 14, 2)

Puede ser vivida con angustia y dolor, lo que se mitiga con una adecuada acogida de parte del equipo médico:

“porque son vulnerables, hasta que no se dan cuenta que tú lo vas acoger y no lo vas a juzgar, porque la gente de acá está muy angustiada, con mucho dolor, con mucho susto y eso está más en esa área” (P 15, 3)

Otros la viven con mucha paz, lo que ayuda en el proceso de muerte en pacientes terminales:

“Los pacientes que empiezan a estar mejor espiritualmente y adaptados tienen esa paz interior que es el estado que las personas debemos morir” (P 18, 3)

La espiritualidad permite vivir la enfermedad con aceptación:

“cuando he logrado llegar a ese nivel de conversación con ellos genera tranquilidad, genera mucha calma en ellos y menos exigencia, sienten como que nadie les está pasando la cuenta por lo que hicieron, sino que comienzan a aceptar la vida que llevaron, que las cosas que hicieron muchas veces fueron necesarias y comienzan a descubrir las cosas buenas, bonitas que han tenido en la vida y eso los llena, eso les ayuda a salir del dolor de la situación tan terrible que es la muerte próxima o del abandono de tus seres lo que no hiciste y te hace sentir que parece que no estuvo tan mal” (P 20, 3)

La enfermedad se vivencia en forma familiar, no individual:

“No, también a las familias. Hemos hecho terapias a pacientes con su hijo, con su hija, a ambos o van familias completas a hacerse terapia de flor, no es una cosa individual” (P 19, 4)

El vivir de forma auténtica su espiritualidad en su enfermedad, no tiene relación con sus creencias formales, es algo más profundo:

“o personas que se han dicho de mucha fe, han tenido una postura de pánico frente a la muerte y personas que también han tenido fe pero que no han hecho tanta... o sea no se han vinculado formalmente con la actividad religiosa o con el religiosismo, no necesariamente con la actividad religiosa, pueden tener un acercamiento mucho más... mucho menos traumático a la muerte con mucho menos sufrimiento o sea la sensación de que no se acaba todo con la muerte eso no depende de una declaración formal de la religiosidad ni de la fe, depende de cómo la gente la ha vivido a lo largo de su vida [...] uno ve cual ha sido el desarrollo espiritual real de las personas y no cuál ha sido lo que ellos han pensado, han hablado, que pueden ser dos planos paralelos pero muy distantes. Hay que tener cuidado con enredarse en las cosas teóricas porque las cosas teóricas cuando se empiezan a desarrollar mucho a veces se alejan de la realidad y pierden su sentido” (P 16, 4)

Sin importar la creencia particular, existe la vivencia de algo superior que otorga apoyo y permite ver la muerte como un paso:

“Entonces aunque no lo practiquen, saben que existe algo más allá que puede apoyarlos y mucho, muchas personas toman el futuro digamos, la muerte que se acerca como un cambio de etapa” (P 6, 6)

“Ehhhh, cuando sobre todo te dicen o te... cuentan, como yo lo veo, que ellos no se acercan a la iglesia, no se acercan a Dios y que de repente empezaron a acercarse, empezaron a ver esto otro. Porque una enfermedad como esta les lleva a buscar muchas fuentes de ayuda [...] En el deseo de sanar, yo creo que muchos de ellos... no muchos, todos, ninguno quiere morir entonces buscan en la parte interna socorro para no morir” (P 5, 3-4)

Pese a que un paciente tenga presente su espiritualidad y ésta le ayude a enfrentar con mayor tranquilidad el proceso de muerte, la creencia cultural respecto a éste angustia al paciente:

“sí les puede ayudar digamos puede haber cierto cambio de tomarse las cosas con tal vez un poquito menos de angustia, pero son momentos, después la angustia porque como es tan difícil la angustia igual vuelve y el temor de la muerte va a estar igual y tú puedes tener muertes igualmente súper complicadas

a pesar de, porque el temor a la muerte es algo que por mucho que tu creas y tal igual es más fuerte, pero si yo creo que si ayuda a tener de alguna forma una actitud más tranquila” (P 8, 4)

5.3 Entregar un espacio

Se considera que para que los pacientes expresen este interés, es necesario que el profesional le dé un espacio a esta temática, ya que al estar en un trance próximo a la muerte, la necesidad espiritual se activa:

“Pero ellos buscan, o sea si tú le das el pie, ellos si de todas maneras, sobretodo el paciente oncológico, yo creo que cuando más se activa en la gente es cuando se da cuenta que está más cerca de la muerte” (P 10, 4)

El interés por lo espiritual es muy alto y logra expresarse en mayor medida cuando se da este espacio en instancias como las terapias complementarias:

“Sí... y más de lo que uno se imagina, eeee, generalmente las personas cuando, eee, nosotros le ofrecemos la terapia y empezamos a conversar, muchas, muchas tienen interés en el mundo espiritual y se manifiesta en ese momento cuando uno les abre la puerta a hablar de esas cosas” (P 6, 4)

“Pero cuando tú le das el espacio a la persona te das cuenta que sí está eso, la, la necesidad de hablar esos temas, de compartirlos y se sienten muy, las personas se sienten muy agradecidas cuando tú los compartes” (P 12, 2)

5.4 Valoración de la enfermedad

Algunos pacientes ven la enfermedad como un castigo:

“está muy arraigado el concepto de premio y castigo, mucha gente ve la enfermedad como castigo” (P 7, 3)

Otros la perciben como una oportunidad:

“en pensar ponte tú que por algo son las cosas, en pensar que esa situación está ocurriendo en una persona determinada porque esa persona tiene que aprender algo de esa situación y que de alguna manera yo la sé o me llegó a mí porque

también yo tengo que sacar experiencia de esa situación, me va a ayudar a lo mejor en una situación que yo tenga que pasar en el futuro” (P 1, 5)

Que puede cambiar su perspectiva incluso en el tránsito a la muerte:

“a muchos les cambia el enfoque al miedo aterrador que le tienen a la muerte, lo toman como un paso más” (P 4, 6)

Hay algunos pacientes que se conectan con momentos felices de su vida que le permiten vivir su enfermedad, desde una perspectiva distinta, más espiritual:

“la mujer se murió de cáncer por supuesto, pero ella misma hizo unos relatos maravillosos de su mejor época de la vida, de sus hijos y todo, o sea hubo un cambio, porque ella llevaba harto tiempo en este proceso, no es que hay pasado la etapa de la negación, aceptación, ella como que ya las había vivido aceptando su dolor, sino que después empezó a vivir algo distinto, casi etéreo y después se murió feliz, entonces” (P 15, 5)

Existe en gran medida la idea de que esta enfermedad es muy negativa, por lo incierto de su pronóstico:

“Desgraciadamente esta enfermedad yo sé que todavía la gente la ve como una situación muy extrema, nadie quisiera tenerla por lo demás porque es una enfermedad a muchos ratos incierta” (P 4, 10)

Desde esta visión negativa está fuertemente asociada a la muerte y al sufrimiento:

“el cáncer es una enfermedad de por sí que, que te amenaza un poco la vida ¿cierto? La gente asocia el cáncer con, con muerte, con dolor, con sufrimiento, entonces es... para mí, fundamental y me doy el tiempo de conversar esos temas con mis pacientes” (P 12, 2)

Esta valoración de la enfermedad ligada a la muerte es más fuerte cuando no existen creencias previas que puedan dar apoyo:

“cuando uno está metido en una enfermedad, llamémoslo cáncer porque al cáncer siempre se la ha asociado cáncer muerte automáticamente, siempre toda

la vida, la mayoría de los pacientes te dice esto te acerca más cuando tú no has creído en nadie” (P 5, 5)

La valoración que el paciente haga de su enfermedad, sería para algunos profesionales, determinante en el pronóstico de ésta y en las posibilidades de tratamiento:

“le pregunte a ella si creía que se iba a mejorar de su enfermedad y me dijo que no y me contra preguntó por qué le preguntaba eso, porque yo soy el jefe de cirugía de mama y yo decido a quien opero y a quien no opero, ah pero es que yo quiero que usted me opere, dijo ella, ah pero es que yo no opero a la gente que no cree que se va a mejorar, pero eso es lo que me habían dicho a mí y eso es lo que se sabe, está bien le dije yo usted no cree que se va a mejorar y yo prefiero darle tiempo a los enfermos que si se van a mejorar y como no es su caso , ah no pero si usted me explica, mire que así no funciona la cuestión pero voy a darle fe por esta vez, usted me dice ahora que si cree, si usted me lo explica mejor yo creo que sí” (P 2, 8)

5.5 Sentido de la enfermedad

Es necesario e importante para el paciente conocer el porqué de la enfermedad:

“Más que nada se ve la paciente que cuando tú le dices que esto no es porque si, de que tu cuerpo está reclamando” (P 1, 11)

Algunos pacientes que se habían alejado de su espiritualidad con la enfermedad vuelven a desarrollarla, lo que les permite cerrar ciclos y ver las cosas desde otra perspectiva:

“He visto personas que han hecho un camino y que se han reencontrado con sus creencias y que han vuelto... se han volcado de nuevo a ver su ser espiritual y su ser religioso y han encontrado muchas respuesta a cosas inconclusas que tenían y que han hecho un pasaje hacia la muerte muy grato. Incluso que han dicho que realmente la enfermedad ha sido una experiencia fabulosa en ese sentido y que jamás la hubieran vivido si no hubieran estado enfermos ni en esta etapa, que en la vida corriente de las personas sanas no habrían experimentado ese crecimiento, esa paz que han experimentado cuando han entrado en su dimensión espiritual” (P 18, 3)

El re enfoque de la enfermedad permite conexión espiritual vista también como una desaceleración de la vida, que también les permite preocuparse más de ellos:

“el paciente muchas veces, nosotros por lo menos le enseñamos o más que enseñarles es que se den cuenta que quizás esta enfermedad es como una desaceleración de la vida que llevan y re enfocarla desde otro punto de vista... y ahí al tiro aparece una parte de la espiritualidad” (P 6, 4)

“Hay mucha gente también, situación que se repite bastante, gente cuidando a otras y con mucha carga, mucho peso, por ejemplo una mamá muy viejita o una persona inválida que requiere mucho, mucho esfuerzo, que ya están pero al colapso y que ven la enfermedad como una instancia de, de, de logra un pare y como preocuparse de ellos y pensar un poco más en, en su vida, en su propia vida” (P 12, 3)

Este cambio de sentido permite un aprendizaje, estando esto ligado a la existencia de alguna fe:

“Yo creo que la gente que tiene fe en algo se aferra más a la vida y se aferra mas también a ser mejores personas, a quererse, a ser mejores personas en el sentido de entregar cosas buenas a su familia y a su alrededor, a observar mas también, a integrarse con otros grupos, yo creo que en ese sentido les enseña un poco” (P 6, 5)

Este aprendizaje es extensivo a los otros y vivido desde la responsabilidad de la propia vida

“cuando la gente hace sentido que todavía les quedan cosas por hacer, que pasa, que no he dicho, que quiero, hoy que estoy viva que cosas puedo hacer y el decirle oye tu como madre tienes que enseñarle a tus hijos el proceso de la muerte, que no puede ser una tragedia cada vez que alguien se muera, entonces no lo vuelvas una tragedia y tú ves que esas personas hacen como... y llegan acá después con otra actitud como diciendo, ya estoy viva, tomo el control, doy gracias por lo que tengo, hay cosas que no tuve, hay cosas que voy a poder hacer, otras que no, efectivamente te cambia el ver la vida y es necesario, si no lo

tienes, si no puedes conectarte con lo que has vivido, si no te haces responsable por las cosas que has hecho, mal” (P 20, 6-7)

También permite que el profesional se acerque de forma más empática al enfermo:

“entender que era lo que a ella la movía en la vida me hizo entenderla y ayudarla un poco en esta etapa, yo creo que a ella también le hizo eso, porque finalmente los dolores empezaron a cambiar, porque empezó un tema como de armonía” (P 20, 9)

La enfermedad puede desencadenar la búsqueda de sentido, sin embargo en algunos pacientes esto no ocurre, pero en otros se produce una mirada a sí mismos cambiando la mirada de vida que poseen:

“En que los hace muchas veces acercarse a ellos mismos, a conocerse a sí mismos a ver cómo pueden desarrollar todo eso, en algunos se da eso, se ven cambios en otros siguen igual, total ya me mejore, en cambio otros hacen cambios en su vida, palabras textuales de ellos se convierten, en que no sé, yo no me veía a mí mismo, yo no esto, y sin embargo ahora sí” (P 5, 4)

“he visto gente que sale radiante llega absolutamente apagada y llega radiante, porque ven la luz, no en el túnel, sino que ven la luz de frentón , y empiezan a tener un cambio, porque en el fondo las cosas que estaban a su alrededor empiezan a tener un sentido, yo creo que probablemente identifican a las personas que le están haciendo, las están dañando, verifican las potencialidades que tienen, verifican de que pueden sobreponerse, de que pueden dejar o romper sus propias ataduras que les impiden ser ellos, realmente personas felices, como quieran llamarlo.” (P 2, 7)

“Entonces le pregunte lo que había hecho, hable con mi mama hable con mi hijo, ningún problema con ellos, era yo la que tenía el problema y yo no hallaba que hacer, dije voy a instalar aquí en mi barrio una venta de artículos de aseo, me fue formidable, así que se me acabo el problema económico, bueno eso de la mano lo hice todo y después me fui a santa teresita de los andes hice una manda y acá estoy, me mejore” (P 2, 9)

Independiente de si la enfermedad termina en muerte o mejoría, el sentido otorga paz:

“en el fondo es para busquen la paz en ellos mismos, porque la espiritualidad es para que busquen la paz en ellos mismos, no es que se aun milagro que te salve, si hay un miagro salvaje, pero si no porque el cáncer es una enfermedad que te va a llevar a la larga” (P 5, 5)

Este sentido entrega una plenitud, especialmente en las fases terminales de la enfermedad, más allá de lo medicamentoso:

“efectivamente en la fase final de su enfermedad, la misma enfermedad los lleva a conectarse con esto y a veces es doloroso, muchas veces algunos se dan cuenta que el bienestar de ellos no pasa por el remedio que el doctor les dé o por la quimioterapia, sino que pasa por el nivel de plenitud que pueden llegar a alcanzar y darse cuenta que cosas le hacen feliz o los hacen sentir plenos y que no todo se transforma en algo concreto” (P 20, 2)

La búsqueda de sentido puede traer sufrimiento al revisar situaciones de la vida y entrega al paciente una mayor sensibilidad de sí y de los que lo rodean:

“es súper duro ver gente que llega acá muy triste, tú dices esta persona está sufriendo, pero no está sufriendo por la enfermedad, está sufriendo porque esta enfermedad le empezó a hacer sentido de que su vida como ha sido, como se ha conducido, te empiezas a dar cuenta quienes te rodean, quienes son realmente auténticos, yo te digo mis pacientes tienen acá un nivel de sensibilidad increíble, ellos se dan cuenta claramente de cómo es una persona, porque yo creo que se empiezan a conectar con otros tipo de sensores, desde cómo tú los miras, como les hablas, ellos saben si tu realmente te estas preocupando por ellos o no” (P 20, 5)

5.6 Formas de comunicar la espiritualidad

Una forma de comunicar estos intereses es decírselo abiertamente a los profesionales:

“Porque lo dicen, porque lo dicen, porque lo expresan en términos generales” (P 4, 4)

“Por lo que hablan, por lo que dicen, la enfermedad les cambia su manera de ver la vida” (P 19, 2)

Lo dicen también llamando a figuras ligadas a sus creencias religiosas:

“Sí, también lo piden, tienes toda la razón, también lo piden, eee, no sé si está viniendo un cura... antiguamente yo me acuerdo venían unas monjitas del Hospital Salvador, años atrás, te estoy hablando, probablemente 30 años atrás y después venía un sacerdote, también durante una época vi que venían unas señoras” (P 4, 8)

La inquietud que provoca la enfermedad los lleva a plantearles a los profesionales su búsqueda espiritual, a veces relacionada a creencias religiosas, sin embargo no son todos los pacientes:

“Hay algunos que sí, hay algunos que cuando están en la etapa del que no quiero, por qué a mí, por qué yo, entonces ahí te, te comentan, mire sabe qué... yo fui a la iglesia, conversé con un sacerdote, conversé con alguien, entonces ahí empiezan a... pero no son todos ah, algunos no más” (P 5, 4)

La forma de comunicarlo también depende de la forma de ser del enfermo:

“si la persona es expresiva o no, es comunicativa o no, es introspectiva o es extrovertida, entonces... ahora uno se da cuenta, la gente que es espiritual... es capaz de luchar mucho más, ya. Eeeee y... sobre todo la gente que no quiere vivir, es mucho más nefasto... la negatividad o las posibilidades de recuperarse” (P 13, 5)

No siempre sale espontáneamente del paciente, para abordarlo es el profesional quién da la instancia:

“... No es un tema que salga espontáneamente mucho, eee, yo a veces lo pregunto, cuando las veo como muy, muy angustiadas, les pregunto si son católicos, son cristianos y ahí empiezo, empieza la conversación y sí les gusta mucho que se toque el tema, pero yo creo que hay una especie de pudor que hace que pocas veces el paciente abra el tema [...] no es algo que brote del paciente así como algo natural, hay un pudor y una reserva muy grande. Pero

cuando se toca, feliz, en general están muy contentos de poder hablarlo” (P 8, 2-3)

Esta situación, porque los pacientes llegan con una predisposición a no hablar de estas temáticas con el médico:

“yo lo busco, yo lo busco porque mucha gente llega desesperada y en muchos casos los pacientes no expresan necesariamente su temor en esa forma, si no que ya vienen pre dispuestos, pero no lo confiesan abiertamente y yo los llevo a que en el fondo lo hagan” (P 2, 2)

El hablar de Dios en el contexto médico a los pacientes les cuesta:

“pero les cuesta hablar de espiritualidad más allá de que muchos los asocian a Dios, eso mismo les impide un poco abrirse” (P 20, 2)

6. Lugar de la espiritualidad para los equipos médicos

En este apartado se describe la importancia que los equipos médicos de pacientes oncológicos entregan al abordaje de la espiritualidad en el tratamiento.

6.1 Inclusión espiritualidad

Hay profesionales que consideran la inclusión de esta dimensión en los tratamientos médicos no es necesaria, ya que tampoco revierte en su forma de ver la vida algo relevante:

“dentro de lo que la espiritualidad no es parte habitual de mí, de mi enfrentamiento habitual a los problemas, ni a lo que yo les explique o converse a los pacientes, uso muletillas qué sé yo, Dios sabe por qué hace las cosas, cosas así que yo creo que le dan cierta tranquilidad a las personas y, y a mí también, pero en general no soy una persona que, que, que esté... para la cual la parte espiritual sea algo relevante en mí, en mi accionar diario, no soy, tiendo a ser escéptico por formación, pero no es que sea muy crítico de los conceptos de deidad y todo el tema, pero no, no es algo que sea parte habitual de mi accionar ni de mi forma de pensar” (P 3, 2)

Sin embargo ante situaciones límites en lo médico, los profesionales recurren a un ser superior, con fin de encontrar tranquilidad en su proceder:

“si bien cada cierto tiempo, ehh cuando siento que las cosas no andan bien, tiendo a acordarme de, ehh la posibilidad de que haya algo más allá de lo que yo puedo controlar y que, dejar en las manos de Dios, o, o otras entidades la, la evolución de un paciente que yo no entiendo lo que está pasando, cada cierto tiempo uno reza antes de entrar a pabellón cuando uno cree que las cosas no están funcionando o si, sí me he descubierto a mí mismo rezando cuando realmente estoy asustado, creo que las cosas se, se va a morir la persona y que en realidad no he podido controlar lo que está pasando y va más allá de lo que yo puedo hacer” (P 3, 2)

Otros profesionales consideran es importante la inclusión de la espiritualidad en los tratamientos, pero que es necesario derribar creencias culturales y que las instituciones hagan oficiales los grupos que entregan ayuda espiritual:

“Muy cultural, o sea recién estamos logrando que haya apoyo psicológico para los enfermos, que haya apoyo de kinesioterapia para los enfermos, apoyo en la parte social, existen profesionales de asistencia social y bueno eso es lo que vemos que tenemos acceso y todavía con limitaciones. Ahora la dimensión espiritual a través de personas o grupos que se dediquen solamente a eso no son oficiales, son extraoficiales” (P 18, 2-3)

Para algunos incluir la espiritualidad dentro del tratamiento médico, es imprescindible, dado que la enfermedad está ligada a lo emocional y esto a su vez, a lo espiritual:

“absolutamente, porque parto de la base que la enfermedad parte por lo emocional, o sea no me cabe ni una duda de que por ahí va la cosa” (P 2, 5)

Otros no le ven mucho espacio a esta dimensión en su labor:

“los cirujanos en general somos bastante concretos en términos de ver las cosas, entonces en general, probablemente pudiera decirte que yo no le veo mucha cabida en mi cosa laboral diaria a la espiritualidad como un arma terapéutica o como una forma de aproximarse al paciente” (P 11, 5)

También se percibe que en aquellos pacientes que están en fases más avanzadas de la enfermedad sería importante la inclusión de la espiritualidad sobre todo por los beneficios que esto tiene en la calidad de vida:

“podría ser útil, sobre todo en las últimas etapas del proceso, no estoy diciendo cuando se vayan a morir, porque en el fondo el tema de cuidados paliativos o control de síntomas tiene que ver un poco con el tratar de mantener al paciente con la mejor calidad de vida posible y es en ese momento en el cual tienes que actuar, ya cuando el enfermo está perdido no tiene mucho sentido” (P 11, 6)

Además hay una diferencia entre las áreas de tratamiento, ya que en la quirúrgica pareciese tener un rol menor que en otras:

“dentro del área quirúrgica la espiritualidad como que tiene poco rol, o no sé si poco rol, la verdad no sé si tenga poco rol” (P 11, 8)

Otra mirada es que pese a la dificultad que existe en medir o comprobar científicamente la espiritualidad, efectivamente esta ayuda a estar mejor por lo que es necesario incluirla en los tratamientos:

“eso está partiendo recién, en realidad es difícil medir o comprobar científicamente si estando bien el espíritu la persona va a estar 100% mejor, pero sí que influye o sea de todas maneras hay que verlo, hay que estudiarlo, hay que analizarlo, porque si es así es verdad [...] Sí, como complementario sí” (P 19, 2-3)

Existe la visión que la medicina por mucho tiempo dejó relegada la dimensión espiritual y que ocasionalmente era abordada, de acuerdo a los intereses particulares del profesional. Hoy en día la importancia de la espiritualidad ha cobrado mayor relevancia, pero el tiempo de las consultas médicas limita su abordaje:

“yo diría que ahora se está abriendo más, en estos últimos años como que se ha ido abriendo más y, y hay muchos médicos que, que en el fondo están tratando de aportar en este sentido, pero yo te diría que años anteriores, la medicina... no se tomaba en cuenta la espiritualidad, era, un, una disciplina más dentro del conocimiento de las personas y se practicaba como que, eee, era un trabajo más no más, pero en forma aislada quizás algunos médicos eran como más creyentes y como más emmm, cercanos a los pacientes y se tomaban el tiempo de conversar de estas cosas con los pacientes, pero en general aunque tú quieras de repente el tiempo no, no te da el chance como para que el paciente se explye mucho en, en cosas que no tienen que ver con su enfermedad” (P 6, 4)

Otro impedimento para que la espiritualidad sea en mayor medida integrada al ejercicio de estos profesionales, es la falta de evidencia, dada la dificultad que existe para medirla:

“con todos los pacientes oncológicos, con todos. En Europa ya se hace, si aquí lo que cuesta es identificar la escala con que se va a medir, porque es como medir lo psicológico porque el médico necesita evidencia científica y ahí es donde peleamos un poco, porque yo siempre digo subjetivamente como medimos la emoción, como medimos la espiritualidad, en psicología pasa mucho” (P 17, 4)

6.2 Maneras de incluir la espiritualidad

Algunos profesionales consideran que el abordaje de la espiritualidad es importante en el tratamiento de los pacientes, pero no sólo desde la medicina formal, sino que incluyendo terapias no convencionales:

“Desde luego, incluso por ejemplo no solo de espiritualidad incluso por ejemplo clínicas de reiki que son técnicas de relajación en el fondo, no ayudan quizás como una terapia clásica demostrada fehacientemente como una cirugía, una radioterapia, una quimioterapia o un tratamiento antibiótico cuando hay un cuadro infeccioso o una enfermedad que uno sabe que dando un remedio se va a recuperar, pero son todos como... ayudar [...] Yo creo que todo complemento ayuda, sea espiritual, psicológico, psiquiátrico, relajación, conversaciones no más” (P 13, 7-8)

Estas terapias inciden en la calidad de vida del paciente, con el cariño a sí mismo y la conexión con un ser superior:

“tiene un rol muy importante, porque yo pertenezco a este grupo como te digo que estamos encargados de darle el apoyo a los pacientes, emm, para mejorar su calidad de vida y gran parte de ese apoyo tiene mucho que ver con que la persona se quiera a sí misma, tenga, tenga la idea de que existe un ser superior, que la, llámese como se llame, la está apoyando y que tiene que tener esperanza y fe en que las cosas se van a arreglar de alguna manera, entonces eso, eso, ha sido cada vez más importante, porque el número de pacientes que están asistiendo a este tipo de apoyo es cada vez mayor” (P 6, 2)

El lugar de la espiritualidad desde el equipo sería a través del establecer un contacto con las necesidades del paciente más allá de lo médico:

“yo creo que tiene que ver con conectarse un poco con el enfermo o con el paciente, sobre todo con sus necesidades no médicas, o sea la necesidad de consejo personal” (P 11, 4)

Sin embargo la manera de incluirla, no es sólo en la relación con el paciente, sino a través de un abordaje académico ligado a la investigación:

“Bastante tiene... bastante espacio ocupa, uno por la investigación y dos también porque, con algunos pacientes se da una relación en la que se toca el tema, y, y es digamos, ya es parte de la intervención que uno hace” (P 8, 2)

Para algunos la forma en la que se incluye la espiritualidad tiene que ver con el estilo personal de los profesionales, algunos de los que lo enfocan fuertemente desde lo religioso, lo que no es compartido por todos como la mejor manera de incluirla:

“yo creo que eso depende un poco del estilo de cada persona, del estilo de cada persona. Hay algunos doctores que son muy como de, de la cosa religiosa... y eso es absolutamente respetable, o sea, yo lo respeto y jamás lo voy a criticar de por qué hace eso. Eso es absolutamente respetable, pero es como del estilo de cada uno, de cómo enfrentar, cómo llegar al paciente hay distintas formas, no es mi forma, me entiendes, pero lo respeto absolutamente” (P 9, 3)

Aquellos que no consideran sea una buena forma abordar la espiritualidad desde lo religioso, lo ven como hacer un tipo de proselitismo, sesgando al paciente:

“Ehhh no, yo no creo. No, no, yo no creo, pero es que insisto mucho, depende de lo que ustedes entiendan por espiritualidad. Si por espiritualidad ustedes entienden integrar las creencias religiosas yo diría que no, definitivamente no, porque hay personas que tienen distintas creencias, entonces es como... un poco como hacer proselitismo ahí, en ese momento difícil para la persona... yo... no, yo por lo menos trato de alejar al máximo cualquier concepto religioso cuando estoy con un paciente. De ninguna manera significa que yo le voy a decir, oiga Dios no, échelo para afuera, simplemente no, no hablo de eso, porque creo que la persona tiene todo el derecho a creer o no creer, o a creer en lo que se le ocurra, entonces, emmm eso podría ser como un sesgo en el enfrentamiento con la persona” (P 9, 3)

El abordaje debiese hacerse desde áreas institucionalizadas, pero no bajo el concepto de consulta médica, sino a través del mejoramiento de la calidad de vida:

“pero que haya una consulta de cada espiritualidad quizás pueda ser, pero no me lo imagino, pero si incluirlo como calidad de vida, porque ahí cuaja, como lo hace el arte que también pertenece a calidad de vida y que los pacientes que quieran ir a participar en eso van porque a ellos les gusta, hay personas que no están ni ahí con el arte, pero desde ese ámbito de calidad de vida, no como consulta médica” (P 6, 5)

La forma de abordarla es en la relación, no como parte del tratamiento, debe estar formando parte del apoyo al paciente

“Dentro del tratamiento no, dentro de la relación sí, es diferente, yo creo que es parte, es parte de un, de un apoyo al paciente, pero no del tratamiento, porque yo creo que son dos cosas diferentes. Dentro del tratamiento, yo creo que tal vez no, pero sí dentro de lo que uno pueda ofrecer como apoyo, ahí hay una diferencia” (P 8, 3)

Lo espiritual se aborda en forma más implícita aclarando dudas de los pacientes, pero no aludiendo directamente a la dimensión inmaterial:

“En ese sentido sí, a lo mejor ahí incorporo un poco la parte emocional, o un poco la parte espiritual al respecto, respecto a vida futura y cosas por el estilo, pero en general yo tiendo a ser súper concreto con mis pacientes, no frío, pero extremadamente concreto, no dejo mucho espacio a que mis pacientes tengan mucha duda o que tengan mucho espacio para moverse en dudas” (P 11, 3)

7. Concepción de medicina

En este apartado se explorarán las distintas percepciones que tienen los entrevistados acerca de la medicina, el rol de los profesionales de la salud, la valoración de su propio trabajo y la diferenciación que existe entre las distintas unidades de las instituciones oncológicas

7.1 Visión de medicina

Existe la concepción de que la medicina debe estar basada en la evidencia científica:

“en general en esta especialidad, como en casi toda la medicina, tenemos harta información y herramientas que nos permiten tomar decisiones basadas en, en métodos científicos, no, no, no sé si te contesta en algo la pregunta, en el fondo, pero no es parte de mi accionar diario” (P 3, 2)

Y esto es algo mayoritariamente compartido:

“yo te diría que la parte espiritual no es algo que le preocupe de sobre manera, por lo menos a los cirujanos, yo creo que a los quimio terapeutas tampoco, las conversaciones que tenemos, las conversaciones de pasillo, las reuniones, no, no, no es, es tan técnico, que no veo un espacio para que conversemos entre nosotros de la espiritualidad y yo en mi vida personal no es algo que me influye mucho” (P 3, 4)

Que proviene de los preceptos de la ciencia:

“Los médicos, te fijas, es como que dicen pero no dicen, de que aquí hay algo más allá, en el proceso de elaboración o del manejo del paciente hay algo más allá que es inexplicable que es lo espiritual, pero tampoco lo dicen porque no pueden, porque se sienten quizás como negando su estructura y su dogma que es la estructura de la ciencia” (P 17, 7)

Y su manera de explicar las cosas es a través del modelo de causa –efecto:

“es científico, de causa efecto, la causa efecto directa, es en realidad escasa en la cantidad de fenómenos que ocurren en el Universo” (P 2, 3)

La forma de ver el cáncer como algo externo por los pacientes, tiene que ver con esta visión de medicina, sin embargo, en oncología esta mirada es insuficiente:

“qué pasa cuando una persona tiene un tumor y se lo sacamos, la persona dice que alivio, me lo sacaron, me sacaron el mal y eso es cultura de todo el mundo, me sacaron el mal. Pero la gente sabe que eso no basta, la mayor parte sabe que eso no es suficiente, entonces la pregunta es qué es lo que sería suficiente y yo les digo que en realidad el tema pasa porque en el fondo la medicina

convencional, sí sacamos el problema, tenemos resuelto el problema, pero en oncología no es así, nosotros creemos el que... problema es el tumor, no, es el síntoma, cual es el problema es lo que genero el síntoma y que fue eso, bueno es un conjunto de cosas que tienen que ver con su propia vida, que a lo mejor esta lo genético, tal vez lo ambiental, da lo mismo, pero por que estando presente esas mismas condiciones en otros no se produjo la enfermedad [...] tenemos un paciente que se opera de apendicitis aguda, tiene una serie de síntomas, tiene vómitos, le duele la cabeza, tiene fiebre, no ha obrado, etc., muy bien yo hago el diagnóstico, y le saco el apéndice que está inflamado y uno se mejora, pero resulta que hago lo mismo con un enfermo que tiene un tumor de mama, pero resulta que si no le hago nada más lo más probable es que al cabo de dos años lo tenga de nuevo ahí o lo tenga en todas partes del cuerpo, entonces hago más estrategias como para disminuir el asunto y le hago quimioterapia, radioterapia, pero algunos pacientes incluso bajo esas condiciones el tumor reaparece y nadie les pregunta que pasó en su vida, nadie les pregunta qué cosa ocurrió, de pena de miedo, nadie, el tumor apareció no más, falló, eso es todo, nadie se interesa en saber lo qué está pasando” (P 2, 7)

En el ejercicio del trabajo la espiritualidad no tendría cabida y de estar presente queda relegada a un espacio privado:

“yo creo que los médicos, por lo menos los que este equipo de médicos y en general los equipos que trabajan harto y que son muy preocupados de estudiar y de, y de, de tratar de tener la última información, son gente que, en general la visión que tengo yo, es que es poco espiritual, hay poca preocupación de lo espiritual. Probablemente sí la hay, es muy personal, muy privada, no se comenta, porque en el fondo uno se sienta... somos en el fondo gente que se sienta trata de ser lo más científica posible y dentro de eso, la espiritualidad tiene poco, poca cabida o es algo muy privado, entonces nadie anda, anda, expresándolo o explicitándolo [...] y yo creo que tiende a ser una cuestión que se vuelve un poco personal y llega a dar un poco de vergüenza en este gremio el expresar que uno es más espiritual o no” (P 3, 5-8)

Otros profesionales ven el ejercicio de la medicina como un acto de amor y una misión en aliviar el dolor del paciente más allá de lo físico:

“y hay algo en la vocación más profunda del ser médico y es el alivio del dolor, el alivio de los enfermos. Como una experiencia de amor de amor digamos, de gratuidad, de misión de la medicina, todas esas cosas viven en este trabajo del alivio del dolor” (P 18, 1)

En esta visión de medicina, lo espiritual es lo más importante, pese a que se vea por la urgencia del tratamiento:

“este es un aspecto que es difícil de introducir en una disciplina donde debería ser bastante central, pero es difícil de introducir porque los aspectos de lo urgente limita el hacernos cargo de los más importante, lo más esencial, que es la espiritualidad de la persona” (P 18, 3)

Es importante desde esta perspectiva que el paciente vivencie su tratamiento sin una carga negativa:

“vienen de repente a tratamiento como si vinieran al mall, a pasarlo bien” (P 6, 8)

La inclusión de esta dimensión debe ser respetando los tiempos de cada paciente:

“Yo creo que es un trabajo a largo plazo eso, yo creo que podría ser interesante, pero hay que ir de a poco muy de abajo con muchos de los equipos que se han ido integrando de trabajo en salud porque no es fácil abordar con los pacientes o que el paciente se dé así como rapidito, ellos se van dando en el camino, porque hay muchos que no logran asimilar lo que les está pasando, si ponte tú les dices sí partimos desde ya, yo creo es bueno pero hay que hay ir de a poco, lentamente viendo como son” (P 5, 4)

“Hoy día la espiritualidad es tan mencionada, pero el abordaje yo creo que tiene que ir de a poco asusta a la gente, la gente no está acostumbrada a que le pregunten que necesitan, que esperas tú. Algunos sí, algunos están más avanzados, pero son los menos” (P 20, 2)

“tú no puedes obligar a las personas, pero sí que estuviera como ofertado, igual hay gente que no le gusta mucho hablar de los temas que son más bien cerrados, que son más bien reservados y muchas veces como un mecanismo de defensa

prefieren no tocar temas más trascendentes y hay que respetar también eso, pero son la minoría, la gran mayoría si sienten... hay esa necesidad de conversar esos otros temas, así que yo creo que para allá debíamos ir” (P 12, 4)

El trabajo de lo espiritual debe darse tanto en la esfera profesional, como personal:

“para mí es tremendamente importante la espiritualidad que debemos de tener y realzar todas las personas que trabajamos con pacientes y como digo no solamente como profesionales, sino que como personas” (P 17, 2)

Debido a que si no se trabaja en lo personal, no se va a poder abordar adecuadamente al paciente:

“Si tú sientes como persona, no como profesional, que también estás un poco débil de lo espiritual, claramente tampoco vas a saber abordar al paciente. Entonces es un trabajo personal primero, por lo mismo siento que la capacitación es lo importante, identificar, enseñar al personal sanitario que espiritualidad no es religión y desde ahí se puede ir abordando, como para dar un poco luces de que primero la búsqueda es personal, para después poder aplicarla” (P 17, 3)

No sólo es necesario tener conocimientos teóricos de la espiritualidad, hay que incorporarlo como parte de la vivencia cotidiana:

“el que empatiza con esa persona, el que puede, en ese sentido hay que trabajar antes de incorporarlo, el ámbito espiritual en las personas de salud, con su propia espiritualidad, que deje de ser un tema como “no, están locos, de qué me hablas de la espiritualidad”, hay poco conocimiento, o no falta el que dice yo estudié un curso y sé más de espiritualidad, pero tú ves que en el día a día hay cero empatía, cero acercamiento a las personas, cero respeto, entonces esto parte primero con la conexión de las personas, cuando no ven su propia introspección creo que no pueden trabajar la espiritualidad” (P 20, 4)

Para que esta conceptualización de la medicina se pudiese llevar a cabo, es necesario inculcarlo desde la formación académica:

“en pregrado debería enseñarse, porque la espiritualidad es una necesidad, en la definición de cuidados paliativos, habla de que las unidades de cuidados

paliativos se van a dedicar a atender las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente, entonces si yo voy a atender una necesidad, tengo que saber identificarla, cierto y si está dentro ya de este concepto de la definición de cuidados paliativos, lógicamente que yo tengo que saber de qué se trata la espiritualidad y por lo mismo en todos los pacientes tienen que ser atendidas” (P 17, 3)

“Por supuesto, o sea a nivel de formación de pregrado suponte, yo creo que el tema de la espiritualidad depende de la universidad si se maneja, la necesidad espiritual no está en ninguna parte desarrollada, esta como necesidad espiritual, que es, etéreo, es como si existe, pero concretamente, tú lo ves con mis colegas que van llegando es un tema súper ambiguo” (P 20, 4)

De no abordarse desde pregrado, posteriormente en el profesional puede ocurrir un rechazo a mirarse a sí mismo y acceder a esta esfera espiritual:

“te hacían conectarte contigo mismo y hay gente que la rechaza definitivamente, habían médicos en ese curso que empezaron a dejar el curso, porque tu veías que había un cierto grado de no yo no estoy para eso, a mí no me hagan conectarme conmigo, el problema no soy yo, porque es tal el miedo a enfrentarte que a lo mejor no está todo tan bien que se alejan, tu veías que habían actividades que teníamos que hacer y gente que se mantenía al margen, hay mucho miedo, entonces yo creo que los equipos de salud si es importante, pero tiene que haber una formación previa, tú tienes que venir con un concepto de qué están hablando, si no hoy en día los equipos de salud cada uno lleva su propia línea” (P 20, 5)

Es importante ver a la persona como un ser integral y el ser capaz de derivarlo si se detecta un ámbito para el que no se esté preparado para abordar:

“tiene que haber un equipo que de soporte, o sea no todos los equipos tienen ese soporte, entonces tampoco es malo que algunos se enfoquen netamente a lo clínico y deriven cuando sea necesario, quizás si es necesario que vean a la persona un poco más en su integralidad” (P 20, 3)

Y en este sentido, algunos profesionales consideran necesario que se aborde desde lo psicológico, emocional, como parte del tratamiento:

“yo creo que todos los pacientes debieran pasar por la espiritualidad o por la psicología o lo que sea, porque en la medida que uno siente que uno es un paciente integral, que está todo relacionado, uno... para mí todos debieran de pasar, para mí el ideal sería... como piden un hemograma los colegas, también el paciente y se les manda a la nutricionista y qué sé yo y por, por, que se discutiera en talleres y todo eso. Pero no, no ocurre todavía, pero para mí todos debieran pasar, porque cualquier persona que tenga una enfermedad necesita, un, un análisis o un apoyo de este tipo” (P 12, 4)

En la claridad de qué es lo más importante en el cuidado de los pacientes, es que se puede llegar a tener una conexión profunda con ellos, yendo más allá de lo medicamentoso:

“de repente darse cuenta de que el bienestar de los pacientes no pasa por el medicamento, el tratamiento o el médico, si no que pasa por el mismo y por cómo puedes llegar a ella, te das cuenta que hay algo aquí que es mayor, que no es tangible, que simplemente es la persona en sí misma, y que debes tratar de llegar a ella para conectarte, para poder ayudarla porque si no, no lo haces” (P 20, 2)

Si bien es importante la inclusión de la espiritualidad en la medicina, hay que tener en cuenta que no todos los profesionales pueden abordarla, dado limitaciones personales y también del trabajo que desempeñan:

“hay equipos en los cuales quizás si les puedes pedir que esa persona es un todo, que ese respeto tengan, eso es lo que tú les puedes pedir a ellos, con otros puedes trabajarlo más detalladamente, pero que todos los hagamos yo creo que es riesgoso, porque yo te digo toda las especialidades son distintas, la conexión, los tiempos con los pacientes son distintas” (P 20, 7)

7.2 Carencias

La medicina actual suele sólo basarse en las investigaciones, dejando de lado la expertise del profesional, ni la preferencia del enfermo, yendo esto en desmedro de un buen tratamiento:

“Sí, yo creo que sí, ahora yo creo que en el fondo esto está en un tema de que la mayor parte de la medicina y yo creo que sobretodo la actual exige evidencia, tema que yo también discrepo, discrepo porque en el fondo toda la filosofía, la medicina basada en evidencia se establece sobre por lo menos un trípode en que forma las patas uno, comillas la mejor evidencia medica publicada sobre el problema o el tema, dos la experiencia del médico y tres la preferencia o la decisión que tiene el enfermo, en este momento en chile las corrientes son negar la experiencia del médico y negar el deseo la preferencia del enfermo, todo se basa en lo publicado y todo el resto filo y yo no comparto eso, porque en la parte quirúrgica la cirugía es artesanal y no porque se diga que la mastectomía mejora, pucha hay artesanos que le quedan más o menos las cuestiones y no todos los enfermos ofrecen las mejores condiciones para que se haga una artesanía como para ofrecerle un buen resultado, así que es bastante impredecible la cosa” (P 2, 8)

Es visto como una falencia la no inclusión de la espiritualidad dentro de la medicina:

“a la medicina le falta desarrollar eso” (P 7, 2)

A pesar de que se han hecho avances, no existen las condiciones necesarias para abordar la espiritualidad de los pacientes:

“la espiritualidad como dimensión tratada especialmente tenemos limitaciones para hacerlo aunque pensamos que es súper apropiado, no tenemos las personas apropiadas, el tiempo, el espacio... o sea hemos dado muchos pasos en darle herramientas al paciente y a nosotros mismos...pero la parte espiritual creo que todavía está en deuda” (P 18, 2)

Otra de las carencias, es el escaso tiempo que tienen las consultas médicas, lo que dificulta abordar la espiritualidad y escuchar al paciente:

“El solo hecho de ser escuchados, de tu darte el tiempo, bueno de hecho nuestras consultas son de media hora, no tenemos consulta de quince minuto en paliativo, como en general todas las consultas, por qué, claro tú te demoras 10 - 15 minutos en revisar al paciente, pero también hay un momento en que tienes

que preguntarle cómo está, qué está haciendo, qué es de su vida, no sé, lo que se le ocurra en ese momento, pero para ellos es súper importante” (P 10, 7)

“cuando a uno le piden rendimiento... atender tantos pacientes por hora, significa que tantos minutos por paciente, esa parte queda casi no tiene tiempo de abarcarla, pero de repente uno con la experiencia puede darse cuenta que es persona tiene apoyo no tiene apoyo, de repente uno en las primeras consultas [...] no hay tiempo y uno tiene que estar cumpliendo rendimientos, el que no ve tantos pacientes por hora no es buen médico para la institución” (P 13, 1)

Además del poco tiempo que se tiene en las consultas, el tratamiento del cáncer es visto como algo urgente, quedando relegada la espiritualidad a un segundo plano:

“estamos corriendo mucho contra el reloj si yo creo que una cosa es un cáncer tengo que comprobarlo hacer una biopsia, si esa biopsia me comprueba que es un cáncer tengo que operarlo, entonces empieza a manejar mi historia la urgencia del tratamiento del cáncer y voy dejando un poco de lado las otras esferas” (P 14, 3)

“porque lo urgente es el manejo de los síntomas físicos y de las complicaciones y de la enfermedad y todo eso, entonces yo diría que la espiritualidad en nuestro medio es un lujo” (P 18, 4)

Sin embargo, es una de las fundaciones los profesionales encuentran un lugar en el que hay un cierto interés por esta dimensión y se valora como algo positivo:

“Pocaso, pocaso, yo creo que aquí en la Fundación he encontrado un lugar donde por lo menos hay gente que habla de espiritualidad” (P 10, 1)

La falta de espacio produce que sólo algunas personas, motivadas por su propio interés, aborden la espiritualidad de manera aislada:

“yo diría que más son algunas personas que los equipos [...] Me temo que la mayoría no lo incluye” (P 14, 3)

Esta falta de espacio es vista como un impedimento que pone la sociedad y en mayor medida el contexto de salud:

“Entonces la espiritualidad debiera estar más a la vista de todas las personas, pero la sociedad actual le pone muchas dificultades y aquí adentro especialmente [...] atienden de mala forma, apurados, de mal humor que no conversen con los pacientes, que no les expliquen, eso se ha generalizado, por lo tanto yo creo que acá hay una responsabilidad compartida con la sociedad que no se ha preocupado de esa área, que se olvidó de esa área y que cree que no influye” (P 14, 5)

“Creo que es falta de conciencia, falta de darle la importancia, como es como parte del desarrollo de un país en el fondo, es como las artes que tú en la medida que vas teniendo un mayor desarrollo tanto económico como de crecimiento, vas incluyendo cosas que van más allá de lo básico” (P 12, 4)

La distancia que los profesionales tienen de lo espiritual, repercute en un desorden desde el punto de vista ético:

“en todas las instituciones uno ve que hay un cierto desorden desde el punto de vista ético doméstico, la ética del día, la ética del trabajo está a veces un poquito quebrantada y yo creo que eso es porque no hay contraparte no hay estímulo de valores y de visiones espirituales que estimulen a la gente como la estimulan otras cosas, entonces ha quedado rezagado” (P 14, 4)

El desconocimiento de los equipos de pacientes oncológicos acerca de la espiritualidad, produce un cierto temor impidiendo así su abordaje:

“No, no porque sabemos poco de espiritualidad, tenemos un poco de temor, se cree mucho que la espiritualidad es solo religión entonces a veces por no pasar a llevar la persona ni pregunta, entonces yo considero que es una parte bueno ya se sabe en los estudios que se hacen, o sea el equipo sanitario está muy distante de lo que es la necesidad espiritual de que hay que satisfacer y por lo mismo no se toca” (P 17, 3)

Es visto como negativo que necesidades emocionales y espirituales de los pacientes sean abordados sólo desde la farmacología, debido a que se produce un aplanamiento del paciente:

“no hay una especialidad como decir vaya a su guía espiritual, a lo más uno puede decir vaya a psiquiatría, dentro de la psiquiatría hay distintas escuelas, y

dentro de las escuelas hay algunos que son muy... que no tratan... hay escuelas que usan fundamentalmente medicamentos, en el fondo lo apagan, lo sedan demasiado” (P 13, 7)

En medicina se ocupan conceptos como “calidad de vida” que son muy amplios y requieren de un conocimiento extenso del paciente que va más allá del tratamiento convencional:

“es muy fácil hablar de calidad de vida, calidad de vida hoy es un tema, todo es calidad de vida, pero como puedo hablar de calidad de vida si no tengo idea como se mueve esa persona, como está afectada su grupo, como está afectada ella, la calidad de vida es un todo no solamente que yo la cure de esto, que usted pueda caminar mejor o que le duela menos, es como esta su entorno, como está usted ahí” (P 20, 3)

Hay evidencia por parte de los profesionales, que ciertos espacios como las charlas no son adecuadamente aprovechados por los pacientes, teniendo un número bajo de adherentes:

“a pesar de existir todas estas charlas organizadas, súper buenas, hechas con mucha dedicación, no va mucha gente, curiosamente no va mucha gente, a la que más van generalmente son a las de radioterapia, pero a las de apoyo psicológico a veces hay 8 personas, 10 personas, imagínate para todo el volumen de gente que atendemos aquí tener 8 - 10 personas es poquito, debiera estar así repleto de gente interesada en eso sin embargo no va tanta gente” (P 12, 6)

7.3 Necesidades

Para que el abordaje de la espiritualidad se pueda llevar a cabo, es necesario que los profesionales tengan una visión similar acerca de esta temática:

“Y hay que hablar como en la misma frecuencia con el equipo médico igual o sea la idea es que todo se comparta y que todos tengan como un punto de vista similar, quizás no el mismo, pero similar [...] Yo creo que hay que darse instancias de reunión, instancias de sociabilización” (P 1, 5-8)

“Tienes que hacer un acercamiento a la gente de salud en este tema, tiene que formar parte de las necesidades que uno considera en la persona, porque si

llegas a un área donde no se da importancia por más que tu trates de incorporarla... es súper difícil hacerlo en forma individual tiene que haber algo ya más de grupo, mas instaurado” (P 20, 4)

Una de las formas en que se puede realizar lo anterior es mediante charlas y reuniones:

“Yo creo que con charlas, con conversaciones con gente experta que no sea el equipo médico y más que todo que las personas puedan hablar de la espiritualidad ampliamente, que es lo que sienten ellos, porque es algo que no está definido, las personas lo definen desde el punto de vista de la religión, yo soy católica, no soy católica y no es eso, la tienden a meter en la religión” (P 15, 3)

Y motivando a los profesionales a que tengan un acercamiento a esta dimensión:

“Hay que motivar a la gente primero, que conozca, que se meta en el tema y los que creen lo hagan y lo profundicen” (P 19, 3)

“poder tratar de entusiasmar a médicos y enfermeras para quitarles el miedo. Sobre todo yo creo que hay mucho miedo, pucha es que yo no sé qué hacer, qué le voy a decir, en el fondo, para quitarles un poco el miedo y hacerlo un poco más normal” (P 8, 3)

Una necesidad que manifiestan los profesionales para su bienestar, es contar con instancias donde puedan compartir su vivencia con otros pares:

“la mejor manera de manejarlo, era conversándolo entre nosotras, también había interés y se hacía de vez en cuando una reunión y venía un psiquiatra del Hospital Salvador y conversábamos con el psiquiatra y se hacían algunas sesiones y era bueno, porque nos empezamos a dar cuenta que esa emoción terrible, esa sensación de estar como sobre pasada que uno vivía, no era propio mío, sino que afectaba a otros profesionales del equipo de salud y que por otro lado el enfermo tenía muchas necesidades” (P 4, 4)

Además de lo anterior, es necesaria una mirada más transversal entre los equipos médicos a modo de no perder ellos también los espacios de espiritualidad:

“Yo lo veo así por lo menos, entonces para mi es parte del equipo de salud, entonces por eso te digo a mi no me gusta esa imagen piramidal de los hospitales porque la encuentro absurda, que pasa con la imagen piramidal de los hospitales se olvidan de la espiritualidad de todos, del enfermo, miran el peso por el peso porque es lo único que le interesan, no tienen idea de lo que pasa, que necesidades tiene el personal, ni espirituales ni de ningún tipo, si despojan al personal que está trabajando y lo atochan de trabajo de manera absurda, lo despojan de la parte espiritual” (P 4, 9)

La pérdida de estos espacios en el contexto médico produce que el profesional sienta la falta de ésta al enfrentarse a los momentos difíciles de los pacientes o los propios:

“hay que recuperar la espiritualidad, es bueno que ustedes estén trabajando en esta área porque esta área está sumamente deficitaria y por lo tanto uno mismo se pierde la espiritualidad muchas veces y solo la recupera cuando está en trance o de un paciente o de uno mismo” (P 14, 5)

El tiempo es algo necesario para poder escuchar al paciente y verlo de forma integral:

“otra manera de ver es que la persona exponga su problema, y muchas veces aunque uno no tenga una solución dejarlo escuchar se siente mejor, el que cuenta su problema se sienta mejor, pero eso necesita tiempo” (P 13, 7)

Algunos profesionales manifiestan la necesidad de contar con personal capacitado para entregar apoyo espiritual y esto debe ser hecho de forma institucionalizada:

“Yo creo que esa oficialización de la espiritualidad que yo vi allá, me gustaría verla acá, pero habría que crear el espacio para personas que hicieran ese trabajo con nosotros, porque nosotros no podemos hacerlo si no tangencialmente [...] Pero la oficialización de la actividad, las acciones deben estar validadas de alguna manera en las instituciones para que puedan ser ofrecidas y las personas las puedan ir tomando” (P 18, 2)

“yo creo que es importante que se hable, que existe gente cercana a los pacientes no es un plano de alma digamos, en un plano que no esté metido la religión y que si esta la religión apoyarlo, pero sin ningún fanatismo, porque en Chile la mayoría la gente acá es católica de base católica o evangélica,

ahora se está incorporando algunos budistas, etc., yo creo que es importante que la gente se acepte porque eso es una gran ayuda, yo pienso que la parte religiosa también es una gran ayuda porque el paciente está muy solo, y ojala exista gente que pueda conversar con los pacientes que no esté con la carga de nosotros” (P 15, 4)

Respondiendo a esta misma necesidad es que se espera que las instancias que existen para abordar la espiritualidad entreguen resultados a la institución, para que esta de más cabida a esta área:

“ya es un gran avance que las autoridades nos apoyen la existencia de un departamento de calidad de vida, eso es nuevo no debe tener tres años todavía entonces eso ya es un gran avance, entonces en la medida que haya retroalimentación que ellos vayan viendo que a la gente sí le sirve y vayamos como creciendo como institución y hayan los recursos para hacerlo yo creo que debiera hacerse” (P 12, 4)

Pese a los espacios entregados, algunos profesionales consideran que se requieren más instancias desde la institución para la inclusión de la dimensión espiritual:

“pero yo creo que necesitamos más apoyo todavía, que hayan espacios de la institución, más, pero para allá vamos, o sea partimos de cero y ahora tenemos un departamento de calidad de vida con todas estas áreas con psicología, con espiritualidad, con terapias complementarias, con arte terapia y para allá tenemos que ir creciendo o sea ojala incorporar yoga, incorporar musicoterapia, incorporar por ejemplo algún tipo de taller donde se conversen estos temas” (P 12, 6)

7.4 Rol del profesional

Algunos profesionales consideran que su quehacer va más allá de lo convencional y que su rol está ligado a abordar áreas no tangibles de distintas maneras:

“tú buscas no solamente ayudarlos del punto de vista de algo, remedio por aquí, sino buscar a lo mejor otras cosas que pueden ser del punto de vista no tangible cierto, que es transmitirte energía, de alguna forma u otra, que se puede hacer [...] Yo creo que, insisto, nosotros tenemos que salir de la cosa tan técnica, tan

cuadrada del médico, uno tiene que mostrar otra faceta con su paciente” (P 10, 2-5)

Esta perspectiva se relaciona con una inquietud personal por lo que está más allá de lo físico:

“Sentía que los pacientes necesitaban algo más que la expertise técnica el diagnóstico y el tratamiento médico y necesitaban algo más del tratamiento radioterapeuta y quimioterapeuta, y esa parte, por mi concepto de vida, yo podía ayudar en ello [...] me di cuenta que no todo se solucionaba con la parte psiquiátrica, no todo se solucionaba con la parte física de tratarle el cáncer y empecé a buscar” (P 15, 1-2)

También es vivido este rol como cercano a los pacientes y que complementándolo con terapias alternativas se logra una profundidad mayor:

“mi rol siempre ha sido o mi acercamiento con los pacientes ha sido como muy bueno y lo único que les he dado siempre es apoyo, mucho apoyo, pero ahora con MOA es distinto, porque les voy a entregar mi apoyo de otra forma. Va a ser más profundo, más concreto, más 100% espiritualidad pienso yo” (P 19, 2)

El ser cercano con el paciente implica un acompañamiento de este y una comprensión de todos los aspectos de su vida y para eso el profesional tiene que haber desarrollado su espiritualidad previamente:

“en mi trabajo, hay que llenar ciertos espacios que no solamente es, se le entregan soluciones materiales a los pacientes, sino que también hay que acompañarlos y, y eso requiere de una comprensión del paciente, de una comprensión de, de sus problemas, de su vida y de sus percepciones sobre aspectos fundamentales como la vida, la muerte, el dolor. Y en eso digamos, uno tiene que tener una postura, tiene que haberla desarrollado y tiene que haberla aplicado con los enfermos y ahí tiene una cabida” (P 16, 1)

La manera de acceder es mediante la escucha y a través de esta tocar los temas que para el enfermo son relevantes:

“O sea básicamente un poco es escuchar a mis pacientes, ver qué más puedo aportar no solamente con remedios, porque son fáciles, técnicos. No tampoco es tan fácil, pero es más técnico, entregarles otra cosa, el escucharlos, el conversar, de conversarles sobre su religión, de su futuro, de que es lo que piensan, es un poco eso” (P 10, 2)

Este perfil de profesional, permite que se forme un vínculo más profundo con el paciente, dando espacio a que éste se manifieste y haya una relación más humana:

“Y yo creo que una de las cosas que más nos ayudan, es que cuando tú le demuestras al paciente que tú no eres así un médico cuadrado, de recetita no más, sino que conversamos y le preguntas más y que piensa, que quiere, cuál es su religión o no tiene religión, o cuál es su credo, el paciente se siente más abierto a querer contarte a decirte cosas y se generan relaciones muy bonitas, porque tu empiezas a conocer al paciente de otra forma, no de solamente a tiene una enfermedad X, tiene tantos años y chao pescao, no, se genera un vínculo distinto y yo creo que para los paliativos esta cuestión es súper importante” (P 10, 3)

Los profesionales también consideran que para este tipo de pacientes en particular es necesario que todos quienes conforman el equipo médico puedan acoger las necesidades espirituales de los enfermos a través de la escucha:

“Yo creo que eso es importante, un poco trabajar, porque el paramédico, la enfermera, hay gente que tu notas que hace un feeling con los pacientes y son más espirituales digámoslo así, ven la vida con otros ojos y enfrentan al paciente de otra forma al que es técnico no más, yo creo que en el paciente oncológico es súper importante el tema de la espiritualidad en el equipo de salud, yo creo que es súper importante y ojala sigan creciendo, porque todos los problemas que se ven con los pacientes aquí son por mala comunicación, por no escucharlos” (P 10, 7)

El escuchar requiere más tiempo invertido en la consulta:

“Obviamente eso significa que tienes que estar dispuesto a entregar más tiempo” (P 1, 7)

La detección de las necesidades a través de una actitud más cálida es algo que se va adquiriendo con los años y esto, de acuerdo a los profesionales, es algo importante de considerar en la relación:

“yo creo que es distinto cuando uno es como un poco más cálido, no sólo lo saludas, sino se preocupa qué sé yo... de preguntarle cómo está, y le mira la cara y se da cuenta si el enfermo está preocupado o no está preocupado, si el enfermo tiene alguna otra necesidad, yo sé que eso uno lo va adquiriendo con los años” (P 4, 3).

Por lo anterior, es necesario que este aspecto se empiece a trabajar desde la formación académica:

“la última sesión del curso, se llamaba, aspectos emocionales del enfermo oncológico” (P 4, 5)

“100% útil, tiene que ser parte de la formación” (P 14, 3)

“son los profesionales los que tienen que tener clara la película antes de, porque son ellos los que van a entregar esto. Tendrían por ejemplo que participar” (P 19, 2)

Una manera de incluir la espiritualidad en la formación es a través de la ética, la filosofía, más que por el lado religioso:

“Si tú en la educación médica, incluyes la filosofía, incluyes la ética, no incluiría tanto religión, porque a lo mejor voy a ahuyentar a varios, pero por la vía de los valores éticos” (P 14, 3)

Y también, ya sea a través de la formación o de un trabajo personal, los profesionales deben tener claridad de qué es para ellos la espiritualidad, para poder identificarla en los pacientes:

“insisto en que uno para poder tratar la espiritualidad, tratar las necesidades espirituales debe saber de qué se trata y debe trabajar por uno primero como persona, debe tratar de identificar que es para uno la espiritualidad y desde ahí

no se nos va a hacer difícil identificarla y hasta trabajar con la espiritualidad del otro paciente sin ser psicólogo” (P 17, 5)

Los valores éticos como la honestidad, que serían beneficiosos para la relación con el paciente, debiesen ser trabajados en el profesional previamente y para eso, la espiritualidad es fundamental:

“ciertos valores que son indispensables para la atención de los pacientes... uno, hay una asimetría y poder de información... uno sabe más que ellos, que el paciente de lo que le está pasando y posiblemente más de lo que le va a pasar y de cuál va a ser su pronóstico y uno tiene que tener... una postura ética que se adquiere de, desde la dimensión, ya, de la espiritualidad yo creo indudablemente para eee, poder tener una relación que sea beneficiosa para el paciente. Por ejemplo, uno tiene que ser honesto, uno tiene que reflexionar sobre la honestidad porque no es tan fácil ser siempre honesto, sobre todo cuando se puede ser deshonesto sin que nadie se dé cuenta y, y beneficiándose uno mismo... y eso es tiene que, si, si uno ve eso desde una perspectiva materialista podría en ese escenario no ser lógico, no ser honesto. Si uno lo ve desde la perspectiva espiritual, digamos en base a principios éticos uno debe ser honesto” (P 16, 2)

A juicio de algunos profesionales es importante considerar que como tratantes no pueden estar ajenos al proceso que está viviendo esa persona, ya que con la enfermedad oncológica la familia también se ve afectada:

“pero como yo creo que uno no puede estar aquí de espectador, debe estar involucrado con lo que está pasando, con el ser humano que está viviendo la enfermedad y de alguna manera de pensar en el enfermo y su familia, porque de alguna manera, no es el enfermo solo, el enfermo no se enferma solo, se enferma él y la familia, entonces son muchos los parámetros que entran en juego” (P 4, 5)

“porque todos están enfermos, la gente no se enferma uno, sino que la familia se enferme toda, además una manera de acompañar al enfermo es entender al enfermo en otra dimensión” (P 15, 4)

Y que este acercamiento más auténtico, conlleva la responsabilidad de tener las herramientas para acoger las distintas necesidades del paciente:

“De todas maneras, eso te lleva a un involucramiento mayor con la persona. Alguien me dijo alguna vez si tu abres una puerta, tienes que ver como ayudas a cerrarla también, entonces no puedes llegar y abrir algo sin tener la capacidad de contener, de apoyar, de acompañar, porque puede ser mucho más complicado y más dañino para la persona” (P 20, 3)

Requiriendo un trabajo constante para poder abordar al paciente de la manera en que más la necesita, como es solo escuchar:

“Yo creo que sí, pero la gente tiene que estar bien formada, o sea comprometida, insisto tu puedes hacer más daño a una persona si no vas a estar comprometida, si tienes miedo a involucrarte [...] insisto, la gente que trabajamos en esto tenemos que estar preparados incluso para guardar silencio cuando hay que guardar silencio, porque hay pacientes que a veces solo con eso, con la compañía están tranquilos” (P 20, 5)

En aquellos profesionales que incursionan en terapias complementarias no es posible separar el ejercicio médico de este otro quehacer, por lo que consideran siempre la espiritualidad en su abordaje:

“me hace ser muy cuidadosa de que no exista una divergencia entre como es mi actuar medico a como es mi actuar en la onda como terapeuta, por lo tanto yo creo que en mi rol como médico siempre me hace ser un médico atípico, porque es la doctora que hace cosas raras, cosas distintas, que es capaz de ir y me preocupo” (P 15, 2)

Otro aspecto del rol es el ser un guía y un pilar para el enfermo en su proceso, para lo que es necesario que el propio profesional tenga seguridad en sí mismo:

“yo creo que eso es lo que tú le entregas, tratas de darle seguridad, para mí el doctor tiene que ser como una especie de un faro, el enfermo está en el agua, siente que se está hundiendo, pero aparece un doctor alguien que es un faro que lo está iluminando y el enfermo se pesca de ahí para no hundirse y eso es lo que

uno puede darle al enfermo cuando uno tiene cierto cimientito para no hundirse también” (P 9, 4)

En el sentido de ser un guía, el rol del profesional sería capacitar al enfermo para que éste afronte las causas de la enfermedad para encontrar su mejoría:

“yo saqué un tumor, pero no saqué la enfermedad, sólo el tumor no más, que se lo saqué entero, de a pedazos, que le saqué la mama entera con... da lo mismo, esa no es la enfermedad, ese es el síntoma. Lo que me interesa sacar, es lo que generó el síntoma, pero yo no lo puedo sacar, por qué, porque yo no lo produje, por lo tanto, lo tiene que hacer el enfermo. Y eso qué implica, que yo tengo que capacitar al enfermo para que se saque la enfermedad” (P 2, 3)

Esta confianza que le transmite el profesional al enfermo, le permite vivir a éste las etapas de su enfermedad de manera más tranquila:

“uno tiene que tratar de entregarle al enfermo esa como confianza, esa tranquilidad y que le sirve al enfermo, aunque vaya a morir igual le sirve y que es distinto ver morir a una persona cuando esta como que no tiene ningún norte, esta como en unas arenas movedizas está hundiéndose pero no hay nadie que le dé ningún apoyo, cuando uno le da apoyo aunque este muriendo el enfermo se siente como tranquilo, se siente como que alguien lo está acompañando y eso es requecontra valioso” (P 9, 4)

Por otro lado, algunos profesionales consideran que el rol del médico es más bien técnico, explicitándole al paciente en forma muy detallada el fenómeno biológico que le ocurre:

“descubriendo que lo que está ocurriendo es un fenómeno biológico, físico, muy concreto, que podemos corregir y modificar con drogas, remedios, medicamentos, que tenemos control sobre algunas cosas, sobre otras no, pero uno lo resume en un tema muy biológico, muy de carne, muy carnal, mire aquí está el tumor en la imagen, vea la foto, esto es el pedacito que está malo y esto pasó porque usted fumó y la persona llega a tener una comprensión muy clara de lo que está ocurriendo” (P 3, 4)

Hay ejercicios de la medicina que son extremadamente técnicos y concretos, lo que a juicio de algunos profesionales la espiritualidad por su característica de inmaterial queda excluida:

“Ahora hablar con un cirujano de espiritualidad cuando está operando, eso es hablar de una cosa casi inexistente, porque eso sí que es un acto concreto, o sea tienes un paciente abierto, estás haciendo cosas técnicas que son nada más concreto y ahí sí que hay cero espiritualidad, pura sangre fría” (P 11, 4)

Desde esta perspectiva, existen profesionales que si bien consideran que lo biológico es lo primordial, abordan la espiritualidad a través del qué hacer con su vida:

“Yo pienso que un enfermo alineado con un diagnóstico, con un tratamiento claro y con palabras concretas, se enrola mucho mejor en el camino que tiene que seguir y además necesita al frente a una persona racional que le explique o lo guíe en un camino que de por sí es difícil y pedregoso. Ahora, también recojo sus inquietudes espirituales, si quieres llamarlo así, en términos de qué hacer con su vida” (P 11, 3)

Algunos entrevistados, reconocen sus limitaciones en el actuar, valorando la individualidad de cada paciente, trascendiendo las estadísticas existentes:

“yo no soy Dios para decir cuándo se va a morir, por lo cual yo no hablo de tiempo con los enfermos, en general considero que hablar de tiempo, decir mira, cuantificar, no tú vas a vivir 6 meses o, en el fondo es como decirle en la cara cosas que tú sabes porque lo has leído en un libro o lo has leído en un trabajo científico o en una publicación científica, pero que no necesariamente se correlaciona con el paciente en sí” (P 11, 4)

En este caso sería el rol del profesional llevar al paciente a comprender la evolución de su enfermedad en relación a las causas que la originaron:

“Cuando uno lo plantea de esa forma, se empieza a dar cuenta de que somos muy ignorantes, sabemos muy poco... y como sabemos muy poco, yo me siento incapaz de poder decirle siempre a una persona que van a ocurrir tales o cuales cosas. Y lo llevo a reflexionar desde ese punto de vista a ellos para que en definitiva disminuyan un poco el valor que les han dado a las opiniones previas

que tienen respecto a la evolución de su enfermedad, respecto de las causas que han tenido, etc. Y de esa manera se re planteen el tema de otra forma y empiecen a destruir una serie de mitos que van a influir en el estado de ánimo que lleva tener la información con la que han llegado, les han dicho usted tiene esto, y por lo tanto se va a morir de esto y qué sé yo, se va a morir en tanto tiempo; situaciones que son muy difíciles de predecir” (P 2, 3)

La figura del profesional es relevante al momento de que el paciente encuentre sentido a la enfermedad y pueda generar cambios que sean beneficiosos para él:

“se dan cuenta que aunque no puedan repetir el discurso que yo les di, si saben que a través de ciertas conductas y disminuyendo el tema del estrés no negándolo, sino que efectivamente yendo a las causas, se pueda revertir, no sacan nada digo yo, con ir a acostarse con el problema, si es el problema el que le está generando todo, resuelva el problema y va a poder dormir. El dormir bajo hipnóticos es sólo anestesia, el problema sigue ahí.” (P 2, 7)

Este reconocimiento del límite de su acción, no va en desmedro del acompañamiento que pueden brindar a los pacientes:

“frente a lo que ya está como podemos hacerlo mejor, si ya esto es malo, si nadie quiere estar aquí, nadie quiere estar enfermo, nadie quiere saber que se va a morir de un cáncer, pero como lo enfrentamos y ese es mi rol acá, como te acompaño como te ayudo a que esto sea lo menos terrible de lo que ya es, porque es terrible, es duro, no te lo puedo cambiar, a veces no resolvemos todo y también es parte de la conciencia que uno tiene que tener que la condición humana es especial, si nosotros no somos dioses” (P 20, 9)

Otro aspecto a considerar para el ejercicio del rol es que los profesionales se hacen cargo del sufrimiento de las personas, más allá de su pronóstico:

“porque finalmente a lo que uno esta avocado es a encargarse del sufrimiento de las personas, ya sea que vaya a vivir menos o que vayan a vivir normal” (P 16, 3)

Para esto es necesario que el profesional esté pendiente de los distintos momentos de tratamiento aunque él no esté a cargo de ellos directamente:

“como médico tratante hay que acompañar al enfermo en todas las etapas de su enfermedad, no hay que acompañarlo solamente en la etapa en la que uno está haciendo lo que hace habitualmente, o sea yo no solamente debo operar los enfermos sino que tengo que ocuparme de ellos después de operados, cuando viven las consecuencias de los resultados de la operación y muchas veces del progreso de su enfermedad” (P 16, 5)

Otro aspecto del rol es acompañar al paciente en la toma de sentido de su enfermedad:

“Por lo mismo considero yo que en un paciente, sobretudo una persona que está vulnerable esta área de toma de sentido es la que más debemos y tenemos que estar satisfaciendo dentro de sus necesidades” (P 17, 2)

Existe una visión de que todos los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos son sensibles a sus necesidades espirituales, sin embargo no todos las manifiestan y es necesario llevar esta sensibilidad más al ejercicio del rol en lo cotidiano:

“yo creo que en el fondo todos los colegas que trabajan aquí les importa, lo que pasa es que a lo mejor no tienen el tiempo para dedicarse a ello, pero los que trabajamos aquí y que estamos con los pacientes y vemos su dolor, su sufrimiento, bueno hay mucha gente que se sana y bien, llevando su vida normal y trabajando y todo, uno siempre se va para el lado más pensando en la gente de paliativo, pero hay mucha gente que se sana y anda bien pero igual llegar a esa sanación implicó bastante dolor y sufrimiento y pasar por cirugías y a veces perder órganos, entonces yo creo que ninguno de los que trabaja aquí puede ser muy insensible o sea todos somos sensibles, lo que pasa es que a lo mejor algunos lo manifiestan otros no lo manifiestan, otros se dan tiempo para tratarlo, otros no se dan tiempo, pero si uno escarba un poquito se va a dar cuenta que la mayoría de la gente tiene esa sensibilidad y está consciente que somos más allá que un cuerpo biológico, pero ojala que como fundación esto lo incorporemos como de rutina, como el hemograma” (P 12, 6)

7.5 Valoración del propio trabajo

Hay algunos profesionales que perciben el trabajo en oncología más útil que con otras patologías:

“y después se me hizo bastante claro que me daba una sensación de, de que mi trabajo era muy útil, cuando y trabajaba en oncología versus lo que hago en la consulta privada” (P 3, 1)

Además de lo anterior, el trabajo produce un constante aprendizaje, una tranquilidad al serle útil al paciente, satisfacción por el agradecimiento de este y en ciertos momentos también es angustiante y frustrante:

“de que lo que uno está haciendo es muy relevante, que mucho de lo que yo hago, realmente influye mucho en la persona que estoy tratando, entonces da una sensación muy gratificante, si bien de repente es agotadora o da angustia, da una sensación de, de, no ser capaz o no tener todas las habilidades que me gustaría para hacer mejor las cosas, que eso a veces es frustrante y un poco angustiante, en general yo siento que el trabajo que yo hago, sobre todo acá en la institución, ehh, es muy relevante y eso me da... para mí es algo muy atractivo, en el fondo es una sensación... personal de que... lo que hago es relevante y eso me da una cierta tranquilidad y además de que, se necesita harto trabajo, lo que también es bueno porque uno trabaja y gana plata, pero, pero independiente de eso, hay otras áreas de la urología que a uno le iría mejor o no, pero en esta área en general la gente, toda la gente que entra a la consulta aquí en la fundación, está enferma y queda muy agradecida de lo que uno hace” (P 3, 1)

Se percibe como un desafío y se valora la relación que se da con los pacientes:

“la cirugía oncológica, me gusta porque lo encuentro desafiante manejar un paciente oncológico, en términos técnicos, me gusta el tipo de pacientes además, son pacientes con los cuales uno puede tener una relación mucho más directa” (P 11, 1)

El trabajo que se realiza con los pacientes y la elección del mismo, tiene que ver con características y motivaciones personales:

“cuando tú me preguntaste por qué elegí esa especialidad tiene que ver un poco con la experiencia y el bagaje que fuiste adquiriendo durante la época en que estuviste estudiando. Ahora si eres una persona más tranquila, más un poco pausada o que eres más auto reflexiva o que te gusta ver al paciente, conversar

con el mucho rato, sacarle como la historia clínica, eres internista y tú te vas dando cuenta de eso de chiquitito, segundo tercer año ya te das cuenta, quien va para cada lado” (P 11, 6)

“Y como enfermera yo no quería solamente en mi vida estar entregándoles a los pacientes tratamiento, o sea en base a medicamentos, inyecciones, suero, sino que también escuchándolos y ayudándolos en toda esta parte importante que es el espíritu” (P 19, 1)

Existe la percepción de que el abordaje de la espiritualidad en el ejercicio profesional es invisible para los otros y que es necesario que sea reconocido por los otros:

“a veces siento que mi trabajo es invisible o sea trabajar sobre la espiritualidad claramente es invisible, pero es necesario hacerlo visible para que todos los demás también trabajen hacia allá” (P 17, 7)

Algunos profesionales se ven como instrumento para ayudar a los enfermos:

“me vi más bien como instrumento, diciendo oye parece que tengo dedos para el piano, parece que puedo ser médico, ya estaba recibido pero en ese momento tuve la impresión de sabes que parece que tengo cierto don por decirlo de alguna manera, de sanar o de aliviar, esa fue la primera vez que sentí eso, que sentí puedo y de hecho súper bien, casi no lo creía o sea nunca imagine que tenía esa capacidad” (P 7, 7)

7.6 Diferenciación de unidades

Existe la percepción que dependiendo de la unidad de tratamiento oncológico, se aborda la espiritualidad en mayor o menor medida y que se puede acudir a otra que lo incluya más de ser necesario:

“paliativos acá, al menos, parte del equipo tiene esas inquietudes y lo plantean directamente a los enfermos y cuando yo tengo un problema, en lo personal ah... tengo un problema, que no sé cómo enfrentar un enfermo de ese punto de vista, del punto de vista emocional o cómo ayudarlo, sí, muchas veces he recurrido a la psicóloga de paliativos para que nos, cómo se llama, para que nos oriente” (P 7, 5)

“yo creo que es útil, porque les ayuda... ahora el cómo, eee, yo creo que... cada equipo... aquí yo te vuelvo a decir, las psicólogas en este caso son las que yo creo que manejan mucho mejor esa parte de la espiritualidad, el acompañar, el manejar, el guiarlos tal vez... yo como enfermera podremos hacerlo, pero en una cosa mucho más casuística podría decirte, o sea, sin darte cuenta a lo mejor” (P 5, 3)

Una unidad que se percibe que trata estas temáticas es la de la salud mental:

“Poco, y yo te diría que por lo menos en el área en la que estoy de Urología Oncológica... casi nada, ahora yo sospecho, porque no he estado en esas conversaciones, que desde el punto de vista de la Psiquiatría, los psiquiatras que enfrentan esto” (P 3, 4)

Es valorado por algunos profesionales la inclusión de estos profesionales como apoyo dentro de las unidades:

“Sí, debería haber. Además tenemos que pensar que el servicio igual es el departamento de prevención y si yo estoy creyendo que la salud en acciones preventivas, para no enfermarnos, yo creo que un profesional de todas maneras que debería estar tiene que ser psicólogo” (P 1, 9)

El trabajo con el paciente terminal es vivido como algo muy duro y que, sin embargo, estos pacientes pueden enseñar muchas cosas:

“pero trabajar en paliativo es una cuestión súper dura, súper dura porque ahí tú te enfrentas con pacientes que se van a morir, o sea que están mal y ellos te enseñan muchas cosas” (P 10, 2)

En profesionales de este equipo, la espiritualidad del paciente es vista como algo fundamental en su tratamiento:

“aquí en la unidad de cuidados intensivos, porque los pacientes son a lo mejor estos pacientes que están a largo plazo, cierto que están muy graves, que han salido y se están recuperando, o sea ahí el apoyo que uno les puede dar acompañamiento, cierto y la propia espiritualidad de ese paciente es muy importante para mejorarlo” (P 10, 3)

El equipo de cuidados paliativos es reconocido por profesionales de otros equipos como un grupo en el que se trata mayormente la espiritualidad, por el hecho de trabajar con pacientes terminales:

“en el departamento de cuidados paliativos, porque ellos enfrentan la situación ya más al límite, están con el paciente terminal, están viendo como al grupo familiar, le hacen talleres de cómo enfrentar el duelo, es bien interesante el trabajo de cuidados paliativos, muy bonito. Y por lo tanto ellos se enfrentan a estos temas y es más fácil que ellos hablen entre ellos, entre el equipo médico del tema y hacen reuniones semanales” (P 1, 8)

“de cuidados paliativos, ellos manejan pacientes que sí requieren tener un manejo espiritual distinto” (P 11, 5)

Profesionales que no son parte del equipo de paliativos, ven que debido a lo duro de este trabajo, requieren más apoyo por parte de los demás tratantes, debido a que las necesidades de los pacientes rebasan sus capacidades:

“los que hacen paliativos, al final terminan aburriéndose y tomando las cosas de una manera muy como rutinaria se les acaba el entusiasmo y es porque agota, realmente es como tener un caso de crónica de una muerte anunciada y no saber que resolver porque las demandas del paciente van superando lo que uno puede dar, no es porque no quiera no más. Bueno, la cuestión es que requiere mucho apoyo esa gente y nadie se los da si todas estas cuestiones lo embarcan a uno como Capitán Araya, pero todos los demás se quedan en la playa y uno se queda solito arriba del bote” (P 2, 11)

Desde el equipo de paliativos, se percibe que otras unidades abordan poco la espiritualidad y que el tipo de paciente que ellos tienen les ha llevado a tener una apertura mayor saliendo de los límites de lo meramente físico:

“Yo te diría así como desde los equipos médicos en general no, el paliativo yo te diría que hay una apertura mayor, porque en cierta medida había algo que apareció, que siempre ha estado presente yo creo, pero que nos vino a explicar muchas cosas, a entender a un paciente, a conectarte con él, porque tu decías oye yo tengo la terapia mejor para el manejo de dolor yo con esto le garantizo

que no va a tener dolor, pero que pasa con esta persona que no responde, que pasa con esta persona que no logro verla bien, entonces apareció este factor como medio holístico, medio extraño, como mágico, que es Dios que no es Dios y que en el fondo los mismos pacientes te van llevando a entender que hay algo más en las personas que conocer que entender, quizás es esta espiritualidad este mundo de ellos, de lo que a ellos los conecta y que no puede tener un juicio de valor por nadie, hay gente que de repente tú dices es la vida que vivió y te dicen yo soy plena, en su mundo en su forma de ver la vida, lo que ella disfruto, lo que ella se realizó... Yo creo que en paliativo nos tenemos que abrir a ese nuevo ámbito dentro de las necesidades de un paciente, tu siempre ves las biológicas, las psicológicas, está bien está mal, esta angustiado, pero de repente es un poco el cómo esa persona se siente con su vida“(P 20, 3)

Hay equipos que se caracterizan por un rol más técnico y otros tienen incorporado en su ejercicio la espiritualidad:

“yo diría que los ginecólogos no hay nada conversado formalmente, ellos son más programados, son más cuadraditos, son más esquemáticos y más se dedican al tratamiento médico diría yo o sea a la planificación, a usted le puede pasar esto, esto, estas son las probabilidades, hay que hacer esto. Y por otro lado, viste que yo soy del servicio de ginecología y patología mamaria, y patología mamaria entramos en este otro cuando donde ha habido posibilidades de conversar” (P 1, 6)

Aquellos equipos que trabajan con la espiritualidad tienen una visión del paciente más integral:

“mucho más desarrollado la parte espiritual que la otra, o ver el paciente en forma integral. O sea, como tú ves en mamas se ve el paciente integral porque te estas preocupando de lo que está pensando, que tiene que cambiar de switch” (P 1, 7)

Estas diferencias podrían estar dadas por las instancias que han tenido los grupos a tratar la espiritualidad como algo conversado:

“Entonces yo diría que en la parte en el servicio más que nada de patología mamaria estamos hablando todos el mismo lenguaje y sabemos que lo estamos hablando y lo hemos compartido y lo hemos conversado, pero otra situación es la que se da con ginecología no se ha dado esa situación especial” (P 1, 6)

Además de lo conversado, es más fácil incluir la espiritualidad en un equipo que está naciendo, versus otros que están con una tradición médica ya definida:

“vino a formar patología mamaria era un campo que no estaba muy desarrollado todavía entonces nos empezó a formar al equipo, entonces habían reuniones médicas, habían reuniones de conversación, veíamos juntos a las pacientes. En cambio en ginecología ya era una estructura o ya son cosas que ya han sido de siempre” (P 1, 7)

Algunos profesionales valoran la inclusión de la espiritualidad con los pacientes, pero más en unas unidades que en otras:

“Yo creo que sí desde el punto de vista de pacientes que estén en manejo paliativo más que nada” (P 11, 6)

Dentro de un mismo equipo, el abordaje de la espiritualidad difiere entre los profesionales de acuerdo a la especialidad que posean y el nivel de contacto que tengan con los pacientes:

“Entonces... al médico lo ven una vez a la semana, pero a nosotros nos ven todos los días, entonces se van creando vínculos distintos y ahí tú tienes la posibilidad de, de, de meter los temas o ellos planteártelos a ti, porque existe más contacto en el fondo” (P 6, 4)

Igualmente, es necesario que en cada unidad exista una comunicación constante entre los profesionales para un mejor abordaje de los pacientes:

“los médicos también llegan a conocer al paciente tantas veces en que viene y muchas veces les comentamos también después si tal o cual paciente tiene problemas o si necesita ayuda de psicólogo o que por último le conversen algo al paciente o que vayan a la máquina a verlo o le pregunten alguna cosa específica

para que el paciente de repente se sienta como más apoyado, ya, pero eso es fuera del ámbito de la consulta” (P 6, 4)

Para abordar la espiritualidad dentro de una unidad es necesario que los integrantes de esta tengan este interés y puedan compartirlo:

“La suerte es que nos llevamos súper bien como equipo, muy bien, hay una persona que es muy católica, entonces nos contactamos súper bien porque yo lo soy, hay otro que también es católico y muy practicante del catolicismo antes y tiene una forma de ser la persona muy ordenada de su vida, muy con buenas relaciones, hay otro integrante que es desde lo espiritual no católico, pero sí desde la energía esotérica, pero eso para mí también es válido porque también es creer en algo y crecer, y hay una persona que es como la que nos escucha y que está todavía yo creo en el proceso por su historia de vida de tomar una definición, entonces siento que por eso no sufrimos, nos entendemos y siento que por eso hacemos bien el trabajo, porque ellos a su manera identifican situaciones” (P 17, 7)

Es valorado por algunos profesionales el que todas las unidades pudieran pesquisar las necesidades espirituales de los pacientes, para así hacer más expedito el abordaje por quienes tratan esta dimensión

“En espiritualidad pasa un poco lo mismo, a mí me sirve mucho lo que hicieron los españoles, más que medirla, identificarla mediante estas diez necesidades porque desde ahí da como un plus a todos nosotros los que trabajamos en salud y esa es la tarea yo creo, la tarea es enseñarles a todo el equipo no cierto que existen diez necesidades y desde ahí ellos, quizás dentro del ingreso médico, ingreso de enfermería identificar y tener algún indicio de eso para a mi como psicóloga que yo puedo entrar un poco más al paciente desde lo emocional, espiritual, trabajar más prácticamente” (P 17, 5)

Existe interés de una de las instituciones por crear instancias formales para el abordaje de la espiritualidad, sin embargo esto no ha tenido una participación activa de la mayoría de los profesionales:

“hay un departamento de calidad de vida que se formó hace como 2 años y que tiene dentro de sus, de sus unidades la espiritualidad, pero no se ha desarrollado tanto, se hizo un curso y ahora este año también se iba a hacer otro curso dirigido a profesionales, algunos los han tomado, pero no han sido muchos, habrán sido, no sé de la fundación habrán sido unas 7 personas” (P 12, 3)

8. Relación médico-paciente

En esta categoría se describe el cómo los profesionales creen que debiese ser la relación con los pacientes, la forma en la que efectivamente lo hacen, las necesidades que manifiestan los pacientes en la relación, las necesidades de los profesionales y los aprendizajes que estos últimos tienen por el trabajo con enfermos oncológicos.

8.1 Maneras de relacionarse

Algunos profesionales tratan de relacionarse de forma más técnica con el paciente y esto desencadena reacciones de mayor cercanía, que hubiesen sido esperadas tratando de aproximarse más espiritualmente:

“y trato de ser lo más técnico y te das cuenta que eso produce empatía, produce no sé, reacciones que uno no esperaría de la persona, o no sé, reacciones mayores que hubiera esperado si hubiera querido ser como más espiritual con ella” (P 7, 2)

Existe la percepción de que si no hay interés por los aspectos espirituales del paciente, el trabajo no es bueno:

“Entonces si tú quieres hacer paliativo y no interesarte en el paciente, o sea no ver al paciente desde el punto de vista espiritual yo creo que estas mal, no sirve” (P 10, 3)

Otra manera de relacionarse es considerando al paciente como un sujeto activo, que tiene injerencia en el tratamiento que va a seguir:

“Entonces también las cosas cuando uno las indica también tienen que ser decisiones compartidas, para que el paciente realmente las haga, porque si ellos

también ven que si tú les indicas cosas, les ordenas, pueden no hacer ninguna de las indicaciones que tú das” (P 1, 2)

“yo le puedo orientar, pero usted es el que tiene que decidir, usted es el que tiene que luchar, yo le voy a dar tratamiento y elementos para mejorarse, pero si usted no quiere... no puedo hacer mucho más” (P 13, 4)

Y para esto es necesario, que él sea consciente de su rol dentro de la enfermedad y que el profesional lo acompañe en ese proceso:

“porque yo en realidad les digo ustedes creen que mejoran, yo no creo eso en mí, yo opero, la gente es capaz de mejorarse porque también es capaz de enfermarse” (P 2, 8)

Este rol activo, está mediado por los recursos del paciente y que éste sea capaz de reflexionar acerca de sus conductas y creencias:

“Y yo les digo lo que yo le estoy dando a usted es una meta de vida, usted con sus principios con sus valores con sus recursos con sus prioridades vera como lo consigue, yo no puedo hacer eso, usted sí. Lo otro que yo hago también es reflexionar sobre una serie de patrones de conductas que se expresan a través de los conceptos que cada uno tiene” (P 2, 12)

El tipo de relación y la inclusión de la espiritualidad o no, depende del espacio que le da tanto el paciente como el tratante:

“se acuerda de la espiritualidad cuando el camino se pone difícil y puede ser un lugar de encuentro súper importante con el profesional si es que este profesional también lo concibe” (P 14, 3)

“no es parte de mi accionar, la parte espiritual y tampoco entusiasmo a los pacientes a que la busquen, independiente de que yo sé que hay muchos que no tienen ninguna solución y que podría eventualmente ayudarlos a estar más tranquilos, no nace de mi estimular a la gente a buscar el lado espiritual, buscando una mejor comprensión de su muerte, de lo que vaya a pasar en el fondo [...] pero no es algo que yo haga dentro de mi accionar entusiasmarlos a que busquen un apoyo espiritual dentro del proceso” (P 3, 3-5)

“si es que hay algún doctor que sea más así de la cosa espiritual... y ellos se van a ir espontáneamente para allá si es que para ellos eso es algo trascendente, me entiendes, pero yo nunca les digo mire vaya para allá, porque creo que eso no, no le va a ayudar, entonces no lo mando” (P 9, 3)

Las formas de ser del paciente influyen en el tipo de relación que se establece:

“si la persona es expresiva o no, es comunicativa o no, es introspectiva o es extrovertida, entonces... ahora uno se da cuenta, la gente que es espiritual... es capaz de luchar mucho más” (P 13, 5)

La conversación acerca de cómo está el paciente en sus distintos ámbitos, es otra forma de poner la espiritualidad en la relación:

“muchas veces con algunos pacientes tengo conversaciones al respecto, a lo que ellos están sintiendo frente a la evolución de su enfermedad, a su patología” (P 18, 3)

Esta conversación reporta beneficios para el paciente, como la disminución de la angustia:

“converso mucho con los pacientes, entonces tratas un poco de bajar el nivel de ansiedad, angustia, estrés que ellos tienen, de repente conversando y yo creo que por ahí vas tocando un poquitito esa parte” (P 5, 3)

El modelo bio-psico-social es visto como una buena base para acceder al paciente, yendo en beneficio de una mejor relación:

“basada en el modelo bio-psico-social donde generalmente le pregunto quién es, que hace, donde vive, con quien vive, que profesión u oficio tiene etc... me entero un poco incluso a veces que hace en sus ratos libres, me entero un poco de quien tengo adelante y ahí es cuando el paciente te cuenta quien es, se le sale un poco esa a persona que no está siendo” (P 15, 2)

También se puede fomentar la espiritualidad en la relación a través de cosas simples y acompañar en la búsqueda del significado de la vida:

“Después me di cuenta que había algo que no era... que uno que no es psiquiatra que no es psicólogo que es médico no más, como podía ayudar a la gente con cosas tan simples, buscarle sentido a su vida” (P 15, 5)

El abordaje de la posible muerte con el paciente, implica una relación vivida como espiritual en la comprensión del paciente por el futuro:

“tengo el momento más espiritual con el paciente, si tú lo quieres llamar de ese punto de vista, entender un poco qué es lo que le viene para delante, entender que se va a morir, su relación con la muerte, o sea tiene que ver un poco con eso. Cosa que no es infrecuente en esta consulta, porque hay muchos pacientes que vienen por segundas o terceras opiniones de otros lados que han sido tratados y que ya no tienen vuelta y vienen a pedirte una última esperanza, entonces ahí tú de repente entras en ese terreno” (P 11, 4)

Hay profesionales para los cuales la relación con sus pacientes es muy importante, por lo que se dan más tiempo del que tienen disponible para poder abordarlos de mejor manera:

“explicarles claramente el por qué, por eso en general yo me demoro mucho entre paciente y paciente, porque en general son enfermos que tú no te puedes demorar 20 min, son enfermos que tú les tienes que dar una hora, no menos y yo no tengo conflictos con ese tema” (P 11, 1)

El tipo de relación que se establece en algunas especialidades, requiere a juicio de algunos profesionales una cierta distancia con el fin de entregar seguridad al paciente y no perder la objetividad quedando fuera aspectos más personales:

“yo creo que los cirujanos somos pocos espirituales en sí, todos probablemente en mayor o menor medida, digamos los que cultivamos alguna cosa más allá lo hacemos en nuestro ámbito más íntimo, pero o sea es como difícil establecer una relación con un paciente que tú vas a hacerle un procedimiento complejo, establecer una relación muy espiritual, de hecho es más a veces tiene que ser un poco distante, no tan distante como para que el tipo de endiose o te crea que tú eres el máximo, pero suficientemente distante como para que el tipo se sienta seguro que no está con un amigo, sino que está con su doctor” (P 11, 5)

“soy poco dado a incorporarlo en mi relación médico paciente. En general, como te explicaba, mi relación médico paciente tiene que ver más bien con una situación súper concreta y tangible, clara y precisa y fácil de entender, o tratar de que sea fácil de entender para el paciente” (P 11, 3)

Existe la preocupación por entregarles a los pacientes la fuerza necesaria para llevar sus procesos adelante desde el respeto y el cariño:

“en el trato con los pacientes, en el respeto, en el cariño, en el tratar de entregarles todo lo que uno tiene. Me entiendes, porque en esta especialidad, la idea es, no solamente entregarles una receta, hacerle un tratamiento, sino que entregarles algo que les dé como, como fuerza para enfrentar la enfermedad, para enfrentar los tratamientos que son muy agresivos, entonces es entregarles como una fuerza que les ayude a salir adelante” (P 9, 2)

Para algunos profesionales, es de relevancia dejar las creencias religiosas de lado sin perjuicio del abordaje de lo espiritual, que en pacientes oncológicos se vuelve de gran importancia más que en otros tipos de afecciones:

“por lo menos a mí me llama la atención nadie acá nunca me habla de Dios, ningún paciente, nunca me hablan de Dios, yo creo que eso es bueno, probablemente ellos tienen sus creencias, pero no las meten acá y yo jamás les digo algo, jamás hablamos de Dios, yo creo que es algo sano. Pero por supuesto que la espiritualidad es algo absolutamente trascendente aquí en esta especialidad, ahora no sé si en las otras especialidades como la toman, en las otras especialidades uno ve a un enfermo y lo deja de ver rápidamente porque el enfermo se mejoró una neumonía una tifoidea y se acabó, pero aquí uno conoce al enfermo, lo trata lo ve hasta que o se muere de la enfermedad o lo sigue en control por 20 años, entonces como que va conociendo a la persona mucho más profundamente que en cualquier otra parte” (P 9, 5)

La inclusión de la espiritualidad en la relación, es vista como un privilegio y no como un deber, es algo consensuado:

“si tú me hablas por donde va la espiritualidad, yo te diría la esencia de la persona, el ir más allá y conectarte con ellos, es un privilegio, no es una exigencia

y no es un deber mío que yo deba cumplir es como un acuerdo, es como un permiso que ellos te dan y algunos definitivamente no se abren” (P 20, 5)

8.2 Profundidad en la relación

Para algunos profesionales es importante contactarse con lo espiritual del paciente. Este nivel de contacto mayor es valorado en el tratamiento:

“cuando veo a una persona que viene a buscar ayuda, lo que estoy viendo detrás de esa persona es lo espiritual de esa persona, lo mismo, la gente piensa que estoy tomando el pulso, no estoy tomando el pulso, me estoy conectando con ella [...] lo siento a través de él, es una cosa que no te puedo explicar porque no es técnico, yo creo que a todos los que trabajamos en medicina nos pasa eso, entonces la gente como le llama: es la tincada, pero me he dado cuenta que conectarme con la persona me ayuda mucho en esa tincada” (P 7, 7)

Esta relación profunda está ligada con los aspectos inmateriales:

“creo uno se puede conectar un poco más con la sensibilidad de esa persona, con la, eee cómo te dijera, con algunos aspectos de la persona que probablemente no son los meramente físicos” (P 4, 2)

Y es necesario que el profesional esté atento a las señales del paciente para darse cuenta de sus requerimientos espirituales:

“la gente se expresa, si uno es bien observador, uno puede darse cuenta de por la mirada, por su... por sus gestos mínimos de repente uno sabe” (P 13, 3)

La instancia de vida por la que atraviesa el paciente oncológico, le brinda una autenticidad que permite una relación más profunda y honesta con sus tratantes:

“Mucho más profundo, mucho más real. Porque en cualquier otra parte si uno está en la calle, uno nota que la persona tiene una afectación, pero no son ellos realmente y siempre como que fingen algo mientras que aquí no, llegan totalmente transparentes, absolutamente transparentes, entonces uno puede conocerles como profundamente y además uno va aprendiendo a conocer a las personas a través por ejemplo de los ojos o sea tú te das cuenta de repente como está la persona por dentro, que está sintiendo, si está asustado si está tranquilo

y eso uno lo va conociendo, incluso al tomarles la mano uno se da cuenta” (P 9, 5)

8.3 Beneficios de la espiritualidad

El relacionarse con el paciente incluyendo la espiritualidad favorece el trato con éste, siendo a la vez beneficioso para el tratante:

“Sí, yo creo que si la gente viera un poco más el tema espiritual, sería mejor la relación con los pacientes, yo creo que podríamos tratar mejor a los pacientes, yo creo que para el paciente sería muy beneficioso y para el médico también, porque sabes que es una forma de a lo mejor como de escape para ti mismo, o sea de ir limpiándote un poco de todas las vibras que tú recibes de tus pacientes” (P 10, 4)

La relación de ayuda no es unidireccional, sino que ambas partes se benefician de ésta:

“cuando ayuda a otros también uno se ayuda a uno mismo así que no es en un plano vertical... es un plano bastante horizontal” (P 15, 2)

Existe una percepción positiva de incluir aspectos espirituales a través de la escucha en la relación médico-paciente, no sólo con pacientes oncológicos:

“Yo creo que sí y yo creo que si los médicos se comunicaran más con la parte espiritual, dedicaran un poquito más de tiempo, escucharan un poquito más de tiempo al enfermo sería mucho mejor y no solo al enfermo oncológico sino a todo nivel” (P 4, 2)

El contacto más profundo en los pacientes tendría un efecto de disminuir el miedo, mejorar la relación con el profesional y enfrentar el proceso con otra actitud:

“cuando tú logras un rapport, un contacto mejor con la persona, el paciente tiene más confianza está más alegre te espera con “ay que rico que llegó”, con menos susto con menos ansiedad, se traduce en una actitud física mejor, la gente empieza a arreglarse, empieza a pintarse, entonces yo creo que sí cambia la actitud, tú lo ves en la misma sala, ya no están tan aislados, se salen de este cubículo del susto, las ves hasta sentadas con una actitud distinta” (P 15, 4)

Una relación más espiritual, más cercana, repercute en que el trato del profesional al paciente sea mejor y por su parte éste último se da cuenta de esto, valorando la preocupación de un otro:

“Entonces a veces el trato de las personas que los atienden, la forma como los atienden, como lo reciben, dentro de todo esto malo, de toda esta desgracia de vida, les hace como recuperar, como que a pesar de todo lo malo, me tratan bien, alguien se preocupa” (20, 6)

8.4 Dificultades en la relación

Cuando profesional y paciente no están en sintonía, cuesta llevar adelante la relación de buena forma:

“cuando no se da eso, porque a veces no se da... uno ve que hay un poquito de inquietud e intranquilidad en las personas en las cuales no se da. Te fijas, entonces como que su espíritu se rebela, con esa rebelión no tiene tranquilidad... y nos cuesta más conversar” (P 14, 2)

Otra dificultad es que esta relación está acotada a una instancia de vida específica, dentro de ciertos contextos:

“la espiritualidad en nuestra relación médico paciente, es lamentablemente un poco acotada a una situación de vida específica” (P 14, 3)

El tiempo es otra dificultad en la relación ya que condiciona la inclusión de la espiritualidad:

“cuando veo mal a la persona apelo a ella te fijas tú, pero si no la veo mal no apelo a ella por las razones del tiempo” (P 14, 4)

Y la falta de este, no permite ahondar en aspectos más personales:

“Claro porque en otras cosas no pueden, si tú tienes 10 minutos, en este momento no sale nada espiritual tuyo porque estamos contestando una encuesta, entonces si yo te pregunto quién eres, que haces, que sé yo a lo mejor en un rato más me vas a contar cosas más personales y más allá de una esfera física, que no es la esfera del dolor físico, ni del dolor mental” (P 15, 3)

Una dificultad de poner la espiritualidad en la relación, de parte de los pacientes es lo poco habitual de reflexionar acerca de ellos mismos:

“por ejemplo cuando uno les pregunta que le hace falta como persona, que te hace falta a ti, que te hace falta para estar tranquilo, no están acostumbrados a que uno les pregunte así, no están acostumbrados en que uno los centre en ellos y que quizás lo único que pueden hacer a su alcance es tratar de ordenar ese mundo [...] En algunos la reacción es muy buena, en otros definitivamente no se abren, hay gente que no se abre y tú sabes que no se van a abrir porque es muy doloroso” (P 20, 2-3)

Otra dificultad desde los pacientes, es tener una predisposición al rol convencional del médico dejando fuera otros aspectos que salen de lo físico:

“por lo tanto muchas veces me ha tocado que estoy tratando de darle una perspectiva así a un enfermo para que así le pongamos paños fríos a la situación y, y no ocurre, el paciente dice yo vengo a ver un cirujano, no vengo a ver a un Psicólogo, ni un Psiquiatra [...] vienen predispuestos a no entrar en un análisis de lo que ha significado su propia vida, en el desarrollo aparente de su enfermedad” (P 2, 3)

8.5 Necesidades del paciente

Una de las necesidades importantes de los pacientes sería el comprender el proceso por el que están pasando:

“lo que ellos buscan muchas veces es comprensión, es comprender su proceso porque muchas veces sienten que entran a una máquina y que van de un lado a otro y que hacen millones de cosas y que nadie les explica y que no saben para que están recibiendo esto o pasando por esto y muchas veces vienen solamente a eso, vienen a que alguien trate de ver su proceso como un todo y explicarles y ordenarles un poquito” (P 7, 7)

Una necesidad del paciente es ver un interés por parte del profesional de los diversos aspectos de su vida, lo que permite una apertura:

“cuando tú les hablas y les das el pie, porque el paciente necesita que tú le abras la puerta, sino él no te ve como para que tú seas así... el hablar de su espiritualidad. Porque el paciente va con sus dudas de a lo mejor cuanto le queda de vida, o que tiene un dolor o que tiene náuseas, pero resulta que si tú no le abres la puerta no le dices bueno y como está usted, como se siente, como esta con Dios o cree o no cree en Dios, o no usted se, hace yoga o alguna cosa así, yo creo que él no se abre” (P 10, 4)

Dado que el diagnóstico de cáncer afecta al paciente y todo su entorno, las necesidades de éste van más allá de lo médico y lo espiritual responde a este requerimiento:

“el diagnóstico de cáncer no es traumático para el paciente, es para la familia, para sus hijos, su entorno, todo, o sea tiene un cambio económico, social, o sea tanto es un desastre o sea realmente es como una bomba atómica que le explota al paciente y yo creo que el necesita más que el apoyo que le digan tiene posibilidad de quimioterapia, se le puede hacer radioterapia, podemos manejar su dolor, podemos manejar su sintomatología, yo creo que él necesita un apoyo del punto de vista espiritual” (P 10, 5)

La necesidad espiritual y el soporte que ésta entrega se activa en los pacientes dado lo difícil del proceso:

“Yo creo que igual cuando tú tienes problemas, siento que hay una necesidad humana de creer en algo o de ser más espiritual por lo que pudiera venir, o sea si es por uno o no” (P 1, 6)

“están en otra parada en realidad, necesitan mucha contención y ellos se acercan mucho a Dios, yo creo que por ahí uno tiene que tomarlos, en realidad están como esponja y es fácil meterlos en estos temas porque están como sensibles” (P 19, 2)

Relacionado con lo anterior, surgirían dos tipos de búsqueda de esta necesidad espiritual, una orientada a la sanación y la otra a la aceptación:

“Creo que en el tema de la espiritualidad se enfrentan los pacientes que se encuentran más cerca de morir y que han perdido, muchas veces, la posibilidad de recuperar la salud. Otros también los he visto que han enfrentado la

espiritualidad como una manera de buscar sanación, de buscar ayuda divina para su proceso de sanación. La mayoría lo busca como un proceso de sanación y otro grupo lo busca también como un proceso de adaptación y de enfrentamiento de la muerte” (P 18, 2)

Las necesidades espirituales no se manifiestan en todos los pacientes, existiendo un grupo de ellos que buscan las respuestas y tranquilidad desde lo técnico:

“Es que el paciente cuando llega acá, llega a pedirte una opinión técnica y eso es innegable, no es tan frecuente de que ellos te planteen una espiritualidad o traten de entrar a un terreno espiritual mayor, hay algunos pacientes que sí y hay algunos pacientes que además son un poquito más esotéricos en su forma de ser” (P 11, 4)

Lo complejo del diagnóstico de cáncer hacen que los pacientes tengan una necesidad de esperanza más ligada a los requerimientos espirituales, sin embargo existe la percepción por parte de los profesionales de que la mayoría acude por ayuda técnica:

“En general el paciente viene acá aproblemado, cuando llega a la consulta llega aproblemado, llega complicado por la vida, llega complicado por una enfermedad que es muy mala y que además de eso no tiene posibilidad de tratamiento o le han dicho que no tienen posibilidad de tratamiento y te vienen a pedir una esperanza, yo creo que a lo mejor, si tú lo quieres llamar así como parte de su espiritualidad, cruzar la puerta con esperanza podría ser una forma de verlo, pero en general viene a pedirte una opinión técnica” (P 11, 4)

En este sentido, necesitan que el profesional sea una persona segura y confiable, independiente de su creencia:

“doctor, necesito que usted me opere de un cáncer de pulmón, el tipo necesita sentir que la persona que tiene al frente, es decir yo, es un tipo seguro, confiable que es capaz de resolver el problema que el paciente tiene, a él no le importa si tú eres judío, católico, protestante, si meditas o no meditas, eso para el paciente es irrelevante, él espera tener una persona que le haga una cirugía correcta, en buenas condiciones, sin complicaciones y que lo saque vivo de procedimientos que tienen no se 2, 3, 4, 5% de mortalidad” (P 11, 5)

El trabajo desde lo espiritual responde a la necesidad de estar bien consigo mismo, lo que da el pie para el tratamiento posterior enfocado al cuerpo:

“pacientes quemados que necesitan estar mejor, sentirse mejor con ellos mismos con su cuerpo y tienen el espíritu pebre, entonces hay que partir amononándoles esa parte para después seguir con el cascarón que es el cuerpo, para todos los pacientes es bueno, para los que hacemos terapia también” (P 19, 3)

La necesidad de tranquilidad, puede ser abordada desde las terapias complementarias:

“quería estar tranquila, quería sentirse bien, quería estar en paz y eso lo estaba logrando con las terapias y se hacía precisamente terapias depurativas y había asistido a algunas terapias de flor” (P 19, 5)

“saben que les hace bien, que la necesitan, que se sienten apoyadas, que se sienten queridas, se sienten escuchadas, entonces esas cosas, les gusta y vienen” (P 6, 2)

La satisfacción de la necesidad espiritual, implica una disminución del sufrimiento:

“En el cuidados paliativos es súper importante, en psicooncología paliativa es súper importante, así como el paciente necesita satisfacer sus necesidades biológicas, el dolor, el manejo de nauseas no cierto, la alimentación, el paciente paliativo lo que está viviendo es tanto sufrimiento no cierto, entonces cuando uno trabaja desde la espiritualidad y hacia la espiritualidad del paciente es como que puedes ayudar un poco a disminuir el sufrimiento” (P 17, 2)

La detección de las necesidades espirituales y su posterior resolución, puede ser a través de las creencias religiosas de la persona:

“yo si me dicen que hay que seguir sigo, pero si me dicen que no fantástico, porque mi cuerpo está cansado, ¿solo tu cuerpo? No, me dice, completa, mi cuerpo, mi espíritu, mi emoción y entonces me mira y me dice ¿qué podemos hacer? Porque ella no estaba necesitada de antidepresivo, si algún ansiolítico, inductor de sueño, pero antidepresivo no porque la idea no es cortarle su emoción, porque no está con depresión, entonces de verdad que a mí me llego y se me ocurre y le digo, bueno yo creo que será bueno que empecemos a

compartir las cargas, ¿qué tal si tú le dejas la carga de tu esposo y de tus hijos a Dios y tú solo llevas la carga de enferma en estos momentos, que no es poca? ¿Cómo se puede hacer? Me pregunta y le digo, ¿te gustaría hablar con un sacerdote? Porque yo identifiqué que había un asunto inconcluso ahí por otras historias además que había sabido de ella y la sensación es que no puedo partir porque no puedo dejar inconcluso mi trascendencia que son mis hijos, ya necesidad espiritual” (P 17, 4)

Existe la necesidad por parte de algunos pacientes de contar con el apoyo de figuras religiosas y los profesionales no lo ofrecen espontáneamente:

“Si la gente lo pide, lo desea, está abierta la posibilidad que puedan venir y que cada, que cada uno haga sus, sus ritos o recurra a la persona que necesite, o sea, en ese sentido está abierta la posibilidad, pero no, es más bien cuando el paciente lo pide, no es que se les ande como ofreciendo” (P 12, 3)

También es necesario entender los momentos del paciente y respetar su apertura o reticencia a tratar los temas espirituales:

“o sea tú no puedes obligar a las personas, pero sí que estuviera como ofertado, igual hay gente que no le gusta mucho hablar de los temas que son más bien cerrados, que son más bien reservados y muchas veces como un mecanismo de defensa prefieren no tocar temas más trascendentes y hay que respetar también eso, pero son la minoría, la gran mayoría si sienten... hay esa necesidad de conversar esos otros temas, así que yo creo que para allá debiéramos ir” (P 12, 4)

8.6 Necesidades del profesional

Algunos profesionales consideran el trabajo oncológico de un alto costo emocional y una vivencia de acompañamiento al dolor del paciente, para lo que el trabajo espiritual es para ellos una necesidad que cumple el rol de un factor protector:

“ahora todavía me falta más protección para esto. Por ejemplo, me basta con entrar a la fundación, entrar aquí, cruzar, poner un pie acá y se siente la presión, se siente el dolor, a mí me duele, me duele la cabeza, es tremendo, tiene un costo emocional alto trabajar acá, entonces claro yo no veo es como una forma de oye si la medicina sería más completa y sería más grato para los enfermos y sería

más informativo, mas tranquilizador para ellos si le ordena la parte espiritual, si es cierto, pero al mismo tiempo es para mí, o sea yo estoy viviendo estos procesos de ellos como parte de mi propio proceso de desarrollo espiritual, sin ninguna duda y claro que ayuda, pero falta mucho todavía” (P 7, 8)

“porque tú ves gente que entra al box de atención que tiene sus problemas y sale la persona feliz y tú te sientes pesada, no sé si sacó toda su vibra negativa, se sacó su mochila y te la pasó a ti y está bien, para eso estamos. Entonces y ahí uno se tiene que dar los tiempos de meditar, para que tampoco tú te lleves la mochila para la casa. También hay que hacer un cambio de switch, porque también sí no estarías llorando todo el día” (P 1, 5)

“entonces fue a lo mejor un mecanismo que busqué para aislarme de ciertos problemas” (P 11, 3)

Una necesidad empática que surge es la de poder entender la angustia que vive el paciente de su proceso de muerte:

“y me gustaría vivir esa angustia que se debe sentir, ese sentir” (P 7, 8)

Existe una necesidad de tiempos personales que permitan desarrollar actividades relacionadas con aspectos espirituales:

“el estilo de vida te va quitando tiempos, porque en algún minuto yo iba a hacer, iba a cursos por ahí de relajación, de meditación [...] Y de hecho uno empieza a notarse que estás más cansado, que te duele la cabeza, de que no sé po, que estás durmiendo mal y es porque igual faltan esos espacios, porque cuando uno se da esos espacios, no te pasaban esas cosas” (P 1, 4)

La espiritualidad responde a la necesidad de encontrar sentido en lo que se hace y de dar soporte a las decisiones que se toman:

“además en el diario quehacer, en el diario vivir, entonces uno tiene que, uno necesita tener una cierta tranquilidad una cierta estabilidad, una cierta tranquilidad que le permita decir bueno, esto que estoy haciendo tiene un sentido, esto que estoy haciendo tiene una misión, a ratos yo no entiendo qué estoy haciendo, pero yo sé que tiene que tener una razón de ser, tiene que tener

una misión, por difícil que sea, por difícil que sean las decisiones que uno tiene que tomar, entonces creo que es importante, no creo que el ser humano sea el único ser todo poderoso en la tierra, único y exclusivo y que no haya nada más, más allá” (P 4, 2)

Para algunos profesionales la espiritualidad no forma parte de sus necesidades, requiriendo apoyos desde lo más concreto:

“pero yo llevo harto tiempo trabajando en esto y nunca he sentido que sea algo que nos faltaba, me falta un cirujano vascular para algunas cirugías por ejemplo, pero nunca he echado de menos que haya un curita dando vueltas o una persona cercana, me refiero a algún líder espiritual que pueda orientar a los pacientes” (P 3, 5)

Los profesionales refieren que existe un desgaste producto del peso que pone el paciente en ellos, lo que es disminuido con el instar al paciente a tomar un rol más activo de manera informada:

“Sí, me gusta, aunque debo reconocer que de repente desgasta [...] te transfieren la cosa emocional a ti y la decisión te la transfieren a ti [...] ¿Yo qué he hecho? Ser directo. O sea, ser lo más directo, claro y preciso posible, siempre dándole la información al enfermo a tomar sus propias decisiones, pero con toda la información sobre la mesa. Claro, eso es lo que yo hago, es la forma en la que me defiendo un poco del que doctor por favor ayúdeme, que eso es lo difícil de este tema” (P 11, 1-2)

8.7 Cambios en el profesional

Independiente de cuán profundo sea el vínculo entre profesional y paciente, siempre se establece una relación en la que los primeros aprenden y los segundos reciben ayuda:

“yo sé que de cierta forma siempre se logra una cierta conexión con los enfermos y ellos nos enseñan a nosotros y nosotros los ayudamos a ellos, esa es mi opinión, o sea, siempre he pensado eso” (P 7, 3)

Algunos profesionales aprenden a valorar los problemas de su propia vida al ser conscientes de dificultades para ellos más grandes como lo es tener un cáncer:

“Sí, si el paciente no más no se alivia solo él. Uno cuando hace más cosas, también son remedios pa’ uno y también te sirve para comparar a veces uno se hace problemas con cosas tan chicas y ves que igualmente la persona del frente sí tiene un problema. Los problemas de salud, esos son problemas, los otros problemas económicos, porque te llevas mal con alguien, no son nada si te enfrentas a una situación de salud de ese tipo” (P 1, 2)

“Entonces uno tiene que decir Dios mío que estoy haciendo yo, tengo que saber manejar mejor mi situación” (P 4, 2)

Hay pacientes que marcan dado su nivel de desarrollo espiritual que es independiente a su nivel socio-cultural:

“O sea he tenido tantos enfermos, por eso que te digo lo que resume es un poco eso lo de personas muy pobres culturalmente, con una deprivación sociocultural, personas que incluso les cuesta hablar porque casi no tienen idioma, porque no tienen contacto con los demás casi en los cerros, pero que te transmiten una paz tan grande que te da incluso envidia de esa persona y eso me ha pasado, te dejan como una huella” (P 9, 4)

Y hay otros que se distinguen por lo que son capaces de entregar a los profesionales en sus momentos finales, dada su tranquilidad:

“si me doy cuenta que a veces es más extrínseco que intrínseco la cosa y otras veces si uno se encuentra con gente extraordinaria, esa cosa que destaca y nos comentamos entre nosotros oye el paciente tanto es increíble y vamos todos a verlo porque nos quedamos felices, porque nos entrega, es un paciente que entrega no que te absorbe energía si no que entrega y amor y buena onda pero son casos muy aislados” (P 8, 4)

“uno cuando atiende a alguien uno cree que está dando, pero uno está recibiendo mucho también, uno recibe mucho de la gente y aprende mucho de sus vivencias” (P 12, 6)

Lo entregado por los pacientes es algo inmaterial y que es vivenciado como una riqueza:

“me hicieron un discurso tan hermoso que yo les dije yo realmente de aquí me voy muy rico porque me llevo toda la riqueza que ustedes tienen, esa riqueza que la tienen por dentro y eso no es un ejemplo específico de una persona, sino que es un ejemplo de mucha gente que tiene eso y eso te lo van dejando, a uno le gustaría mucho más poder reflejarlo en los otros enfermos, pero es algo que a uno le hace sentirse un millonario” (P 9, 5)

Algo que marca es la entereza con la que algunos enfrentan el proceso:

“me han dejado los enfermos en general, no alguno en particular, muchos pacientes respecto a la espiritualidad: el valor con el que muchos enfrentan su destino, su enfermedad y su muerte próxima, yo creo que ahí tiene un rol la espiritualidad porque cuando no hay eso uno se puede ocupar razonablemente de las cosas prácticas y no estar pensando en esto, por lo menos uno no es testigo de que el paciente este en esta problemática y a mí me impresionado el valor y la entereza, la templanza con la que muchos pacientes han enfrentado y ha sido realmente un privilegio poder ser testigo de ello” (P 16, 4)

Las experiencias de ciertos pacientes ayudan a los profesionales a enfrentar los problemas desde otra perspectiva:

“yo muchas veces pienso Dios mío que habría hecho ella cuando paso un momento difícil, qué habría hecho la Raquel en este caso y me acuerdo, diosito ayúdame. A ratos uno pasa cosas, como digo acá uno masca piedras aquí en este lugar, por muchas cosas, quizás a ratos por las cosas que ve que son muy impactantes” (P 4, 12)

“las cosas pasan porque tienen que pasar, y yo no sé muy bien es una cosa oriental que va más allá de lo que yo entiendo, que ganas de poder incorporar un poco de esas... porque en general los asiáticos no tienden a ser cristianos, en general tienden a tener sus propias creencias y ella es una persona muy espiritual, siempre habla mucho de sus creencias y de su tranquilidad y en realidad ella se ha beneficiado mucho” (P 3, 6-7)

El enfrentar la muerte de los pacientes hace reflexionar y prepararse para la propia muerte o la de los cercanos:

“Además el enfrentamiento de la muerte, con los enfermos, a través de los años me ha enfrentado a mi propia posibilidad de muerte y me ha hecho considerar este evento como algo más normal en la vida y pienso frecuentemente en el enfrentamiento de mi propia muerte o de la muerte de mis personas cercanas creo que me ha ayudado mucho a tener muchas más sabiduría para enfrentar la finitud de la vida. La experiencia con los enfermos me ha llevado a enfrentarme con esa dimensión en lo personal” (P 18, 1-2)

El estar enfrentados al proceso de muerte, cambia la perspectiva de la propia vida y la forma de vivir:

“el trabajar en cuidados paliativos yo creo que una de las cosas que más me ha hecho sentido es que el trabajar con la muerte te hace aprender a vivir, te hace dar cuenta de cómo debes vivir la vida que en esta etapa tu enfrentas a las personas ya en una etapa en que los logros materiales, incluso los logros profesionales o incluso familiares llega el momento en que están presentes pero la forma en que los enfrentaste, es como tú los viviste que valor les diste son los que tienen la importancia en esta etapa, entonces te das cuenta que a veces hay personas que pueden haber pensado que la vida estaba muy llena de bienes, de personas, cercanos pero al final están solas y sienten una soledad tan grande porque la verdad es que la entrega quizás o el recibir no ha sido lo que ellos esperaban o nunca se dieron cuenta el valor que tenía [...] Veo mucha gente que se va muy triste cuando fallece, mucha gente que muere y muere muy triste de la vida que vivió, entonces yo siento que tengo una oportunidad en esta vida, de ver ciertas señales que te envían para que tú puedas ir corrigiendo las cosas que no van bien a tiempo” (P 20, 1-2)

El proceso de muerte de otros replantea el cómo vivir y es sentido como una opción de quererse y valerse por sí mismo:

“yo creo que como tú vives es como mueres muchas veces y eso es así, por eso que yo ahora digo la muerte me enseña a vivir, yo a través de la muerte de mis pacientes trato de darme cuenta como debes vivir, no es para morir bien, sino como debes vivir que en el fondo tienes una opción de vida, tienes una opción de hacer cosas de cuidarte, de quererte de amarte y no depende de los otros sino de uno mismo, entonces es increíble el sentimiento de culpa que hay cuando se

enfrentan a la muerte o de yo merezco esta enfermedad o de yo no la merezco, hay varias cosas” (P 20, 3)

La tranquilidad de algunos pacientes en la instancia de muerte, lleva a algunos profesionales a la búsqueda de poder colaborar con la fortaleza para que otros enfrenten este proceso:

“he visto a mucha gente morir, pero cuando la gente tiene esa paz, yo me acuerdo cuando estaba empezando, es difícil ver morir una persona, entonces al principio siempre me acuerdo pacientes que me tomaban la mano, doctor quédese tranquilo si yo estoy tranquilo, me entiendes, ellos me tranquilizaban a mí y eso es algo extraordinariamente valioso el que la persona pueda morir en esas condiciones y eso es lo que uno le puede entregar cuando le da esa fuerza. Ahora es un poco vanidoso decir que uno le da la fuerza, pero como que le ayuda” (P 9, 4)

Es valorado el acompañar a los pacientes en el proceso de muerte como una experiencia de autenticidad:

“era un privilegio ser rozado permanentemente por las alas de la muerte y yo creo que así es porque es en el momento en que se transparentan muchas cosas, uno siempre puede dejar las cosas para más adelante hasta cuando sabe que se va a morir, ahí tiene que hacer lo que tiene que hacer, las cosas en el momento porque no hay más tiempo, uno tiene las actitudes que uno siempre ha tenido... o sea que siempre ha llevado por dentro y no las que ha querido representar, ya no tiene mucho sentido hacer representaciones. Así que es un momento privilegiado conocer a las personas” (P 16, 5)

El trabajo con pacientes oncológicos, cambia la mirada ante las cosas:

“te invito una semana al servicio de radioterapia, si quieres ver cosas duras” (P 4, 5)

Existe una mayor sensibilidad producto del trabajo con estos pacientes:

“Y eso hace también que eee, todos nos sensibilicemos un poco más para que yo diría ver, captar o recibir al enfermo de otra manera” (P 4, 6)

Las maneras de abordar la espiritual en pacientes oncológicos, pueden llevarlos a tomar decisiones sobre su vida futura:

“O sea a mí me ha impactado tanto esto que de hecho quiero viajar a Japón y voy a hacerlo de una u otra forma” (P 19, 5)

Hay pacientes que producen una identificación fuerte con el profesional y para éstos es un aprendizaje el poder lidiar y acceder al mundo del paciente:

“yo tenía mucho miedo de conectarme con ella, porque empatizaba mucho con ella en mi historia de vida, con mis hijos éramos mujeres de la misma edad, entonces para mí también era difícil acercarme mucho porque a la larga tú dices que duro me puede pasar a mí o podría ser yo, entonces me di cuenta que tenía que centrarme en ella, en lo que ella estaba sufriendo en lo que estaba dejando, un poco las culpas que sentía de vida, de haber trabajado toda a la vida y que había desatendido, había un remolino en su vida tan terrible que no la dejaba libre, entonces de a poco fue tiempo, fue ir conversando con ella, ir conociéndola, ir compartiendo cosas que nos gustaban, a ella le gustaban las plantas, la decoración, a mí también, nos reíamos y fue de a poco ella liberando y hablando de su vida de lo que ella quería, lo que le gustaba y lo que le hacía feliz” (P 20, 8)

El contacto con los pacientes permite que se den cuenta los profesionales, que muchas veces es más importante disminuir el dolor espiritual, que el dolor físico:

“creo que el proceso que vivimos con ella nos enseñó que esto es más que quitarle el dolor, que la enfermedad, es el sufrimiento, o sea ella si bien aceptaba todo pero estaba sufriendo de una manera que esa era la labor de nosotros, o sea los dolores pasaron y ella entendió eso, o sea entendió que su rol de mamá era... que ese era el sentido que tenía esto, que le gustara o no le había todavía esta enfermedad, que a sus hijos les había tocado la muerte de su mamá, pero que ella tenía todo para enseñarles a seguir adelante” (P 20, 9)

9. Características del paciente oncológico

En esta categoría se describen particularidades que tienen los pacientes oncológicos y conductas que son más frecuentes desde la perspectiva de los profesionales.

A juicio de algunos profesionales, habría una relación importante entre las conductas de los pacientes y el desarrollo de la enfermedad, por lo que interviniendo en esas conductas puede haber una mejoría:

“he llegado de uno u otro modo, a vincular las conductas de mis pacientes con el desarrollo de la enfermedad, y en ese sentido lo he usado precisamente para que ellos puedan tener mayor fortaleza o afirmen sus creencias en la posibilidad de la mejoría” (P 2, 1)

Los tumores se generarían por dos causas, la primera un estilo de vida y la segunda por aspectos emocionales del paciente:

“hay matices y aspectos que son propios de cada tumor, de cada persona que lo desarrolle, pero en el fondo emmm, el, el, cómo se llama, las personas que llegan a desarrollar esto, básicamente eran por dos vertientes, por una parte, están una serie de vivencias, que es la parte psicológica probablemente, que pudieran causar pena, miedo, decepción, desamparo, desilusión, temor, melancolía, etc. pero por otra había un estilo de vida” (P 2, 5)

La paciente con cáncer de mama es vista por algunos profesionales como una persona que posterga sus necesidades en función de satisfacer las de las personas a su alrededor:

“a la gente que le da el cáncer de mama es a la mujer típica que se posterga, la que trata de solucionar o de satisfacer las necesidades de toda la gente, parte del marido, los hijos, los papás, el vecino, el amigo, hasta la última persona y después entran a satisfacer sus propias necesidades” (P 1, 4)

Este cáncer tendría estrecha relación con procesos de estrés que se viven de manera aislada, en soledad:

“Para mí el Cáncer de mama, es el resultado de un proceso estresante, intenso y prolongado, vivido en silencio y soledad” (P 2, 3)

Este proceso estresante es visto como un desorden del universo del paciente, del cual no se conoce su funcionamiento, que se mantiene en el tiempo, en un estado de alerta constante:

“El caos es el orden en el Universo, lo que nosotros no sabemos es como cresta funciona y por eso decimos que es caótico, porque no podemos predecir, pero que funciona, funciona, ya, y eso es para mí lo importante, y para mí el tema está en que el estrés lo que hace es alterar sistemáticamente a través de una respuesta de alerta” (P 2, 6)

Es común en pacientes de cáncer que hayan perdido el contacto con su espiritualidad, lo que produce un nivel grande de angustia:

“la espiritualidad... en este mundo se pierde mucho, entonces estas personas que hacen cánceres, especialmente cáncer de mama, eee, están dentro de ese grupo que se pierde un poco en el tema espiritual... y llegan a verme extremadamente eee, complicadas, angustiadas, eee, con un desconocimiento grave de lo que les pasa y de lo que les puede suceder” (P 14, 2)

Es necesario entender la ocurrencia del cáncer en un contexto donde la biología y las causas ambientales, emocionales y relacionales están interconectadas:

“yo hace tiempo que digo que la gente llora del alma, porque tiene la gente cuando llega con problemas gástricos o problemas de guata, tú has dado pruebas y has estado asustada y no has aprendido todo y te duele la guata y te da diarrea y yo no te he tocado y eso porque hay neurotransmisores y todo, bueno eso tiene a lo mejor un contexto mental, pero también hay un contexto que no podemos explicar a donde se separa toda esta parte entre lo mental y estos sentimientos que inspiran estas cosas, entonces no es solo... ah y algo muy importante yo creo mucho en el modelo bio-pico-social porque tú no puedes separar a una mujer con cáncer del marido hipertenso o con Alzheimer” (P 15, 4)

Aquellas personas más ligadas a lo material, les cuesta más afrontar la enfermedad y la eventual muerte:

“Las personas que tienen más plata son las que más les cuesta morir porque están aferradas a la cosa material no más, el otro que no ha tenido nada tiene mucha más fuerza en el momento de morir” (P 9, 4)

También algunos profesionales consideran que aquellas personas que han sido sujetos de manipulación, debido al estrés sostenido en el tiempo, estarían más propensas a desarrollar la enfermedad:

“yo a mis pacientes les indicaba que debían aprender a poner límites, porque la mayor parte de las veces eran objeto de manipulación de otras personas, ya y la forma digamos era muy rudimentaria, porque yo no conocía cómo manejar el tema de la manipulación, de hecho yo había sido requeje contra manipulado, entonces no lo había podido hacer en mí, pero sí reconocía digamos el malestar y la situación que eso causaba [...] el llegar a conocer la dimensión del estrés, ya, que causa la manipulación, fue probablemente también lo que la graduación en manipulación, lo que causa en las personas, podían estar sometidas a una gran tensión y que básicamente estos episodios que causaban pena, miedo, qué sé yo, podían ser usados como un elemento de refuerzo para ser manipulado o podían ser un elemento que desbordaba su capacidad de control bajo una situación de manipulación, por lo tanto, eee, para mi gusto en este minuto, como una estrategia mucho más concreta, estaba por una parte, ayudar a la gente que estaba bajo la enfermedad a conocer el tema de la manipulación, a aprender cómo resolverla, y por otra parte a aquellos que están dentro de un caso índice, ser el punto de enfoque más directo para poder prevenir en ellos el desarrollo de la enfermedad” (P 2, 5)

La manipulación sería un elemento que viene desde lo social y se reproduce en los individuos:

“Por eso te digo que el ejemplo más contundente para mi fui haberme informado sobre la dinámica de la manipulación, está ahí la respuesta también. Chile goza de ser el país que tiene la mayor manipulación, ahí está el tema, entendiendo que la mayor parte de las personas que manipula puede ser una personas que no se da cuenta que lo hace, pero le resulta y por eso funciona, y otros se dan cuenta que lo hacen y la manipulación social es horrible también” (P 2, 10)

Otra característica de este tipo de pacientes, sería que están preocupados de los otros y sienten que éstos dependen de ellos, por lo que se posponen bastante:

“me contó que tenía una madre que dependía de ella, que se había separado hacía poco, que estaba en malas condiciones económicas y que tenía además un hijo que estaba estudiando la carrera de economía... no, de contador, auditoría en la Universidad de Santiago y que para ella era muy problemático enfrentar la enfermedad porque no iba a tener como trabajar y que esa gente dependía de ella” (P 2, 8)

10. Concepción de ser humano

En esta categoría se da cuenta del concepto de ser humano desde el cual trabajan los profesionales.

Para algunos profesionales, el enfermo es visto como un ente activo con la capacidad de comunicar y preguntar, y que ha perdido su condición de salud, no como paciente, siendo sujeto de la decisión de un otro:

“yo nunca uso la palabra paciente, uso la palabra enfermo, el enfermo es para mí un ser humano que ha perdido su condición de salud, el paciente es el pobre ser que tiene que aguantar y esperar con santa paciencia lo que venga, para mí esa no es la situación, el enfermo es un ser pensante que es capaz de comunicarse con su médico, decirle qué es lo que le duele, cómo se siente frente a un procedimiento, si está incómodo, te fijas es capaz de comunicarse, el paciente no tendría que aguantarse ahí mirando el techo” (P 4, 8)

El ser humano posee un aspecto espiritual que le es inherente, sea consciente o no de su existencia:

“Yo creo que es parte intrínseca del ser humano, porque yo no te puedo sacar tu parte espiritual, sepas de ella o no sepas de ella, tengas consciencia o no” (P 15, 3)

Está la idea del enfermo como un todo y no reducible solamente a los síntomas y al diagnóstico que tiene, valorando su identidad:

“ellos son personas más que un síntoma o una enfermedad y me ha ayudado mucho ese enfoque a poder entenderlo y a empatizar con ellos y a que ellos

también sientan que se les da un trato individualizado y no algo tan generalizado. Trato de buscar en esa persona por qué es como es, entender su vida y ver qué es lo que le pasa” (P 20, 2)

Lo anterior se complementa una visión del enfermo dentro de un contexto social, familiar, laboral y personal se ha visto afectado, preocupándose así de su calidad de vida en general:

“Esa persona siente, esa persona tiene familia, esa persona tiene una posición laboral, esa persona tiene una autonomía, o sea son tantas cosas que esa persona tiene que en el fondo esa es la calidad de vida, la medida en la que todas esas áreas de alguna manera si no están, tuvieron que verse afectada, de qué manera las puedo adaptar, si yo estoy de acuerdo que no va a ser lo mismo, pero adaptemos para que igual sea satisfactorio” (P 20, 10)

La visión es de ser humano integral, donde la espiritualidad es un elemento central:

“El ser humano es integral, o sea, todo está relacionado, el cuerpo , la mente, las emociones, emmm así que... aun volviendo a decir que no sé qué es lo que es, todo lo que no es material podríamos decir, es fundamental, fundamental, cada vez me convenzo más” (P 12, 2)

VI. Discusión

En este apartado se presenta la información más relevante extraída del análisis de las entrevistas realizadas a profesionales que trabajan con pacientes oncológicos y la recopilación teórica anteriormente descrita. Además, se da cuenta de si la información recabada cumple con los objetivos planteados en esta investigación, así como mostrar categorías emergentes que surgieron del análisis de las entrevistas.

En relación al objetivo general de este trabajo, que fue conocer la importancia que otorgan los equipos médicos a la espiritualidad de los pacientes oncológicos en el curso y tratamiento de su enfermedad, se pudo realizar a través del discurso de dichos profesionales que trabajan en dos instituciones oncológicas, mediante entrevistas semi-estructuradas.

En relación al primer objetivo específico, se pudo cumplir, ya que fue posible describir y explicar el concepto de espiritualidad que tienen los equipos médicos de pacientes oncológicos, abarcando distintas conceptualizaciones, que surgen de las creencias personales de los profesionales.

El segundo objetivo de esta investigación, referido a describir y explicar cómo se integra la espiritualidad en el tratamiento de los pacientes oncológicos, por parte de los equipos médicos, se cumplió, a través del conocer las diferentes instancias que existen para la inclusión de la espiritualidad o la falta de éstas.

Respecto al tercer objetivo, que busca explorar la percepción de los equipos médicos, sobre cómo afecta la espiritualidad en la forma en que los pacientes oncológicos afrontan el diagnóstico, fue realizado ahondando en las reacciones que los profesionales pueden observar de sus pacientes en el momento del diagnóstico y qué rol juega la espiritualidad en éste.

El cuarto objetivo específico, que busca explorar la percepción de los equipos médicos, sobre cómo afecta la espiritualidad en el curso y pronóstico de la enfermedad en pacientes oncológicos, fue abordado mediante conocer si la espiritualidad en este proceso tiene relación con la calidad de vida del paciente, si influye en su pronóstico y en la vivencia que los pacientes tienen del tratamiento, según la experiencia de los profesionales.

Por último, el quinto objetivo específico se realizó satisfactoriamente, ya que fue posible explorar la percepción de los equipos médicos sobre la importancia que revierte para los pacientes, la inclusión de la espiritualidad en su tratamiento.

La primera categoría, que se refiere al primer objetivo específico, se denominó espiritualidad, que permitió tener un acercamiento a las concepciones que tienen los profesionales acerca de este concepto.

Una sub categoría que emergió fue la de **búsqueda**, como una característica importante de la espiritualidad, que se destaca por ser una constante a lo largo de la vida de las personas, que no debe ser forzada y que está relacionada con la identidad, los procesos introspectivos y la relación que se establece con el mundo. Esto es coincidente con lo que plantean Núñez, Enríquez e Irrázaval (2011), señalando que lo espiritual es innato al ser humano y le permite reflexionar acerca del sentido de la vida, su identidad y la muerte, lo que le posibilita adaptarse de mejor manera a sucesos negativos. Desde las entrevistas, aparece

como un aspecto importante el que la espiritualidad no es algo que se pueda forzar y tampoco su búsqueda.

También está relacionada con las prácticas religiosas como una manera de acceder a la espiritualidad, pero que no la abarcan completamente. Desde lo teórico, esta búsqueda es independiente de las creencias religiosas particulares y es vista como una oportunidad de crecimiento y motivación (Faller, 2001 en Quiceno, Vinaccia, 2009), coincidiendo con lo planteado por los profesionales respecto a que las creencias son sólo una forma de búsqueda.

Desde los profesionales surgen cuestionamientos referidos a los límites de lo biológico que desencadenan esta búsqueda y es también impulsada por la creencia de que la espiritualidad otorga bienestar. Existe una coincidencia en cuanto a lo expuesto por los teóricos, ya que de acuerdo a Rogers (s/f), el ser humano es inseparable del medio que lo rodea y se encuentra en un constante estado de autorregulación para conseguir un equilibrio interno; además, Carranzana (2003) y Boric (2000) destacan la tendencia intrínseca del ser humano hacia el desarrollo personal, que se manifiesta en la búsqueda de mayores niveles de bienestar, construido en base a la propia experiencia de forma flexible y abierta a modificarse.

Por otro lado para algunos entrevistados esta búsqueda no revierte importancia ni genera inquietudes, por lo que lo espiritual no es importante para ellos. Kobasa y Maddi (1977), señalan que todas las personas tienen como meta primordial la búsqueda del sentido así como la realización de éste, lo que no consigue explicar lo planteado por algunos profesionales.

Otra subcategoría, es la creencia de que **todo es espiritual**, inherente al ser humano, ya que abarcaría todos los ámbitos, acciones, sucesos y relaciones de las personas, es imposible separar la espiritualidad de las demás dimensiones o esferas. Frankl (1998), plantea que lo espiritual es lo que le confiere al hombre la característica de ser humano y es esta dimensión donde transcurre su existencia, lo espiritual es lo que lo diferencia de otros seres vivos, además atraviesa lo social, físico y mental. Por lo que teoría y el material recolectado coinciden.

También los profesionales, en contextos como el médico otorgan poco espacio a la espiritualidad, por lo que ésta se reduce a una vivencia personal. Existe una relación entre lo señalado por los profesionales y la teoría, ya que Wulff (1996, en Rivera-Ledesma, Montero-López Lena, 2007), define la espiritualidad como un proceso funcional dinámico, donde su

desarrollo ocurre inicialmente en la individualidad del sujeto y luego se expresa en el ámbito social.

La tercera característica es que es una **dimensión inmaterial**, que es parte de las personas, independiente del momento vital por el que atraviesen, revirtiendo gran importancia como las áreas física y mental, y es difícil de concretizar dada su intangibilidad. Florenzano (2010), señala que la espiritualidad incluye aspectos universales como “*el propósito y realización en la vida, la de esperanza o de voluntad de vivir y la de la necesidad de creer, tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios*” (p. 225). Hay una coincidencia en la comparación de teoría y material recopilado, respecto a que la espiritualidad está conformada por aspectos inmateriales, que abarcan todas las esferas de la vida.

Algunos la ligan fuertemente con el plano emocional y tendría una alta influencia en la esfera física. En una revisión de Hawks, Hull, Thalman y Richins (1995 en Quiceno, Vinaccia, 2009), encontraron que existe un efecto positivo de la espiritualidad en la salud, como disminución de las afecciones cardíacas y de la mortalidad por cáncer, disminuyendo los estados ansiosos y depresivos, existen otros estudios que van en esta misma línea, sin embargo, Eichelman (2007), en referencia a un estudio realizado en Estados Unidos, en relación a la inclusión de la espiritualidad en la medicina y salud mental, de acuerdo a la experiencia de psiquiatras considera que ésta puede tener un efecto negativo en los pacientes. En este caso las posturas coinciden, yendo la literatura más allá, que lo planteado por los profesionales, respecto a que esta influencia pudiese ser tanto positiva como negativa.

También es vista como un mundo interno, que está unido a las creencias y la fe, es sentida y una forma más concreta de acceder a ella, es a través de las prácticas religiosas. Espíndula *et al.* (2010), señalan que en el espíritu está la capacidad del yo para volverse a sí mismo y que a partir de las experiencias subjetivas y la forma en la que se significan, además de la vida espiritual del individuo que potencia dichas vivencias, concediéndoles sentido. En esta visión, ambas posturas coinciden, sin embargo, los profesionales no le otorgan mayor relevancia a las experiencias subjetivas.

Otra característica que es parte de la espiritualidad es el **sentido**, que tiene relación con las distintas situaciones en la vida de las personas, que en variadas ocasiones, escapan a su comprensión. Frankl (1999 en Rodríguez, 2006), señala que el sentido va más allá de ver la realidad como significativa, sino como cada individuo busca una interpretación que le dé cuenta cuál es la meta que debe llevar a cabo, otorga un propósito y permite el desarrollo de

una coherencia y soporte interno en el individuo. Esta búsqueda de sentido a la que refiere Frankl, da respuesta a las situaciones de vida de los sujetos que escapan a su comprensión, por lo que ambas informaciones se complementan.

Se señala que tendría que ver también con los actos que se han hecho a lo largo de la vida. Reed (1991 en Rodríguez, 2006), plantea que el sentido se va ampliando permitiendo que se forme una perspectiva más abarcadora de la vida, fortaleciéndose la identidad y extendiéndose la idea de sí mismo. En esto, la literatura complementa lo dicho por los profesionales en que dependiendo de sus actos y vivencias, se va desarrollando la espiritualidad.

Es además un motor que insta a ser de una determinada manera, donde la espiritualidad permite encontrar el sentido de las cosas, poder enfrentarlas y vivirlas de mejor manera, además de facilitar el esclarecimiento de la misión de vida. Teóricos y entrevistados coinciden en este punto: Frankl (1988) y Yalom (1984, en Rodríguez, 2006), señalan que la espiritualidad es la fuerza motivadora del hombre, un motor para seguir viviendo, además de un factor protector ante situaciones estresantes.

Junto con lo anterior, la espiritualidad es considerada como una vivencia de sentido personal. Para Frankl (1988), el sentido es individual, cada persona tiene un único e irrepitible para cada uno de los momentos de su vida o ésta en general, pero además señala que existen significados comunes en todas las personas que comparten una misma cultura. Siendo los postulados de este último más amplios y abarcadores que lo dicho por los profesionales, incluyendo este sentido personal.

Si bien el sentido tiene un lugar importante en el relato de los entrevistados, los teóricos desarrollan más este aspecto desde la espiritualidad, otorgándole mayor relevancia y peso a este aspecto del ser humano.

Otra característica es la **trascendencia**, como elemento constitutivo de la espiritualidad. El espíritu no termina con la muerte y la espiritualidad tendría que ver con la búsqueda de lo trascendente. Además rebasa los límites de lo individual, existiendo una espiritualidad colectiva. Frankl (1988), considera que una forma de acceder al sentido, es a través de la autotrascendencia, donde éste puede encontrarse o develarse gracias a acciones que vayan más allá de la persona y que pasen por sobre los determinismos sociales, biológicos

y de personalidad. La trascendencia se complementa en base a lo dicho por los entrevistados y la teoría.

Por otra parte existe una **dificultad para definirla**, más bien se siente y entrega una convicción de que existe algo más allá de lo físico. La dificultad de definirla, estaría en el hecho de que abarca muchas esferas y es poco tratada en lo cotidiano. A pesar de la inquietud que provoca y el estudio que conlleva, es difícil su conceptualización. Si bien, en la literatura no se menciona la dificultad que existe para conceptualizarla, si sucede que no hay consenso del significado de la espiritualidad y qué es lo que abarca, existiendo autores que concuerdan en ciertos puntos, otros difieren y otros plantean aspectos nuevos, por esto lo relatado por los profesionales da cuenta de esta dificultad.

Es necesario distinguir la **espiritualidad y la religión**, siendo esta última una forma de acceder a la primera, ya que ésta es más amplia, abarca a la religión y se expresa en diferentes maneras y que es un elemento unificador entre las diversas creencias. Yoffe (2007), señala que en la última década es donde con más fuerza se ha abordado el tema de la espiritualidad, diferenciándola de la religión y de acuerdo a Taylor (2001), en Rodríguez (2006), la religión parece ser un concepto menos amplio que el de espiritualidad. Además, Jiménez (2005) señala que existiría una esencia unificadora en lo espiritual que va más allá de cualquier afiliación religiosa, incluyendo a aquellos que no creen en un ser superior. En este punto coinciden las posturas de los entrevistados y los teóricos.

También la espiritualidad puede o no estar unida a la religión, sin embargo, para algunos profesionales estos dos conceptos son inseparables. Además hay conciencia de su diferencia, pero no se ven como opuestos. Mytko y Knight (1999), plantean que la Espiritualidad abarca sentimientos de conexión consigo mismo, los otros, su entorno natural y el significado de la vida y pese a que las diferentes creencias religiosas abarcan estos ejes, la espiritualidad no está delimitada a una práctica religiosa, éstas no son excluyentes, pero pueden ser entendidas de manera independiente, lo que se contrapone en un punto con aquellos profesionales que las ven como inseparables.

Algunos profesionales consideran que el abordaje de la espiritualidad en el trabajo debe ser excluyendo la religión y para otros, esto no debiese hacerse, ya que para muchos pacientes la espiritualidad está fuertemente ligada a la religión. Freud (1927, 1961), plantea que la religión puede ser positiva o negativa y que revierte gran importancia en la sociedad, por otra parte Yoffe (2007), se refiere a que Jung señala que la religión es parte importante del

hombre, de su psiquis y que dejarla fuera, es ver al ser humano en forma incompleta. En la literatura, así como entre los profesionales, está la dificultad de un acuerdo respecto a si incluir la espiritualidad en el trabajo médico.

Junto con lo anterior, la creencia religiosa es vista como un elemento que otorga paz. La teoría coincide con este planteamiento desde la perspectiva que es la espiritualidad la que propicia un estado de paz interna y, de acuerdo a Siegel (1995, en Rodríguez, 2006) esto estaría dado por la sensación de que existe un orden superior en el Universo que le permite a la persona este espacio de encuentro consigo misma.

Otro aspecto mencionado es que la religión puede confundirse con lo espiritual, el ser religioso, no necesariamente implica ser espiritual, pero para algunos profesionales la religión y sus creencias son fundamentales en la constitución de su espiritualidad. Sin embargo, la espiritualidad puede manifestarse en la ausencia de cualquier creencia de tipo religioso. En este sentido, lo planteado por la teoría va en esta misma línea, ya que de acuerdo a Rodríguez (2006) es importante diferenciar los conceptos de religión, religiosidad y espiritualidad debido a que muchas personas si bien le dan un gran peso a sus creencias espirituales, no se sienten representadas por un credo particular. Esto es respaldado por las estadísticas presentadas por Valenzuela, Bargsted y Somma (2012) que señalan que existe una cantidad importante de personas creyentes y que históricamente el número de éstas que declaran no pertenecer a ninguna religión ha ido en aumento.

La cultura también está fuertemente influenciada por la religión, que se manifiesta a través de los valores inculcados socialmente. En relación a esto, el planteamiento desde la teoría es coincidente, aunque abarca además aspectos formales en relación a la estructura de la sociedad: Rivera-Ledesma y Montero-López Lena (2005), describen la religión como una institución social, que se caracteriza por normas y estructuras que van más allá del plano espiritual, concretizado en formas de culto y prácticas que son consensuadas por la cultura y sociedad.

La espiritualidad es también vista como un **motor de vida**, pues entrega la motivación a vivir, a hacer cosas y en ocasiones entrega la fuerza para seguir viviendo, siendo también extensiva a los otros. La teoría apoya esta percepción, ya que además de lo señalado anteriormente sobre los planteamientos de Frankl y Yalom en relación a que ésta es una característica intrínseca de lo espiritual, Jiménez (2005) por su parte, considera que la espiritualidad responde a necesidades del hombre que son universales, como son encontrar

sentido a la vida, otorga esperanza o voluntad de vivir y posibilita tener fe o creer en sí mismo, en los demás o en un ser superior, por lo que la motivación estaría íntimamente relacionada con esta esfera.

Se caracteriza la espiritualidad por manifestarse a través de ciertos **valores y principios**, los cuales deben enseñarse. Entregan conformidad con el propio accionar y para mantenerlos es necesaria la autodisciplina. Las filosofías de vida transmiten valores importantes en la relación con los otros y los valores surgen desde la dimensión espiritual y permiten vivenciar un orden en la propia vida. La teoría recabada, si bien no se refiere directamente a la función de los valores en la vida de las personas, sí señala que la espiritualidad transmite principios para actuar de forma correcta y en beneficio de los otros ya que la orientación del ser humano no es sólo él mismo, y que estas acciones son a su vez un medio de acceder a lo espiritual y al sentido de autotranscendencia personal (Frankl, 1991) lo que otorgaría un sentido de la propia vida, en coincidencia con lo planteado por los profesionales entrevistados.

Es también un **soporte de vida**, ya que otorga apoyo y permite tomar decisiones sintiéndose acompañado, permite estar tranquilo ante situaciones adversas, otorga aceptación y se activa con mayor frecuencia en situaciones cercanas a la muerte. Sin embargo, no existe acuerdo entre los profesionales sobre este aspecto, ya que para algunos de ellos, la espiritualidad no es un soporte en sus decisiones, sino más bien sus propios conocimientos y habilidades. Desde la teoría, se considera que las creencias espirituales se relacionan con un mayor bienestar subjetivo, otorgando la sensación de sentido aún en medio de situaciones vitales importantes (Rodríguez, 2006). En este sentido, la teoría respalda el planteamiento de una parte de los entrevistados, considerando a la espiritualidad como un soporte en aquellas personas que tienen un sistema de creencias que da espacio a esta dimensión.

La espiritualidad, está fuertemente unida a la creencia en un **ser superior**, que puede estar ligado o no a la religión, que estaría comandando la vida y dando apoyo para afrontarla. La teoría coincide con este planteamiento, ya que considera que la búsqueda de lo divino relacionado con la percepción de este ser como benevolente, tendría relación con una mejor calidad de vida y salud mental, además de una sensación de apoyo subjetivo, además se valora la posibilidad de apoyo social por parte de los miembros de la comunidad en caso de pertenecer a algún tipo particular de credo (Rodríguez, 2006). Sin embargo, la literatura abarca también otra perspectiva, señalando que ante crisis vitales hay personas que vivencian sus creencias espirituales de forma negativa, experimentando "*pérdida de la fe, incertidumbre y*

desesperanza en relación con aspectos espirituales” (Ferrell et al 2003, en Rodríguez 2006. p. 197), además de altos niveles de culpa, lo que estaría relacionado con la visión del ser superior como un ente castigador o la presencia de normas restrictivas desde lo religioso. En este sentido, el sistema de creencias de la persona se presenta como un factor de riesgo.

Se considera que hay algo *más allá del límite humano*, debido a que los profesionales creen que existe algo que está por sobre sus capacidades técnicas, esto lo perciben a través de situaciones inexplicables desde la medicina. La teoría concuerda con esta percepción, ya que como señala Frankl (1988) lo espiritual trasciende lo social, físico y mental y le otorga sentido a los actos del ser humano a través de la sensación de autotranscendencia, donde éste puede encontrarse mediante actos que van más allá de la persona y que pasan por sobre los determinismos sociales, biológicos y de la personalidad.

Se considera a la espiritualidad como **elemento central del ser humano**, teniendo distintos niveles de desarrollo en las personas y es descrita por algunos profesionales como el elemento más profundo del hombre. Espíndula, Martins Do Valle y Bello (2010) coinciden con esta visión, señalando que el ser humano es más que sus dimensiones psicofísicas, siendo la espiritualidad desde donde se manifiestan las otras esferas de la persona.

En relación a la **vivencia de la espiritualidad**, es experimentada como algo personal. Algunas formas de acceder a ella son a través del contacto con la naturaleza y de instancias en familia, de la meditación, el cierre de procesos inconclusos, de la lectura, mediante terapias complementarias o alternativas, prácticas religiosas, en relación con otro y en el ejercicio profesional con los pacientes. Todas estas prácticas han sido caracterizadas por Frankl (1988) como formas de acceder a la espiritualidad y las ha categorizado en tres grandes grupos: la primera es mediante acciones creativas ligadas a cualquier disciplina; la segunda es mediante el goce, que es el poder experimentar las instancias de la vida, como la naturaleza o el arte por ejemplo; y la tercera, que no fue mencionada por los profesionales, es mediante el sufrimiento, que se manifiesta cuando el hombre está impedido de acceder a las dos anteriores, pero que aun así tiene la posibilidad de elegir cómo vivir ese momento, creciendo y desarrollándose a través de su vivencia. Un aspecto que no es abordado por Frankl, pero sí por los profesionales y otros autores como Yalom (1984, en Rodríguez, 2006) es que otra forma de acceso a la espiritualidad es mediante los sistemas de creencias, como las religiones.

Existe la necesidad de incorporar la espiritualidad en la vida cotidiana y le otorgan gran relevancia a los espacios de desarrollo, sin embargo la rutina y el poco tiempo que se dispone

para ello, son considerados un impedimento para estas instancias. Por otro lado, algunos profesionales no consideran la vivencia de la espiritualidad como relevante y priorizan otras actividades que les producen satisfacción como el estar con la familia. Si bien no se describen aspectos relacionados con las dificultades cotidianas en relación a la práctica de la espiritualidad, Frankl (1999, en Rodríguez, 2006) señala que la persona es el centro de toda actividad espiritual y que ésta puede ser abordada tanto consciente como inconscientemente y, de esta manera, aunque no tenga conocimiento de esto, el hombre siempre se encuentra en relación con lo trascendental. Desde esta perspectiva, todas las acciones cotidianas tienen relación con lo espiritual e incluso aquellos profesionales que conscientemente no dan cabida a las prácticas relacionadas con este ámbito están vivenciándola a través, por ejemplo, del contacto con su familia.

De acuerdo a lo anterior, la perspectiva teórica no coincidiría con lo señalado por los profesionales, quienes valoran los espacios conscientes de acceso a la espiritualidad, manifestando que requiere concretizarse en acciones para mantener su desarrollo y que éste no es un estado que se sienta constantemente, si no momentos vividos por algunos como instancias de introspección y también como espacios que posibilitan cambios, que permiten integrar maneras de vivir y a los otros, dando espacios de aprendizaje y un constante desarrollo personal. Esto último tiene relación con la valoración del proceso de búsqueda de sentido, pues de acuerdo a Reed (1991 en Rodríguez, 2006), éste se va ampliando y por consiguiente se forma una perspectiva más abarcadora de la vida, fortaleciéndose la identidad y extendiéndose la idea de sí mismo.

Por otra parte, desde la perspectiva de la historia y la propia vida, la espiritualidad es vista como **siempre presente**, ya que independiente de la creencia, es algo que se desarrolla desde la infancia y si ésta no se ha trabajado, es difícil inculcarla en la adultez. Además, se puede transmitir desde la formación, pasando posteriormente a ser parte de un accionar diario. Los autores no se refieren directamente a los aspectos relacionados con la historia de la persona, pero sí consideran que la espiritualidad y la búsqueda de sentido son una necesidad básica del hombre que le confiere un significado de vida a sus experiencias y que éste sentido no es arbitrario ni a conveniencia, sino que surge de acuerdo a las circunstancias que transcurren en un momento determinado (Frankl, 1988). Por lo que desde esta perspectiva habría coincidencias respecto a que la espiritualidad no puede ser impuesta desde afuera, sino más bien es una motivación de la propia persona en consecuencia con su sentido interno.

Es considerada como **articuladora de vida**, permite dar orden a las cosas y da cabida a la fe afrontando los problemas cotidianos. Es vivida como algo muy importante para algunos profesionales, ya que da forma al quehacer médico, además ayuda a encontrar un equilibrio de vida. Guía los principios éticos y las formas de ver el mundo y para algunos tiene gran relevancia ya que abarca todos los aspectos de su vida. Los teóricos coinciden con esta postura, ya que señalan que la espiritualidad, permite el desarrollo de una coherencia y soporte internos en el individuo (Frankl, 1988) y de acuerdo a Thompson y Janigian (1988, en Rodríguez, 2006) otorga orden a los sucesos dentro del contexto vital y un propósito, permitiendo comprender algo en particular o la vida en general, así como integrar nuevas experiencias y darles sentido.

La segunda categoría que responde al segundo objetivo específico, es la integración espiritualidad en tratamientos médicos, la cual permite conocer cómo se realiza ésta y si es importante para los profesionales su inclusión.

Una subcategoría que surge es la de **herramienta**, donde algunos profesionales conceptualizan a la espiritualidad como un instrumento para abordar a los pacientes oncológicos. Según la SECPAL (1988), los Hospicios que estaban a cargo del cuidado de los enfermos terminales, entre ellos oncológicos, consideraron que había más aspectos que considerar dentro de los cuidados de los enfermos, dentro de ellos estaba el ámbito espiritual. Middleton (2002), considera que por ser el cáncer una enfermedad que es multifactorial, el abordaje de esta debe realizarse desde distintos focos, dentro de ellos, considerar la dimensión espiritual como importante, siendo una herramienta más del tratamiento, que debiese estar a cargo de la Psicooncología. En este aspecto la teoría y lo dicho por los profesionales coincide, siendo la primera más concreta en enmarcar la espiritualidad dentro de la Psicooncología.

También es vista la psicología de igual modo que la espiritualidad como un medio con el fin de apoyar al paciente. Rivero, *et. al.* (2008), considera que dentro de las dimensiones que se fueron incluyendo en el tratamiento de los pacientes, junto con la espiritualidad, fueron las variables psicológicas y el estilo de vida por las personas como factores de riesgo en el origen y desarrollo de la enfermedad de cáncer, es por eso que al igual que la espiritualidad, Middleton (2002), también las ve como herramientas para abordar al paciente. Coincide la información recabada, con los teóricos.

Otra subcategoría que surge es la de **carencia de la medicina**, donde los profesionales perciben que la espiritualidad no está lo suficientemente desarrollada en medicina vivenciándola como una falta. Florenzano (2010), describe que en la modernidad se termina con la mirada integradora de ser humano, donde los aspectos materiales e inmateriales de la existencia eran indivisibles, pasando a una visión antropocéntrica, en donde el mundo físico quedó separado del espiritual y estas últimas, pasaron a ser un obstáculo para la ciencia médica, prescindiendo de relevancia en los procesos de salud. Para Jiménez (2005) quedaron relegados a lo popular los conocimientos de tipo espiritual, mayormente abordados en la actualidad desde la medicina complementaria o alternativa, quedando en la medicina tradicional una carencia en la forma de ver al ser humano. Hay coincidencia entre la teoría y la información analizada.

Además existiría poca preparación en el personal médico para abordar los aspectos emocionales y espirituales del paciente. Lo que pudiese estar explicado según Yoffe (2007), por el hecho de que ha sido en la última década que ha habido más estudios acerca de la espiritualidad, sin embargo de acuerdo a la OMS (2013) este estudio es aún inacabado. Situación por la que no llega la inclusión de esta dimensión a la medicina de forma transversal. Existe coincidencia en ambas apreciaciones respecto a que no es algo que todos los profesionales manejen.

Un tercer aspecto es el de la **falta de sistematización** de la inclusión de la espiritualidad, esto, porque no existe un consenso entre los profesionales de cómo abordar la espiritualidad, haciéndose de forma libre, realizándose con algunos pacientes más que con otros, también sucede que los profesionales realizan sugerencias a los pacientes de acuerdo a sus propias inquietudes espirituales. Hawks, Hull, Thalman y Richins (1995 en Quiceno, Vinaccia, 2009), realizaron un estudio para ver cuáles eran las espirituales más efectivas para abarcar la salud en general y en especial la espiritual. Lo encontrado por estos autores, muestra que las técnicas de imaginería, meditación y actividades de apoyo social, tienen gran relevancia en encontrar el significado de la vida, el contactarse consigo mismo, con los otros y con algo superior, desarrollándose así la capacidad de trascendencia, que está relacionada con lo espiritual otros estudios como el de Yanek, Becker, Moy, Gittelsohn, Koffman (2001), en mujeres afroamericanas, compararon el impacto que tiene en el riesgo cardiovascular la espiritualidad, en este caso abordada desde la Iglesia a la que adscribían. Lo que da cuenta que en los mismos estudios hay una diversidad muy amplia de abordar la espiritualidad, no es unificada, por lo que el hecho que entre los profesionales este consenso no se dé, es

comprensible, en este aspecto coinciden los planteamientos. Sin embargo en la teoría faltan estudios acerca de cuáles son las motivaciones que llevan a los tratantes a sugerir determinadas formas de espiritualidad.

Los profesionales dan cuenta también que la espiritualidad siempre se manifiesta con los pacientes, sin embargo dada la falta de sistematización puede pasar un largo tiempo antes de que se aborde. En estudios como el de Alcorn, Balboni, Peteet, Kachnic *et al.* (2010 en Nuñez et. al. 2011), un 78% de los participantes manifiestan que la espiritualidad/religión ha sido importante en el afrontamiento de su enfermedad, llevándolos a replantearse aspectos de su vidas. Nuñez et. al. (2011), concluyen que la enfermedad de Cáncer proporciona al paciente oncológico la posibilidad de replantear sus creencias, espiritualidad y el significado que otorga a su vida y al período de crisis que está viviendo, por lo que se hace presente en esta etapa de crisis la necesidad del abordaje espiritual y por lo explicado anteriormente, es difícil por parte de los profesionales médicos este abordaje, ya que no existe definido un cómo hacerlo y porque existe una tradición médica que deja fuera la espiritualidad. Hay un punto de coincidencia en esta comparación.

La falta de normatividad hace que los pacientes y sus familiares busquen autónomamente personas que les brinden apoyo espiritual. Frankl (1988, 1991, 1994), plantea que ante eventos de crisis, se produce un quiebre espiritual, en donde la persona tiene la libertad de replantearse el significado de su vida, y de su enfermedad. Lo que puede llevarlo a iniciar esta búsqueda espiritual por su cuenta, para lograr el apoyo que desde la medicina no está teniendo en esta dimensión. En este sentido la información analizada y lo teórico se complementa, ya que menciona un fenómeno una y la otra responde a una posible explicación.

También esta inclusión de la espiritualidad en los tratamientos responde a una **inquietud individual**, lo que produce que el abordaje de la espiritualidad del paciente se realice en base a las inquietudes particulares de los profesionales, donde las búsquedas personales de la espiritualidad en los profesionales, influyen en que desde éstas, se aborda la dimensión espiritual en el paciente. Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, (2007), plantean que la espiritualidad posee componentes estáticos y otros dinámicos, lo que implicaría que lo primero da sentido a la experiencia del sujeto, mientras que lo segundo contendría, otorgando una dirección, una estructura al individuo. Por lo que el abordaje de la espiritualidad se da en la conjugación de lo conceptualizado por estos autores, de forma tal que siempre va a ser

distinto para los diferentes individuos. Habría una complementación entre el fenómeno reportado por los profesionales y la teoría.

Pese a que no todos los profesionales manifiestan interés por la espiritualidad, ésta estaría siempre presente en forma implícita. Para Núñez, Enríquez e Irarrázaval (2011) lo espiritual es innato en el ser humano y le permite cuestionarse acerca del sentido de la vida, su identidad, la muerte y también aumenta la capacidad de enfrentarse y adaptarse de mejor manera a hechos negativos como una enfermedad o algún duelo. Siendo innato en el hombre, independiente se tenga interés en esta dimensión, se va a hacer la espiritualidad presente aunque sea de forma no consciente, existiendo otra coincidencia en lo teórico y lo analizado.

Otros, sin embargo, aunque ven este interés en el paciente, no lo consideran como parte de su abordaje, puesto no existe certeza acerca de sus beneficios, lo que lleva a que dependiendo de las inquietudes personales, éstas sean un condicionante para ofrecer las distintas instancias que tiene la institución para el abordaje de la espiritualidad. Lo descrito por Florenzano (2010) respecto a la separación que hace la medicina de las distintas dimensiones del hombre, junto con la reciente inclusión de lo espiritual en las investigaciones de acuerdo a lo planteado por Yoffe (2007) y la reciente aparición de la Psicooncología, el año 1979 (Bravo P, 2001), es que es comprensible la reticencia de algunos profesionales a abordar la espiritualidad, pese a que vean que el paciente manifiesta interés.

También se produce un reconocimiento de las propias limitaciones, lo que termina en la derivación de los pacientes a equipos que aborden en mayor medida la espiritualidad. Siendo algunas áreas especialistas en este ámbito como la Psicooncología (Riviero *et al.* 2008), donde según Middleton (2002), plantea que esta disciplina se encarga de los cuidados relativos a la enfermedad, los tratamientos, apoyo a familiares, psicoeducación, duelo, acompañamiento a pacientes terminales, talleres, etc., además de ir más allá yendo en búsqueda de lo que pudo incidir en el apareamiento del cáncer en un paciente. Esta disciplina explica la importancia de la preparación de los profesionales y eso explica lo planteado por los tratantes de los enfermos oncológicos, que llegado un punto, es necesario derivar.

Existe en otros profesionales una preocupación por un perfeccionamiento técnico y humano como una manera de expresión de su espiritualidad con el paciente, la que les acomoda más según su estilo personal, pero atendiendo siempre a una visión más integradora del hombre. Espíndula J., Martins Do Valle E., Bello A., (2010), plantean que el ser humano no es solamente en sus dimensiones psicofísicas, sino que también espiritual y es desde aquí

donde se manifiestan las otras partes de la persona y de acuerdo a lo mencionado anteriormente cada persona, expresa y desarrolla su espiritualidad de acuerdo a su significación, por lo que desde lo teórico se entiende esta manera de abordarla.

Otra percepción de los profesionales, es que existe una **necesidad de espiritualidad en medicina**, que en todos los pacientes, no sólo con pacientes con cáncer, es necesario abordar la espiritualidad, pues toda persona tiene necesidad de vida espiritual. Florenzano, (2010), da cuenta que pese a la tradición dualista en medicina, desde esta misma disciplina surgieron críticas de autores como Hume (2001), quien planteó la incapacidad que existe de ver al Self del hombre separado, en este caso del alma. Su postulado es que el ser humano no es capaz de verse a sí mismo de manera objetiva, dado que no puede separar sus partes, que todas sus dimensiones están íntimamente ligadas. Por lo anterior, la medicina no puede separar el aspecto espiritual del hombre al momento de verlo en enfermedad, por lo que coinciden los postulados.

También es visto que en medicina ha existido un **acercamiento progresivo**, donde ha habido un tránsito de lo biológico hacia la inclusión de la espiritualidad. Esto es avalado por los diversos estudios anteriormente descritos, que buscan mostrar la importancia de la inclusión de la espiritualidad en la medicina y las recomendaciones que realiza la OMS (2013), respecto a que la espiritualidad ayuda a la calidad de vida de los pacientes y afrontar mejor los estados de enfermedad. Coincidiendo en este aspecto la bibliografía con lo analizado del discurso de los profesionales.

Es de importancia para los profesionales las distintas **formas de abordaje** de la espiritualidad, donde una de las maneras es acompañar y ayudar a los pacientes en su tránsito a la muerte con la meditación. El estudio mencionado anteriormente de Hawks, Hull, Thalman y Richins (1995 en Quiceno, Vinaccia, 2009), da cuenta de que las técnicas de meditación ayudan a los pacientes en sus procesos de enfermedad. Hay una coincidencia entre los elementos comparados.

Otra forma es acercarse a la vivencia que tienen los pacientes de la espiritualidad. Como fue explicado recientemente y de acuerdo a lo dicho por Rivera-Ledesma y Montero-López Lena (2007), cada persona tiene una subjetividad propia la que lo lleva a vivenciar los sucesos de una manera particular. Esto es avalado por lo planteado por Rodríguez (2006), que ve la espiritualidad, estaría relacionada a grandes rasgos con aquellos aspectos subjetivos y personales de la búsqueda de sentido de una persona, por lo que para poder acceder a esta

espiritualidad es necesario conocer o aproximarse a su vivencia, por lo que esta manera de aproximarse sería válida.

Una de las instituciones posee instancias más establecidas en las que se aborda la espiritualidad de manera más sistemática, a través de terapias complementarias o alternativas. Los profesionales refieren suelen ser muy útiles en las últimas fases de la enfermedad, pese a que no tengan comprobación científica, son percibidas como una ayuda al paciente. Sin embargo, no todos los profesionales comparten esta forma de abordaje. Algunos ven este tipo de terapias como una aproximación a la naturaleza otorgando tranquilidad en lo espiritual, que tiene repercusión en lo físico. Frankl (1988), veía que algo importante en la espiritualidad era la búsqueda de sentido, la cual podía hacerse a través de actos creativos, en cualquier situación, la segunda es mediante el goce, que es el poder experimentar las instancias de la vida, como la naturaleza o el arte. Finalmente la tercera forma de acceder al sentido de vida, es por el sufrimiento, que se manifiesta cuando el hombre está impedido de la creación y el experimentar, ante hechos que le son imposibles de modificar, pero que ante este escenario, aún puede elegir cómo vivir ese momento, creciendo y desarrollándose mediante el sufrimiento o no. Desde esta perspectiva, se puede considerar que estas terapias van orientadas a este cambio de sentido, desde un mayor desarrollo espiritual. Por lo que hay coincidencia entre la teoría y esta forma de acceder a la espiritualidad.

Otra forma de abordarla es de una manera más directiva, señalándole al paciente los cambios que debe realizar en su vida, lo que permitiría ver cambios concretos, desde la perspectiva del profesional como la del paciente. Ligado con lo anterior otro acceso a la espiritualidad tiene que ver con el cambio de conductas a través de la programación neuro lingüística, teniendo que hacerle sentido al paciente la tarea o cambio que se promueva, este sentido se produce por la entrega de información de forma cercana al paciente. Middleton (2002), se refiere a la Psicooncología Proactiva, que implica *“colaborar con el paciente, para descubrir las características de su estilo de vida que puedan haber influido en la presentación de su enfermedad y su curso, y ayudarlo a revertir esas características, así como desarrollar políticas de prevención”* (p. 1-2). De acuerdo a la experiencia de esta autora quienes han hecho cambios significativos, observables para ella y el paciente, han superado el mal pronóstico de cáncer. En este punto también hay una coincidencia en lo analizado y la revisión bibliográfica.

A través de la enseñanza de un proceso introspectivo, se realiza otra manera de aproximarse a la espiritualidad. Mytko y Knight (1999), plantean que la espiritualidad contempla sentimientos de conexión con sí mismo, al igual que Rivera-Ledesma, Montero-

López Lena (2007), plantean la espiritualidad sería un estado interno, en el que hay un sentir integrado con la vida y el entorno y para Wulff (1996 en Rivera-Ledesma, Montero-López Lena 2007), su desarrollo ocurre en la individualidad del sujeto. Por lo que el acceso a ella a través de la introspección es una buena manera de acceder, ambos postulados se complementan.

Otros profesionales consideran que el acompañar al paciente en la búsqueda de un objetivo de vida lo conecta con su espiritualidad, permitiéndole surgir, que está relacionado con la búsqueda de sentido de la vida en los pacientes. . Para Längle, (2005) Rodríguez, (2006) el encontrar sentido se relaciona con que existe la concepción de que la realidad en la que se está inserto tiene significados o bien se les otorga, esto desde lo más global, hasta cada situación particular dentro de la vida de una persona, por lo que el significado es una Gestalt que surge entre la realidad interna y externa. Para Thompson & Janigian (1988 en Rodríguez, 2006), esta búsqueda tendría dos componentes, el primero es el otorgamiento de un orden a un suceso, dentro del contexto vital, y segundo tiene un propósito, es decir, tiene una meta. Lo que ayudaría a pacientes oncológicos a dar un orden en si situación de vida actual, otorgándoles un contacto y desarrollo espiritual, por lo que ambas coinciden.

También la espiritualidad se puede abordar mediante charlas informativas a los pacientes ahondando en los aspectos emocionales. Rivero, *et. al.* (2008), plantean que la Psicooncología tiene cuatro objetivos fundamentales. El primero es la prevención primaria, que busca influir en la detección e intervención de los factores que inciden en el apareamiento y desarrollo del cáncer. El segundo es llamado prevención secundaria, que se dedica a la difusión de campañas preventivas de Cáncer y Psicoeducación de la población en cuanto a los factores Psicosociales que inciden en la aparición del Cáncer y en este objetivo ven importante en abordaje de lo psicológico y emocional en estos pacientes. Por lo que hay coincidencia en que es una buena manera de abordar al paciente oncológico desde la entrega de información, dando relevancia a lo emocional de los enfermos.

Para algunos profesionales es importante la inclusión de la familia y entorno del paciente en las instancias que vayan en desarrollo de su espiritualidad, debido a que la espiritualidad de ellos influye en el paciente. Otro de los objetivos de la Psicooncología, es según Rivero, *et. al.* (2008) la intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos, en donde se ocupa de la calidad de vida de los enfermos, su familia y entorno social, se incluyen a estos últimos, porque ellos son influyentes en el bienestar del paciente. Ambas posturas coinciden en la importancia de la familia en el bienestar del paciente.

Es visto necesario ofrecer un espacio ecuménico para que los pacientes puedan expresar sus creencias. Es importante ahondar en las creencias previas del paciente, con el fin de no imponerle una nueva y única creencia, por lo que hay múltiples abordajes dependiendo de cada paciente. Siendo de relevancia y beneficioso respetar los dogmas de los pacientes y ampliar su visión. Teniendo en cuenta que la creencia es el punto de entrada para acceder a la espiritualidad. Para Rivera-Ledesma y Montero-López Lena (2005), la religiosidad que es la expresión comportamental de la religión, poseería un carácter directivo, dado que entrega la manera de acercarse a lo divino y poseería dos cualidades, la primera es cuando es ejercida como el medio para acceder a la experiencia de lo divino, dando paso a la espiritualidad, que sería su fin, sin embargo hay una segunda opción o cualidad que es cuando en vez de medio la religiosidad se torna en un fin. En este sentido ambas visiones ven que las creencias religiosas y la expresión de éstas, es una manera de acceder a la espiritualidad, por lo que hay una coincidencia que es importante un espacio para esto.

Otros profesionales consideran este abordaje debe hacerse en forma implícita, con fin de no desvirtuarla. Florenzano (2010), Jiménez (2005), dicen que la espiritualidad conduciría a preguntas acerca del sentido de la vida y no estaría circunscrita a un cierto tipo de creencias ni de prácticas en específico. Esto implica que independiente de la creencia la espiritualidad siempre está presente trascendiendo la práctica particular. Sin embargo, la literatura revisada no da cuenta de si es contraproducente el hablar directamente de la espiritualidad, en este caso con el paciente oncológico.

Sin embargo otros profesionales plantean que hay que dejar de lado lo religioso y dar espacio para otros temas referidos al afrontamiento de la enfermedad, esto porque las creencias religiosas pudiesen ser contraproducentes. Rodríguez (2006), da cuenta de distintos estudios realizados donde pese a la escases de estudios y los resultados disímiles de algunos, existe un acuerdo entre los teóricos, respecto a que la atribución de sentido a la enfermedad oncológica, en sus diferentes formas, contextual, global, relacionado a las relaciones sociales, vivida de manera más espiritual, etc. tendría una incidencia positiva en el afrontamiento del Cáncer, aunque existen también casos de personas que atribuyen significados negativos a su estado de salud, afectándoles esto en su bienestar psicológico. En este ámbito, si bien hay un temor de parte de los profesionales, la evidencia mostraría que es mejor abordar la perspectiva espiritual, lo que puede hacerse de múltiples forma como plantea Frankl (1988), por lo que en este punto la coincidencia con la literatura es parcial.

Hay una percepción por parte de algunos profesionales, de la enfermedad como un desorden y el abordaje espiritual es desde la concientización del orden perdido. Siegel (1995 en Rodríguez 2006), considera que la espiritualidad conlleva la creencia en que hay algún orden en el Universo, y éste ayuda a la aceptación de ciertas situaciones, lo que no implica la resignación, propiciando el encuentro de un estado de paz interior, potenciando la creatividad. Hay coincidencia en este punto, dado que se ve como importante re establecer este orden que ha sido perdido y en el cual se pueden significar los sucesos de la vida.

Es visto que la aclaración sobre el futuro del paciente disminuye la ansiedad, mejorando su bienestar espiritual. Rodríguez (2006), dice que el significado de la existencia global o sentido de la vida propuesto por Frankl (1988); O'Connor (1990); Tomich y Helgeson (2002), se relaciona con la continuidad pasado, presente y futuro, y la mirada espiritual y/o religiosa y *"con encajar los hechos concretos de la existencia dentro de dicha visión global o con la autotrascendencia"* (p. 179) También se ha considerado el tener un sentido global como mediador del efecto de pensamientos intrusivos en el malestar psicológico, por ejemplo, al tener un diagnóstico de Cáncer, el sentido que se le dé a la enfermedad en la vida de la persona, impedirá que surjan pensamientos que pudiesen afectar el bienestar psicológico del enfermo (Vickberg et al., 2001). Por esto que al aclararle al paciente el futuro, éste puede dar una continuidad a lo que le está pasando, accediendo a su espiritualidad.

Es importante a juicio de algunos profesionales la detección de las necesidades espirituales del paciente y en base a eso poder actuar. Estas necesidades son vistas como primordiales, por sobre las creencias. Referido a eso Benito, Barbero y Payás (2008), plantean que la espiritualidad responde a las necesidades que surgen en la vida y que se activan en mayor medida en momentos de crisis vital, como lo es enfrentarse a la muerte o lidiar con una enfermedad de tipo crónica. Estas necesidades espirituales, no implican únicamente la falta de algo, sino que además hacen referencia a las potencialidades que la persona posee, pero no están completamente desarrolladas y que se desea lo estén. En este ámbito, es importante la detección de dichas necesidades para apoyar al paciente en su enfermedad y a que lo afronte desde la espiritualidad.

Otra manera de acceder a la espiritualidad a través de la comprensión de la propia historia. En la revisión realizada esto coincide con los planteamientos de Middleton (2002), mencionado anteriormente, acerca de que el comprender la propia historia, dar orden a esta y poder modificar situaciones que se han repetido, permite afrontar situaciones críticas como lo es la enfermedad de cáncer y salir adelante, generando una conexión más profunda en la

persona. Hay coincidencia en que el comprender la historia personal, es una manera de acceder a la espiritualidad.

Una última subcategoría es ver la espiritualidad **ligada a salud mental**, es una creencia generalizada que la psicología y psiquiatría abordan los aspectos espirituales de los pacientes, siendo éste el motivo de derivaciones a estas áreas. Esto es visto por otros como el resultado de la ausencia de algún departamento encargado del abordaje de la espiritualidad y a juicio de los profesionales de salud mental, los equipos médicos en general, perciben que es parte del rol de los primeros el abordar las necesidades espirituales del paciente. Durá, Ibáñez (2000, p. 28), conceptualizan a la Psicooncología como una disciplina que *“aúna los esfuerzos de distintas disciplinas (médicas, psicológicas y sociales) para ofrecer un tratamiento comprehensivo a los enfermos oncológicos, tomando como marco de referencia el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad”*, y como se explicó anteriormente dentro de las dimensiones que esta disciplina considera, está la espiritual. Esto explicaría por qué los profesionales oncológicos, derivan a salud mental a los pacientes que manifiestan este tipo de inquietud.

Es importante para los profesionales derivar a los pacientes a una terapia que ellos tengan antecedentes de su efectividad. Pese a esto existe un desconocimiento de los alcances que estas dos terapias poseen. Moreira-Almeida, Koenig (2008), realizaron una revisión referida al efecto que tendría la espiritualidad/religiosidad en pacientes con fibromialgia y dolor crónico, concluyendo que en la sintomatología de estos cuadros, la evidencia no es significativa, sin embargo en los estados afectivos, afrontamiento del cuadro clínico, ansiedad, la espiritualidad/ religiosidad sí tiene un efecto positivo en los pacientes, junto con esto concluyen que es necesario continuar con la investigación de la influencia de la espiritualidad en este tipo de pacientes para de esta forma ayudar a mejorar la calidad de vida de los enfermos crónicos. Esto da cuenta de que aún falta evidencia en la disciplina médica de la importancia de la inclusión de la espiritualidad para que así los profesionales de salud puedan confiar en sus efectos.

Algunos profesionales no están de acuerdo sean estas áreas de estudio las que se encarguen del abordaje de lo espiritual en el paciente, dado que carecen de planes de acción estructurados. Este punto que surgió en el relato de algunos profesionales, no está documentado en la bibliografía revisada, sin embargo, la Psicooncología, según Báez *et al.* (2003), señalan que su finalidad es colaborar con los pacientes a sobrellevar de mejor forma el diagnóstico de Cáncer, el tratamiento, disminuir los sentimientos negativos que pueden

producirse por la enfermedad, disminuir la ansiedad y clarificar percepciones e informaciones equivocadas respecto a la patología o los tratamientos. Todo para que el paciente vuelva a estar en un estado de salud general mejor. Sin embargo no explicitan exista una forma o un plan determinado de abordaje.

Desde los propios profesionales de la salud mental hay un reconocimiento de sus limitaciones con respecto a lo espiritual. Florenzano (2010), plantea que en la antigüedad estaba todo en unidad, pues era el guía espiritual, el sacerdote, el hoy llamado médico, el que curaba las distintas afecciones en una persona, por lo que aquí se veía al ser humano con una concepción integradora, donde las distintas dimensiones de su existencia eran indivisibles. Esto producía que quien sanaba lo físico, tenía a su vez los conocimientos espirituales para ayudar a las personas, situación que en la actualidad no se manifiesta por la división que hay entre lo espiritual y lo que pertenece a la ciencia, habiendo más limitaciones en el actuar.

La tercera categoría busca responder al tercer objetivo específico llamándose Influencia de la espiritualidad en el afrontamiento del diagnóstico, en la cual surgen las percepciones de los equipos médicos en torno a las inquietudes espirituales de los pacientes, cuál es su acercamiento a esta dimensión y la relevancia que tiene para ellos.

La primera subcategoría refiere a las **preguntas del por qué**, donde se manifiesta la percepción desde los profesionales que existe una inquietud de los pacientes ligada a por qué les vino la enfermedad, lo que produce cuestionamientos relativos al accionar de su vida. Además, algunos profesionales ven que estos cuestionamientos pudiesen estar asociados a sentimientos de culpa. Si bien, desde la teoría no se refiere directamente a las preguntas del por qué, sí se señala que existe una alteración en el estado cognitivo, conductual y emocional del paciente, y que es común que se presenten emociones como rabia, miedo, negativismo, ansiedad, sensación de pérdida de control de la propia vida e inseguridad (Font A., 2000 en Bravo P., 2001). En este sentido, existe un punto de encuentro en relación a cómo la subjetividad del paciente se ve afectada al momento del diagnóstico y este cuestionamiento referido por los profesionales podría estar dado por los aspectos cognitivos que se ven alterados debido a la noticia.

Además, perciben que el desarrollo espiritual que posea el paciente repercute en cómo éste toma la enfermedad. En relación a la teoría, ésta coincidiría, destacando la importancia de la espiritualidad en relación a su influencia en la adaptación y ajuste a la enfermedad (NIH, 2013), Vickberg *et al* (2001) señala por su parte que la espiritualidad otorga

un sentido global y opera como mediadora del efecto de pensamientos intrusivos en el malestar psicológico, de esta manera, el sentido que se le da a la enfermedad en la vida de la persona, impedirá que surjan pensamientos que pudiesen afectar a su bienestar psicológico.

Otro punto que cobró relevancia fue el **acercamiento a la espiritualidad**, que se ve aumentado por la rearticulación de la vida que se produce en el paciente a raíz del impacto del diagnóstico. En esta misma línea, los teóricos destacan que el Cáncer, al ser una patología que pone en riesgo la vida, altera las condiciones que la persona había tenido hasta ese momento y, de acuerdo a Taylor (1995), implica que necesariamente tenga que reestructurar su sentido de vida, realizar un cambio de este y que además es una oportunidad para aprender y desarrollarse a través de esta experiencia.

Una última sub categoría es la **repercusión de la espiritualidad**, donde algunos profesionales consideran que existiendo un mayor equilibrio espiritual, se afronta el diagnóstico de mejor manera. Además puede que un desarrollo espiritual elevado no cambie el pronóstico de la enfermedad, sin embargo permite que el paciente la afronte con mayor tranquilidad. Yalom (1984 en Rodríguez, 2006) coincide con esta idea, y señala que algunos enfermos terminales de cáncer, encuentran un sentido de vida a través de la enfermedad y esto les permite vivir con mayor plenitud y percibir la muerte con menor ansiedad, en comparación con otros pacientes que no tienen este sentido integrado.

Dentro de esta idea, se considera la *etapa vital*, como importante al momento de enfrentar el diagnóstico, ya que si existe alguna motivación, la persona luchará por seguir adelante. Este punto es relevante para los investigadores, sin embargo existen diferencias entre ellos, ya que Sarna, Brown, Cooley, Williams, Chernecky, Padilla, Danao (2005), señalan que aquellos pacientes que atribuyen un significado negativo a la enfermedad son mayoritariamente aquellos que se encuentran en un estadio avanzado de la misma o personas jóvenes y, por el contrario Pinquart, Frölich y Silbereisen (2007, en Rodríguez, 2006) señalan, de acuerdo a su estudio, que serían los jóvenes quienes encuentran mayor sentido a la enfermedad y por ende la vivencian con mayor aceptación.

El paciente también experimenta *Incertidumbre*, ya que la enfermedad de cáncer produce una alta ansiedad, la espiritualidad en este sentido le permitiría tener una sensación de apoyo y sentido. Esta postura es respaldada por los teóricos, que señalan que si bien la enfermedad altera distintas esferas de la persona y es caracterizada por lo impredecible de su

evolución, al encontrarle significado a lo que está ocurriendo la persona tiene más herramientas para afrontar el diagnóstico y lo que implica (Rodríguez, 2006).

Un aspecto que no fue directamente abordado por los profesionales y que parece relevante desde la teoría son los tipos de afrontamiento en relación a la enfermedad, que tienen relación con a la valoración que hagan los pacientes del diagnóstico, a su sensación de control y a la percepción acerca del pronóstico.

La cuarta categoría, relacionada al cuarto objetivo específico de esta investigación es la influencia de la espiritualidad en el curso y pronóstico de la enfermedad, donde desde la percepción de los profesionales se indagaron aspectos como la muerte, el pronóstico y la calidad de vida, entre otros.

La primera categoría que surgió fue **espiritualidad y muerte**, donde la espiritualidad es vista como un elemento que permite enfrentarse al proceso de muerte de manera más tranquila y con mayor aceptación, situación que es extensiva a su grupo familiar. Así también, es vista como una manera de enfrentar este proceso cuando la medicina no puede entregar respuestas, en este sentido, los profesionales que han acompañado a pacientes en su tránsito a la muerte, dan cuenta que la espiritualidad se relaciona con un fallecimiento más tranquilo. Así mismo, la información recabada desde la teoría plantea que la vivencia de la espiritualidad otorgaría un mayor bienestar en las personas y una percepción distinta en relación a la muerte, disminuyendo su nivel de ansiedad frente a ella (OMS, 2013)

Además existe la opinión de que las intervenciones en relación a la espiritualidad pueden hacerse en cualquier momento del tratamiento médico, no sólo en la fase final. Desde la teoría, existe la preocupación por realizar investigaciones que den cuenta sobre los aspectos de la espiritualidad que tienen relación con la adaptación a la enfermedad, así como de los elementos relacionados con la manera y el momento en que se aborda y la importancia de la generación de modelos de tratamiento e intervención adecuados (NIH, 2012), por lo que se observa una preocupación por contar con datos empíricos respecto a las formas de abordar esta esfera en el ámbito médico.

La segunda subcategoría es **pronóstico y enfermedad**, en donde a juicio de algunos profesionales, el enfrentar la enfermedad desde la espiritualidad, modifica la vivencia del proceso, pudiendo no tener injerencia en el pronóstico. En coincidencia con esto Siegel (1995 en Rodríguez, 2006) señala que la espiritualidad está relacionada con la percepción de que

existe un orden en el universo, lo que permite la aceptación de ciertas situaciones difíciles, y propicia un estado de paz interior, esto les permitiría a los pacientes vivencias del proceso de su enfermedad de una manera más tranquila.

La espiritualidad es vista por otros como determinante del pronóstico, dado que este elemento entrega a los pacientes la fuerza para salir adelante, en este mismo sentido, pero desde la perspectiva opuesta, cuando un paciente rechaza la enfermedad, no viéndola desde la espiritualidad, tiene un peor pronóstico. En la teoría no existe información que respalde esta percepción, sino más bien datos relacionados con la disminución de síntomas de tipo psicológico, como la depresión y ansiedad (Hawks, Hull, Thalman y Richins, 1995 en Quiceno, Vinaccia, 2009), de tipo físico, como la reducción de la presión arterial (Yanek, Becker, Moy, Gittelsohn, Koffman, 2001) y relacional (Quiceno, Vinaccia, 2009), no siendo la espiritualidad un determinante directo del pronóstico en ninguno de los estudios.

Otro elemento importante en el pronóstico es la confianza que tiene el paciente en su pronóstico y la forma en la que lo percibe. Así mismo es relevante que los profesionales tengan confianza en el tratamiento que prescriben, por el hecho que esta seguridad es transmisible. En esta línea, Underwood, Shaikna y Bakr (1999) y Taylor (2001) coinciden, señalando que la espiritualidad es un factor importante en relación a las creencias acerca del cáncer y las interpretaciones que los pacientes hagan de ésta y de los tratamientos. Dentro de la literatura, no fue abordada la percepción de los propios profesionales sobre sus intervenciones ya que no es el foco de esta investigación.

Las convicciones de los pacientes influyen en el sistema inmunitario y si una persona no quiere luchar, va a fallecer pese a que el tratamiento para el cáncer haya sido exitoso. En relación a este punto, la teoría no refiere algo tan determinante como lo que señalan los profesionales, pero sí mencionan la evidencia de que existe un principio multicausal que incide en el sistema inmune, donde intervienen factores psicológicos y, por otro lado, aspectos como el apoyo psicosocial y el estilo de vida de las personas, y que estos pueden contribuir con la sobrevivencia (Culebras N. *et al*, 2003).

La fe y convicción de mejoría en el paciente, influyen en un mejor pronóstico, sin embargo existen situaciones en las que la espiritualidad no va a cambiar el pronóstico; esto es percibido desde los profesionales desde una concepción determinista de “lo que debía pasar”. Desde la teoría, existe una coincidencia, pues se señala que la convicción del paciente en su mejoría estaría asociado a un mejor pronóstico y, de acuerdo a estudios realizados por

Underwood, Shaikna y Bakr (1999) y Taylor (2001), la espiritualidad es un factor importante en relación a las creencias de la enfermedad, las interpretaciones que hagan de esta y de los tratamientos. Por otro lado, como se ha mencionado anteriormente, la teoría señala que no existe documentación que asocie directamente la espiritualidad con el pronóstico, sino más bien existiría un principio multicausal relacionado a éste, la espiritualidad estaría asociada a una mejor calidad de vida y a una vivencia más tranquila de la enfermedad.

La diferencia de la presencia o ausencia de la espiritualidad es algo que se puede comparar entre los diferentes pacientes, siendo la manera en la que perciben o toman su enfermedad la determinante en el pronóstico. Sin embargo en esta comparación es visible que los síntomas no desaparecen en ninguno de los dos casos, lo que varía es la magnitud con la que los vivencian. La teoría respalda esta percepción, ya que de acuerdo a un estudio realizado por Moreira-Almeida, Koenig (2008) concluyen que no existe una disminución significativa de la sintomatología, sin embargo, la espiritualidad tiene una alta incidencia en una mejora de los estados afectivos del paciente.

Otros profesionales en cambio, consideran que la espiritualidad no influye en el pronóstico del paciente, pero sí le entrega una mejor calidad de vida. Por otro lado existen profesionales que señalan que la calidad de vida y el pronóstico se interrelacionan, y que cuando la espiritualidad está desarrollada fuertemente, ambos procesos se ven beneficiados. La teoría señala que la calidad de vida y el pronóstico están íntimamente relacionados y que el juicio de control que el paciente haga sobre su enfermedad influye en ambos aspectos, potenciándolos (Bárez *et al.*, 2003). Existiendo coincidencia entre lo planteado por los entrevistados y la evidencia teórica.

En este sentido la espiritualidad es vista como un elemento importante que influye positivamente en el pronóstico, además, tendría relación con la motivación y afrontamiento de la enfermedad, lo que permite llevar adelante los procesos de tratamiento de mejor manera. Además, muchos de los entrevistados señalan que la espiritualidad es algo que debe cultivarse previo a la enfermedad. Middleton (2002), señala en esta línea la importancia de abordar las condiciones del paciente previas al diagnóstico, para prever el cómo el individuo lidiará con este, ya que si bien hay situaciones específicas que están ligadas directamente con el diagnóstico, es de gran importancia el entorno del individuo, su estado emocional, sus rasgos de personalidad y los estilos de afrontamiento que éste posea previos al diagnóstico (Bravo P, 2001).

La siguiente subcategoría dice relación con el **sufrimiento y dolor**, se manifiesta en algunos profesionales que una fuerte convicción en la creencia espiritual hace una diferencia importante de vivir el proceso de la enfermedad y el tratamiento con dolor o sufrimiento, junto con esto el desarrollo espiritual aumentaría la tolerancia al dolor. El sufrimiento que provoca la enfermedad disminuye si es que existe una vivencia profunda de la espiritualidad, más allá de una creencia religiosa en particular. En relación a este punto, en la revisión no se abordó directamente la valoración subjetiva del dolor en los pacientes, pero como se mencionó con anterioridad, la espiritualidad tendría relación con una mayor aceptación de la enfermedad y un estado de mayor tranquilidad, lo que podría tener relación con una vivencia distinta de su tratamiento.

Otro aspecto que surge es la **dificultad de medición** de la espiritualidad, ya que para los profesionales es dificultoso cuantificar la influencia de la espiritualidad en el proceso y en la actualidad no existen cifras en relación a este tema, sin embargo es algo observable por los profesionales. Además, la falta de estudios que respalden los efectos de la espiritualidad, repercute en que algunos de los profesionales duden de sus beneficios, así también, señalan que no existe evidencia de que el bienestar espiritual disminuya la sintomatología. Florenzano (2010) explica esto en relación a la mirada antropocéntrica de la modernidad, donde el mundo físico está separado del mundo espiritual, prescindiendo de relevancia en los procesos de salud. Es por esto que las investigaciones referidas a la medicina en general, y a la oncológica en particular guardan relación mayoritariamente con aspectos farmacológicos (BMRC-Chile, 2010). Por otro lado, la espiritualidad en ésta área está siendo abordada principalmente por la medicina alternativa (Jiménez, 2005).

Por otro lado, existe un interés desde los mismos profesionales por recabar información que les permita tener un respaldo sobre los efectos positivos de la espiritualidad en los pacientes oncológicos. Otros están interesados en demostrar los efectos que tendría el estrés en la incidencia de cáncer y que la espiritualidad juega un rol de factor protector para esta patología, debido a que ayuda a afrontar de mejor manera las situaciones estresantes. El estrés es un aspecto bastante estudiado en oncología, existiendo información que lo señala como un factor que provocaría un efecto supresor del sistema inmune, incidiendo en la susceptibilidad del organismo a desarrollar cáncer (Culebras N. *et al*, 2003). En relación a la espiritualidad y el estrés, los teóricos no tienen un consenso, Davis (2000, en Rodríguez, 2006) plantea que existen estudios que relacionan la búsqueda de sentido con una mayor autoestima, una disminución de manifestaciones psicopatológicas, disminución del estrés y un

mejor afrontamiento de éste, entre otras, pero por otro lado existen otros estudios que concluyen que existen personas que no buscan el sentido y afrontan una situación estresante de forma adecuada y otros que buscan el sentido, y que sin embargo no la resuelven de buena manera.

Una subcategoría que emergió fue la de **calidad de vida**: la influencia que la espiritualidad tendría en ésta es algo que el profesional puede vivenciar y observar a través de la disminución de síntomas y mejorando la relación que tiene el enfermo con los otros, debido a que el paciente tiene una mayor tranquilidad y paz, la que es transmisible a quienes lo rodean, sean familiares o los propios profesionales. Esta disminución de síntomas también estaría relacionada con la percepción del paciente sobre el apoyo que recibe. Como se ha señalado anteriormente, la teoría va en esta misma línea, señalando que las creencias espirituales, además de relacionarse con una sensación de sentido, se asocian con una mejor calidad de vida y salud mental (Rodríguez, 2006).

En pacientes que han rechazado en un inicio la enfermedad y posteriormente la aceptan, se observa una mejora en su calidad de vida. De acuerdo a esto, la teoría se refiere a los distintos estilos de afrontamiento, los cuales influirían en el pronóstico de la enfermedad; Moorey y Greer (1989, en Durá, Ibáñez 2000) señalan que el *espíritu de lucha* y la *negación* se relacionan con un mejor pronóstico referido al ajuste psicosocial, además de una mayor supervivencia.

La espiritualidad es vista como una dimensión que es capaz de entregar bienestar en las áreas en las que la medicina no tiene influencia y que pese a que exista sintomatología física, la espiritualidad eleva la calidad de vida de los pacientes, independientemente de su creencia. En relación a esto, es importante mencionar lo señalado por Pargament y Koenig (1997, en Yoffe, 2006) en relación al afrontamiento religioso, que considera que las creencias y acciones religiosas, independiente del tipo de credo, estaría relacionado con una mejor vivencia de la enfermedad y se valoran como una forma positiva de enfrentarse a situaciones estresantes.

Las terapias complementarias que están orientadas al desarrollo espiritual, a juicio de algunos profesionales influyen en una mejor calidad de vida. Si bien se ha señalado la relevancia de la espiritualidad en la calidad de vida, la teoría no se refiere directamente a la relación que ésta guarda con las terapias complementarias, sin embargo Jimenez (2005) da algunos indicios, señalando que el acceso a lo espiritual en la modernidad es abordado por la

medicina alternativa, ya que la medicina convencional ha prescindido de éstos aspectos en su práctica. En esta línea está el estudio de Araújo *et. al* (2008), referido al manejo de pacientes terminales y los beneficios que se obtienen usando terapias consideradas alternativas como la imaginería y la relajación.

Una subcategoría en este apartado es la **fortaleza**, es percibido por algunos profesionales que los pacientes con mayor desarrollo espiritual, presentan una elevada fortaleza en su enfermedad y esta misma permite salir adelante en instancias complejas como lo es una cirugía con alto riesgo vital. Además, señalan que la madurez espiritual determina la fortaleza del paciente y ésta permite no buscar la inmediatez de su mejoría, ayudando a que se produzca una mejor adherencia a los tratamientos, junto con una mejor calidad de vida. Como se ha mencionado anteriormente, desde la teoría, la espiritualidad otorgaría una sensación de apoyo y una vivencia de tranquilidad. Albaugh (2003); Ferrell et al (2003); Murray *et al.* (2004 en Rodríguez, 2006) al igual que Frankl (1988), mencionan que los momentos de crisis como lo es Cáncer, la espiritualidad influye en la forma de afrontar dicha patología y se asocia a una búsqueda de sentido de la enfermedad y de la vida.

Por último, los profesionales asociaron la espiritualidad como un eje central denominado **aceptación y sentido** de la enfermedad, independiente de la fase de ésta y otorgándole al paciente un sentido de vida desde la patología. Además cuando se encuentra el sentido a través de la espiritualidad, baja la afeción por la sintomatología propia de la enfermedad y los tratamientos, sin que estos malestares desaparezcan. En relación a esta percepción, Rodríguez (2006) señala que la mayor parte de los estudios se refieren a la importancia de la espiritualidad en la mantención de un bienestar psicológico, menor ansiedad, disminución de la angustia y los cuadros depresivos, lo que se relacionaría con una mejor calidad de vida. El sentido, por otra parte, como se ha mencionado anteriormente, permitiría establecer metas de vida, además de otorgar una sensación de continuidad de la propia historia.

La quinta categoría responde al quinto y último objetivo específico y es espiritualidad en pacientes, donde se abordó desde el conocer qué tan importante es para los pacientes la inclusión de la dimensión espiritual en los tratamientos médicos, junto con la manera en la que lo expresan desde la perspectiva de los equipos médicos que trabajan con ellos.

La primera subcategoría habla del **interés por espiritualidad**, donde algunos profesionales manifiestan que existen pacientes que manifiestan interés por el mundo

espiritual, mientras que hay otros que no, pudiendo nunca expresar una inquietud al respecto. Desde la teoría, Frankl (1999, en Rodríguez, 2006) señala que la espiritualidad afecta las decisiones más personales que las personas toman y que inclusive aquellos que no parecen religiosos, poseen una religiosidad latente, por lo que el interés no manifestado por algunas personas no implica la falta de éste.

Otros profesionales plantean que es posible percibir en el trato con el paciente, si tienen o no interés espiritual y si necesitan maneras para poder desarrollarlo. Desde esta perspectiva, los profesionales se han percatado que la aceptación de vida y enfermedad por parte del paciente los conecta con la espiritualidad, independiente de la creencia.

El paciente expresa este interés abiertamente en algunas ocasiones preguntando por terapias alternativas u otros medios que le pudiesen ayudar. Otra manera, es observando a los pacientes cuando interactúan entre ellos, en instancias grupales que la institución pueda ofrecerles, como charlas o espacios de encuentro. Algunos pacientes, por otra parte, manifiestan este interés espiritual a través de las figuras religiosas, buscándolas como apoyo en el proceso de su enfermedad.

Otros profesionales dan cuenta de que los pacientes nunca les han expresado el interés espiritual ligado a las creencias religiosas y que abordar éstas les parece algo riesgoso, debido a su falta de dominio frente a estas temáticas o bien pueden ser disímiles entre ellos y los pacientes.

Es percibido por varios de los profesionales, que si bien existe un interés por lo espiritual en casi todos los pacientes, éste no siempre tiene espacio para expresarse dada la urgencia del tratamiento y la falta de tiempo en las consultas médicas. Por otro lado, existen profesionales que no tienen seguridad que este interés se manifieste en los pacientes, pero de darse, los enfermos no se los expresan a ellos. Esta situación la explican desde la perspectiva que el paciente tiene la percepción de que su enfermedad es meramente física. Hay otros que perciben existe este interés en los pacientes, sin embargo, no es manifestado con ellos, ya que en consulta sólo se expresa la inquietud desde el ámbito biológico.

Los profesionales observan que la instancia de enfermedad los acerca más a la búsqueda de la espiritualidad que una persona sana, sin embargo hay gente que cataloga el abordaje de esta dimensión como algo innecesario. Esto último no coincidiría con lo expuesto desde la teoría, ya que de acuerdo a Nuñez et al (2011), las personas recurren a la

espiritualidad en momentos de crisis vitales y éstas otorgan un marco para comprender la enfermedad y, en pacientes en estados terminales de sus enfermedades, sus creencias les permiten encontrar consuelo, confiriéndoles seguridad y tranquilidad, por lo que sería importante dar este espacio de abordaje en pacientes oncológicos

Otra subcategoría refiere a las **formas de vivir la espiritualidad** y una de ellas sería que en algunos pacientes sus creencias influyen de forma negativa, limitando su actuar y yendo en desmedro de su calidad de vida, llegando al extremo de ir contra su vida. Formas de esto son vivir la enfermedad con incertidumbre, desde el temor, angustia o dolor, lo que puede mitigarse con una adecuada acogida del equipo médico a las necesidades del paciente. Freud (1927, 1961) señala que la religión es importante para la sociedad, sin embargo su acción pudiese ser negativa en caso de es de esclavizar al individuo mediante normas restrictivas que le impidan adaptarse a las condiciones de su proceso, en este sentido, algunas personas pueden vivenciar su enfermedad de forma negativa, experimentando pérdida de la fe, incertidumbre y desesperanza, sentimientos de culpa, así como una percepción de entrega y desamparo frente a la enfermedad (Nuñez et. al, 2011)

Otro aspecto que podría incidir en una vivencia negativa de la enfermedad, son las creencias culturales respecto al Cáncer, lo que incide en un mayor nivel de angustia experimentado por los pacientes. Junto con esto, el reenfoque de vida, no es siempre fácil debido a la valoración que hacen las personas de su historia vital. Este aspecto no está documentado acerca de la dificultad de ver la propia vida, sin embargo, es de gran relevancia considerar esta variable.

Hay profesionales que consideran que existen diversas formas que el paciente puede vivir su espiritualidad y que así él puede estar mejor, en mayor equilibrio, como por ejemplo, como un aviso, entregándoles un sentido distinto a su vida; con aceptación, considerando que este es también un proceso que afecta a los círculos cercanos del enfermo; y con paz, lo que haría especialmente una diferencia en pacientes terminales. A su vez, existe una sensación por parte de los profesionales de inquietud, debido a la falta de herramientas que poseen para acompañar en este proceso.

El vivir de forma auténtica su espiritualidad en su enfermedad, no tiene relación con sus creencias formales, es algo más profundo. Además, sin importar la creencia particular, existe la vivencia de algo superior que otorga apoyo y permite ver la muerte como un paso. Como se ha mencionado anteriormente, la teoría va en esta misma línea, considerando que si

bien la espiritualidad no es determinante en el curso de la enfermedad sí incide en la vivencia que se tiene de la misma y otorga una sensación de apoyo y acompañamiento a las personas.

Otra subcategoría es la de **entregar un espacio**. Varios profesionales consideran que para que los pacientes expresen este interés, es necesario que el profesional le dé un espacio a esta temática ya que, especialmente en pacientes terminales, al estar en un trance próximo a la muerte, la necesidad espiritual se activa. Señalan que el interés por lo espiritual es muy alto y logra expresarse en mayor medida cuando se da este espacio en instancias como las terapias complementarias. Si bien existe esta valoración por los espacios otorgados a la espiritualidad existen limitantes en este aspecto, como lo es el tiempo de consulta ya mencionado. Como se ha mencionado anteriormente, los teóricos plantean que el estar en etapas de crisis, como lo es un proceso de muerte activa las necesidades espirituales de las personas, haciendo relevante el abordaje de estas.

Es importante también la **valoración de la enfermedad**, donde algunos pacientes ven la enfermedad como un castigo, mientras que otros la perciben como una oportunidad y esto puede cambiar su perspectiva de vida, sobre todo en las etapas terminales de la enfermedad. Benito, Barbero y Payás (2008), señalan en este sentido que si bien existen necesidades espirituales que se activan con los diagnósticos críticos y que de no ser satisfechas o abordadas de forma adecuada, podrían relacionarse con sufrimiento, éstas no implican únicamente la falta de algo, sino que además se relacionan con las potencialidades que la persona posee, que pueden desarrollar o que se desea lo estén, por lo que estas instancias podrían ser también consideradas una posibilidad de crecimiento personal.

Desde la experiencia de los profesionales, hay algunos pacientes que se conectan con momentos felices de su vida que le permiten vivir su enfermedad, desde una perspectiva distinta, más espiritual. Por otro lado, existe en gran medida la idea de que esta enfermedad es muy negativa, por lo incierto de su pronóstico, esta visión está fuertemente asociada a la muerte y al sufrimiento y sería más frecuente en personas que no poseen creencias previas que le permitan percibir un apoyo en este proceso. Frankl (1999, en Rodríguez 2006) coincide con esta postura, valorando la vida espiritual de las personas como una instancia que les permite adaptarse de mejor manera y fijar una acción ante aquellas cosas que no se pueden modificar.

La valoración que el paciente haga de su enfermedad sería, para algunos profesionales, determinante en el pronóstico de ésta y en las posibilidades de tratamiento.

Otra conceptualización importante es el **sentido de la enfermedad**, para el paciente es necesario e importante conocer el porqué de la enfermedad y ésta

Algunos pacientes que se habían alejado de su espiritualidad con la enfermedad vuelven a tener una cercanía, lo que les permite cerrar ciclos y ver las cosas desde otra perspectiva. Este reenfoque de la enfermedad y la propia vida, permite conexión espiritual vista también como una desaceleración que también les permite preocuparse más de ellos, ya que como se mencionó anteriormente la crisis que supone la enfermedad de cáncer puede estar ligada a experiencias de aprendizaje el cual es, de acuerdo a los profesionales, es extensivo a los otros. Este proceso, permite que el profesional se acerque de forma más empática al enfermo. La literatura coincide en el re enfoque en la vida que produce una situación de crisis, conectando más con lo espiritual, fuertemente unido al encuentro de un sentido de vida (Frankl, 1988)

La enfermedad puede desencadenar la búsqueda de sentido produciéndose una mirada distinta de sí mismos, cambiando la perspectiva de su vida, sin embargo en algunos pacientes esto no ocurre. Además, independientemente del curso que tenga la enfermedad, esta vivencia de sentido otorga paz y plenitud, especialmente en las fases terminales de la enfermedad, más allá de lo medicamentoso. Se considera que este proceso entrega al paciente una mayor sensibilidad de sí y de quienes lo rodean, por lo que esta búsqueda de sentido puede también traer sufrimiento al desencadenar, por ejemplo, cuestionamientos referentes a la propia historia. En esta misma línea, los teóricos señalan que el sentido no es algo preconcebido, sino creado completamente por el individuo y que el significado que surja de una situación determinada dependerá de la coherencia interna y propósito de vida que se tenga en un momento dado Frankl (1988, 1991; Yalom, 1984 en Rodríguez, 2006), por lo que su incidencia en la valoración que hagan de su enfermedad depende de cada persona.

La última subcategoría habla de las **formas de comunicar la espiritualidad**, donde se mencionan distintas maneras de abrir estos espacios en la consulta desde los pacientes, lo que depende de su forma de ser.

Una manera de hacerlo es decírselo abiertamente a los profesionales, otra es solicitando la presencia de personas ligadas a sus creencias religiosas. La mayor parte de las ocasiones, no es algo que sale espontáneamente del paciente y para abordarlo es el profesional quién da la instancia, esta situación, podría deberse a que los pacientes llegan con una predisposición a no hablar de estas temáticas con el médico.

Los profesionales observan que la inquietud que provoca la enfermedad, lleva a sus pacientes a plantearles esta búsqueda espiritual, muchas veces relacionada a creencias religiosas, sin embargo esto no ocurre siempre. Señalan también, que el hablar de Dios en el contexto médico a los pacientes les cuesta, debido a que es una situación en la que estas temáticas no tienen un espacio.

La sexta categoría referida al objetivo general de la investigación, es Lugar de la espiritualidad para los equipos médicos.

La primera sub categoría dice relación con **Inclusión espiritualidad**, donde hay profesionales que consideran la inclusión de esta dimensión en los tratamientos médicos como algo no necesario, debido a que en su vida la espiritualidad tampoco revierte algo relevante. Sin embargo ante situaciones límites en lo médico, estos profesionales recurren a un ser superior, con fin de encontrar tranquilidad en su proceder. Si bien en la literatura no se documenta en detalle lo planteado por algunos de los profesionales, este pensamiento tiene relación a lo planteado por Florenzano (2010), respecto a que la visión de la medicina moderna ha dejado relegada la dimensión espiritual, viendo todo desde una perspectiva biologicista y desde esta perspectiva es comprensible la postura de algunos profesionales, sin embargo, esto va en contra de los postulados de la Psicooncología donde autores como Rivero *et. al* (2008), plantean es de suma relevancia la inclusión de la espiritualidad en el tratamiento de pacientes oncológicos, área en la que se están realizando diversos estudios que dan cuenta de la utilidad de este ámbito del ser humano. Por lo que si bien es comprensible la postura de algunos profesionales de no darle relevancia a la espiritualidad, desde la investigación empírica y teórica, esto no tiene cabida. Por otro lado Benito, Barbero y Payás (2008), plantean que la espiritualidad responde a necesidades que van surgiendo en la vida de las personas, sobre todo en momentos de crisis vital, lo que puede explicar el por qué una persona que no posee creencias espirituales, acude a un ser superior en momentos de dificultad.

Otros profesionales por el contrario, consideran es importante la inclusión de la espiritualidad en los tratamientos, pero que es necesario primero derribar creencias culturales que impiden la espiritualidad sea abordada en estos contextos y que junto con esto, las instituciones hagan oficiales a los grupos que entregan ayuda espiritual a los pacientes. Lo anterior es visto como una necesidad por parte de algunos profesionales de los equipos médicos de los pacientes oncológicos, respecto a salir del dualismo anteriormente descrito, la literatura plantea es importante la inclusión de esta dimensión, ya que es útil para los pacientes sobre todo en su calidad de vida. Quiceno, Vinaccia (2009), en una revisión de

estudios que llevaron a cabo, dan cuenta que los de espiritualidad y salud referidos a la percepción que tienen los enfermos de la calidad de vida, los efectos de la inclusión de la espiritualidad en las intervenciones fue beneficioso para los pacientes.

Para algunos profesionales es visto como imprescindible incluir la espiritualidad dentro del tratamiento médico, dado que la enfermedad está ligada a lo emocional y esto a su vez, a lo espiritual. Como lo propone Seeman *et. al* (2003 en Taha N. *et. al* 2011), quien dice de acuerdo a las diversas investigaciones, se ha logrado corroborar que hay vías biológicas que funcionan como intermediarias entre la espiritualidad y una gran gama de patologías médicas, por lo que el abordaje de la espiritualidad debe ser una intervención psicosocial en el tratamiento de cuadros médicos y mentales, coincidiendo con lo planteado por los profesionales.

Sin embargo otros no le ven mucho espacio a esta dimensión en su labor, que la ven más técnica, y la espiritualidad no es vista como un arma terapéutica o una manera de aproximación al paciente. La literatura utilizada en esta investigación no da cuenta de la diferenciación de ciertas labores médicas que son vistas como más técnicas, sin embargo y de acuerdo a lo planteado por Frankl (1999, en Rodríguez, 2006), lo espiritual está siempre manifestándose, aunque sea de forma inconsciente, por lo que su inclusión en medicina no necesariamente requiere de un uso técnico como otros procedimientos. En este aspecto no hay coincidencia entre los planteamientos.

También se percibe desde los tratantes, que en aquellos pacientes que están en fases más avanzadas de la enfermedad sería importante la inclusión de la espiritualidad, porque es vista como una ayuda, sobre todo por los beneficios que ésta tiene en la calidad de vida de las personas. Lo que es avalado por los estudios de Nuñez *et. al.* (2011), entre otros, en los que la espiritualidad y religiosidad, o religión entregan un marco para comprender la enfermedad, las situaciones de crisis y las pérdidas como la muerte, donde personas que se encuentran en estados terminales de sus enfermedades, encuentran consuelo en sus creencias, confiriéndoles seguridad y tranquilidad.

Además existiría una diferencia entre las áreas de tratamiento, por ende en los diferentes desempeños de los profesionales, donde en el área quirúrgica pareciese tener un rol menor que en otras. Este aspecto no es documentado en la bibliografía revisada, por lo que se hace sumamente relevante hacer investigaciones que apunten al desempeño e inclusión de la espiritualidad de acuerdo a la unidad de tratamiento.

Otra mirada es que pese a la dificultad que existe en medir o comprobar científicamente la espiritualidad, a percepción de los profesionales, efectivamente esta ayuda a estar mejor, por lo que es necesario incluirla en los tratamientos en forma complementaria, no reemplazando los actuales tratamientos. Existe una coincidencia con la literatura en el ámbito del abordaje de la espiritualidad desde las terapias complementarias, donde no se busca reemplazar los tratamientos convencionales como es el estudio realizado por Araújo *et. al* (2008), acerca del dolor espiritual en pacientes terminales y la elaboración de nuevos significados a través de la intervención de relajamiento, Imágenes mentales y espiritualidad (RIME). Esto es la *“integración de las técnicas de Relajamiento Mental y Visualización de Imágenes Mentales con los elementos que constituyen la cuestión de la Espiritualidad, que fue desarrollada con el objetivo de dar un nuevo significado al Dolor Simbólico de la Muerte y del Dolor Espiritual de niños y adolescentes y de adultos”* (p. 960).

Existe la visión que la medicina por mucho tiempo dejó relegada la dimensión espiritual y que ocasionalmente era abordada de acuerdo a los intereses particulares del profesional. Hoy en día la importancia de la espiritualidad ha cobrado mayor relevancia, pero el tiempo de las consultas médicas limita su abordaje. La inclusión de la espiritualidad por mucho tiempo según Florenzano (2010), quedó alejada de la medicina y en la actualidad ha ido tomando relevancia integrándose como documentan autores como Yoffe (2007), sin embargo, en el marco teórico de esta investigación no está documentada algo respecto a la duración de las consultas médicas.

Otro impedimento que vislumbran algunos profesionales para que la espiritualidad sea en mayor medida integrada al ejercicio médico es la falta de evidencia, dada la dificultad que existe para medirla, al igual que ciertos indicadores psicológicos como la emoción. A diferencia de lo planteado por algunos de los profesionales, en la literatura no se documenta esta situación, por el contrario se están realizando cada vez más investigaciones referidas a la espiritualidad, salud y especialmente relativas al cáncer como los estudios realizados por Underwood, Shaikna y Bakr (1999 y Taylor (2001, en Rodríguez, 2006), sin embargo autores como Quiceno, Vinaccia (2009), Araújo, *et. al.* (2008), Moreira-Almeida, Koenig, (2008), Penna, Avezum (2007), Peres M. *et. al* (2007), plantean que no hay consenso respecto a cómo ayuda, en qué medida y en qué ocasiones, sin embargo la mayor parte de los estudios la considera como un factor protector, sin embargo es necesaria a juicio de los autores revisados que continúe la investigación acerca de estas variables.

El siguiente punto, se refiere a las **maneras de incluir la espiritualidad**, en las que algunos profesionales consideran que el abordaje de la espiritualidad es importante en el tratamiento de los pacientes, pero no sólo desde la medicina formal, sino que incluyendo terapias no convencionales, estas terapias inciden en la calidad de vida del paciente, se relacionan con el cariño a sí mismo y la conexión con un ser superior que da apoyo y fe para sobrellevar el momento de vida de la enfermedad. Esto es observable para los profesionales, por el hecho que cada vez más pacientes asisten a estas terapias. Existe concordancia con lo planteado por Araújo *et. al* (2008) y su estudio referido a RIME mencionado anteriormente, donde plantean la importancia de la inclusión de terapias complementarias, ya que estas tienen beneficios en lo emocional y espiritual por la enfermedad de cáncer en todas estas manifestaciones el otorgamiento de un nuevo sentido a la enfermedad y a la muerte desde la espiritualidad, a través de esta técnica, ayudó a los pacientes en forma positiva aumentando su bienestar psicológico y su calidad de vida.

El lugar que le otorgan a la espiritualidad los equipos médicos, sería a través del establecer un contacto con las necesidades del paciente más allá de lo médico, visto desde una perspectiva como necesidades de consejo personal, en forma más cercana. Rodríguez (2006), revisa diferentes estudios respecto a espiritualidad y Cáncer, donde hay algunos como el de Moadel y cols. (1999), en el que determinaron las necesidades espirituales de este tipo de pacientes, destacaban vencer temores, encontrar esperanza, encontrar sentido de la vida, entre otros. Y para Jiménez (2005), la espiritualidad responde a tres necesidades; la primera es encontrar sentido a la vida, la segunda es la esperanza o voluntad de vivir y la tercera necesidad es tener fe o creer en sí mismo, en los demás o en un ser superior. Hay una coincidencia con los profesionales, pero estos destacan que la manera de contactarse con estas necesidades es a través de una actitud cercana con los pacientes.

Sin embargo, otros profesionales destacan que la manera de incluirla, no es sólo mediante la relación con el paciente, sino también a través de un abordaje académico ligado a la investigación, con fin de dar sustento desde esta perspectiva a la espiritualidad. Relacionado con esto, es que se documenta en la bibliografía de esta investigación variados estudios donde se realiza esta área importante en medicina, por lo que la necesidad de algunos profesionales, se ve reflejada en las investigaciones.

Para algunos es vista la forma en la que se incluye la espiritualidad en relación con el estilo personal de los profesionales, algunos lo enfocan fuertemente desde lo religioso, lo que no es compartido por todos los integrantes del equipo médico como la mejor manera de

incluirla, debido a que este tipo de abordaje lo ven como hacer un tipo de proselitismo con el paciente, sesgándolo y pudiendo pasar por encima de sus creencias. Esta duda de algunos profesionales, acerca de la inclusión de la religión, tiene asidero también en los estudios como muestran Florenzano, (2010), Penna, Avezum, (2007), Peres, Quintana, Silva, André, (2007), Quiceno y Vinaccia (2006), Rodríguez (2006), Yoffe (2007), donde se busca si la inclusión de estos ámbitos son positivos o no lo son, en qué casos actúan como factores protectores ante determinadas situaciones vitales estresantes y la importancia de la búsqueda de sentido ante estas enfermedades o momentos de vida complejos para un individuo, así como la importancia que tienen en la calidad de vida de pacientes con patologías crónicas y en estados terminales. Estos trabajos son del campo de la Medicina y de la como de la Psicología.

El abordaje para algunos debiese hacerse desde áreas o equipos institucionalizados, dentro de las corporaciones oncológicas, pero no bajo el concepto de consulta médica, sino que su abordaje sea a través del mejoramiento de la calidad de vida, incluyendo por ejemplo el arte como una manera de contactarse con la espiritualidad y que a su vez tiene relación con el concepto de calidad de vida. Desde lo planteado por Frankl (1988) y las formas de encontrar el sentido, las formas creativas, donde está incluido el arte, es una buena manera de contactarse con la espiritualidad y de incluirla en la vida. Esto tiene relación con lo dicho por los profesionales de abordar esta dimensión desde instancias fuera de la consulta médica, dentro de las instituciones.

Existen profesionales para los que la forma de abordarla es en la relación con el paciente, no como parte del tratamiento propiamente, sino que debe estar formando parte del apoyo que se le puede ofrecer al enfermo. En el marco teórico de esta investigación no hay documentación acerca de la relación médico paciente, sin embargo, y considerando lo dicho por Carranzana (2003), Boric (2000), un aspecto relevante del hombre es que, en su relación con el ambiente, el ser humano tendría una tendencia intrínseca hacia el crecimiento y la expansión personal, lo que se manifiesta en la búsqueda de mayores niveles de bienestar. Por lo que al estar en su entorno, el médico es parte activa en la relación con el paciente y acompañarlo incorporando la espiritualidad, por lo que se entiende esta perspectiva de los profesionales de cómo integrar esta dimensión con los enfermos.

También es visto el abordaje de lo espiritual de forma más implícita, aclarando dudas de los pacientes referidas al tratamiento, la enfermedad, el futuro, yendo a los ámbitos más concretos, no aludiendo directamente a la dimensión inmaterial, sin embargo esta forma de ser más concreto, no implica una relación de frialdad con los pacientes, sino disminuir su

ansiedad desde la información médica. Esto se condice con uno de los objetivos de la Psicooncología que es entregar información al paciente y su entorno con el fin de bajar la angustia y ansiedad que se produce por esta enfermedad (Rivero R., et. al. 2008).

Las siguientes categorías fueron emergentes, y dada su relevancia se incluyeron pese a no ser el foco de los objetivos de esta investigación directamente. Por esto, es que no todos los resultados obtenidos del análisis en estas categorías cuentan con una comparación con el material de revisión teórica de esta investigación, sin embargo, son elementos relevantes a considerar para futuras investigaciones y lineamientos respecto al abordaje de la espiritualidad en este ámbito médico.

La séptima categoría es la concepción de medicina, donde se exploraron las distintas percepciones que tienen los entrevistados acerca de la medicina, el rol de los profesionales de la salud, la valoración de su propio trabajo y la diferenciación que existe entre las distintas unidades de las instituciones oncológicas.

La primer subcategoría de este apartado es la **visión de medicina**, donde para algunos profesionales la práctica médica debe basarse en la evidencia científica, que es la que entrega las herramientas e información para tomar las mejores decisiones y en esta visión la espiritualidad no es algo que tenga cabida. Esta idea es percibida por estos profesionales como algo mayoritariamente compartido y que proviene de los preceptos de la ciencia, los que impiden a algunos profesionales que ven lo que está más allá de las explicaciones médicas y físicas, que es lo espiritual, puedan darle cabida por ir en contra de la estructura médica, la que tiene una forma de explicar los fenómenos, a través del modelo de causa–efecto. Y por esto en el ejercicio del trabajo la espiritualidad no tendría cabida y de estar presente, queda relegada a un espacio privado.

Para otros profesionales el hecho de que algunos pacientes vean el cáncer como algo externo, tiene que ver con esta visión de medicina, sin embargo, en oncología esta mirada causalista es insuficiente y la mayoría de los pacientes tendría conciencia de esto, que el cáncer es un fenómeno multifactorial, ligado a cosas que tienen que ver con la propia vida, genética, ambiente, pero que sin embargo otra persona bajo condiciones similares no genera la enfermedad y la medicina debiese ocuparse de eso, puesto si no lo hace es probable que vuelva a aparecer en esa persona el cáncer en un futuro próximo. Esta perspectiva coincide con lo que menciona Florenzano (2010) y Jiménez (2005), que describen la mirada moderna de la medicina como una visión del hombre antropocéntrica, donde el abordaje del mundo

espiritual queda relegado a un plano popular, siendo el centro de interés de la medicina el mundo físico y su base, la perspectiva científicista de aquello que está sujeto a comprobación empírica. Pese a esto, en la actualidad existen autores que cuestionan esta visión de ser humano, buscando integrar áreas que han quedado históricamente escindidas, como el alma (Hume, 2001 en Florenzano, 2010) y que es un error abordar sólo algunas de sus partes, pues todas sus dimensiones están íntimamente ligadas.

En este sentido, algunos profesionales coinciden con estos cuestionamientos, yendo más allá de la visión convencional de la medicina, considerándola un acto de amor, cuya misión es aliviar el dolor del paciente más allá de lo físico. Desde esta misma perspectiva a los profesionales les parece importante que el paciente vivencie el tratamiento sin una carga negativa, sin malestar, que el acudir a tratarse sea visto como una instancia placentera.

Esta visión de medicina, que abarca más allá de lo físico, lo espiritual es lo más importante, pese a que se ve dificultada su inclusión por la urgencia del tratamiento médico y los tiempos de consulta, yendo en desmedro de hacerse cargo de lo más esencial de la persona, que es su espiritualidad.

La inclusión de esta dimensión debe ser de forma paulatina, tanto para los profesionales que conforman los equipos médicos de pacientes oncológicos, así como para estos últimos, ya que integrar el aspecto espiritual en salud no es fácil dadas las condiciones normativas en que se trabaja y por otro lado el abordaje mismo con los pacientes no es de un momento a otro, debido a que depende de cómo esté afrontando su enfermedad, su forma de ser y sus creencias previas. En este sentido, parece importante conocer y respetar los tiempos que el enfermo tenga para poder ir ahondando en esta dimensión con él, ya que algunos a modo de defensa prefieren no tratar los temas más trascendentales y otros están abiertos a abordarlos si se les entrega un espacio, y esa debiese ser la dirección que siga la medicina. La psicooncología coincide con esta percepción, que la calidad de vida y bienestar psicológico de los pacientes es un concepto subjetivo, donde cada dimensión (física, psicológica, social y espiritual) es más o menos importante dependiendo de la persona y difiere en distintas instancias de su vida y, específicamente en pacientes oncológicos, en distintos momentos de su enfermedad (Caqueo-Urizar A., Úrdua A., 2012).

El trabajo de lo espiritual debe darse tanto en la esfera profesional como personal, y se considera que es importante el reconocerla por todos los profesionales que trabajan con pacientes, pues el trabajo espiritual trasciende los límites del ejercicio médico o laboral, yendo

al desarrollo como personas. Además, consideran que si no se trabaja en el ámbito personal, no se va a poder abordar adecuadamente al paciente y para esto es importante capacitación al personal de salud, donde se sugiere que es necesario concientizarlos de la diferencia conceptual entre espiritualidad y religión. Por otro lado, esta formación no sería suficiente si sólo queda relegada al dominio teórico, sino que debe ser incorporada como parte de la vivencia cotidiana, lo que repercutiría, a juicio de los profesionales, en una mayor empatía por el otro, cercanía con las personas, mayor respeto.

Jimenez (2005), señala que la visión científicista desde la cual se basa la medicina en la actualidad, además, que producto de esta visión, la mayoría de las personas perdieron el acceso a la sabiduría que proviene del ámbito espiritual y quienes ejercen la medicina, en su formación se ven imposibilitados de acceder a este cuerpo de conocimiento, no pudiendo hacerse cargo de ciertas situaciones debido a su falta de preparación. Desde esta postura, coincidente con la percepción de los profesionales, es que éstos señalan que para que se lleve a cabo esta visión más amplia de la medicina, es necesario que se inculque lo espiritual desde la formación académica, ya que de no ser así, posteriormente en el profesional puede manifestarse un rechazo a mirarse a sí mismo desde esta perspectiva y acceder a la esfera espiritual provocaría temor en quienes no la han considerado como parte de su vida íntima. De esta manera, la inclusión de la espiritualidad en los tratamientos se ve dificultada, pues está relegada a una motivación personal de cada profesional, quedando en un nivel muy etéreo, ambiguo, donde incluso no existiría un lenguaje común sobre estas temáticas entre los mismos profesionales.

Resulta importante también que los profesionales vean a la persona como un ser integral con necesidades por sobre lo médico, mirada compartida por la psicooncología, señalando que la incorporación de la esfera espiritual en los tratamientos de pacientes oncológicos es algo de suma relevancia (Almanza y Holland, 2000), por lo que lo espiritual debe incluirse en lo cotidiano como cualquier otro procedimiento, ya que cualquier persona que atraviese por una enfermedad requiere de este tipo de apoyo, y en caso de no poder hacerse cargo de algún aspecto del paciente, poder derivarlo si no se está preparado para abordarlo. En este sentido, algunos profesionales consideran que todos los pacientes debiesen pasar por el apoyo espiritual, a través la psicología, psiquiatría o instancias de medicina alternativa.

En la claridad de qué es lo más importante en el cuidado de los pacientes, que su bienestar pasa por sobre los tratamientos medicamentosos, es que se puede llegar a tener una

conexión profunda con ellos, percatándose de que existe algo que es mayor, intangible, que es la esencia de la persona en sí y de esta manera poder ayudarlos.

Si bien es importante la inclusión de la espiritualidad en la medicina, hay que tener en cuenta que no todos los profesionales pueden abordarla de igual manera y con la misma profundidad, dado limitaciones personales, el tiempo que tienen para la atención y también del trabajo que desempeñan en las distintas unidades.

La siguiente subcategoría habla de las **carencias** de la medicina actual, la que suele basarse sólo en investigaciones, dejando de lado la expertise del profesional y también la preferencia del enfermo. Los profesionales señalan que tanto la filosofía como la medicina deben estar basadas en estos tres aspectos, ya que la forma actual de abordaje va en desmedro de un buen tratamiento.

Se considera otra carencia el no considerar a la espiritualidad como parte importante de la medicina, siendo vista como un área que se debe desarrollar y otorgar el espacio que requiere de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

A pesar de que se han hecho avances en el abordaje de la espiritualidad, a través de entregarle herramientas al paciente y a los profesionales mismos, hay condiciones que no permiten abordar la espiritualidad de los pacientes, como lo son el tiempo y un espacio determinado para la espiritualidad. Esta falta de tiempo es percibida por los profesionales en desmedro a su relación con el paciente, pues existe una alta valoración de la escucha, ahondar en cómo están, qué pasa con sus vidas en general, lo que es visto como beneficioso en el tratamiento. Ante esta dificultad es importante la experiencia de los profesionales y el ser capaz de detectar las necesidades espirituales de las personas. Además el tratamiento del cáncer es visto como algo urgente, quedando relegada la espiritualidad a un segundo plano por priorizar el manejo de lo físico y es por estas dos condiciones que tratar lo espiritual es percibido como un lujo.

La falta de espacio que se le da a esta dimensión produce que sólo algunas personas de los diferentes equipos, motivadas por su propio interés, aborden la espiritualidad de manera aislada, existiendo la idea de que hay una gran mayoría que no la incluye. Sin embargo, y pese a todos los contratiempos, en una de las fundaciones los profesionales encuentran un lugar en el que hay un cierto interés por esta dimensión y se valora como algo positivo.

Esta falta de espacio a la espiritualidad es algo visto como un impedimento que pone a la sociedad y en mayor medida el contexto de salud, en el que el trato de los profesionales a los pacientes no se realiza siempre de buena forma, dándoles el espacio, aclarando sus dudas, etc. Es un problema social primeramente, en que ésta no se ha hecho cargo de lo excluido que tiene a la dimensión espiritual y que ha sido derivado esto también a la medicina, por la poca conciencia que existe de su importancia, siendo necesario su desarrollo, yendo de lo más básico a los aspectos más elevados y complejos de lo espiritual.

El desconocimiento que tienen los profesionales de los equipos de pacientes oncológicos acerca de la espiritualidad, produce un cierto temor impidiendo así su abordaje. Son muchos que la ligan a la religión e intentan no abordarla para no pasar a llevar las creencias de los pacientes o porque no se sienten suficientemente informados respecto a las distintas creencias. En este sentido, si bien la religión es una parte de la espiritualidad, no la es en sí, por lo que esta concepción actuaría como limitante para dar espacio a estos aspectos.

Existe una percepción negativa desde algunos profesionales, sobre el hecho de que las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes sean abordadas sólo desde la farmacología, desde la psiquiatría, debido a que se produce un aplanamiento del paciente sedándolo sin ahondar en lo que requiere.

En medicina se ocupan conceptos como “calidad de vida” que son muy amplios y requieren de un conocimiento extenso del paciente que va más allá del tratamiento convencional, como lo es conocer su grupo familiar, su funcionamiento y el cómo está en ese contexto. Los profesionales perciben la falta de un lenguaje común respecto a estas temáticas que les permita abordarlas concretamente.

Pese a que existen ciertas instancias como las charlas, no son adecuadamente aprovechadas por los pacientes, manifestándose esto en un número bajo de adherentes, sobre todo las que hablan de apoyo psicológico, dando cuenta de que es una necesidad grande en los pacientes el espacio, pero que a su vez no es aprovechado por éstos.

La siguiente subcategoría habla de las **necesidades** de la medicina, donde es importante que para poder llevar a cabo el abordaje de la espiritualidad, los profesionales deben tener una visión similar acerca de esta temática, para lo que es necesario tener instancias de reunión, de sociabilización en las que se hable de esta dimensión, planteando la visión de ser humano que se tenga, las necesidades de los pacientes. Otra manera de

realizarlo, es mediante charlas y reuniones con gente experta que sea externa al equipo médico, dando el espacio a que se pueda hablar de la espiritualidad, diferenciándola de la religión, pero motivando a los profesionales a que tengan un acercamiento a esta dimensión y quienes deseen desarrollarla en mayor medida puedan hacerlo y profundicen en ella, saliendo del miedo que provoca e incorporándolo en la normalidad de lo cotidiano.

Una necesidad que manifiestan los profesionales para su bienestar, es contar con instancias donde puedan compartir su vivencia con otros pares, desde la salud mental, conversando y compartiendo que el sufrimiento producido por momentos en este tipo de trabajo, es compartido por otros, concientizándose también de las necesidades múltiples que el enfermo tiene. En este ámbito, es necesaria una mirada más transversal entre los equipos médicos a modo de no perder ellos también los espacios de espiritualidad, debido a que si no pueden lidiar o ver las necesidades de su equipo, tampoco podrán ver ni hacerse cargo de las de los pacientes. La pérdida de estos espacios en el contexto médico produce que el profesional sienta la falta de ésta al enfrentarse a los momentos difíciles de los pacientes o los propios.

Como se mencionó anteriormente, el tiempo es visto como algo necesario para poder escuchar al paciente y verlo de forma integral, ya que en ocasiones la sola escucha de lo que le sucede puede aliviarlo y le da un alivio espiritual. Esta percepción es apoyada por la valoración que expone Font (2000, en Bravo, 2001) en relación a la escucha, donde señala que una buena comunicación médico-paciente, permite a éste último percibir un mayor interés por parte del profesional, lo que repercute en una sensación de mayor apoyo social además de contribuir en aspectos psicológicos como el aclarar dudas y disipar miedos con respecto a su enfermedad y, por otra parte, le permite al profesional acceder a las creencias y estilos de vida del paciente previos al diagnóstico de Cáncer, lo que le otorga herramientas para un mejor abordaje clínico.

Algunos profesionales manifiestan la necesidad de contar con personal capacitado para entregar apoyo espiritual y esto debe ser hecho de forma institucionalizada, apoyando al paciente sin la religiosidad de por medio y de hacerse que sea en forma leve, pero que comprenda al paciente y que pueda tener mayor dedicación a este ámbito, dado que el personal médico cuenta de muy poco tiempo para hacerlo. Respondiendo a esta misma necesidad es que se espera que las instancias que existen para abordar la espiritualidad entreguen resultados a la institución, para que esta de más cabida a esta área. Pese a estos espacios entregados, algunos profesionales consideran que se requieren más instancias desde

la institución para la inclusión de la dimensión espiritual, como por ejemplo con talleres, en los que se toquen estas temáticas.

La siguiente subcategoría refiere a la visión que tienen los equipos médicos del **rol del profesional**, en donde algunos consideran que su quehacer va más allá de lo convencional y que su rol está ligado a abordar áreas no tangibles de distintas maneras, salir del ejercicio puramente técnico de la medicina. Esta perspectiva del rol se relaciona con una inquietud personal por lo que está más allá de lo físico y está ligado con los conceptos de vida que posean.

También es vivido este rol como cercano a los pacientes, lo que implica un acompañamiento de este y una comprensión de todos los aspectos de su vida, para lo cual el profesional tiene que haber desarrollado su espiritualidad previamente.

Una forma de acceder a estos espacios es mediante la escucha y a través de esta tocar los temas que para el enfermo son relevantes, además algunos profesionales valoran las terapias alternativas como forma de abordar los aspectos espirituales del paciente, donde se logra una profundidad mayor. Esta búsqueda de lo espiritual a través de la medicina alternativa, respondería a lo señalado por Jimenez (2005) donde señala que es ésta, debido a que la medicina convencional deja fuera de su abordaje a la espiritualidad, quien la incluye dentro de sus bases y le permite a los pacientes tener el espacio para acceder a esta.

Este perfil del profesional, permite que se forme un vínculo más profundo con el paciente, dando espacio a que éste se manifieste y haya una relación más humana, en la que se conocen otros aspectos de la vida y creencias de las personas, siendo de gran relevancia esta visión del rol en algunas unidades como en paliativos.

Los profesionales también consideran que para todos los pacientes y los oncológicos especialmente, es necesario que quienes conforman el equipo médico puedan acoger las necesidades espirituales de los enfermos a través de la escucha, lo que desencadena el ver la vida de otra forma, el acercarse al paciente de manera más completa que aquel que se ciñe netamente a lo técnico. Esta escucha del paciente a su vez requiere más tiempo invertido en la consulta, y junto con eso la detección de las necesidades a través de una actitud más cálida y de escucha, es algo que se va adquiriendo con los años y esto, de acuerdo a los profesionales, es muy importante de considerar en la relación. Por esto, como se han mencionado anteriormente, es que es necesario que la espiritualidad se empiece a trabajar desde la

formación académica, para que así al momento de enfrentarse en el ejercicio profesional, ya sea algo más integrado a su quehacer y una manera de incluir la espiritualidad en la formación es a través de la ética, la filosofía, más que por el lado religioso. Pero, ya sea a través de la formación o de un trabajo personal, los profesionales deben tener claridad de qué es para ellos la espiritualidad, para poder identificarla en los pacientes, sin la necesidad de ser un profesional de la salud mental.

También los valores provenientes del trabajo espiritual como la honestidad, que serían beneficiosos para la relación con el paciente, debiesen ser trabajados en el profesional previamente en su vida personal.

A juicio de algunos profesionales es importante considerar que como tratantes no pueden estar ajenos al proceso que está viviendo esa persona, ya que con la enfermedad oncológica la familia también se ve afectada, por lo que el profesional debiese tener una relación más humana, acompañándolo con otra profundidad. También este acercamiento más auténtico, conlleva la responsabilidad de tener las herramientas para acoger las distintas necesidades del paciente, puesto que si no se tienen se pudiese hacer un daño al enfermo, y vuelve a ser relevante un trabajo constante para poder abordar al paciente de la manera en que más la necesita, como es solo escuchar.

En aquellos profesionales que incursionan en terapias complementarias no es posible separar el ejercicio médico de este otro quehacer, por lo que consideran siempre la espiritualidad en su abordaje.

Otro aspecto del rol, es el ser un guía y un pilar para el enfermo en su proceso, para lo que es necesario que el propio profesional tenga seguridad en sí mismo. El rol desde aquí es capacitar al enfermo para que éste afronte las causas de la enfermedad para encontrar su mejoría y también la confianza que le transmite el profesional al enfermo, le permite vivir a éste las etapas de su enfermedad de manera más tranquila.

Por otro lado, algunos profesionales consideran que el rol del médico es más bien técnico, explicitándole al paciente en forma muy detallada el fenómeno biológico que le ocurre, sin abordar lo espiritual. En este sentido hay ejercicios de la medicina que son extremadamente técnicos y concretos, lo que a juicio de algunos profesionales la espiritualidad por su característica de inmaterial queda excluida. Desde esta perspectiva, existen profesionales que si bien consideran que lo biológico es lo primordial, abordan la

espiritualidad a través del aconsejar al enfermo de qué hacer con su vida y así éste tiene una mejor adherencia al tratamiento.

Algunos entrevistados, reconocen sus limitaciones en el actuar, valorando la individualidad de cada paciente, trascendiendo las estadísticas existentes. En este caso sería el rol del profesional llevar al paciente a comprender la evolución de su enfermedad en relación a las causas que la originaron, tratando de eliminar prejuicios que tienen con la enfermedad y eliminar mitos que influyen en su estado de ánimo. Ligado a esto, la figura del profesional es relevante al momento de que el paciente encuentre sentido a la enfermedad y pueda generar cambios que sean beneficiosos para él, satisfaciendo sus necesidades en ese momento de alta vulnerabilidad. El reconocer el límite de su acción, no va en desmedro del acompañamiento que pueden brindar a los pacientes.

Otro aspecto a considerar para el ejercicio del rol es que los profesionales se hacen cargo del sufrimiento de las personas, más allá de su pronóstico, es decir, si van a superar la enfermedad o no. Para esto es necesario que el profesional esté pendiente de los distintos momentos de tratamiento aunque él no esté a cargo de ellos directamente, acompañando al enfermo en todo su proceso.

Finalmente existe una visión de que todos los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos son sensibles a sus necesidades espirituales, sin embargo no todos las manifiestan y es necesario llevar esta sensibilidad al ejercicio del rol en lo cotidiano.

La siguiente subcategoría habla de la **valoración del propio trabajo** que hacen los profesionales, algunos de ellos perciben el trabajo en oncología más útil que con otras patologías. Además de lo anterior, el trabajo produce un constante aprendizaje, una tranquilidad al serle útil al paciente, satisfacción por el agradecimiento de este y en ciertos momentos también es angustiante y frustrante, por la complejidad que revierte y el hecho de que pese a los esfuerzos y conocimientos que se tienen hay situaciones que rebasan estas habilidades.

Se percibe también el trabajo con estos pacientes como un desafío y se valora la relación que se da con ellos, por las características particulares de este grupo de enfermos.

El trabajo que se realiza con los pacientes y la elección del mismo, tiene que ver con características y motivaciones personales de los profesionales.

Existe la percepción de que el abordaje de la espiritualidad en el ejercicio profesional es invisible para los otros y que es necesario que sea reconocido por los demás integrantes del equipo médico.

Algunos profesionales se ven como instrumento para ayudar a los enfermos, donde ellos poseen habilidades técnicas que ponen al servicio de la mejoría de las personas.

La última subcategoría de este apartado plantea la **diferenciación de unidades**, en donde dependiendo de la unidad oncológica, se aborda la espiritualidad en mayor o menor medida, siendo posible acudir a otra que la aborde más de ser necesario con algunos pacientes, como es el caso del equipo de paliativos. Otra unidad que se percibe por las demás, que trata estas temáticas es la de la salud mental. También algunos profesionales valoran la inclusión de la salud mental dentro de las diferentes unidades y no como algo aparte. En la unidad de paliativos, el trabajo con el paciente terminal es vivido como algo muy duro y que, sin embargo, estos enfermos pueden enseñar muchas cosas. En profesionales de este equipo, la espiritualidad del paciente es vista como algo fundamental en su tratamiento, mediante el acompañamiento desde el profesional y el incentivar la propia espiritualidad del enfermo. El grupo de paliativos, es reconocido por profesionales de otros equipos como un grupo en el que se trata mayormente la espiritualidad, por el hecho de trabajar con pacientes terminales, que son vistos como más límites, lo que llevaría a incluir la espiritualidad en forma más natural y que debido a lo duro de este trabajo, los profesionales de paliativos requieren más apoyo por parte de los demás tratantes y desarrollar mayormente su espiritualidad, debido a que las necesidades de los pacientes pueden rebasar sus capacidades.

Por otro lado desde el equipo de paliativos, se percibe que otras unidades abordan poco la espiritualidad y que el tipo de paciente que ellos tienen les ha llevado a tener una apertura mayor saliendo de los límites de lo meramente físico, siendo los mismos pacientes quienes enseñan existe esta dimensión, y al acceder a este mundo interno hay que hacerlo sin juzgar, pudiendo ver cómo está esa persona con su vida, visto en forma global, no separándolo por áreas de conocimiento (psicología, oncología, etc.)

Otros equipos se caracterizan por un rol más técnico, no dejando espacio a lo inmaterial y otros tienen incorporado en su ejercicio la espiritualidad. Aquellos equipos que trabajan con la espiritualidad tiene una visión del paciente más integral, versus una visión más seccionada de la persona, estas diferencias podrían estar dadas por las instancias que han tenido los grupos a tratar la espiritualidad como algo conversado, junto con esto, es más fácil

incluir la espiritualidad en un equipo que está naciendo, versus otros que están con una tradición médica ya definida, que es difícil poder cambiar.

Algunos profesionales valoran la inclusión de la espiritualidad con los pacientes, pero más en unas unidades que en otras, siendo nuevamente paliativos la más considerada para la integración de dicha dimensión

También se da cuenta, que dentro de un mismo equipo, el abordaje de la espiritualidad difiere entre los profesionales de acuerdo a la especialidad que posean y el nivel de contacto que tengan con los pacientes, es decir, existen profesionales que ven menos a los pacientes, por lo que su conocimiento del enfermo es menor, frente a otros que los ven con mayor frecuencia, pese a esto la comunicación dentro de los equipos es fundamental para desarrollar un mejor abordaje de los pacientes, donde los que tienen más contacto con éstos, den a conocer a los demás profesionales las necesidades de la persona. En este sentido para abordar la espiritualidad dentro de una unidad es necesario que los integrantes de esta tengan este interés y puedan compartirlo a través de conversaciones.

Es valorado por algunos profesionales el que todas las unidades pudieran pesquisar las necesidades espirituales de los pacientes, para así hacer más expedito el abordaje por quienes tratan esta dimensión en mayor profundidad.

Existe interés desde una de las instituciones por crear instancias formales para el abordaje de la espiritualidad, sin embargo esto no ha tenido una participación activa de la mayoría de los profesionales, debido a la visión que muchos tienen de la dimensión espiritual descrita recientemente.

La octava categoría, es la de relación médico-paciente, en la que se da cuenta de las diferentes conceptualizaciones que tienen los profesionales relativas a este tipo de relación.

La primera subcategoría habla de las **maneras de relacionarse** que tienen los profesionales con los pacientes. Algunos de ellos tratan de relacionarse de forma más técnica con el paciente y sin esperarlo esto desencadena reacciones de mayor cercanía de parte del enfermo, que hubiesen sido esperadas por parte de los tratantes si es que su acercamiento hubiese sido centrado en la espiritualidad. En la revisión bibliográfica de este estudio, no se da cuenta acerca de la relación entre los pacientes y los profesionales, ni tampoco cómo es que

éstas influyen en la expresión o abordaje de la espiritualidad, por lo que es útil para posteriores estudios, la relación entre ellos.

Existe la percepción de que si no hay interés por los aspectos espirituales del paciente, el trabajo no es bueno, dado se dejan fuera muchos ámbitos relevantes a ver con el enfermo. Lo que se condice con los postulados de la Psicooncología, en donde la manera de abordaje y concepción del paciente y su enfermedad, es considerando todo lo que en él confluye, incluyendo la espiritualidad (Rivero R., *et. al.*, 2008).

Otra manera de relacionarse es considerando al paciente como un sujeto activo, que tiene injerencia en el tratamiento que va a seguir, siendo para esto necesario, que él sea consciente de su rol dentro de la enfermedad y que el profesional lo acompañe en ese proceso. Además este rol activo, está mediado por los recursos del paciente y que éste sea capaz de reflexionar acerca de sus conductas y creencias que lo han llevado a su estado actual y al cómo salir de éste a la vez. Esto coincide con lo planteado por Rogers (s/f, en Boric, 2000) que plantea que *“el ajuste psicológico depende de la estructuración de un sí mismo construido en base a la propia experiencia, flexible y abierto a modificaciones”* (p. 6), el ser humano tendría la capacidad de tomar decisiones en base a sus significados personales, esta libertad le permite auto determinarse, elegirse a sí mismo a la vez que reconoce sus propios límites, reconociendo la importancia de un rol activo, a su vez desde la Psicooncología, Middleton (2002), plantea que es necesario el paciente pueda ver cuáles han sido las situaciones, acciones, etc., que han influido en su enfermedad y ante eso poder modificarlos, colaborando de esta forma en su mejoría, siempre junto a los tratamientos medicamentosos.

El tipo de relación que se da y la inclusión de la espiritualidad o no, depende del espacio que le da tanto el paciente como el tratante a esta dimensión, valorando la instancia de la enfermedad como una oportunidad de hacerlo. Es por eso, que si algún profesional no la considera parte de su accionar en lo personal, no lo llevará al ejercicio laboral, ni estimulará al paciente a buscarla o desarrollarla. Algunos profesionales perciben que si un paciente que tiene estas inquietudes y conoce de algún profesional que pueda abordarlas, entonces lo va a buscar a él. También es importante considerar que la forma de ser del paciente influye en el tipo de relación que se establece con el profesional. En la presente investigación no se da cuenta acerca de esto, dado que escapa de los objetivos de la misma, pero es relevante considerar las condiciones que la percepción de los profesionales de salud es necesario tener en cuenta para el desarrollo de la espiritualidad con el paciente.

La conversación acerca de cómo está el paciente en sus distintos ámbitos, es otra forma de poner la espiritualidad en la relación, esta conversación, reportan algunos profesionales, produce beneficios para el paciente, como la disminución de la angustia, la ansiedad y el estrés. El ahondar en sus intereses, quiénes son, más allá de lo médico, es muy útil y el modelo bio-psico-social es visto como una buena base para acceder al paciente, yendo en beneficio de una mejor relación a juicio de algunos profesionales. Dicho modelo es el actual en medicina (OMS, 2013), sin embargo, en este estudio no se aborda esta temática, siendo relevante considerarla para futuras investigaciones.

También se puede fomentar la espiritualidad en la relación a través de cosas simples, sin necesidad de profundos conocimientos en salud mental y acompañar en la búsqueda del significado de la vida. Relacionado a esto, el abordaje de la posible muerte con el paciente, implica una relación vivida como espiritual en la comprensión del paciente por el futuro, de lo que viene para adelante, manejando la esperanza que tengan en el tratamiento o mejoría. Para algunos profesionales la relación con sus pacientes es muy importante en el tratamiento, por lo que se dan más tiempo del que tienen disponible para poder abordarlos de mejor manera, explicándoles lo más posible su situación, lo que depara el futuro, etc. Como se ha mencionado antes, la relación entre los tratantes y pacientes, no se aborda en esta investigación, el acompañamiento de la búsqueda del sentido de la enfermedad y de la vida, tiene una gran importancia (Frankl, 1988) y revierte para los pacientes una mejor vivencia de su enfermedad y un mayor bienestar (OMS, 2013).

Para algunos profesionales el tipo de relación que se establece en algunas especialidades oncológicas, requiere una cierta distancia con el fin de entregar seguridad al paciente y no perder la objetividad quedando fuera aspectos más personales, sin ser lejano con el paciente, llevando la relación a ámbitos más concretos, dejando fuera la esfera de lo espiritual. Esto último estaría en oposición a lo planteado por la psicooncología y que ha sido mencionado anteriormente (Rivero R, *et al.*, 2008)

Existe la preocupación de algunos profesionales, por entregarles a los pacientes la fuerza necesaria para llevar sus procesos adelante desde el respeto y el cariño, dado lo difícil de los tratamientos.

Para algunos profesionales, es de relevancia dejar las creencias religiosas de lado sin perjuicio del abordaje de lo espiritual, que en pacientes oncológicos se vuelve de gran importancia más que en otros tipos de afecciones, también la inclusión de la espiritualidad en

la relación, es vista como un privilegio y no como un deber, es algo consensuado entre profesional y paciente, teniendo en cuenta que existen pacientes que no quieren abrir esa dimensión y es necesario respetarlos. Lo que se condice con lo planteado por Florenzano (2010) y Jiménez (2005), respecto a que la espiritualidad conduciría a preguntas acerca del sentido de la vida y no estaría circunscrita a un cierto tipo de creencias ni de prácticas en específico, por lo que dejar la religión fuera de esta relación, no implica sacar la espiritualidad.

La siguiente subcategoría habla de la **profundidad en la relación**, para algunos profesionales es importante contactarse con lo espiritual del paciente y este nivel de contacto mayor es valorado en el tratamiento y es vista esta relación más profunda como ligada con los aspectos inmateriales del ser humano, por lo que es necesario que el profesional esté atento a las señales del paciente para darse cuenta de sus requerimientos espirituales. Además dada la instancia de vida por la que atraviesa el paciente oncológico, que se caracteriza por ser difícil y ligada a ideas más negativas, esta situación le brinda una autenticidad que permite se de una relación más profunda y honesta con sus tratantes. En este trabajo no se aborda la profundidad de la relación, pero es importante considerarla para el acceso a la espiritualidad del paciente.

Otro punto habla de los **beneficios de la espiritualidad**, en donde es considerado que el relacionarse con el paciente incluyendo la espiritualidad favorece el trato con éste, siendo a la vez beneficioso para el tratante en el sentido de ir limpiándose de la carga emocional alta que este tipo de trabajo implica. Entendiendo esto, es vista la relación de ayuda no de forma unidireccional, sino que ambas partes, tratante y enfermo, se benefician de ésta. Existe una percepción positiva de incluir aspectos espirituales a través de la escucha en la relación médico-paciente, no sólo con pacientes oncológicos, sino algo que debiese ampliarse a todas las especialidades médicas, ya que el contacto más profundo tendría en los pacientes un efecto de disminuir el miedo, mejorar la relación con el profesional, generando una mayor confianza y se comienza a enfrentar el proceso con otra actitud, la que también afecta la percepción que tienen de sí mismos, lo que se observa a través de su preocupación por tener un buen aspecto, por ejemplo. A su vez, una relación más espiritual, más cercana, repercute en que el trato del profesional al paciente sea mejor y por su parte éste último se da cuenta de esto, valorando la preocupación de otro en su actual etapa de vida. Como se ha explicado, la relación no ha sido abordada en este estudio, pero desde la psicooncología, se menciona que es positivo incluir los aspectos espirituales en la medicina, dados los beneficios que esta trae para el enfermo, de otorgar mayor tranquilidad (Middleton, 2002).

También es importante destacar las **dificultades en la relación** que se presentan, como lo es el hecho de que si el profesional y el paciente no están en sintonía, cuesta llevar adelante la relación de buena forma, si el paciente está muy intranquilo negándose a lo espiritual y el tratante quiere acceder a esa dimensión, es más difícil llevarla adelante, con una misma visión o similar.

Otra dificultad es que esta relación está acotada a una instancia de vida específica, dentro de ciertos contextos establecidos como lo es la consulta médica, y en relación a esto, el tiempo es otra dificultad en la relación ya que condiciona la inclusión de la espiritualidad, debido existen otras cosas que abordar que en ciertos momentos son vistas por los profesionales como más urgentes, desencadenando que la falta de este, no permite ahondar en aspectos más personales.

Otro impedimento de poner la espiritualidad en la relación, de parte de los pacientes es lo poco habitual de reflexionar acerca de ellos mismos, de su espiritualidad, de su trascendencia, su mundo interno; algunos pacientes lo hacen, mientras que otros no, dado es un proceso doloroso. Otra dificultad desde los pacientes, es que tienen una visión y una predisposición al rol convencional del médico dejando fuera otros aspectos que salen de lo físico, como lo es la espiritualidad.

En las dificultades expuestas de la relación, es importante a considerar para futuras investigaciones de cómo ha de plantearse la relación entre los profesionales y los enfermos, además de esto, lo que debe manifestarse en el contexto médico para que la espiritualidad pueda incluirse.

Es relevante en la relación considerar las **necesidades del paciente**, donde una de los requerimientos importantes de los pacientes sería el comprender el proceso por el que están pasando, que desde la más pequeña a la más grande intervención médica tenga para ellos un significado y así poder ordenar lo que les está pasando. Esto tiene relación con lo que habla Frankl (1988) del sentido, que la búsqueda de este permite afrontar momentos difíciles o de crisis, otorgando una comprensión que entrega tranquilidad.

Otra de las necesidades del paciente, a juicio de los profesionales, es ver un interés por parte de ellos referido a los diversos aspectos de su vida, lo que permite una apertura para expresar sus dudas, creencias, malestares, temores, etc.

Dado que el diagnóstico de cáncer afecta al paciente y todo su entorno, tanto en las dimensiones relacionales y económicas, las necesidades de éste van más allá de lo médico y lo espiritual responde a este requerimiento más global. Dadas estas características de lo difícil de este proceso, es que se activa la necesidad espiritual, entregando un soporte. Y dada su sensibilidad es más fácil se adentren en esta dimensión conectándose con la creencia de un ser superior, por ejemplo y unido a esto, surgirían dos tipos de búsqueda de esta necesidad espiritual, una orientada a la sanación y la otra a la aceptación de su enfermedad. Rivero *et. al* (2008), consideran que esta enfermedad afecta al paciente en forma personal, pero también familiar y social, por lo que la mirada del abordaje de las necesidades de éste, deben ser más profundas, para Middleton (2002), la espiritualidad entrega esta posibilidad, así mismo que Frankl (1988), dice que la búsqueda de sentido conecta consigo mismo, los otros y lo trascendente. De esta forma hay coincidencia entre lo dicho por los profesionales y lo teórico de esta investigación.

Sin embargo, las necesidades espirituales, según algunos profesionales, no se manifiestan en todos los pacientes, existiendo un grupo de ellos que buscan las respuestas y tranquilidad desde lo técnico, interesándose por aclarar todas sus dudas desde lo biológico. Relativo a esto, algunos profesionales dan cuenta de que lo complejo del diagnóstico de cáncer hace que los pacientes tengan una necesidad de esperanza más ligada a los requerimientos espirituales, sin embargo existe la percepción de que la mayoría acude por ayuda técnica. En este sentido, necesitan que el profesional sea una persona segura y confiable, independiente de su creencia, ya que esto sería irrelevante para el paciente.

Otra necesidad que responde lo espiritual, es estar bien consigo mismo en primera instancia, lo que da el pie para el tratamiento posterior enfocado al cuerpo, donde estando bien internamente cualquier tratamiento enfocado a lo físico va a ser llevado de mejor manera. Esto es respaldado por los estudios mencionados en este trabajo como el de Vickberg *et al* (2001), referido a que al tener un diagnóstico de Cáncer, el sentido que se le dé a la enfermedad en la vida de la persona, impedirá que surjan pensamientos que pudiesen afectar el bienestar psicológico del enfermo. En este sentido, estando bien espiritualmente, se afrontará el tratamiento y la enfermedad de mejor manera.

La necesidad de tranquilidad que manifiestan algunos pacientes, puede ser abordada desde las terapias complementarias, sintiéndose apoyados y acompañados en su proceso. En este sentido, la satisfacción de la necesidad espiritual, implica una disminución del sufrimiento.

Esto se condice con el estudio de Araújo *et. al* (2008), donde ve que las terapias complementarias ayudan al paciente mejorando su bienestar.

La detección de las necesidades espirituales del paciente y su posterior resolución, puede ser a través de las creencias religiosas de la persona, tomándolas como un descanso y apoyo para el paciente, que lo contacta con sus necesidades y con su propia trascendencia. Ante esta necesidad por parte de algunos pacientes de contar con el apoyo de figuras religiosas, no todos los profesionales lo ofrecen espontáneamente y algunos no lo ofrecen nunca. No está en esta abordado en revisión el ofrecimiento de figuras o instancias espirituales a los pacientes, sin embargo Rodríguez (2006), refiriéndose a un trabajo de Moadel y cols. (1999), señala lo importante del abordaje de las necesidades espirituales de los pacientes oncológicos, teniendo en cuenta que la espiritualidad no implica religión, pudiendo ver a esta como una forma de acceso a la espiritualidad (Taylor 2001, en Rodríguez, 2006).

A juicio de algunos profesionales, es importante también en la captación de las necesidades del paciente, el poder entender los momentos de éste y respetar su apertura o reticencia a tratar los temas espirituales.

También es importante considerar las **necesidades del profesional**, ya que algunos consideran el trabajo oncológico de un alto costo emocional y una vivencia de empatía en el acompañamiento al dolor del paciente, para lo que el trabajo espiritual es para ellos una necesidad que cumple el rol de un factor protector, por lo que el desarrollo espiritual personal, es de suma relevancia para ellos.

También el interés por trabajar la espiritualidad, responde a una necesidad empática que surge de poder entender la angustia que vive el paciente de su proceso de muerte y desde esa comprensión le permite poder acompañarlo de mejor manera.

Además, la necesidad de tiempos personales que permitan desarrollar actividades relacionadas con aspectos espirituales, es percibida por parte de algunos profesionales como fuera del ejercicio profesional.

La espiritualidad responde también a la necesidad de encontrar sentido en lo que se hace y de dar soporte a las decisiones que se toman en torno a lo laboral, es un respaldo al quehacer cotidiano y, aunque en el momento no se entienda el significado de lo que está ocurriendo, la espiritualidad entrega esa comprensión posteriormente de manera más global.

Para otros profesionales la espiritualidad no forma parte de sus necesidades, requiriendo apoyos desde lo más concreto, desde el perfeccionamiento de sus habilidades y la profundización de sus estudios.

Algunos refieren que existe un desgaste producto del peso que pone el paciente en ellos, lo que es disminuido con el instar al paciente a tomar un rol más activo de manera informada, conociendo todos los aspectos de someterse a tratamiento y las distintas opciones con las que cuentan.

En lo recién descrito como necesidades de los profesionales, se da cuenta de lo mencionado anteriormente y planteado por teóricos como Frankl (1988), Núñez et al. (2011), entre otros, que dice relación con que la espiritualidad es algo innato, que es una necesidad del hombre y que siempre tiende a la expansión, además de otorgar sentido y apoyo ante los momentos de crisis.

La última subcategoría, habla de los **cambios en el profesional** producto del contacto con el paciente oncológico, a juicio de algunos profesionales independiente de cuán profundo sea el vínculo entre profesional y paciente, siempre se establece una relación en la que los primeros aprenden y los segundos reciben ayuda.

Algunos profesionales aprenden a valorar los problemas de su propia vida de forma más mesurada, por el hecho de ser conscientes de que existen dificultades mucho mayores como las que atraviesan sus pacientes, por lo que la ayuda no sólo es para el enfermo, el tratante también se beneficia.

Hay pacientes que marcan dado su nivel de desarrollo espiritual que es independiente a su nivel socio-cultural, ya que algunas personas con baja educación en ocasiones tienen un desarrollo espiritual muy elevado y transmiten una paz que dejan una huella en los tratantes. También hay otros pacientes que se distinguen por lo que son capaces de entregar a los profesionales en sus momentos finales, dada su tranquilidad y la forma en la que vivencian ese momento de su vida, que puede ser el tránsito a la muerte. Esto entregado por los pacientes es algo inmaterial y que es vivenciado por los profesionales como una riqueza.

Algo que marca también a los profesionales es la entereza con la que algunos enfrentan el proceso, trascendiendo a problemas pequeños y logrando un nivel de valor, entereza y templanza que hace los profesionales vean esas instancias como un privilegio.

Las experiencias de ciertos pacientes ayudan a los profesionales a enfrentar los problemas desde otra perspectiva, ampliando su visión del mundo y enfrentando las situaciones más conectados de su espiritualidad.

El enfrentar la muerte de los pacientes hace reflexionar y prepararse para la propia muerte o la de los cercanos, esto cambia la perspectiva de la propia vida y la forma de vivir. El proceso de muerte de otros replantea el cómo vivir y es sentido como una opción de quererse y valerse por sí mismo para afrontar la vida en general y los momentos más difíciles. También la tranquilidad con la que algunos pacientes afrontan la instancia de muerte, lleva a los profesionales a la búsqueda de poder colaborar con la fortaleza para que otros enfrenten este proceso, además de ser valorado el acompañar a los pacientes en el proceso de muerte como una experiencia de autenticidad.

El trabajo con pacientes oncológicos, cambia la mirada ante las cosas, existiendo una mayor sensibilidad producto del trabajo con estos enfermos y las maneras de abordar la espiritualidad en pacientes oncológicos, pueden llevarlos a tomar decisiones sobre su vida futura, ampliándoles sus perspectivas de vida.

Hay pacientes que producen una identificación fuerte con el profesional y para éstos es un aprendizaje el poder lidiar y acceder al mundo del paciente, siendo consciente y enfrentándose a las propias situaciones que producen miedo.

Finalmente el contacto con los pacientes permite que se den cuenta los profesionales, que muchas veces es más importante disminuir el dolor espiritual, que el dolor físico, que disminuyendo el primero, lo físico se tolera de mejor forma y se vive distinto.

Lo referido por los profesionales en esta sub categoría ha sido mencionado anteriormente y se relaciona con características que los teóricos describen de la espiritualidad, acerca del cambio de sentido, (Frankl, 1988, 1999; Kobasa y Maddi, 1977). También lo que es la capacidad de trascendencia del hombre en momentos difíciles como lo es la enfermedad de cáncer (O'Connor (1990); Tomich y Helgeson (2002). Y junto con esto lo referido a que el fenómeno espiritual está en constante desarrollo y crecimiento como lo planteado por Araújo *et al* (2008), la espiritualidad tiene relación con lo trascendente del alma y su relación con la divinidad, entendiéndola unida *“a una actitud, a una acción interna, a una ampliación de la conciencia, a un contacto del individuo con sentimientos y pensamientos superiores, al*

fortalecimiento, al madurar, y al resultado que este contacto puede tener para la personalidad” (p. 960).

La novena categoría habla de las Características del paciente oncológico que los profesionales pueden identificar.

A juicio de algunos profesionales, habría una relación importante entre las conductas de los pacientes y el desarrollo de la enfermedad, por lo que interviniendo en esas conductas puede haber una mejoría, afirmando sus creencias en la posibilidad de mejoría. Lo que coincidiría con la teoría, ya que existen autores como Middleton (2002), que plantea la importancia del abordaje de las condiciones previas del paciente al diagnóstico de Cáncer, debido a que esto pudiese reflejar estilos de vida que pudiesen haber favorecido el surgimiento de la patología y también prever el cómo el individuo lidiará con su diagnóstico. Esto implica que si se hacen cambios en los estilos de vida, es posible que se manifieste alguna mejoría.

Los tumores se generarían por dos causas, la primera un estilo de vida que la persona ha llegado y la segunda por aspectos emocionales del paciente como, pena, miedo, decepción, desamparo, desilusión, temor, melancolía, etc. Los teóricos avalarían esto, ya que Middleton (2002), como se explicó recientemente, los estilos de vida previos, influyen en el apareamiento del cáncer, así como es visto que los factores de riesgo en la aparición del cáncer son el consumo de alcohol y tabaco, las dietas que tienen bajo consumo de frutas y verduras, la inactividad física, infecciones de virus como el del papiloma humano (PVH) y el de la hepatitis B y C (VHB, VHC) (OMS, 2013; National Cancer Institute, 2013; UMMC, 2011). Hay autores como Bravo (2001), que considera es de relevancia el entorno del individuo, su estado emocional, sus rasgos de personalidad, los estilos de afrontamiento que éste posea previos al diagnóstico y cómo influyen estos en su forma de sobrellevar la enfermedad.

La paciente con cáncer de mama es vista por algunos profesionales como una persona que posterga sus necesidades en función de satisfacer las de las personas a su alrededor, dejando relegadas sus propias necesidades. Este cáncer tendría estrecha relación con procesos de estrés que se viven de manera aislada, en soledad. Además este proceso estresante es visto como un desorden del universo del paciente, del cual no se conoce su funcionamiento, que se mantiene en el tiempo, en un estado de alerta constante. Temoshok (1985 en Bañados, 2004) agrupa a los pacientes oncológicos como Personalidad tipo C, donde las características de este tipo de personas, era que se mostraban pacientes en extremo cooperativos, poco asertivos,

con dificultad en la expresión de las emociones más negativas y que suelen complacer a las autoridades. El Patrón de conducta Tipo C, se relaciona con la frustración, inhibición y sumisión (Valdés, 1990 en Torres A, 2006). Si bien en la literatura no se habla directamente a que estos procesos son vividos en soledad, es deducible que si de acuerdo a la teoría, tienen dificultades en la expresión de sus emociones, les sea difícil compartir con otros sus problemas y sentimientos más negativos. En relación al estrés, entendiéndolo como “*el desequilibrio psíquico y psicológico causado por algún evento, llamado estresor*” (Bañados y Tamblay, 2004, p. 60). Culebras et al (2003), plantea que se ha asociado como un factor que provocaría un efecto supresor del Sistema Inmune e incidiría en la susceptibilidad a la enfermedad de cáncer, siendo coincidente también con lo dicho por los profesionales.

Según la percepción de algunos profesionales es común en pacientes de cáncer que hayan perdido el contacto con su espiritualidad, lo que produce un nivel grande de angustia. Araújo, *et. al.* (2008), en un estudio que medía cómo influía en pacientes terminales de Cáncer la espiritualidad, se dio cuenta de que para los pacientes el abordaje de esta dimensiones muy relevante, el poder hablar acerca de sus temores y también la resignificación de este evento y cambio en algunos casos de sus creencias. Respecto a esto mismo Taylor (2003 en Rodríguez, 2006), realizó un estudio acerca de las necesidades de los pacientes y ellos sentían tener más necesidades de este tipo, desde el diagnóstico de la enfermedad y la búsqueda de sentido era primordial. En este marco existe una coincidencia con lo planteado por los profesionales, sin embargo, Rodríguez (2006) documenta la existencia de trabajos en los que no es positiva la asociación entre espiritualidad y salud mental en estos pacientes, manifestándose inclusive un aumento de ansiedad. Hay opiniones disímiles de la teoría referida a este ámbito.

Es necesario entender la ocurrencia del cáncer en un contexto donde la biología y las causas ambientales, emocionales y relacionales están interconectadas, donde lo espiritual también se relaciona. Culebras *et al* (2003), dicen que los factores psicológicos no serían causales unidireccionales en la aparición de una enfermedad, sino más bien existiría un principio multicausal producto de la interacción de diversos factores relacionados con aspectos tanto psicológicos como somáticos. Nuñez *et al.* (2011), cita un estudio de Balboni, Vanderwerker, Block, Paulket, *et al.* (2007), donde marcan la importancia de esta variable en base a que el 88% de los enfermos terminales de Cáncer, del estudio, consideran relevante la religión/espiritualidad en este momento de su vida. Así mismo documentaron que aquellos pacientes tenían una mejor calidad de vida que aquellos pacientes sin desarrollo espiritual. Lo

que da cuenta de que esta dimensión está conjugándose con las demás esferas de la vida de la persona, influyendo en el caso de la enfermedad en una mejor calidad de vida.

Aquellas personas más ligadas o apegadas a lo material, les cuesta más afrontar la enfermedad y la eventual muerte, porque les es más difícil desprenderse de esto. Si bien los teóricos no hablan directamente del apego a las cosas materiales, Frankl (1991, 1994; 1999 en Rodríguez, 2006), dice que el sentido está unido a la autotranscendencia, vista como *“la posibilidad de ir más allá de uno mismo ayudando por ejemplo a los demás o abriéndose a la dimensión espiritual”* (p. 138), que la orientación del ser humano no es sólo él mismo, sino algo más allá y que la búsqueda a través de sentidos más elevados o superiores, permite tener una mejor disposición frente a lo que esté ocurriendo, como una enfermedad, y esto repercute en que se den mejores respuestas ante estos eventos (Frankl, 1988). Por lo que la conexión espiritual, ayuda a trascender lo material, siendo más fácil afrontar los procesos de enfermedad y de muerte, por lo que existiría una coincidencia en estos planteamientos.

También algunos profesionales consideran que aquellas personas que han sido sujetos de manipulación, debido al estrés sostenido en el tiempo, estarían más propensas a desarrollar la enfermedad, ya que esta manipulación se mantiene presente y se reproduce constantemente, es esperable que estas personas generen cáncer. La manipulación sería un elemento que viene desde lo social y se reproduce en los individuos. La teoría revisada en este estudio no habla de la manipulación, si se ha descrito que el estrés emocional como las pérdidas afectivas, conflictos internos, etc., inciden más profundamente en la persona que el estrés físico (Tamblay y Bañados, 2004), por lo que si la manipulación es vivida como un elemento de estrés y de conflicto emocional, existiría un acercamiento con la teoría.

Otra característica de este tipo de pacientes, sería que están preocupados de los otros y sienten que éstos dependen de ellos, por lo que se posponen bastante, dejando sus requerimientos y necesidades en función de los demás. Arbizu (2000), dice que estos pacientes suelen tener un grado alto de conformismo en todos los ámbitos de su vida, que buscan complacer y están por propiciar la armonía en todas sus relaciones interpersonales, evitando expresiones que pudiesen ofender a otros, yendo incluso en perjuicio de sus propios deseos o necesidades. Por esto existe una coincidencia entre lo expresado por los profesionales y la teoría.

La última categoría habla de la **concepción de ser humano** que tienen profesionales y desde la cual trabajan con sus pacientes.

Para algunos profesionales, el enfermo es visto como un ente activo con la capacidad de comunicar y preguntar, y que ha perdido su condición de salud, no como paciente, siendo sujeto de la decisión de otro. Es determinante en su tratamiento y en el rumbo que éste siga, además de requerir un buen trato por parte de los profesionales de la salud. Existe coincidencia con lo planteado por teóricos como Font (2000, en Bravo, 2001), que plantea que implicar al enfermo en la toma de decisiones respecto a su tratamiento tiene efectos en dos campos, el primero habla de los efectos psicológicos que esto tiene, ya que aclara dudas, disipa miedos, permite acceder a las creencias y estilos de vida del paciente previos al diagnóstico de Cáncer; y lo segundo es que ayuda a esclarecer dudas en su medio cercano, el familiar, lo que repercute positivamente en el tratamiento.

El ser humano posee un aspecto espiritual que le es inherente, sea consciente o no de su existencia, por lo que siempre se está en relación con esta dimensión. Ligado a esto, se encuentra la idea del enfermo como un todo y no reducible solamente a los síntomas y al diagnóstico que tiene, valorando su identidad, lo que permite entender qué pasa con esa persona en particular y poder abordarlo de mejor manera. Lo anterior se complementa una visión del enfermo dentro de un contexto social, familiar, laboral y personal que se ha visto afectado, preocupándose así de su calidad de vida en general.

Núñez, Enríquez e Irarrázaval (2011), plantean que lo espiritual es innato en el ser humano, por su parte Frankl (1999, en Rodríguez 2006), considera que aunque la espiritualidad y la existencia humana se encuentran en mayor medida en lo inconsciente, el fenómeno espiritual puede ser consciente o inconsciente y de esta manera, aunque no tenga conocimiento de esto, el hombre siempre se encuentra en relación con lo trascendental. Los teóricos como Martínez (2006), que concuerda por lo dicho por Frankl, Maslow y Jung, entre otros, respecto a que para que una persona pueda encontrar o descubrir su identidad, no sólo requiere desarrollar su personalidad o llevar a cabo su proceso de individuación en forma aislada, sino que es necesario este componente personal esté en relación y se comprometa con algo más allá de él mismo, cuando esté en contacto con lo trascendental, siendo que es un individuo único e imposible de seccionar. La OMS (2002) postula que la calidad de vida tiene diversas dimensiones como lo físico, psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad/religión/creencias personales y que es necesario abarcar todas en los tratamientos médicos. Al comparar la percepción de los profesionales con la teoría, existe una coincidencia en este punto.

Finalmente la visión es de ser humano integral, donde la espiritualidad es un elemento central. Almanza & Holland (2000), plantean que la Psicooncología considera la incorporación de la espiritualidad en los tratamientos de pacientes oncológicos como algo de suma relevancia y que además proporciona una mirada más integral de los pacientes. Existiendo una coincidencia por lo planteado por los profesionales.

VII. Conclusiones

En la presente investigación, se logró dar cumplimiento a los objetivos planteados, ya que fue posible acceder a las percepciones de los profesionales que integran los equipos médicos de pacientes oncológicos. A continuación se detallan los principales hallazgos de este trabajo:

Respecto al primer objetivo específico relativo a la concepción de espiritualidad que poseen los profesionales, una característica que emergió fue la de búsqueda donde existe una marcada coincidencia con lo planteado por los teóricos y las distintas investigaciones, salvo en algunos profesionales para los que la espiritualidad no revierte importancia, por lo que para ellos no hay una búsqueda de este tipo.

Una segunda creencia, es que todo es espiritual, siendo esta dimensión inherente al ser humano, lo que coincide con lo planteado en la revisión teórica. En este mismo sentido, para otros profesionales el contexto médico limita su espiritualidad, llevándola a su vivencia interna.

Otra característica es que es una dimensión inmaterial, la cual es parte de las personas, con independencia del momento que vivan, existiendo concordancia con la bibliografía. También está ligada con el aspecto emocional, influyendo en un efecto positivo en lo físico, siendo esto concordante con algunos estudios, sin embargo, existen investigaciones que documentan que la espiritualidad o religiosidad pudiese tener un efecto negativo.

Esta dimensión inmaterial es vista como un mundo interno, unida a las creencias y la fe, siendo sentida, pudiendo acceder a ella a través de las creencias religiosas. La literatura coincide con esto, pero además, incluye las experiencias subjetivas.

Surge como otra característica el sentido, que está ligada a todas las situaciones de vida de las personas que inclusive pueden escapar a su comprensión, otorga un propósito, desarrolla coherencia y soporte interno en el individuo, coincidiendo con los teóricos. Si bien existe coincidencia respecto al sentido, el material teórico respecto a este está mucho más desarrollado.

La trascendencia es vista como un elemento constitutivo de la espiritualidad, donde para los profesionales el espíritu trasciende la muerte y la literatura complementa esta idea con el concepto de la autotrascendencia.

También existe una dificultad para definirla. Si bien esto no tiene respaldo en lo teórico, es entendido dada la poca unicidad del concepto.

Es necesario distinguir la espiritualidad de la religión, donde se ve a esta última como una manera de acceder a la primera. La espiritualidad puede estar o no unida a la religión y para algunos profesionales el abordaje de esta dimensión debe dejarla de lado. Otros profesionales consideran las creencias religiosas como un elemento que otorga paz, pero que sin embargo estas últimas no deben confundirse con la espiritualidad que es más amplia. La cultura es además fuertemente influida por la religión, manifestándose a través de los valores sociales.

Otra característica es que la espiritualidad como un motor de vida que entrega la motivación de vivir y hacer las cosas, ayudando a salir adelante en situaciones adversas.

La espiritualidad se manifiesta a través de valores y principios que deben ser inculcados, que entregan conformidad con el propio accionar y las filosofías de vida son vistas como una manera de transmisión de estos valores.

Otro elemento que la distingue es ser un soporte de vida, entregando apoyo y permitiendo tomar decisiones, dando una tranquilidad y aceptación. Sin embargo, existen algunos profesionales para los que la espiritualidad no conforma apoyo alguno.

Está ligada a la creencia de un ser superior, relacionado o no a una religión particular, que comanda la vida y entrega apoyo. Este ser puede influir tanto positiva como negativamente en la vida de las personas. Dentro de esta idea está la percepción que existe algo más allá de los límites humanos.

También es un elemento central del ser humano, teniendo distintos niveles de desarrollo en las personas.

La vivencia de la espiritualidad es experimentada como algo individual y se puede acceder a ella mediante acciones que permitan a las personas tener una vivencia de contacto consigo mismas. Se percibe que la rutina es un impedimento para el desarrollo de la espiritualidad, sin embargo hay otros para los que esta no es relevante y priorizan otro tipo de actividades. Desde la teoría todos los actos son espirituales se tenga o no conciencia de ello; los profesionales por otro lado consideran que la espiritualidad solo se da en la esfera consciente.

Está siempre presente, lo que quiere decir que su desarrollo debe venir dado desde la infancia, pasando así parte de un accionar diario.

También es vista como articuladora de vida, dando orden a las cosas, da cabida a la fe en el afrontamiento de los problemas cotidianos y a los principios éticos y las formas de ver el mundo, permite comprender algo en particular o la vida en general.

En relación al segundo objetivo específico referente a la integración de la espiritualidad en los tratamientos médicos:

Es considerada la espiritualidad como una herramienta, para abordar a los pacientes oncológicos y la psicología es vista de igual modo que esta dimensión para apoyar al paciente. La falta de incorporación de esta esfera es visto que es una carencia de la medicina, explicado por la visión dualista de la medicina. Relacionado a esto, existiría poca preparación en el personal médico para abordar el ámbito espiritual y emocional del paciente.

Existe también una falta de sistematización en la inclusión de la espiritualidad, debido a la falta de consenso entre los profesionales acerca de cómo abordarse, por lo que en caso de hacerse está dado por las inquietudes personales de los profesionales, ante lo cual es necesario que se realicen más estudios orientados a sistematizar la inclusión de esta dimensión. Para aquellos que la espiritualidad no es importante, pese a ver esta necesidad en el paciente no ofrecen instancias para que esta sea abordada.

Hay un reconocimiento de las propias limitaciones para el abordaje de la espiritualidad, lo que determina que se deriven estos pacientes a otras áreas como la psicológica.

Es percibido que existe una necesidad de espiritualidad en la medicina en general, más allá de los pacientes oncológicos, respecto a lo cual ha habido un acercamiento progresivo a la esfera espiritual, saliendo del determinismo biológico.

Son importantes también las distintas formas de abordaje de la espiritualidad que tienen los profesionales, donde destacan el acompañamiento, la meditación, a través de terapias complementarias, naturaleza; también se puede abordar de una manera más directiva, señalando los cambios que deben hacerse en la vida, ayudado por técnicas como la programación neurolingüística, mediante la enseñanza de un proceso introspectivo, acompañándolo en la búsqueda de un objetivo de vida, a través de entrega de información, incluyendo a la familia y al entorno del paciente, ofreciendo un espacio ecuménico para la manifestación de las distintas creencias religiosas, puesta en la relación de forma implícita, dejando completamente de lado las creencias religiosas, ayudando a encontrar el orden perdido, ayudando a aclarar el futuro, detectando las necesidades espirituales para luego formar un plan de acción y finalmente, mediante la comprensión de la propia historia.

Por último, es visto el abordaje de la espiritualidad ligada a la salud mental, entendiendo que puedan estar ligadas por la psicooncología, además de que para algunos profesionales ésta área ofrece una garantía y tiene algún grado de comprobación. Por lo que se hacen necesarias investigaciones en esta línea que den cuenta de la importancia de la espiritualidad en los tratamientos médicos.

Para otros profesionales, no es bueno que sea la psicología quien se haga cargo del ámbito espiritual, puesto que no tiene planificaciones para abordarla. A su vez, los profesionales de salud mental reconocen las limitaciones que tienen para el abordaje de esta.

En el tercer objetivo específico que aborda la influencia de la espiritualidad en el afrontamiento del diagnóstico, se puede concluir que ante las preguntas del por qué sucede esta enfermedad que surgen en el paciente al momento de su diagnóstico, se pueden generar sentimientos de culpa y el desarrollo espiritual del enfermo repercute en cómo éste valore la enfermedad.

Otro punto relevante, es el acercamiento a la espiritualidad debido a la rearticulación que implica la enfermedad en donde se resignifica su sentido de vida. La repercusión que tiene la espiritualidad influye en el afrontamiento del diagnóstico, no teniendo incidencia en el pronóstico, pero sí en que se viva de forma más tranquila.

Es vista la etapa vital, como determinante en el afrontamiento del diagnóstico, ya que existiendo alguna motivación para vivir es más fácil salir adelante, sin embargo, no hay consenso de esto en la literatura.

El paciente experimenta una incertidumbre ante su futuro, donde la espiritualidad le da apoyo y sentido.

Un aspecto que no fue directamente abordado por los profesionales son los tipos de afrontamiento frente a la enfermedad oncológica, que tienen relación a la valoración de diagnóstico, a la sensación de control y la percepción de su pronóstico.

En relación al cuarto objetivo específico que habla de la influencia de la espiritualidad en el curso y pronóstico de la enfermedad, surge la idea de la espiritualidad ligada a la muerte, donde la primera permite enfrentar esta etapa con mayor aceptación extendiéndose este sentimiento a su grupo familiar, además, abarca lo que la medicina no puede responder. Sin embargo, el abordaje de la espiritualidad no debe hacerse necesariamente en el proceso de muerte, sino en cualquier otro momento del tratamiento.

Respecto al desarrollo de la enfermedad, para algunos la espiritualidad modifica la vivencia del proceso, pudiendo o no tener injerencia en el pronóstico. Para algunos es determinante en el pronóstico, ya que si se acepta la enfermedad es más fácil superarla, esta situación, se contrapone con la evidencia empírica que da cuenta de influencias sobre la calidad de vida, pero no sobre la extensión de la misma.

Son importantes las creencias que se tengan para enfrentar la enfermedad, a su vez que los tratantes deben confiar en lo que prescriben. Las convicciones de los pacientes influyen en la respuesta de su sistema inmune, así como la fe y creencia de mejoría, inciden en un mejor pronóstico. Esto no está revisado desde la literatura, pero es importante de considerar.

La presencia o ausencia de espiritualidad, es algo comparable entre los pacientes y observable desde los profesionales. No desaparecen los síntomas en ninguno, pero la vivencia de éstos es distinta. También se señala que la espiritualidad no influye en el pronóstico, sólo incide en una mejor calidad de vida, habiendo una mejor estrategia de afrontamiento.

También es importante, que para algunos la espiritualidad disminuye el sufrimiento, pese a que no quita el dolor. Si bien esto no se aborda directamente en la literatura, al otorgar mayor tranquilidad al paciente es presumible que esto ocurra así.

Hay una dificultad para medir la espiritualidad, dado que no es fácil cuantificarla, sin embargo es observable. Está la percepción de una falta de comprobación empírica entendida desde la mirada antropocéntrica de la medicina. Además, existe un interés desde los

entrevistados por la realización de estudios en este tema, también relacionados al estrés y el factor protector que la espiritualidad podría jugar ante la patología de cáncer. Desde las investigaciones no existe consenso aún de la relación entre estos.

La influencia que tiene la espiritualidad en relación a la calidad de vida, es algo que el profesional puede observar en la disminución de sintomatología, en la mejora en la relación con los otros y la tranquilidad que se percibe. Cuando un paciente rechaza la enfermedad y posteriormente la acepta, se produce un cambio evidenciado en lo anterior.

La espiritualidad puede entregar bienestar en las áreas en las que la medicina convencional no aborda, por ejemplo a través de terapias complementarias. Además, influye en la fortaleza con la que el paciente afronta la enfermedad.

Finalmente es vista como un eje que entrega aceptación y sentido de la enfermedad, otorgando un sentido de vida desde la patología.

El último objetivo específico, relacionado la percepción que tienen los equipos médicos sobre la importancia que tiene la espiritualidad para los pacientes en sus tratamientos.

Relativo al interés por la espiritualidad, es variado, habiendo pacientes que manifiestan este interés y otros no, pero la ausencia de este interés no implica la falta de esta dimensión. Plantean que esto es posible de percibir en el trato con los pacientes.

Hay algunos pacientes que manifiestan abiertamente dicho interés, otros lo hacen implícitamente y algunos los buscan a través de las figuras religiosas. Existen profesionales que encuentran riesgoso el abordaje desde lo religioso, sin embargo, los pacientes en pocas ocasiones manifiestan su inquietud a través de este medio.

Para otros profesionales, la no comunicación de lo espiritual puede que no tenga que ver con una falta de interés, sino como una atribución de la enfermedad como algo meramente físico.

Se percibe como una limitante el poco tiempo y la urgencia del tratamiento, para que se aborde esta dimensión.

Los profesionales observan que la instancia de la enfermedad los acerca más a la búsqueda de la espiritualidad, sin embargo algunos lo ven como innecesario. En este último punto no hay coincidencia con la teoría.

La espiritualidad, ligada a la creencia religiosa pudiese ser negativa, así como las creencias culturales asociadas al cáncer producen mayores niveles de angustia.

Existen diversas formas en que el paciente puede vivir la espiritualidad a través de su enfermedad, como puede ser la valoración de esta como un aviso, con aceptación, etc., y los profesionales sienten que poseen pocas herramientas para acompañarlos en este proceso.

La vivencia auténtica de la espiritualidad no tiene relación con las creencias formales, es más profunda.

Es importante también la valoración que el paciente haga de la enfermedad, ya sea positiva o negativa, repercutiendo en su calidad de vida.

El sentido de la enfermedad otorga tranquilidad, permitiéndole al enfermo cerrar ciclos, viendo en la patología una oportunidad, produciéndose un aprendizaje. Así como también es vista una mayor sensibilidad del paciente cuando está conectado con su espiritualidad.

Respecto a la manera de comunicar la espiritualidad, se observa que la forma de ser del enfermo influye, es importante el espacio que entregue el profesional ya que cuesta que esta surja espontáneamente y es percibido que a los pacientes les cuesta hablar de Dios en el contexto médico.

En relación al objetivo general que trata de la importancia que otorgan los equipos médicos a la espiritualidad de los pacientes, relativa a la inclusión de la ésta hay profesionales que no lo ven relevante, sin embargo estos mismos ante situación difíciles recurren a un ser superior. Desde la teoría, la espiritualidad debe considerarse como parte del abordaje del paciente.

Otros ven importante su inclusión, siendo necesario derribar creencias culturales que dificultan el abordaje. Para otros, es imprescindible su inclusión, dada su fuerte relación con lo emocional y cómo esto repercute en la enfermedad.

Para algunos, no existe espacio para esta dimensión dada que su labor es más bien técnica, lo que no tiene relación con lo teórico que ve a la espiritualidad como presente en todas las acciones.

En fases más avanzadas de la enfermedad hay un consenso en que la espiritualidad reporta beneficios principalmente en la calidad de vida. Pese a la dificultad de medición y

comprobación, esta dimensión ayuda a estar mejor siendo necesario incluirla como complementaria. Junto con esto no todas las áreas la abordan de igual manera de acuerdo al rol que desempeñan.

Las maneras de incluir la espiritualidad para algunos, además de hacerlo en los tratamientos, es a través de terapias no convencionales, también a través del detectar las necesidades del paciente, para lo cual se necesita una actitud cercana del profesional; para otros, el abordaje implica también la investigación con fin de darle sustento empírico; otros lo ven fuertemente ligado al estilo personal, ante lo que no todos comparten que sea en relación a las creencias religiosas; algunos plantean que este abordaje debiese hacerse desde instancias institucionalizadas, pero no en la consulta médica sino a través del arte, crear, etc.; otros ven el abordaje desde la relación con el paciente y desde ahí ofrecer apoyo; por último, se puede realizar de manera más implícita, aclarando todas las dudas que puede tener el enfermo.

Más allá de los objetivos que se plantearon en esta investigación, surgieron temáticas que resultan de interés por lo que fueron incluidas, como es la concepción de medicina que tienen los profesionales, en los que algunos tienen una visión de ésta como un impedimento a la inclusión de la espiritualidad. Algunos pacientes tendrían esta misma percepción, viendo la enfermedad como algo externo, pero que en oncología esta concepción es insuficiente; otros profesionales la ven como un acto de amor, cuya misión es aliviar el dolor del paciente más allá de lo físico. También es visto que la inclusión de la espiritualidad debe ser de forma paulatina por limitaciones desde lo institucional y también respetando los momentos del paciente. En este sentido, la psicooncología comparte esta visión más integradora de la medicina.

También se ve como relevante para que esto pueda llevarse a cabo, la necesidad de capacitación del equipo médico acerca de la espiritualidad, además de ser importante la necesidad de incluir esta dimensión desde la formación de pregrado.

Es importante que los profesionales adquieran una visión integral del paciente y se vaya incluyendo como una práctica cotidiana. La espiritualidad a su vez, permite una conexión profunda con el paciente que posibilita un mejor abordaje de sus necesidades.

También es visto que existen carencias en la medicina actual que deja de lado la experiencia del profesional y el rol que el paciente cumple en su tratamiento, dando mayoritariamente el énfasis a la investigación.

Pese a ser importante la inclusión de la espiritualidad, no todos los profesionales tienen las competencias para abordarla de igual manera y existe una percepción de que son pocos los profesionales que incluyen esta dimensión y quienes lo hacen, es guiado por una motivación particular, esto es entendido como un sesgo desde lo social que se ve fuertemente marcado en el contexto médico.

También es visto como negativo el desconocimiento que tienen los profesionales acerca de la espiritualidad, lo que produce temor y lleva a confundirla con la religión.

Existe una crítica a la salud mental referida a un uso muy alto de farmacología, yendo en contra del abordaje espiritual del paciente.

Es otra carencia la falta de tiempo de las consultas y la urgencia de los tratamientos, yendo en desmedro de la escucha al paciente y de entregarle un espacio a su espiritualidad. Para dar cumplimiento a mejorar la calidad de vida de los pacientes es necesario conocer en profundidad a estos y la mayor cantidad de factores que confluyen en él, para lo que es necesario dedicarles mayor tiempo.

Por último, los pacientes no siempre aprovechan las instancias que tienen para expresar sus necesidades no-médicas.

Es necesario aunar una visión de espiritualidad en los equipos médicos, a través de conversaciones y reuniones, donde se pueda abordar y generar un lenguaje común que le permita establecer parámetros similares. En este sentido, es relevante la comunicación en el equipo para compartir las vivencias del trabajo y ver las necesidades del enfermo, ya que si se pierden estos espacios para la espiritualidad los profesionales puede ser contraproducente para el profesional.

Se considera importante contar con personal capacitado en el abordaje de la espiritualidad que esté institucionalizado, dejando fuera lo religioso, entrando en forma paulatina y siendo realizada por personas externas a los tratantes debido al escaso tiempo de estos. Es importante reportar resultados de la influencia de la espiritualidad junto con la realización de talleres que aborden este ámbito.

Los profesionales describen el rol del tratante en oncología de distintas maneras, donde unos consideran que su quehacer va más allá de lo técnico, cercano al paciente, donde es importante la escucha, el ofrecimiento de terapias alternativas como maneras de acceder a la espiritualidad, siendo visto que este perfil de profesional facilita un vínculo más profundo y ya

que todos los pacientes necesitan escucha, para lo que hay que dedicar más tiempo y el poder detectar las necesidades espirituales del paciente es algo que se va adquiriendo con la experiencia y una buena manera de desarrollar esto es mediante la ética y la filosofía, más que desde la religión. También es visto que la espiritualidad proporciona los valores bajo los cuales guiarse. Este rol implica ver la vida de una manera distinta y la visión del paciente es más completa, además, considera que los profesionales no pueden estar ajenos al proceso del paciente, siendo un guía y un pilar para el enfermo, también acompañando la búsqueda de sentido de los enfermos, haciéndose cargo del sufrimiento de estos. Se considera que todos aquellos que trabajan en oncología son sensibles a los procesos de los cuales son testigos, sin embargo no todos lo expresan, siendo necesario hacerlo, llevándolo al ejercicio del rol en lo cotidiano.

Por el contrario otros, ven el rol como algo más técnico, apegado a lo biológico, quedando la espiritualidad excluida por su característica de inmaterial y esto tendría un buen resultado en la adherencia a los tratamientos.

Los profesionales valoran su trabajo como útil, un desafío y como una lección por motivaciones e inquietudes personales; los que abordan lo espiritual en mayor medida, perciben que los otros ven su trabajo como algo invisible; mientras que otros se ven como instrumentos para ayudar en la mejoría de las personas.

Por último, existe una diferenciación de las unidades en las que no todos abordan la espiritualidad de igual manera, pudiendo derivar a los pacientes a los equipos de salud mental y paliativo, quienes abordan en mayor medida estas temáticas. Es por esto, que otros profesionales consideran que todas las unidades debiesen incluir profesionales de salud mental.

Es percibido que la espiritualidad es fundamental en el tratamiento del paciente terminal, mientras que los profesionales del equipo de paliativos consideran que es necesario un mayor apoyo de las otras unidades y un trabajo fuerte en la propia espiritualidad y vivencian las instancias con sus pacientes como una posibilidad de aprendizaje en lo espiritual. Hay otros equipos que se caracterizan por desempeñar solo un rol técnico.

A su vez que dentro de un mismo equipo, el abordaje de lo espiritual se realiza de manera distinta dependiendo de la especialidad del tratante y la frecuencia con la que ven al enfermo, por lo que es necesario una buena comunicación entre los equipos, para así abordar

al paciente de forma más global, para lo cual todos deberían estar capacitados para pesquisar las necesidades espirituales de los enfermos.

Si bien hay instancias para abordar la espiritualidad, se observa poco interés en una gran parte de los profesionales de participar de las mismas.

Otro aspecto importante que surgió fue la relación médico-paciente, donde algunos tratan de hacerlo de forma más técnica, otros intentan generar altos niveles de cercanía con los pacientes, desde el respeto y cariño, percibiendo que si no existe una preocupación por lo espiritual no es un buen trabajo, también el ver al enfermo como un sujeto activo en su enfermedad, entregar un espacio para la espiritualidad, ponerla en las cosas simples, acompañarlo en la búsqueda de significado de la vida, a su vez que si para alguien no es relevante no lo va a plantear ni ofrecer en la relación, además, el interesarse en la persona más allá de lo médico permite poner la espiritualidad en la relación, dejando fuera lo religioso.

Se percibe que las formas de ser del paciente influyen en el tipo de relación. Además, algunos profesionales consideran que es necesario mantener una distancia con el paciente para entregarle seguridad y ser objetivo, lo que no implica ser frío.

La profundidad en la relación es importante para conectarse con lo espiritual del paciente, lo que implica estar atento a las señales del enfermo.

Los beneficios de la espiritualidad repercuten en un mejor trato que ayudan a ambos. A través de la escucha en la relación, disminuye el miedo, se genera más confianza e influye en la actitud con la que se enfrenta la enfermedad; inclusive se manifiesta en la percepción que tienen de sí mismos.

También existen dificultades en la relación como que médico y paciente tengan el interés puesto en focos distintos, lo puntual de la instancia médica, lo poco habitual de reflexionar acerca de temas espirituales y la predisposición de los pacientes al rol convencional del médico. Todo lo anterior es muy importante de abordar para futuras investigaciones referentes a la espiritualidad.

Es importante detectar las necesidades del paciente, como la de encontrar sentido, que estos perciban interés de los profesionales hacia ellos, que se les vea en todas sus dimensiones, estar bien consigo mismo, tranquilidad. Todas estas necesidades pueden ser resueltas a través de sus creencias religiosas como una forma de entrar a su espiritualidad, pero sin embargo hay algunos pacientes que no manifiestan necesidades espirituales

buscando las respuesta desde lo técnico, siendo muy importante respetar los momentos y estilos del paciente.

El profesional también tiene necesidades, donde la espiritualidad cumple un rol protector, responde a una necesidad empática, practicarla fuera de las instancias de trabajo, de encontrar sentido a lo que se hace dando respaldo al quehacer, mientras que para otros no forma parte de sus necesidades y el apoyo viene desde lo más concreto, lidiando con el peso del trabajo oncológico, instando a los enfermos a tener un rol más activo en su tratamiento. Todos estos aspectos resultan relevantes de considerar en futuras investigaciones.

Finalmente, se producen cambios en el profesional al estar en contacto con los pacientes oncológicos, independiente de la profundidad del vínculo, valorando los problemas de su vida de forma más mesurada, siendo impactados por el nivel de desarrollo espiritual de algunos pacientes que en instancias críticas son capaces de entregar tranquilidad a los otros, la entereza como enfrentan el proceso, se amplía la visión de mundo de los profesionales al conectarse con su espiritualidad, se producen reflexiones acerca de la muerte y percatarse que en ocasiones el alivio del dolor espiritual es más importante que el físico.

La penúltima categoría emergente tiene relación con las características del paciente oncológico, que a juicio de algunos profesionales hay relación entre las conductas de los pacientes y el desarrollo de la enfermedad, por lo que interviniendo en estas puede haber una mejoría. Desde la psicooncología se comparte esta visión.

En la generación del cáncer hay un estilo de vida a la base y aspectos emocionales del paciente como pena, miedo, decepción, etc. Y en aquellos que no tienen desarrollada la trascendencia del ser, les es más difícil afrontar la enfermedad y la posible muerte.

Las pacientes de cáncer de mama, serían personas que postergan sus necesidades en función de satisfacer las de otros y que están sometidas a un estrés constante.

También es visto en pacientes de cáncer que han perdido el contacto con su espiritualidad, lo que les genera angustia y es necesario entender la ocurrencia del cáncer en una interrelación entre la biología, el ambiente, la emoción y lo espiritual.

Personas que han sido sometidas a manipulación por su entorno, lo que genera niveles fuertes de estrés, tienen una predisposición a generar cáncer.

Por último estos pacientes vivencian que los otros dependen de ellos, por lo que se suelen posponer en función de lo que los demás necesitan.

La última categoría emergente considera la concepción de ser humano que tienen los profesionales: el enfermo es un ente activo, que ha perdido su condición de salud, no como sujeto de decisión del otro, requiriendo un buen trato por parte de los profesionales; el ser humano posee un aspecto espiritual que le es inherente, sea o no consciente de aquello, por lo que siempre se está en contacto con esta dimensión, esto implica ver al enfermo como un todo más allá de sus síntomas. Por último, es una visión de ser humano integral donde la espiritualidad es un elemento central.

Respecto a las limitaciones de este estudio, está en primer lugar el tamaño de la muestra ya que hubiese sido más representativo contar con un número igual de participantes de cada especialidad (psicólogos, psiquiatras, enfermeras, etc.) y así habiendo abarcado profesionales como kinesiólogos que quedaron fuera de este estudio. Además, haber sido restringida la búsqueda de la muestra a dos instituciones oncológicas de tipo privado, dejando fuera el sector público. Por otro lado, aunque no es el objetivo de este trabajo, parece necesario contrastar los resultados de esta investigación con las percepciones que poseen los pacientes de la inclusión de la espiritualidad en sus tratamientos. Otra limitación consiste en el diseño de análisis de la muestra, que al ser de tipo cualitativo está influido por la visión de los investigadores.

En relación a la proyección de esta investigación, está el poder abrir este campo de estudio desde los equipos médicos y de esta forma comenzar a darle un espacio desde la institución a la espiritualidad, ya que las conclusiones de este trabajo indican que ésta tiene efectos positivos en los pacientes y en los tratantes. Además, poder instalar en los profesionales de forma individual una reflexión respecto a esta dimensión y de esta forma concientizar qué lugar ellos le dan a la espiritualidad. Finalmente, la posibilidad de abordar en futuras investigaciones, los aspectos que no fueron abarcados en ésta como por ejemplo las categorías que emergieron escapando a los objetivos planteados.

VIII. Referencias bibliográficas

- Almanza-Muñoz J, Holland JC. (2000). "Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras". *Revista del Instituto Nacional de Cancerología* (México); Vol. 46 (3): 196-203.
- Andréu, J. (2000) "*Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*". Recuperado el 03 de Noviembre de 2013 de: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Araújo A., Sales J., Andrucio de Mattos C. (2008). "Análisis de la naturaleza del dolor espiritual presentado por pacientes terminales y el proceso de elaboración de un nuevo significado a través de la intervención de relajamiento, imágenes mentales y espiritualidad (RIME)". *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.16 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2008: 959-965.
- Arbizu J. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *ANALES Sis San Navarra* 2000; 24 (Supl. 1): 173-178.
- Bañados, B & Tamblay, A. (2004). "*Psicooncología del cáncer de mama*". Memoria para optar al Título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Recuperado el 05 de Marzo de 2013 de: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf
- Báñez M., Blasco T., Fernández Castro J. (2003). "La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer". *Anales de psicología* 2003, vol. 19, nº 2 (diciembre), 235-246.
- Benito E., Barbero J., Payás A. (2008). "*El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta*". Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. Recuperado el 05 de Mayo de 2013, de: <http://hospicemadreteresa.org.ar/esp/wp-content/uploads/2011/11/guia-espiritual-secpal.pdf>
- Boric A. (2008). "*Conceptos básicos de la psicoterapia humanista y transpersonal*". Recuperado el 11 de Mayo, de 2013 de: https://www.u-cursos.cl/bachillerato/2010/1/BA04AYUD/111/material_docente/objeto/558359
- Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G., Mo, M. y Cella, D. (1999). "A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology". *Psychooncology*, 8(5), 417-428.
- Bravo P. (2001). "*Descripción, en una muestra de pacientes chilenos que reciben atención en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, de factores que inciden en el afrontamiento y adaptación al estrés de la enfermedad oncológica*". Proyecto de investigación presentado en el Programa de Doctorado de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. España. Recuperado el 09 de

Mayo

de

2013

de: http://aniorte.eresmas.com/archivos/tesis_doct_afront_estres_enf_oncolog.pdf

- Cáceres, P. (2003). *"Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable"*. Facultad de filosofía y educación, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Revista de la escuela de psicología vol. II (pp. 53 - 82)
- Caqueo-Urizar A., Úrdua A. (2012). "Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto". *Terapia psicológica*, Vol. 30, Nº 1, 61-71.
- Carranzana, V. (2003). *"El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial"*. Recuperado el 11 de Mayo de 2013: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a01.pdf>
- Chinkes, S. (s/f). *"Apoyo psicoterapéutico al paciente de cáncer y su familia"*. Recuperado el 10 de Junio de 2013 de: http://www.bioarrayanes.cl/tclinicos/apoyo_psic.pdf
- Consorcio Tecnológico en Biomedicina Clínico-Molecular Aplicada (BMRC-Chile) (2010). *"Mapa de la investigación en cáncer en Chile, 2010"*. Programa de Salud Pública y Centro de Evaluaciones Económicas y Sociales en Salud, Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado el 05 de Marzo de 2013 de: <http://www.saludunderecho.cl/archivos/2010/12/Mapa-del-C%C3%A1ncer-en-Chile-2010.pdf>
- Culebras, N., Davidoch C Orjuela, Br. Pimás, I. (2003). *"Influencia de determinados factores psicológicos en la génesis del cáncer"*. Postgrado de psicopatología clínica Universidad de Barcelona. Recuperado el 03 de Marzo de 2013 de: <http://www.psicologiamaresme.com/descarga/Estresycancer.pdf>
- Durá E, Ibáñez E, (2000). "Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional". *Psic., Saúde & Doenças*. 2000, vol.1, n.1, pp. 27-43.
- Eichelman, B. (2007). "Religion, Spirituality, and Medicine". *Am J Psychiatry* 2007; 164:1774-1775.
- Espíndula J., Martins Do Valle E., Bello A. (2010). "Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de salud". *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.18 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2010.
- Fife BL. (1994). "The conceptualization of meaning in illness". *Social Science & Medicine*; 38(2):309-16.
- Florenzano (2010). *"Religiosidad y salud mental: ¿amigos o enemigos?"*. Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria [en línea] 2010; 6; 2: 221-229.
- Frankl (1994). *"La voluntad de sentido"*. Barcelona: Herder
- Frankl (1991). *"Psicoanálisis y Existencialismo: de la psicoterapia a la logoterapia"* México:

Fondo de Cultura Económica.

- Frankl (1988). *“El hombre en busca de sentido”*. Barcelona: Herder.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México, DF: McGraw-Hill: México.
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2012). *“Estadísticas vitales. Informe Anual 2010”*. Recuperado el 03 de Abril de 2013, de: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/pdf/vitales_2010.pdf
- Instituto Nacional del Cáncer, NIH (2012). *“La espiritualidad en el tratamiento del cáncer”*. Recuperado el 30 de junio de 2013 de: <http://www.cancer.gov/espanol/pdg/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/HealthProfessional/page1>
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2002). *“CENSO 2002: Síntesis de Resultados”*. Recuperado el 14 de julio de 2013 de: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf>
- International Agency for Research on Cancer. IARC, (2010). *GLOBOCAN 2008: Country fast stats*. Recuperado el 03 de Abril de 2013, de: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>
- Jiménez JP (2005). “La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina”. *Revista GU 2005*; 1: 92-101.
- Langle, A. (2004). “The search for meaning in life and the existential fundamental motivations”. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*, 1(1), 28-37.
- Lipowski, Z. (1970). Physical Illness, The Individual and the coping processes. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, Vol. 1, N° 2, pp. 91-102.
- Martínez ML. (2006). “El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva”. *Clínica y Salud*, 2006, vol. 17 n.º 3 - Págs. 245-258.
- Maslow A. (1985). *“El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser”*. 6ª edición. Barcelona: Kairós.
- Middleton J. (2012). *“Jennifer Middleton”*. Recuperado el 17 de junio de 2013 de: <http://www.jennifermiddleton.cl/>
- Middleton, J. (2002). “Psicooncología del siglo XXI”. *Revista Actualidad Psicológica*, N° 3, 30-32.
- Ministerio de Salud, MINSAL (2012). *“Primer informe de registros poblacionales de Cáncer en Chile: Quinquenio 2003-2007”*. Recuperado el 03 de Abril de 2013 de: <http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/cancer/INFORME%20RPC%20CHILE%202003-2007,%20UNIDAD%20VENT,%20DEPTO.EPIDEMIOLOGIA-MINSAL,13.04.2012.pdf>
- Mytko, J. J. y Knight, S. J., (1999). “Body, mind and spirit: towards the integration of

- religiosity and spirituality in cancer quality life research". *Psychooncology*, 8, 439-450.
- National Cancer Institute (2013). "¿Qué es el Cáncer?". Recuperado el 28 de Marzo de 2013 de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
 - Nuñez P, Enríquez D, Irarrázaval M. (2011). "La espiritualidad en el paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad". *Ajayu*, 10(5), Marzo 2011, 84-100, ISSN 2077-2161.
 - Olivares M. (2004). "Aspectos Psicológicos en el Cáncer Ginecológico". *Avances en Psicología Latinoamericana*, Volumen 22, Pp. 29-48.
 - Organización Mundial de la Salud, OMS (2013). "Cáncer". Recuperado el 03 de Abril de 2013, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
 - Organización Mundial de la Salud, OMS (2013). "Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional". Recuperado el 15 de Mayo de 2013, de: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4930s/9.10.8.html>
 - Organización Mundial de la Salud, OMS (2013). "Preguntas más frecuentes". Recuperado el 09 de Mayo de 2013 de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
 - Organización Mundial de la Salud, OMS (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Recuperado el 03 de Abril de 2013, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf
 - Organización Mundial de la Salud, OMS (2002). "Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional". Recuperado el 03 de Abril de 2013, de: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>
 - Penna H., Avezum A. (2007). "Impacto da espiritualidade na saúde física". *Rev. Psiquiatria. Clínica* vol. 34 suppl. 1 São Paulo 2007.
 - Peres M., Quintana A., Silva P., André C. (2007). "A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos". *Rev. Psiq. Clin.* 2007, 34, supl 1, 82-87.
 - Pérez, A. (s/f) "Psiconeuroinmunología". Servicio de psiquiatria, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). Recuperado el 03 de Marzo de 2013 de: http://webs.uvigo.es/endocrinologia/PDFs%202004_05/psiconeuroendocrinologia_AVBBravo.pdf
 - Pocino, M., Castés M. (2002). "Psiconeuroinmunología: la IV herramienta en la lucha contra el cáncer dentro de un enfoque integral". Laboratorio de Psiconeuroinmunología, Cátedra de Inmunología, Instituto de Biomedicina, Universidad Central de Venezuela (UCV).
 - Porta L, Silva M (2003). "La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa". Recuperado el 18 de noviembre de 2013

de: <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>

- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2009). "La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad". *Divers.: Perspect. Psicol.*, 5, 2, 321-336.
- Rivero, R., Piqueras, J. A., Ramos, V., García-López, L.J. Martínez, A. y Oblitas, L. (2008). "Psicología y Cáncer". *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M. (2007). "Ejercicio clínico y espiritualidad". *Anales de Psicología 2007*, vol. 23, nº 1, pp. 125-136.
- Rodríguez Fernández (2007). "Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico". Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Recuperado el 20 de Mayo de 2013, de: http://digitool-uam.greendata.es/exlibris/dt/d3_1/apache_media/L2V4bGlicmlzL2R0bC9kM18xL2FwYWYWN_oZV9tZWVpYS8xNDkx.pdf
- Sarna L, Brown J, Cooley M, Williams R, Chernecky C, Padilla G, Danao L. (2005). "Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer". *Oncology Nursing Forum*, Vol. 33, N° 2, pp. 85-92.
- Sandin, B., Chorot, P., Navas, M. J. y Sated, M. A. (1992). "Estres y enfermedad: Inventario de reacciones interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 391-396.
- Selman M. (2008). "La utilización del Arteterapia de pacientes con Cáncer". Recuperado el 29 de Abril de 2013 de: Http://www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/selman_m/sources/selman_m.pdf
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL (1988). "Historia de los cuidados paliativos y el movimiento Hospice". Recuperado el 29 de Marzo de 2013 de: <http://www.secpal.com/presentacion/MovHospice.pdf>
- Solomon, George F. (2001) "Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencias y consecuencias". Segundo congreso virtual de psiquiatría, Interpsiquis. Mesa Redonda: Psicósomática, 1 Febrero – 7 Marzo, 2001.
- Torres A. (2006). "Relación entre el patrón de conducta tipo C y el Cáncer de mama". Recuperado el 03 de Marzo de 2013 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a11.pdf>
- Taha, Nicole, Florenzano U, Ramón, Sieverson R, Catalina, Aspillaga H, Carolina, & Alliende, Lucía. (2011). "La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos". *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 49(4), 347-360.

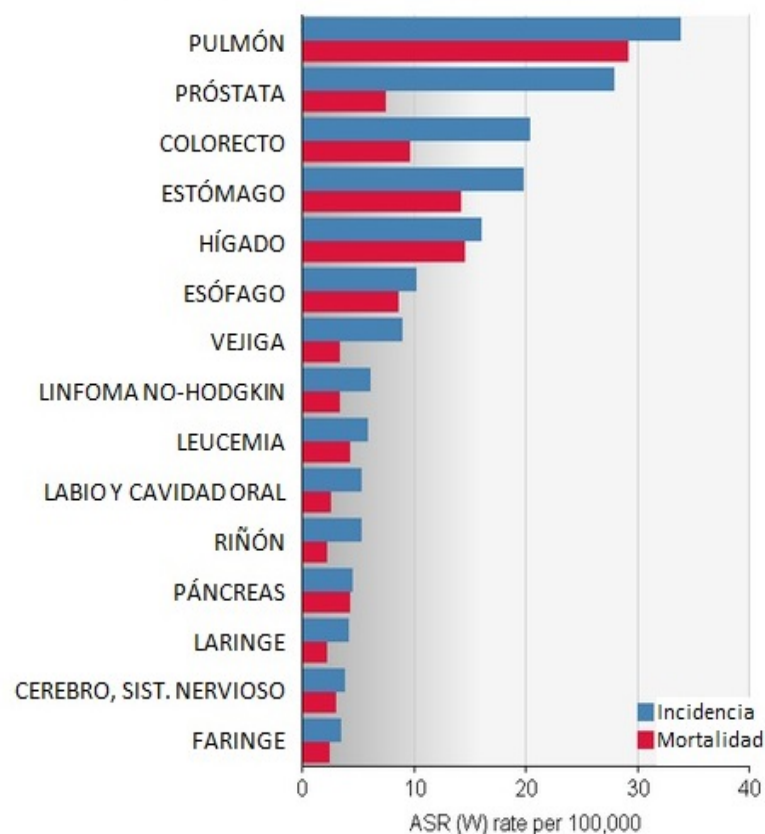
- Taylor (1995). "Whys and Wherefores: Adult Patient Perspectives of the meaning of cáncer". *Seminars in Oncology Nursing*; 11(1): 32-40.
- Taylor S. (1983). "Adjustment to threatening events". A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*; 38:1161-1173.
- Trigos V. (2009). "*Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)*". Recuperado el 05 de Abril de 2013 de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/414/TRIGOSO_OBANDO_VIVIANA_PROPIEDADES_PSICOMETRICAS.pdf?sequence=1
- University of Maryland Medical Center, UMMC (2011). *Cáncer*. Recuperado el 28 de Marzo de 2013 de: http://www.umm.edu/esp_ency/article/001289.htm
- Valenzuela, Bargsted y Somma (2012). "*¿En qué creen los chilenos? Naturaleza y alcance del cambio religioso en Chile*". Instituto de Sociología: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Vinaccia S. (2003). "El Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes con enfermedades Crónicas". *rev.colomb.psiqiatr.* [online] Vol.32, n.2, pp. 161-168. ISSN 0034-7450.
- Yanek, L. R., Becker, D.M., Moy, T.F., Gittelsohn, J., Koffman, D.M. (2001). "Project Joy: faith based cardiovascular health promotion for African American women". *Public Health Reports*, 116 (1), 68-81.
- Yoffe L. (2007). "Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos". *Psicodebate*; 7: 193-205.

IX. Anexos

Anexo I

Fuente: International Agency for Research on Cancer. IARC, (2010). *GLOBOCAN 2008: Country fast stats*. Traducido del original.

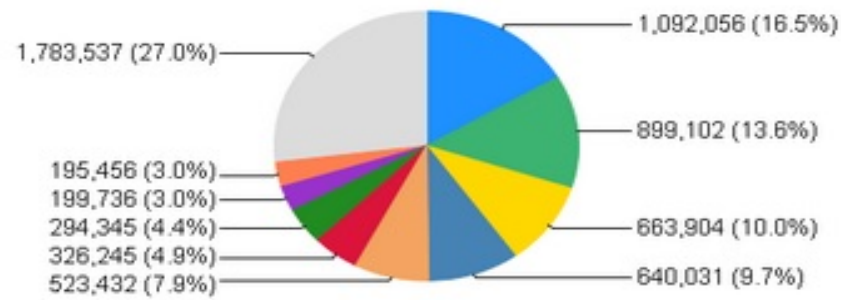
Tipos de Cáncer más frecuentes en hombres



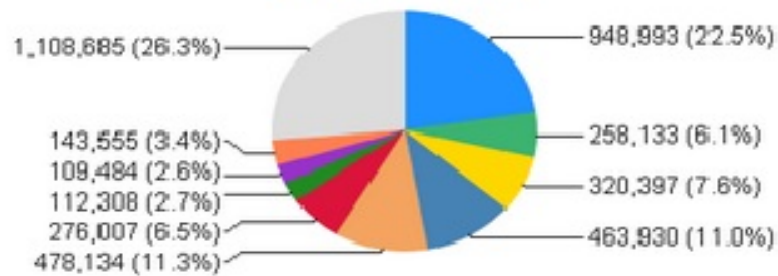
Cáncer	Incidencia		Mortalidad		Prevalencia en 5 años	
	N	ASR (W)	N	ASR (W)	N	Prop
Labios, cavidad oral	170496	5.2	83109	2.6	401075	11.7
Nasofaringe	57852	1.7	35984	1.1	153736	4.5
Faringe	108588	3.4	76458	2.4	229030	6.7
Esófago	326245	10.1	276007	8.5	335707	9.8
Estómago	640031	19.7	463930	14.2	1050306	30.8
Colorrecto	663904	20.3	320397	9.6	1765422	51.7
Hígado	523432	16.0	478134	14.5	433207	12.7
Vesícula biliar	58375	1.8	42949	1.3	69252	2.0
Páncreas	144859	4.4	138377	4.2	91997	2.7
Laringe	129651	4.1	70336	2.2	366566	10.7
Pulmón	1092056	33.8	948993	29.2	1121619	32.8
Melanoma de piel	101807	3.1	25860	0.8	385064	11.3
Próstata	899102	27.9	258133	7.4	3200372	93.7
Testículo	52322	1.5	9874	0.3	201562	5.9
Riñón	169155	5.2	72019	2.2	466631	13.7
Vejiga	294345	8.9	112308	3.3	904169	26.5
Cerebro, sistema nervioso	126815	3.8	97251	2.9	171827	5.0
Tiroides	49211	1.5	11206	0.3	195097	5.7
Linfoma Hodgkin	40265	1.2	18256	0.5	114537	3.4
Linfoma Non-Hodgkin	199736	6.0	109484	3.3	427038	12.5
Mieloma múltiple	54923	1.7	37795	1.1	112421	3.3
Leucemia	195456	5.8	143555	4.3	278754	8.2
Otros, excl. el cáncer de piel no-melanoma	6617844	202.8	4219626	127.9	13514868	395.8

(HOMBRES)

Incidencia

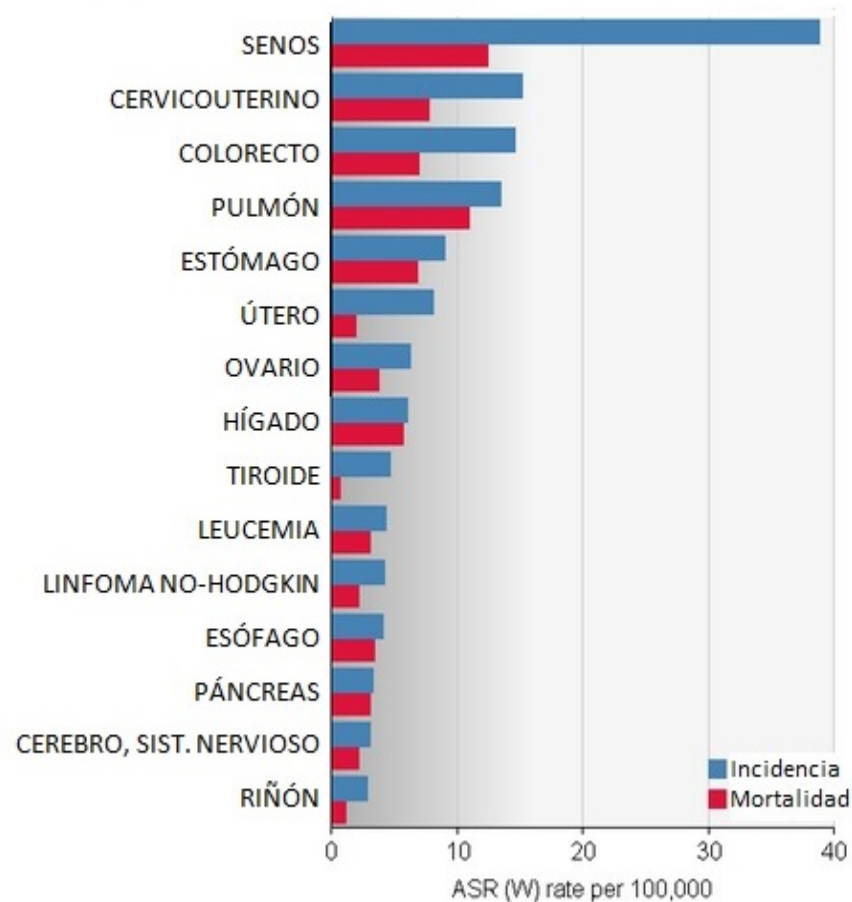


Mortalidad



- PULMÓN
- PRÓSTATA
- COLORRECTO
- ESTÓMAGO
- HÍGADO
- ESÓFAGO
- VEJIGA
- LINFOMA NO-HODGKIN
- LEUCEMIA
- OTROS E INESPECÍFICOS

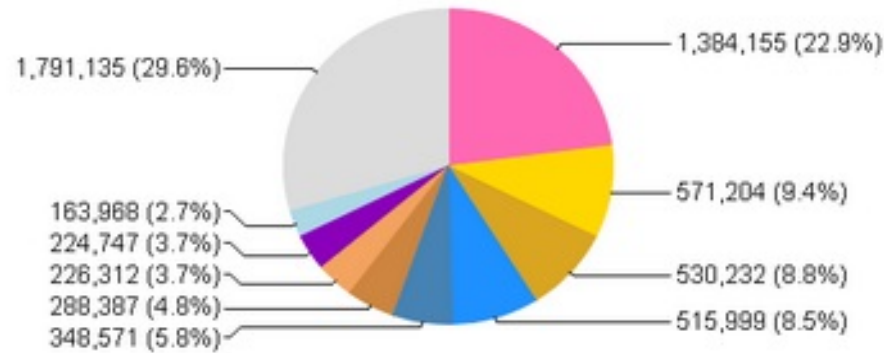
Tipos de Cáncer más frecuentes en mujeres



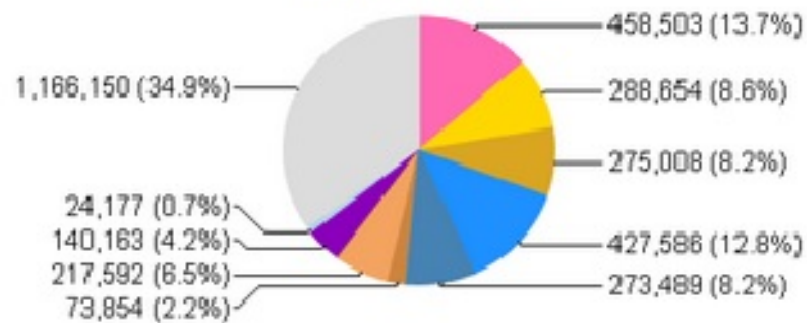
Cáncer	Incidencia		Mortalidad		Prevalencia en 5 años	
	N	ASR (W)	N	ASR (W)	N	Prop
Labios, cavidad oral	92524	2.5	44545	1.2	209581	6.2
Nasofaringe	26589	0.8	15625	0.4	68975	2.1
Faringe	28034	0.8	19092	0.5	59008	1.8
Esófago	155400	4.2	130526	3.4	146438	4.4
Estómago	348571	9.1	273489	6.9	548134	16.3
Colorrecto	571204	14.6	288654	7.0	1495468	44.5
Hígado	226312	6.0	217592	5.7	180006	5.4
Vesícula biliar	86828	2.2	66638	1.7	99206	3.0
Páncreas	133825	3.3	128292	3.1	80495	2.4
Laringe	21026	0.6	11556	0.3	59131	1.8
Pulmón	515999	13.5	427586	10.9	555797	16.5
Melanoma de piel	97820	2.7	20512	0.5	370814	11.0
Pechos	1384155	38.9	458503	12.4	5189028	154.5
Cérvicouterino	530232	15.2	275008	7.8	1555341	46.3
Útero	288387	8.2	73854	1.9	1097620	32.7
Ovario	224747	6.3	140163	3.8	549850	16.4
Riñón	104363	2.8	44349	1.1	277559	8.3
Vejiga	88315	2.2	37974	0.9	268292	8.0
Cerebro, sistema nervioso	111098	3.1	77629	2.2	145212	4.3
Tiroides	163968	4.7	24177	0.6	667377	19.9
Linfoma Hodgkin	27654	0.8	11646	0.3	81808	2.4
Linfoma Non-Hodgkin	156695	4.2	82115	2.1	344983	10.3
Mieloma múltiple	47903	1.2	34658	0.9	98276	2.9
Leucemia	154978	4.3	113606	3.1	221120	6.6
Otros, excl. cáncer de piel no-melanoma	6044710	164.4	3345176	87.2	15288300	455.2

(MUJERES)

Incidencia



Mortalidad



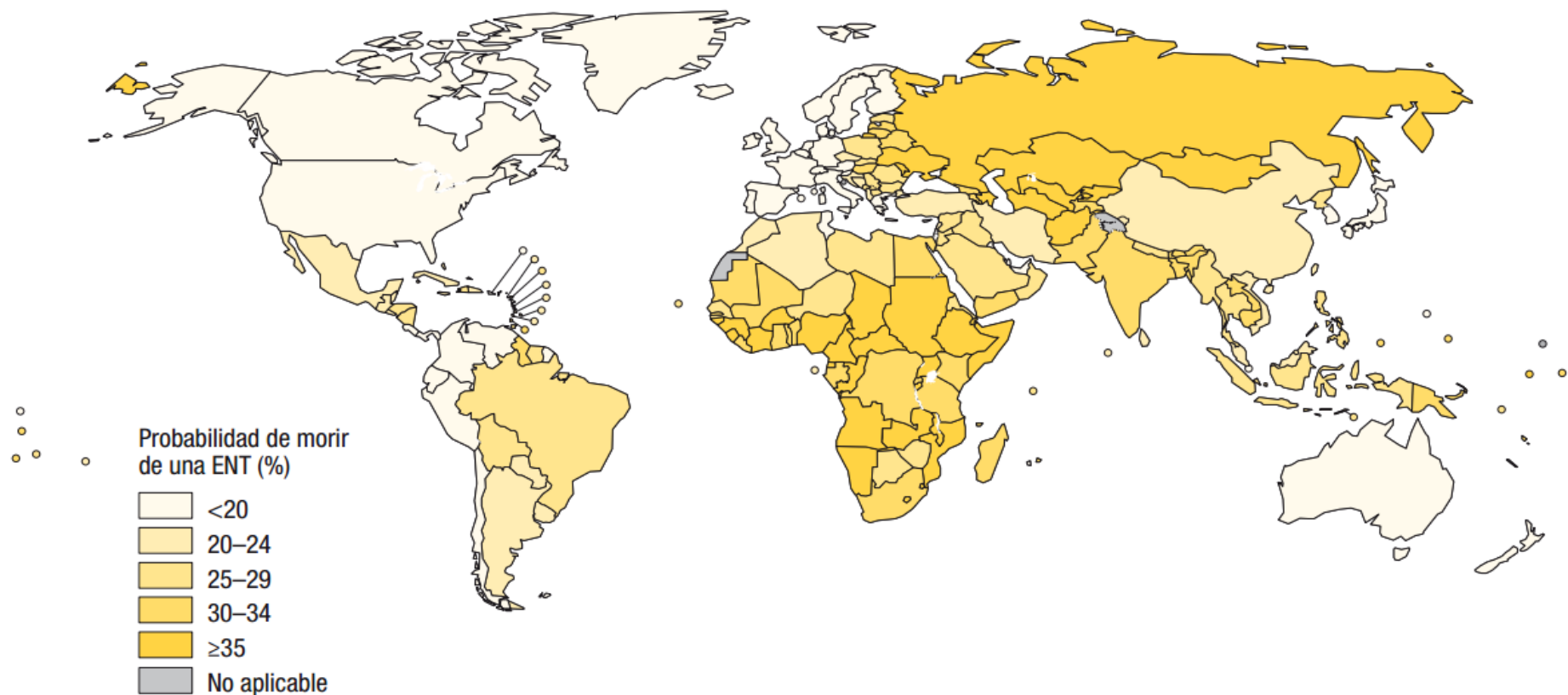
- SENOS
- COLORRECTO
- CERVICOUTERINO
- PULMÓN
- ESTÓMAGO
- ÚTERO
- RIÑÓN
- OVARIO
- TIROIDE
- OTROS E INESPECÍFICOS

MUNDIAL	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Población (miles)	3414566	3358715	6773281
Número de nuevos casos de cáncer (Miles)	6617.8	6044.7	12662.6
Rango de incidencia por edad (W)	202.8	164.4	180.8
Riesgo de padecer cáncer antes de los 75 años (%)	21.1	16.5	18.6
Número de muertes por cáncer (Miles)	4219.6	3345.2	7564.8
Rango de incidencia por edad (W)	127.9	87.2	105.6
Riesgo de padecer cáncer antes de los 75 años (%)	13.4	9.1	11.1
5 cánceres más frecuentes			
	Pulmón	Senos	Pulmón
	Próstata	Colorrectal	Senos
	Colorrectal	Cervicouterino	Colorrectal
	Estómago	Pulmón	Estómago
	Hígado	Estómago	Próstata

Anexo II

Fuente: Organización Mundial de la Salud, OMS (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales*. p. 34.

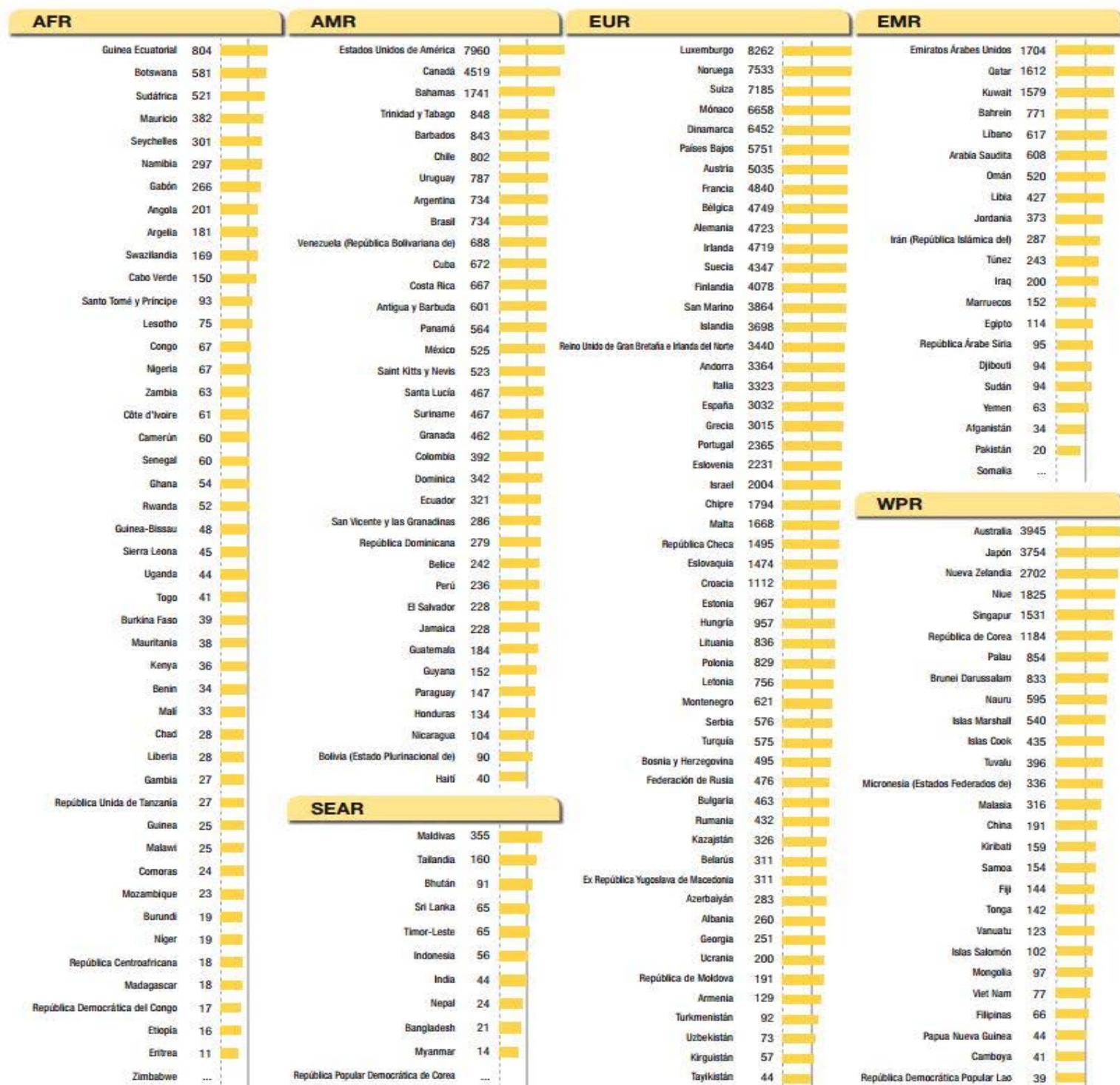
Probabilidad de morir de una ENT entre los 30 y los 70 años (%), 2008



Anexo III

Fuente: Organización Mundial de la Salud, OMS (2012). Estadísticas sanitarias mundiales. p. 39.

Figura 10. Gasto total en salud *per capita*, 2009 (US\$)¹⁹



¹⁹ Las barras muestran los valores en una escala logarítmica, y las líneas verticales grises indican el gasto mínimo propuesto de US\$ 44 per capita. Los valores numéricos muestran el gasto total en salud per capita en 2009.