María I. López-Ibor^{1, 2}
Juan J. López-Ibor^{1, 2, 3, 4}

¿Qué necesitan aprender los psiquiatras? Conocimientos, habilidades y actitudes

¹Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad Complutense

²CIBERSAM (Centro para la Investigación Biomédica en Red en Salud Mental)

³Instituto de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Clínico San Carlos

⁴Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, Spain

En todas las culturas y a lo largo de la historia la religión ha desempeñado un papel destacado, de lo que se deduce que realiza una función adaptativa, invocada en todas las sociedades para satisfacer una o varias necesidades universales humanas. Por tanto, y desde el punto de vista psicológico el rasgo más destacado de la religión es su universalidad.

La religión y la espiritualidad son importantes para la vida de muchas personas, le dan un sentido a sus vidas, en este sentido y no en otro, se puede considerar que la religión y la espiritualidad son parte de la calidad de vida. La organización mundial de la salud (OMS) reconoce que los valores espirituales o la espiritualidad es un componente de la calidad de vida.

Muy a menudo el fenómeno religioso ha sido considerado muy superficialmente por los psiquiatras. Por eso no es de extrañar que pocas publicaciones existen que ayuden a los psiquiatras a explorar la religiosidad de los pacientes. Muchos estudios científicos que demuestran que la religión en particular o la espiritualidad en general (definida como experiencia individual y personal y que no incluye los ritos y rituales de una determinada religión) se asocia con un mayor bienestar y disminuye los síntomas depresivos pudiendo relacionarse con estilos de vida (mejorar las estrategias de afrontamiento ante situaciones adversas) y proporcionan una de las mayores y más poderosas redes sociales.

A lo largo de su formación como especialistas los psiquiatras son entrenados en la entrevista clínica y en la exploración del estado mental, son conscientes de los aspectos que deben abordar durante la entrevista: el motivo de consulta, los criterios diagnósticos, la historia familiar y social....., pero incluso aunque sabemos que la espiritualidad es a veces muy importante para el paciente, psiquiatras consideramos que es más difícil preguntar a los pacientes sobre sus creencias religiosas que sobre aspectos relacionados con la sexualidad.

En este trabajo se revisan una serie de cuestionarios que pueden ser utilizados y ayudar a los psiquiatras a explorar la religiosidad, la espiritualidad y si la religión o no juega un papel en las estrategias de afrontamiento del paciente.

Los aspectos religiosos y espirituales de nuestros pacientes deben ser explorados, es necesario que tengamos en cuenta que son valores en ocasiones importantes y que junto con otros deben pasar a formar parte de lo que hoy se denomina medicina basada en el paciente. Por lo tanto los psiquiatras deben de aprender el papel que la religiosidad y la espiritualidad juegan en la aparición y manifestaciones de la enfermedad y en el proceso de afrontar la enfermedad, el sufrimiento y la discapacidad y en la resiliencia en general.

Palabras clave: Religión, Espiritualidad, Entrevista clínica, Calidad de vida

WHAT DO PSYCHIATRISTS NEED TO LEARN? KNOWLEDGE, SKILLS AND ATTITUDES

In every culture and through history, religion has always being important, it is considered to play an adaptative role, that may help different societies to satisfied one or some human universal necessities. Therefore, according to psychological point of view, the more common aspect of religion in universality.

Religion and spirituality are very important for some people, it helps them to find life sense, in this aspect and not in other, we can clonclude that religion and spirituality are part of the quality of life. The World Health Organization (WHO) support that spiritual values or spirituality are an important component in quality of life.

Very often religious experience has not been taken into consideration by psychiatrist. It is not surprising that there are very few research studies and publications that help psychiatrist to explore religiosity in their patients. Many data suggest that religion in particular, or sipirituality in general (considered as an intimate and personal experience that not include rituals of any religion) is associated with increased sense of well-being, decreased depressive symptoms and is related with lifestyle behaviors' (enhance positive coping strategies against stressful life events) and provide larger and stronger social networks.

Psychiatrists are trained in interviewing and they are aware of the domains that should be assessed: history of the present illness, diagnostic criteria, family history, formal mental status, social history, ...but even though we know spirituality is sometimes essential for patients, psychiatrist in general find more difficult and intimate to talk about one's religions or spiritual life than one's sexual experience.

In this paper we review questionnaires that measure religiosity, spiritual well-being, religious coping strategies and beliefs and could help psychiatrist in taking spiritual history.

Spiritual matters and religion should become part of clinical psychiatric assessment, we have to take into consideration cultural beliefs, values that are important for patients and therefore spiritual concerns should be considered as a part of the patient-center medicine.

Therefore psychiatrists need to take into consideration the role of religion and spirituality in the diagnosis, symptoms, dyshabilities and resilience.

Key words: Religion, Spirituality, Clinical interview, Quality of life

NECESIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La práctica de la psiquiatría y en general de la medicina requiere una sutil combinación de conocimientos científicos y consideraciones éticas que afectan a los valores propios y sobre todo a los del enfermo.

A la definición de salud que figura en la Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud¹, *Estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad*, se ha pretendido en ocasiones añadir los términos *cultural y espiritual*. En cualquier caso, el elemento cultural está incluido en la definición de salud mental de la propia Organización que la concibe como: *un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*².

Por otra parte, los criterios para el diagnóstico de un trastorno mental, en especial en el DSM³, incluye la necesidad de una significación clínica que viene determinada por el sufrimiento del paciente y por la discapacidad asociada y esta última no es, en definitiva, otra cosa que el impacto sobre la calidad de vida. Así no es de extrañar que la OMS, en colaboración con el Banco Mundial, hayan publicado en julio de 2011 el PRIMER INFORME GLOBAL SOBRE DISCAPACIDAD⁴ en la esta es definida como la capacidad de mantener una relación con el entorno que permita generar calidad de

vida. Dicho de otra manera, no hay que considerar al enfermo como un sujeto pasivo al que hay que librarle con medios científicos y técnicos de un sufrimiento y discapacidad sobrevenidos, sino como a una persona con pleno derecho a una plena capacidad de vida. El hecho que el Banco Mundial se haya interesado por estos aspectos⁵ desde 1993 subraya la importancia de la salud como un bien de la sociedad, que se merma o se pierde por la enfermedad, la discapacidad y la muerte prematura y ha llevado a la noción que la salud no es una mera consecuencia del desarrollo, que permite una mejor asistencia sanitaria, nivel educativo y calidad de vida, sino, al contrario, el desarrollo es consecuencia de ese mayor nivel de salud.

Por todos estos motivos se ha podido decir que la enfermedad afecta a la persona, no a la mente⁶ y menos aún al cerebro o que *la psiquiatría es la más de las ciencias y la más científica de las humanidades*, según expresión de Sir Martin Roth que rememoraba otra cita famosa: *La antropología es la más humanística de las ciencias y la más científica de las humanidades*⁷. De ahí que los aspectos culturales y los referentes a los valores individuales y culturales sean un pilar de la medicina centrada en la persona y en una práctica sensible a los valores y a los aspectos de la experiencia humana donde los valores están implícitos o son explícitos, en forma de emociones y aspiraciones. La consideración de lo que son valores justos y saludables corresponde a la ética y el modo como se aplican estos a una persona concreta y a una situación especial, corresponde a la moral⁸. Ambas disciplinas son fundamentales en la formación del médico y más aún del psiquiatra que ha de tener en cuenta los casos en los que la competencia para valorar y decidir sobre lo que le resulta más conveniente puede estar afectada. De hecho, y en el contexto de las definiciones dadas más arriba, la salud mental consiste en un equilibrio de valores personales, sociales y culturales y la meta de las intervenciones clínicas es poder alcanzar una comprensión de valores sociales y culturales más allá de los valores propios, algo esencial en las sociedades modernas, cada vez más multiculturales.

Por otra parte, el bienestar no es algo que esté relacionado con la edad, el género o los ingresos (siempre que éstos estén por encima del nivel de la pobreza), sino con el hecho de ser maduro (capaz de regirse a sí mismo, de cooperar y de tener un sentido de trascendencia), honesto (sabio, capaz de esperar y de amar)⁹.

La religión y la espiritualidad contribuyen a conformar la representación que los pacientes tienen de su enfermedad y por lo tanto sus actitudes frente al tratamiento. Por lo tanto los psiquiatras deben de aprender el papel que la religiosidad y la espiritualidad juegan en la aparición y manifestaciones de la enfermedad y en el proceso de afrontar la enfermedad, el sufrimiento y la discapacidad y en la resiliencia en general.

CÓMO AFRONTAR LA EXPLORACIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD

El problema nuclear del abordaje de la espiritualidad y religiosidad es que forman parte de la idiosincrasia individual y de la identidad cultural del paciente y de los valores que a ellas subyacen. Las preguntas sobre valores provocan respuestas, a veces incómodas sobre actitudes y sobre los valores propios y perspectivas ante las grandes cuestiones de la vida, del psiquiatra que trata al paciente. Por eso el clínico suele tener miedo a provocar un rechazo capaz de distorsionar e interferir con la relación médico-enfermo y, en definitiva, comprometer el resultado de la intervención del psiquiatra. En este caso, el temor del enfermo es a ser doblemente estigmatizado, primero como enfermo mental y segundo como un indocumentado que, a los ojos del médico, se deja llevar por supercherías y supersticiones.

Por ello conviene recordar, aunque sólo sea de un modo conciso, como se establecen la idiosincrasia personal y la identidad cultural en general.

Idiosincrasia

La palabra idiosincrasia viene del griego clásico, *idiosynkrasía*, 'un temperamento peculiar', 'costumbre del cuerpo', a su vez de *idios* 'propio', *syn* 'con' y *krasis* 'mezcla'. Hoy día se define como el conjunto de los rasgos o cualidades individualizantes que son características de una persona o grupo. Por lo tanto idiosincrasia e identidad son dos conceptos que se solapan

La Teoría de la Identidad Social^{10,11} sostiene que la categoría social a la que uno siente que pertenece, sustenta la definición de lo que uno es, o sea, que la propia identidad depende de la identificación con un grupo social, y no al revés. La identidad del grupo no es la agregación de las identidades de su grupo, sino que es el individuo el que se identifica con él. Una vez que la identificación se ha producido se ponen en marcha dos procesos, uno de categorización, que distingue a un grupo de los otros, de tal manera que todos los grupos humanos (también sucede lo mismo en los primates) se ven y son vistos explícitamente por otros como culturalmente distintos, por lo general a partir de alguna característica presente (ej. la religión) que acaba por estigmatizar a los individuos de los "otros grupos". El segundo proceso consiste en un ensalzamiento de lo propio de acuerdo con el cual los individuos pasan a considerar que las características de los miembros del propio grupo son buenas y deseables, mientras que las características de los miembros de otros grupos son malas e indeseables.

Esta teoría explica el llamado oxímoron evolutivo de los homínidos, y en especial del ser humano, que a la vez capaz de la mayor entrega y solidaridad y del la mayor agresividad

intraespecífica. Se trata de la presencia simultánea de una extraordinaria cooperación y tolerancia intragrupal y de una extraordinaria intolerancia y agresividad grupal.

La identificación con el grupo conlleva a mecanismos para la permanencia del sujeto en el mismo. Para él son grandes las ventajas: la cooperación *inter pares* y la defensa frente a grupos extranjeros. Además, el ensalzamiento de lo propio se convierte en una profecía que se cumple a sí misma. Por otra parte, el grupo ve como una amenaza la partida de uno de sus miembros, ya que destruye la identificación social, y pone en marcha mecanismos, a veces extremos, para evitar herejías y apostasías. Entre ellos el más poderoso es la ridiculización y el ostracismo.

La consecuencia de todo ello es que toda intervención destinada a modificar la idiosincrasia e identidad cultural, aun en aras de un posible beneficio para la curación del enfermo, está condenada al fracaso y conlleva riesgos.

El Ámbito de lo Cultural

La palabra cultura tiene significados diferentes y a ella se asocian demasiados conceptos dispares entre sí.

Se ha definido como el conjunto de actitudes, valores, fines y prácticas compartidas que caracterizan una organización o grupo.

En cierta manera cultura se opone a herencia porque hay que aceptar que los fenómenos humanos no son exclusivamente el resultado de la genética humana.

Declaración de México sobre las Políticas Culturales¹² señala literalmente que:

La cultura puede considerarse actualmente como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias.

La cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos.

La raza es, por el contrario un concepto biológico, se refiere a la herencia genética común. Sin embargo hoy se considera que es algo anticuado, impreciso y, sobre todo, que dio lugar a abusos. Así, la Declaración de la UNESCO: La Cuestión Racial (1950)¹³

Grupos nacionales, religiosos, geográficos, lingüísticos y culturales no coinciden necesariamente con grupos

raciales; y no se ha demostrado que los rasgos culturales de dichos grupos tengan una conexión genética a rasgos raciales.

Ya que con mucha frecuencia se cometen graves errores de este tipo al usar el término "raza" en el lenguaje popular, sería mejor eliminar por completo el término "raza" cuando se habla de razas humanas y hablar de "grupos étnicos".

Max Weber había definido los Grupos Étnicos como¹⁴:

Aquellos grupos humanos que tienen una creencia subjetiva en su ascendencia común basada en similitudes de tipo físico o de costumbres o de ambos, o debido a recuerdos de colonización y migración; estas creencias deben de ser importantes para la formación de un grupo; además no importa si existe una relación sanguínea objetiva.

La palabra etnicidad deriva del griego clásico *ethnos*, 'pueblo', 'nación' y designa a las personas pensaban que compartían una ascendencia común que comparte una cultura característica. Es un vocablo cargado de estigma. En inglés durante los siglos XIV al XIX era sinónimo de pagano, infiel, y con el sentido de extranjero y también, coincidiendo con la expansión europea como inmigrante o indígena. Por lo tanto étnico es lo opuesto a nación, es el extra-grupo frente al intra-grupo y viene a significar un grupo de personas cuyos miembros se identifican unos con otros a través de una herencia común, a menudo consistente en un lenguaje común, una cultura común (frecuentemente compartiendo una misma religión) y una ideología que acentúa ascendencias o endogamias comunes¹⁵. Así, los miembros de un grupo étnico son conscientes de pertenecer al mismo grupo y su identidad viene además marcada por el reconocimiento por otros como grupo diferente.

En Europa existen 87 "pueblos Europeos" diferentes, aunque ni Francia ni Suiza no reconocen ningún grupo étnico en sus propias poblaciones. En los Estados Unidos se consideran siete: Europeos, Afro-Americanos, Asiáticos, Latinos (últimamente llamados Hispanos o de origen español) e (Indios)-Americanos nativos.

Sociedad y Cultura¹⁶

La palabra sociedad se refiere a un grupo de personas mientras que cultura designa la una capacidad pan-humana y a la totalidad de fenómenos humanos no-genéticos.

Las sociedades están a menudo claramente limitadas; frecuentemente los rasgos culturales son móviles, y los límites culturales como tales pueden ser porosos, permeables y plurales. Como los conflictos tras la Guerra Fría fueron más frecuentes y violentos debido a diferencias culturales más

que ideológicas nació el concepto de Choque de Civilizaciones¹⁷. Mientras que durante la Guerra Fría, los conflictos surgían entre el Occidente Capitalista y los países del bloque Comunista del este, ahora es más probable que esto ocurra entre las civilizaciones más importantes del mundo.

En este contexto se reconocen ocho civilizaciones¹⁸: Occidental, Latino Americana, Islámica, Sínica (China), Hindú, Ortodoxa, Japonesa y Africana. Hay que subrayar que esta clasificación cultural contemporánea choca con la noción clásica estados soberanos, sin embargo ya Max Weber¹⁹ consideraba que los grupos étnicos eran constructos sociales artificiales, basados en la creencia subjetiva de una *Gemeinschaft* (comunidad) compartida y, como hemos señalado más arriba, la creencia en una *Gemeinschaft* compartida no creó el grupo, más bien el grupo creó la creencia como consecuencia de los intentos de monopolizar poder y estatus.

MEDIDA DE LA ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD

No está aún claro el modo y la intensidad como la religiosidad y la espiritualidad contribuyen a la calidad de vida, aunque en enfermos con cáncer la espiritualidad contribuye a un mejor ajuste psicosocial²⁰.

A pesar de las dificultades el bienestar puede medirse. Para ello hay que valorar la presencia de emociones positivas, la estructura de la personalidad en lo que se refiere a la madurez y a la integración, la satisfacción con la propia vida (hay una correlación significativa entre religiosidad y espiritualidad por un lado y bienestar psicosocial por otro^{21,22} y con la presencia de ciertas virtudes (valor, justicia, moderación, honor, sabiduría, amor, esperanza)^{23,24}.

A continuación exponemos los instrumentos más útiles para la enseñanza y la exploración de la espiritualidad y la religiosidad en la práctica clínica. Los seis primeros han sido analizados y propuestos por Koenig²⁵:

Kuhn's Spiritual Inventory. Es un inventario espiritual que investiga siete áreas: significado o propósito, creencias y fe, amor, perdón, plegarias, meditación y asistencia al culto, mediante 35 preguntas del estilo:

- ¿En qué cosas tiene Vd. fe o cree?
- ¿Ha influido su enfermedad en su fe religiosa?
- ¿Cómo practica su fe religiosa en la vida cotidiana?
- ¿Cómo ha influido su fe religiosa en su comportamiento desde que ha caído enfermo?
- ¿Qué papel juega su fe religiosa en la recuperación de su salud?

Matthews' Spiritual History. Se trata de un instrumento para aplicarse durante la primera entrevista. Consta de tres preguntas fundamentales:

- ¿Hasta qué punto es la religión o espiritualidad

- importante para Vd.?
- ¿Hasta qué punto influyen sus creencias religiosas o espirituales en su manera de pensar en sus problemas clínicos y en lo que concierne a su salud?
 - ¿Le gustaría que tuviera en cuenta con Vd. lo que se refiere a sus creencias religiosas o espirituales?

Recientemente el autor ha reducido las preguntas a dos:

- ¿Le resulta útil su religión (o sus creencias) en cómo afrontar su enfermedad?
- ¿Qué puedo hacer yo para apoyar su fe, sus creencias religiosas o sus compromisos religiosos?

FICA Spiritual Assessment Tool, de Christina Puchalski, que consta de cinco preguntas que se recuerdan por la inicial inglesa del área que exploran: Faith, Importance, Church, Apply, Address.

- F (fe) ¿Cuál es su tradición religiosa?
- I (importancia): ¿Hasta qué punto es importante su propia fe religiosa para Vd.?
- C (culto) ¿A qué culto o religión pertenece Vd.?
- A (aplicación) ¿De qué manera se aplican sus creencias religiosas o espirituales a la salud?
- A (aconsejar) ¿Cómo podríamos aconsejarle en sus necesidades espirituales?

Maugans' SPIRITual History, que explora seis áreas también identificadas por sus iniciales en inglés, cada una de las cuales se explora mediante varias preguntas:

Sistema de creencias espirituales

- ¿A qué religión está formalmente afiliado?
- Diga el nombre o describa su sistema de creencias espirituales.

Espiritualidad personal

- Describa las creencias y el modo de practicar el sistema de creencias espirituales que Vd. si acepta.
- Describa las creencias y el modo de practicar el sistema de creencias espirituales que Vd. no acepta.
- Vd. acepta o cree (creencia o práctica específica). ¿Qué significa la espiritualidad o la religión para Vd.?
- ¿Cuál es la importancia de su espiritualidad o religiosidad en su vida cotidiana?

Integración en una comunidad religiosa

- ¿Pertenece a algún grupo o comunidad religiosa o espiritual?
¿Cuál es su cargo o papel?
- ¿Qué importancia tiene ese grupo para Vd.?
¿Es una fuente de apoyo? ¿De qué manera lo es?

- ¿Le proporciona el grupo o comunidad apoyo para afrontar problemas de salud?

Prácticas y prohibiciones ritualizadas

- ¿Hay algún tipo de práctica concreta que tenga que llevar a cabo como parte de su religión o espiritualidad (ej., ¿rezar, meditar?)
- ¿Hay algún tipo de prácticas o actividades del estilo de vida que su religión o espiritualidad le prohíben? ¿Las respeta?
- ¿Qué significan esas prácticas y prohibiciones para Vd.?
- ¿Hay algún elemento específico de la asistencia médica que tenga prohibido por motivos religiosos o espirituales?

Implicaciones para la asistencia médica

- ¿Qué aspectos de su religión o espiritualidad quisiera Vd. que tuviera en cuenta mientras me ocupe de Vd.?
- ¿Le gustaría considerar conmigo las implicaciones de la religión y la espiritualidad en la salud en general? ¿Hay algún tipo de conocimiento que pudiese contribuir a fortalecer nuestra relación de médico-enfermo?
- ¿Cree que hay alguna barrera entre nosotros por motivos religiosos o espirituales?

Planificación de los acontecimientos terminales.

- ¿Cuándo planifiquemos sus necesidades asistenciales en los momentos cercanos a la muerte, qué impacto tendrá su fe religiosa en sus decisiones?

E Cuestionario HOPE cubre cuatro áreas, una vez más, identificadas por sus iniciales en inglés: *Hope, Organized religion, Personal spirituality and practices y Effects on medical care and end-of-life issues.*

H – Fuentes de la esperanza, sentido, sentirse reconfortado, fortaleza, paz, amor y relación.

- ¿Cuáles son las fuentes que le hacen sentirse esperanzado, fortalecido, reconfortado y en paz?
- ¿A qué se agarra en momentos difíciles?
- ¿Qué es lo que le mantiene para poder seguir adelante?

O – Religión organizada ¿Forma parte de alguna comunidad religiosa o espiritual?

- ¿Le sirve de ayuda? ¿De qué manera? ¿Qué aspectos de su religión le resultan útiles y cuales no?

P – Espiritualidad y práctica religiosa personal.

- ¿Tiene Vd. alguna creencia espiritual que sea indepen-

diente de su religión?

- ¿Qué aspectos de su espiritualidad o práctica religiosa le resulta de mayor utilidad personal?
- E – Efectos en la asistencia médica y en las cuestiones del final de la vida.
- ¿Le ha ayudado a hacer cosas que promueven su espiritualidad el hecho de haber caído enfermo?
- ¿Hay algo que como médico pueda hacer para que Vd. pueda acceder a los recursos que han solido serle de ayuda?
- ¿Hay algún tipo de prácticas o restricciones que yo deba conocer para poder proporcionarle cuidados médicos?

ACP Spiritual History. El American College of Physicians y la American Society of Internal Medicine nombraron un panel de consenso que, teniendo en cuenta los cuestionarios anteriores propuso cuatro preguntas simples para enfermos con patología grave²⁶:

- ¿Es la fe religiosa o la espiritualidad importante para Vd. en la enfermedad actual?
- ¿Ha sido la fe religiosa importante en otros momentos de su vida?
- ¿Tiene alguien con quien hablar de cuestiones religiosas?
- ¿Le gustaría considerar con alguien las cuestiones religiosas?

*ROS Religious orientation scale*²⁷

Se trata de una escala desarrollada por Allport y Ross en 1967 para medir aspectos intrínsecos (ej. ¿son mis creencias religiosas lo que realmente subyace a toda mi vida?) y extrínsecos a la orientación religiosa, como por ej. ¿la iglesia es el lugar más adecuado para llevar a cabo buenas relaciones sociales?

*Spiritual well-being scale (SWBS) de McDonald*²⁸

Se trata de una escala que mide dos aspectos importantes por un lado la sensación de bienestar religiosa (ej. creo que Dios me quiere) y por otro la sensación de bienestar existencial (pienso que la vida es una experiencia positiva).

*Index of core spiritual experiences (INSPIRIT)*²⁹

Esta escala mide experiencias espirituales y búsqueda de sentido de vida y actitudes y comportamientos positivos frente a la vida y al cuidado de la salud.

*McGill Quality of life Questionnaire (MQOL)*³⁰

Se trata de una escala multidimensional que mide la calidad de vida, presencia de síntomas físicos y psicológicos,

capacidad de encontrar un significado a la vida, conseguir objetivos y tener capacidad de control.

*Systems of beliefs inventory (SBI-15) de Holand*³¹

Es una escala desarrollada para medir creencias y prácticas religiosas y espirituales en la población de pacientes. Mide aspectos emocionales (esperanza), cognitivos (existencia de Dios) comportamentales (meditación, rezos) y aspectos sociales (apoyo entre personas de creencias similares), pero sin embargo no mide aspectos existenciales relacionados con la satisfacción, sentido y propósito de vida.

*Brief RCOPE*³²

Esta escala mide estrategias religiosas de afrontamiento (positivas y negativas). Entre las estrategias positivas destacan la búsqueda de apoyo espiritual, de perdón, de purificación, y entre las negativas destaca el miedo a ser castigado, al demonio, al castigo. Se trata de una escala que por sus características puede no ser apropiada para utilizar en personas no cristianas.

La Spiritual Transformation Scale (Escala de Transformación Espiritual)³³ consta de 40 ítems del estilo de:

- La espiritualidad se ha vuelto más importante para mí.
- El modo como miro a la realidad ha cambiado a más espiritual.
- Debido a cambios espirituales he atravesado un proceso de cambio de mis prioridades.
- Ahora tengo con más frecuencia sentimientos de gratitud.
- Ahora rezo más a menudo por los demás.
- Cada vez busco un propósito espiritual de la vida.
- Mi fe se tambalea y ya no estoy tan seguro de lo que creer.
- La espiritualidad me parece ahora menos importante.

QUÉ ES LO QUE HAY QUE ENSEÑAR Y CÓMO: CONCLUSIONES

En primer lugar conocimientos, es decir llegar a comprender los factores espirituales o religiosos que afectan al curso y al tratamiento de los trastornos psiquiátricos: psicopatología (en especial de la depresión, del abuso de sustancias), reconocer los factores de riesgo y los factores protectores y la evidencia (por ejemplo, como las creencias espirituales disminuyen el abuso de drogas, la ansiedad y la depresión)³⁴.

En segundo lugar se trata de adquirir habilidades tales como sentirse cómodo cuando hay que tratar temas religiosos y espirituales³⁵.

En tercer lugar hay que desarrollar actitudes como la empatía y un enfoque sin prejuicios, que es lo que se ha llamado contratransferencia religiosa o espiritual.

El psiquiatra debe afrontar los parámetros generales de la religiosidad y espiritualidad y los que afectan a la cultura del paciente. Para ello es necesario explorar los aspectos comportamentales de los rituales religiosos y ser consciente que la religión y la espiritualidad son dos componentes de la fe de una persona.

Las Pautas para las Evaluación Psiquiátrica de Adultos de la Asociación Americana de Psiquiatría^{36, 37} hacen referencia explícita a las cuestiones a las que nos venimos refiriendo de la siguiente manera:

La evaluación debe ser sensible a la individualidad de los pacientes, identificando aspectos personales relativos a su cultura, raza, orientación sexual, creencias religiosas y espirituales y aspectos sociales que puedan tener una influencia en la sintomatología y comportamiento de los pacientes.

Una buena entrevista psiquiátrica forma parte de lo que hoy en día se llama "medicina basada en la persona", el paciente debe ser considerado como un individuo con una serie de atributos, habilidades, problemas, experiencias pero también como un miembro de un grupo, es decir en el que influyen también su familia y aspectos sociales y culturales.

Durante la entrevista en primer lugar deben identificarse la sintomatología del paciente pero también cómo estos síntomas interfieren en sus las actividades de su vida diaria. Hay que tener en cuenta que la queja que presente el paciente ser a la vez síntoma y deficiencia, por ejemplo si el paciente se queja de que se olvida las fechas puede ser a la vez un síntoma de demencia y también interferir en sus actividades diarias.

Durante la entrevista deben ir haciendo preguntas para tratar de llegar a un diagnóstico, establecer un pronóstico y un tratamiento pero no solo eso, sino que como se recoge en el cuadro deben tratar de identificar cómo esos síntomas, en esa persona concreta interfieren en sus actividades diarias y en el papel que ocupa en la sociedad, en su familia, en el trabajo.

La evaluación psiquiátrica debe llevarse a cabo prestando atención y respetando la individualidad de los pacientes e identificando lo referente al desarrollo, la cultura, la etnicidad, el género, la orientación sexual, los estilos de práctica religiosa heredados o adquiridos, las creencias espirituales, la clase social y las circunstancias del medio físico y del entorno social que pudieren tener influencia en sus síntomas o su comportamiento.

Entre los requisitos especiales para la formación de residentes en psiquiatría del Consejo Acreditador de la Edu-

cación Médica Postgraduada de los EE.UU (*Accreditation Council on Graduate Medical Education, ACGME*)³⁸ se menciona el conocimiento de los factores religiosos y espirituales que influyen en las enfermedades físicas y las psicológicas.

La religiosidad y la espiritualidad tienen un gran impacto en la psicoterapia. De hecho el psicoanálisis se ha considerado siempre incompatible con una visión espiritualista de la naturaleza humana aunque hay alguna excepción como es el caso de Oskar Pfister, pastor luterano, teólogo y psicólogo, que se interesó por el psicoanálisis, y mantuvo una estrecha relación de amistad y admiración mutua con Freud. De éste es el comentario siguiente: "*En sí mismo, el psicoanálisis no es más religioso que irreligioso. Es un instrumento sin partido que pueden utilizar religiosos y laicos, siempre y cuando lo hagan únicamente al servicio de la liberación de los seres sufrientes.*"

En la enseñanza de la psicoterapia hay que aprender a detectar cuando son relevantes los temas religiosos, o cuando pueden ser útiles sin violar en ningún momento las barreras entre psicoterapeuta y paciente y prestando atención a la contratransferencia. Algunas veces estas cuestiones tendrán repercusión en la técnica a elegir.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10): Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva:1992. O.M.S. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª edición (CIE 10). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
2. WHO. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10): Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva:1992. O.M.S. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª edición (CIE 10). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
3. APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing: 2000.APA. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona; Masson, 2002.
4. World Health Organization (WHO). World report on disability. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html.
5. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health Oxford: Oxford University Press, 1993.
6. Binswanger L. Ausgewählte Werke in 4 Bänden. Band 2: Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Heidelberg: Roland Asanger, 1993.
7. Kroeber AL. Anthropology Biology and Race. Harcourt: Harcourt, 1963.
8. Hare RM. Essays on the Moral concept. London: McMillan Press

- ltd, 1972.
9. Fulford KWM. Ten principles of values-based medicine. In : Radden J (ed) *The philosophy of psychiatry: a companion*. New York: Oxford University Press, 2004; p. 205-34.
 10. Tajfel H, Turner JC. The social identity theory of intergroup behaviour. In: S. Worchel Austin WG. Eds. *Psychology of intergroup relations*. Chicago, IL: Nelson-Hall, 1986; p. 7-24.
 11. Hogg M, Terry D, White K. A tale of two theories: A critical comparison of identity theory with social identity theory. *Social Psychology Quarterly*. 1995;58:255-69.
 12. UNESCO. Conferencia mundial sobre las políticas culturales. México D.F., 26 de julio - 6 de agosto de 1982.
 13. <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001282/128289so.pdf>.
 14. Weber M. *Economy and Society*. New York: Oxford University Press, 1922.
 15. Hobsbawm E, Ranger T. *The Invention of Tradition*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
 16. Bashkow I. A Neo-Boasian Conception of Cultural Boundaries. *American Anthropologist*. 2004;106(3):445-6.
 17. Huntington SP. *The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order*. New York: Simon & Schuster, 1996.
 18. Huntington SP. *The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order*. New York: Simon & Schuster, 1996.
 19. Weber M. *Economy and Society*. New York: Oxford University Press, 1922.
 20. Mytko JJ, Knight SJ. Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality research. *Psycho-oncology*. 1999;8:439-450.
 21. Eaton L. The role of spirituality in mental wellbeing. *Ment Health Today*. 2009;Nov:5.
 22. Rosmarin DH, Wachholtz A, Ai A. Beyond descriptive research: advancing the study of spirituality and health. *J Behav Med*. 2011;34(6):409-13.
 23. Fulford KW, Benington J. A collaborative values based model of healthcare decision-making combining medical and management perspectives. In: William R, Kerfoot M. Eds. *Child and adolescent mental health services: Strategy, planning, delivery and evaluation*. Oxford: Oxford University Press, 2004; p. 89-102.
 24. Koenig HG, McCullough M, Larson D. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press, 2000.
 25. Koenig H. *Spirituality in Patient Care. Why, How, When, and What*. West Conshohocken, PA: The Templeton Press, 2002.
 26. Lo B, Quill T, Tulsky J. Discussing palliative care with patients. *ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel*. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 1999 May 4;130(9):744-9.
 27. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol*. 1967 Apr;5(4):432-43.
 28. Boivin MJ, Kirby AL, Underwood LK, Silva H. *Spiritual Well-Being Scale*. In: P.C. Hill PC, Hood Jr RW. Eds. *Measures of religiosity* Birmingham, Alabama: Religious Education Press, 1999; p. 382- 5.
 29. Kass JD, Friedman R, Leserman J, Caudill M, Zuttermeister PC, Benson H. An Inventory of Positive Psychological Attitudes with potential relevance to health outcomes: validation and preliminary testing. *Behav Med*. 1991 Fall;17(3):121-9.
 30. Holland JC, Kash KM, Passik S, Gronert MK, Sison A, Lederberg M, Russak SM, Baider L, Fox B: A brief spiritual belief inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psychooncology*. 1998;7:460-9. http://www.mywhatevery.com/cifwriter/content/41/downloads/mcgill_esrd.pdf.
 31. Holland JC, Kash KM, Passik S, Gronert MK, Sison A, Lederberg M, Russak SM, Baider L, Fox B. A brief spiritual belief inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psychooncology*. 1998;7:460-9.
 32. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol*. 2000 Apr;56(4):519-43.
 33. Cole BS, Hopkins CM, Tisak J, Steel JL, Carr BI. Assessing spiritual growth and spiritual decline following a diagnosis of cancer: reliability and validity of the spiritual transformation scale. *Psychooncology*. 2008 Feb;17(2):112-21.
 34. Verhagen P, Cox J. Clinical Assessment of Religious/Spiritual Functioning: Why and How?. In: Gelder M, Andreasen N, López-Ibor JJ, Geddes J. *Oxford Text Book of Psychiatry*, 2010.
 35. Griffith E. The impact of culture and religion on psychiatry care. *JAMA*, vol 74, n 12, 1982.
 36. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for psychiatric evaluation of adults. Washington (DC): American Psychiatric Press, Inc; 1995 y en: *Am J Psychiatry*. 1995 Nov;152(11 Suppl):63-80.
 37. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the psychiatric evaluation of adults. 2nd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association (APA), 2006. Y en: *Am J Psychiatry* 2006 Jun;163(6 Suppl):3-36.
 38. http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/400_psychiatry_07012007_u_04122008.pdf.