

En primer lugar, tratamos con un fenómeno multidimensional y complejo, con lo cual su evaluación será inevitablemente incompleta (siempre existirán aspectos no conscientes de la influencia) y normalmente se limita a intervenciones psicológicas en población psiquiátrica (por tanto faltaría comparar con la experiencia espiritual y su uso en población sin problemas de salud mental) (Schreurs, 2004).

En relación a la complejidad del fenómeno, incluso la concepción de los términos (religión, religiosidad, espiritualidad) a veces es confusa. Los autores suelen marcar la diferenciación señalando que la religiosidad se refiere más bien a una expresión comportamental de un sistema de creencias y cultos organizados por la religión, y que como expresión externa indica un compromiso y una dirección, y tiene una naturaleza social (Peteet, 1994 citado en Rivera-Ledesma, 2007).

A la espiritualidad en cambio se le suele conceptualizar como un estado interno, un sentimiento de integración con la vida y el mundo (Cook, 2004 en Rivera-Ledesma, 2014), que se desarrolla en la singularidad del sujeto y posteriormente se expresa en lo social.

Nutre y da sentido a la experiencia. Tiene por tanto una naturaleza singular, específica, personal (Emblen, 1992 citado en Rivera-Ledesma, 2007), que trasciende lo biológico, psicológico y social (Mauritzen, 1988 citado en Rivera-Ledesma, 2007).

Allport (1966, citado por Rivera-Ledesma, 2007) añade además una nueva terminología: religiosidad extrínseca; como acercamiento a la religión desde las prácticas y ritos, en búsqueda de relación social, seguridad, consuelo, distracción, autojustificación o estatus; y religiosidad intrínseca, como acercamiento a la religión desde la experiencia y reflexión personal; fuente de motivación propia.

Así, en términos de qué tipo de relación con lo espiritual puede beneficiar a la salud mental,

Pargament (1997, citado en Rivera-Ledesma, 2007) ya explicaba que una relación con lo trascendente basada en una relación segura, vivida con madurez, coherencia y autonomía, puede proveer de emociones positivas (emoción, perdón, gratitud...) y ejercer de recurso adaptativo. En cambio, una religión autoimpuesta; una relación con lo trascendente desde lo temeroso, redundante en una peor adaptación y peor salud mental.

Revisiones de estudios sobre los mecanismos cognitivo-conductuales intermediarios, ratifican que la espiritualidad puede proveer de una atribución de significado a los acontecimientos, proveyendo de percepción de control y de predictibilidad, fomentar relaciones genuinas con iguales, experiencias sociales correctivas-positivas, y promover conductas de salud (Baetz, 2009).

En cambio, una relación negativa/disfuncional con lo espiritual, puede exacerbar las percepciones de abandono, ideas de culpa o castigo, focalización en las preocupaciones, o rigideces cognitivas (Koenig, 2009; Rodríguez, 2011).

En cuanto a sintomatología específica, en trastornos depresivos, en general se demuestra una buena asociación entre espiritualidad y salud mental (Koenig, 2009; Baetz, 2009; Musick, 1998 en Rodríguez, 2011). Así, la religiosidad vivida intrínsecamente deviene habitualmente en menos trastornos y síntomas; mientras que la religiosidad extrínseca promueve la relación inversa (Smith, 2003).

En trastornos ansiosos, la mayoría de estudios hablan de un efecto reductor de síntomas, aunque también hay estudios que hablan de aumento (Koenig, 2009).

La resolución depende de qué elementos promueven esta relación: Puede aumentar el alivio en personas ansiosas (sentido de control, seguridad, autoconfianza, o confianza en los designios divinos), pero también puede exacerbar la culpa y el miedo, interfiriendo en el funcionamiento

(Rodríguez, 2011; Rivera-Ledesma, 2014).

Wink y Scott (2005, citado en Koenig, 2009), estudiaron la asociación entre espiritualidad, miedo a la muerte y miedo a morir, mostrando que la relación no es lineal: los que tienen más ansiedad no son los más o los menos religiosos, sino los que no son coherentes con su sistema de creencias (por ejemplo, ser creyente pero no ponerlo en práctica).

También existen estudios que avalan la prevención del suicidio a través del sistema de creencias (Greening, 2002 citado en Koenig, 2009), y del soporte comunitario (McClain, 2003 citado en Koenig, 2009; Koenig 2008, citado en Koenig 2009).

En cuanto a los trastornos de la esfera psicótica, algunos estudios hablan de peor pronóstico (Thara, 1996 citado en Koenig, 2009; Doering 1998 citado en Koenig, 2009) en aquéllos trastornos que tienen síntomas de carácter religioso, mientras que otros no encuentran diferencias en cuanto a la respuesta al tratamiento (Siddle, 2002 citado en Koenig, 2009).

Un estudio longitudinal expone que la religiosidad no psicótica puede mejorar el pronóstico en pacientes psicóticos (Schofield, 1954 citado en Koenig, 2009), y otro, que parece jugar un papel más positivo que negativo en el tratamiento de estos sujetos (Huguelet, 2006 citado en Koenig, 2009; Mohr, 2007 citado en Koenig 2009; Baetz, 2009).

En abuso de sustancias, generalmente se ha visto un efecto positivo de la espiritualidad (Kendler, Gardner y Prescott, 1997 citado en Rodríguez, 2011; Smith, McCullough, y Poll, 2003 citado en Rodríguez, 2011), aunque también la promoción de la abstinencia puede exacerbar sentimientos de culpa, vergüenza, y por consiguiente aislamiento o peor salud mental (Rodríguez, 2011).

Pero más allá de la psicopatología, adentrarse en el mundo de la espiritualidad en el campo de

la psicoterapia, implicará importantes matices: Implicará hacerse cargo de las necesidades espirituales de la persona que las trae y, este hecho, puede ser una realidad muy cotidiana en el día a día del psicólogo (Schreurs, 2004; Mueller, Plevak, y Rummans, 2001 citado en Rivera-Ledesma, 2007).

De hecho, ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza la necesidad de precisar esta función, mejorando la inserción de lo espiritual en los recursos psicoterapéuticos básicos (Dein y Stygall, 1997 citado en Rivera-Ledesma, 2007).

Así, un estudio de Ellis, Vinson, Ewigman, (1999, citado en Rivera-Ledesma, 2007) sobre la actitud del profesional-médico, planteaba que el 96% de éstos consideraban el bienestar espiritual importante para la salud, pero que las barreras que planteaban para tratar estos aspectos tenían que ver con: el 71% falta de tiempo; el 59% no se sentían adecuadamente entrenados; y el 30% por dificultades para identificar qué pacientes deseaban abordarlos.

Mueller (2001, citado en Rivera-Ledesma, 2007), reflexiona sobre la formación biomédica, que podría colaborar en la escasa relevancia que a veces se le ha dado a esta dimensión, así como el hecho de que la orientación espiritual personal, pudiera condicionar la percepción y tratamiento de ésta en el paciente.

En cambio, cuando el profesional plantea que es posible hablar de espiritualidad, podrá entonces valorar si es ésta una adecuada fuente de afrontamiento con la que contar. Lo, Quill y Tulskey (1999, citado en Rivera-Ledesma, 2007), planteaban su evaluación sondeando: La importancia de la fe para la enfermedad y para otras circunstancias, la existencia de personas con quien hablar del tema, y el interés por hacerlo en el momento de la evaluación, (para introducirlo en ese momento de la entrevista).

Anandarajah y Hight (2001, citado en Rivera-Ledesma, 2007), exploraban cuatro áreas:

LH n.310

Los recursos de esperanza y significado que tiene la espiritualidad para el sujeto, si sigue una religión organizada, si la espiritualidad es vivida de manera personal y con qué prácticas, y los efectos que esta dimensión tiene sobre el cuidado médico.

Así, Chilton (1998, citado en Rivera-Ledesma, 2007) proponía introducir lo espiritual en la psicoterapia de la siguiente manera: Estando con el paciente buscando entender, no predicar; usar reminiscencias e imaginación espiritual, fomentar su conectividad con lo sacro, saber estar con él en silencio, cuidar sus momentos de privacidad espiritual, y mantener las redes sociales alrededor de sus creencias.

5/

Conclusión.

Las personas con este tipo de inquietudes es muy probable que lo lleven a psicoterapia si encuentran un espacio confortable y seguro para ello (Schreurs, 2004), con lo que es importante poder ser sensibles a una evaluación respetuosa y no prejuiciosa, de manera que podamos abordar con los pacientes qué factores favorecen o no el desarrollo personal y/o el afrontamiento de su sufrimiento, así como el uso positivo o negativo que pueda hacerse de la espiritualidad como recurso.

Así, que el profesional de cabida a estos temas, solicitando información sobre ello, ya es tranquilizador por sí mismo, al proporcionar una oportunidad para exponer dudas, necesidades y preocupaciones.

También hará accesibles algunas fuentes de cuidado espiritual (Rivera-Ledesma, 2007), dándonos pistas sobre apoyos útiles, como pastores, familiares, amigos... .

A la hora de la intervención, tener en cuenta la dimensión espiritual implicará: ofrecer la presencia, comprensión, aceptación; incorporar la espiritualidad dentro del cuidado preventivo de salud, ayudando al paciente a identificar y movilizar sus propios recursos espirituales; sumar la espiritualidad al tratamiento a través de identificar qué medidas prácticas concretan le ayudan a afrontar su proceso (rezar, música, leer...); y/o modificar el plan de tratamiento en consideración a estos aspectos (Rivera-Ledesma, 2007).

Por ello, parece imprescindible ofrecer un espacio abierto para poderlos tratar. De ahí la importancia de seguir investigando en este campo, con metodología cuantitativa y sobre todo cualitativa, que contribuya a seguir discerniendo la efectividad de este recurso de afrontamiento, estilo de vida y modo de concebir la existencia.

Bibliografía

▶ Baetz, M. y Towels, J. (2009).
Clinical Implications of Research on Religion, Spirituality, and Mental Health.
Can J Psychiatry, 54(5), 292-301.

▶ Koenig, H.G. (2009).
Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review.
Can J Psychiatry, 54(5), 283-291.

▶ Rivera-Ledesma, A. y
Montero-López, M. (2007).
Ejercicio clínico y espiritualidad.
Anales de Psicología, 23(1), 125-136.

▶ Rivera-Ledesma, A.,
Montero-López, M. y Zavala, S. (2014).
Espiritualidad, psicología y salud.
Psicología y Salud, 24(1), 139-152.

▶ Rodríguez, M. I. (2011, febrero-marzo).
¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología?
Ponencia presentada en el 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.

▶ Schreurs, A. (2004).
Psicoterapia y espiritualidad.
La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.
Bilbao: Desclée de Brouwer.

06/3

La espiritualidad en psicoterapia: un caso desde la Psicología de la Salud.

Cristina García Pedrajas.

Psicóloga Interna Residente,
Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
Sant Boi de Llobregat. (Barcelona).

La espiritualidad es una de las dimensiones humanas que, como tal, conforma e integra la globalidad de las personas. Así, es probable que en el transcurso de un proceso psicoterapéutico, la dimensión espiritual sea traída por aquellas personas que cultivan o sienten inquietud por dichos aspectos. La investigación y literatura actual de manera creciente se interesa por la manera de abordar esta área desde la competencia profesional, para brindar una atención de salud integral a las personas, potenciando los recursos positivos del individuo para su desarrollo. A partir de un caso clínico se pretende reflexionar sobre la relevancia de estos aspectos en la psicoterapia, y sobre la manera de abordarlos, mirando cómo han sido conceptualizados históricamente y cómo se conceptualizan en el momento presente.

Palabras clave:

Exclusión, Espiritualidad, Religiosidad, Psicoterapia, Salud mental, Ajuste psicológico

Spirituality is one of the human dimensions, and as such, forms and integrates the globality of people. So this dimension is likely to be brought in the psychotherapeutic process, by the people who grow or feel concerned about these aspects. Research and current literature is increasingly interested in how to approach this area from the professional competence, to provide comprehensive health care to individuals, promoting the positive resources for individual development. From a clinical case is to reflect on the relevance of these issues in psychotherapy, and how to address them, watching as they have been conceptualized historically and how are conceptualized in the present moment.

Key Words:

Spirituality, Religiosity, Psychotherapy, Mental health, Psychological adjustment.

1/

Introducción.

Las personas nos conformamos por un conjunto de dimensiones que incluyen aspectos biológicos, psicológicos, sociales, y también espirituales. Cuando una persona solicita o requiere atención psicológica, es esperable que traiga a la terapia todos estos aspectos, como partes de su sí mismo (Schreurs, 2004).

Esto hace plantearse al profesional clínico la manera y forma de integrarlos en el proceso, atendiendo y respetando una concepción holística del ser humano. Concretamente con la dimensión espiritual, a lo largo de la historia ha habido diferentes enfoques en cuanto a la manera de incluirla, planteándose qué factores de lo espiritual pueden ser anclaje positivo para la salud mental y cuáles han de valorarse con respecto a un posible uso disfuncional (Rodríguez, 2011).

A través del presente caso clínico, se pretende reflexionar sobre dicha dimensión, así como ser punto de partida para una revisión histórica, conceptual, y de los avances últimos de investigación.

2/

Caso clínico.

Se trata de una mujer de 59 años que consulta en el Servicio de Urgencias de un Hospital General de Barcelona, por multiplicidad de molestias gástricas de larga evolución (vómitos no autoinducidos, diarreas) y fiebres, que determinan un extremo debilitamiento físico y una alarmante pérdida de peso.

En cuanto a su psicobiografía, se trata de una mujer originaria de Extremadura; hija única de campesinos, que desde su adolescencia emigra a Barcelona con unos tíos maternos para mejorar sus condiciones de vida.

A partir de esta época desarrolla toda su vida laboral en tareas de limpieza. Establece su familia con un hombre silencioso y complaciente, dedicado a la industria textil. Con él tiene dos hijos, que actualmente están independizados con sus parejas respectivas.

Sus progenitores seguirán en Extremadura, hasta que el padre fallece por una enfermedad pulmonar. Ella decide hacerse cargo de su madre, llevándola a vivir con su familia a Barcelona. Serán tres años de duros cuidados, ya que la madre iniciaba una enfermedad neurodegenerativa que pronto devendría en múltiples alteraciones conductuales.

Es en esta época cuando se familiariza con creencias de Testigos de Jehová, participando activamente de la comunidad religiosa. Mujer de amplias inquietudes intelectuales (que nunca pudo satisfacer por su pronta incorporación laboral), en la lectura de la Escrituras encuentra un lugar para su cultivo intelectual, emocional y espiritual. Sus hijos también se adentrarán en la comunidad a través de ella, y su marido lo respetará sin compartirlo.

Diez años después de la muerte de su madre, comienza con síntomas ansioso-depresivos, gástricos, y dolores lumbares que van propiciando bajas laborales.

Desde Medicina de Familia la van siguiendo, pero las pruebas físicas no concluyen patología somática. Ella sigue desnutriéndose y requiere ser ingresada.

La derivación al Servicio de Psicología desde el Hospital se realiza con idea de evaluar los componentes psicológicos que influyen en la expresión y vivencia de su malestar físico, así como favorecer un acompañamiento a la expe-

riencia de ingreso más tranquilizadora y segura. La paciente trae en primer plano sus inquietudes espirituales y hasta qué punto estas inquietudes le ayudan a afrontar positivamente la vivencia de enfermedad y el encuentro real con la posibilidad de la muerte.

Desde el principio surge su necesidad de explicar, de sentirse escuchada, comprendida (llevaba un largo bagaje previo por servicios sanitarios, en los que ante el desconcierto de los profesionales se había sentido poco creída), y su agradecimiento por este espacio de compartir conjunto.

Poco a poco la contención hospitalaria va colaborando a que ella se vaya serenando, sintiéndose segura y confiada en el contexto médico, también desde su necesidad de no molestar, de ser normativa y comedida.

Es una mujer autoexigente, desde siempre pilar de su familia, que le cuesta tolerarse frágil, que se asusta al verse vulnerable. El ir validando su experiencia presente, sus sentimientos negativos, permitiéndoselos y ayudando a que se los pueda permitir, va construyendo un puente a poderse los tolerar.

Comienza a poder hablar y dejar entrar en el terreno delicado de sufrimientos pasados no resueltos: una relación conflictiva en los últimos años de la vida de su madre, en la que lidiar con las alteraciones conductuales a causa de la enfermedad degenerativa, hacía surgir a veces su rabia y su impotencia, y se traducían en un trato en ocasiones hostil del que no había podido despegar aún la culpa.

También trae las desavenencias con su marido, que en la época de crianza de los hijos, se refugiaba en el alcohol y ella se dedicaba a tapar y ocultar las huellas de esta dependencia como medida de protección a los niños. Ella va callando, soportando, reprimiendo su rabia, hasta que acaba explotando de ira, y haciendo reaccionar a su marido, pero a un alto precio: siempre se sintió asustada de la rabia que podía llegar a

albergar, y aprendió a seguir reprimiéndola para no volverla a mostrar ni ver.

El resto de los percances en la vida va afrontándolos con esta manera de inhibir lo que siente, de suprimir su ira de cara a los otros, pero soportando en su interior un pesado fardo de sufrimientos, culpas y duelos sin elaborar, y mucho miedo y desagrado hacia sí misma.

El renarrar esta historia en el encuentro psicológico desde la no-intencionalidad, el ir colocando estos aspectos tantos años ocultos de una manera menos culpabilizadora, le fue ayudando a acercarse a un proceso de elaboración.

Además, en un momento en el que la gravedad de su enfermedad también propiciaba la búsqueda de la reconciliación consigo misma: los médicos comenzaban a barajar diagnóstico de leucemia avanzada, en una mujer cuya debilidad somática dificultaba la resistencia a un proceso quimioterápico.

Su vertiente profundamente espiritual indudablemente facilitó el hacer esta reconstrucción reparatoria de manera segura y cuidadosa: podía darle un sentido al sufrimiento, y hablar de su historia externalizando el perdón en Dios; primer paso para poder internalizar este perdón y hacerlo suyo.

La red social que le brindaba la comunidad, fue un soporte en el que pudo dejarse cuidar, ella que tan cuidadora había sido a lo largo de su vida, y sentir también que los otros le devolvían en forma de acompañamiento afectuoso el cariño que ella antes había dispuesto, haciéndola consciente de su parte buena y generosa. El compartir espiritual fue un elemento de acercamiento profundo.

Era importante discernir con ella si las decisiones sobre su salud, le ayudaban en el proceso de asumir todo este duro presente, o si por el contrario le ataba o presionaba en sus elecciones: ¿Su vivencia de la religiosidad le hacía libre, le ayudaba al afrontamiento desde el reto

significativo, o le coartaba lo que fuera a pensar su comunidad, o lo que fuera a pensar de ella misma? ¿Vivía el diagnóstico como una señal de rendición ante la vida, o como un desafío?

Abordar estos aspectos desde el prisma profesional a veces no es fácil; no es sencillo discernir hasta qué punto nuestra propia vivencia de la espiritualidad, o nuestras preconcepciones de la misma, pueden estar interfiriendo en el acercamiento al otro, pueden estar prejuzgando.

La persona, al traer su espiritualidad al encuentro terapéutico, trae una parte muy íntima suya, una vivencia del sí mismo desde su reflexión más profunda; y acogerlo con suma delicadeza, también es un reto y una preocupación para el profesional.

Encontrar el equilibrio entre el compartir espiritual sin caer en la sensación de que nos están predicando o que nosotros les intentamos convencer a ellos, es uno de los miedos más reales del psicólogo que recoge la dimensión espiritual del paciente.

3/

Discusión.

Históricamente podríamos diferenciar, de manera un tanto generalista, la existencia de dos grandes posturas sobre el tema: Los que consideran que facilita el equilibrio y salud mental, y aquéllos que postulan que facilita mentalidades primitivas, ideas inmaduras o regresivas (Rodríguez, 2011).

Así, clásicos como Freud (1928a/1976, 1928b/1976, 1939/1976 citado en Rivera-Ledesma, 2014) relacionaban la religiosidad con la neurosis obsesiva o como una manera de proyectar la imagen de la Ley, del Padre, del

Orden, en Dios, postulando que la religiosidad, proveía de ilusión a los creyentes, pero al alto precio de una última decepción.

Otros clásicos posteriores como Jung (1978 citado en Rivera-Ledesma, 2014) planteaban que en todo ser humano hay una dimensión espiritual, que al menos se vive a nivel inconsciente, y que reprimirla puede ser fuente de sufrimientos.

Víctor Frankl (1992 citado en Rivera-Ledesma, 2014). También planteaba la importancia de la búsqueda de sentido de la vida, y lo desarrolló a través de su análisis existencial y apostando por lo que luego definió como la logoterapia.

Desde otras corrientes, como la cognitivo-conductual, Ellis (1977, citado en Rivera-Ledesma, 2014) planteaba las creencias religiosas como ideas irracionales disfuncionales, aunque al final de su vida ya apuntó que podían ser un recurso adaptativo de afrontamiento (Rodríguez, 2011).

Autores como Allport (1950) y Fromm (1990) también planteaban que la religiosidad y la espiritualidad eran constituyentes de la vida humana y que como tal podían devenir en un recurso de ajuste psicológico (Rivera-Ledesma, 2014).

En los últimos años, Wilber y su corriente transpersonal apuestan por intervenir en un plano transpersonal, basándose en conceptos del budismo, Jung y el psicoanálisis (Rodríguez, 2011).

Lo cierto es que recientemente hay un aumento en la investigación en cuanto a la relación de la espiritualidad con la salud mental (Koenig, 2009), aunque siga siendo escasa.

Se estudian qué factores de la espiritualidad se relacionan positivamente con la salud mental, y cuáles se relacionan negativamente.

Las limitaciones a la investigación son varias: