

ASOCIACIÓN DE PSIQUIATRAS ARGENTINOS (APSA).

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DE POSTGRADO.

UNIDAD DOCENTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA (UBA).

DIRECTOR: DR. ROGER MONTENEGRO.

SUBDIRECTOR: DR. JUAN CARLOS FERRALI.

MONOGRAFIA INTEGRADORA.

TITULO: "CLINICA, ESPIRITUALIDAD Y RELIGIÓN".

**TEMA: ¿Puede integrarse la Espiritualidad en la Clínica?
¿Cómo se integra la Espiritualidad en la Clínica?**

AUTORA: DRA. RAQUEL INES BIANCHI.

TUTOR: PROF. DR. HUGO LANDE.

AÑO: 2.009.

TABLA DE CONTENIDOS.

Resumen.....

Introducción.....

Capítulo I.

- Diferencias entre espiritualidad, religión y religiosidad.....
- ¿Qué se entiende por dimensión espiritual?.....
- ¿Quién debe hacerse cargo de las necesidades espirituales de un paciente y cómo?.....
-
- Herramientas para el abordaje de la espiritualidad: Acompañamiento espiritual, consejería, psicoterapia y sistemas psicoterapéuticos.....
- Como síntesis.....

Capítulo II. Clínica y Espiritualidad.

- Integración de la Espiritualidad en la Práctica Clínica.....
- Las tres dimensiones de la persona humana.....
- Espiritualidad y práctica clínica.....
- En relación al terreno profesional. Tres metas para el cuidado espiritual del paciente.....
- Historia Clínica Espiritual.....

Capítulo III. Un ejemplo clínico. Drogodependencia y Espiritualidad.....

- Uso y abuso de sustancias.....
- Alcoholismo.....
- Adicción al trabajo.....
- Conclusión.....

Capítulo IV. Religión y Psiquiatría.

- El lenguaje de las Religiones. Símbolo, mito, rito, Textos Sagrados.....
- Introducción a la mística como fenómeno religioso.....
- Religión, religiosidad y espiritualidad.....
- Sobre el origen de la religión.....
- Estado actual de la Ciencia de la Religión. Historia de las religiones. La fenomenología de la religión. Lo sagrado y lo profano.....
- Sobre el concepto de Religión.....
- Momentos históricos de una religión.....
- Oración Contemplativa. Personalidad contemplativa. Experiencias mística...
- Clasificación histórica de la fenomenología de las religiones.....

Bibliografía.....

RESUMEN.

En mi condición de mujer, profesional y persona profundamente creyente en Dios, siempre viví la dicotomía entre ciencia y religión propuesta en la época moderna. El presente trabajo consiste en una maduración y evolución de esta vivencia ejercida y templada durante mi práctica clínica.

Intenta acompañar a todas aquellas personas y profesionales que también comparten esta visión, como así también, a aquellos que si bien no son creyentes, están interesados en comprender lo que acontece en el **'homo religioso'**.

En el Capítulo I y en el II se desarrollan diferentes conceptos nucleares relacionados con la espiritualidad, la religión y la vivencia religiosa, como así también las herramientas psicológicas para abordar los temas religiosos o espirituales.

En el Capítulo III se aborda un área de la psicopatología, como es el de las adicciones y se integra la espiritualidad en el abordaje clínico.

Finalizamos en el Capítulo IV con un desarrollo abarcativo de la religión y de la experiencia religiosa para ilustrar sobre lo que acontece en las personas religiosas.

Dra. Raquel Bianchi.

Enero 2.009.

INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud en su carta fundacional, define la salud del ser humano como el estado de bienestar físico, psíquico y social. Posteriormente en 1998, agregará a dicha definición el aspecto espiritual. (1)

Durante el siglo XX se ha discutido la necesidad de superar el dualismo mente-cuerpo que imperó en la era cartesiana. El hecho de que lo que acontece en la psiquis tiene un correlato fisiológico demostrable, y que el observador influye en lo observado, como así también lo observado influye en el observador, son realidades ya aceptadas por el contexto científico.

“Los avances en los conocimientos acerca de la forma en la cual los diversos sistemas cerebrales se comunican entre sí nos permiten comprender de qué manera el modelo neurobiológico de la mente se ha tornado, de uno innatista y cerrado, en uno abierto al entorno; en él las influencias de los avatares del vivir son incorporadas a nuestro bagaje experiencial mediante los mecanismos moleculares del aprendizaje y la memoria”. (30)

Así, el ser humano, en la actualidad, comienza a ser concebido no solamente como un organismo aislado de su entorno, sino como un organismo interdependiente de su entorno y además interdependiente de su interioridad.

“Existen en medicina dos visiones o concepciones o actitudes mentales que han combatido entre sí y han alternado a lo largo de la evolución de las doctrinas médicas.

Por un lado una concepción vitalista, biológica, humoral y totalizadora, que no considera a la enfermedad como un “cuerpo extraño.

Por otro, una concepción a la vez mecanicista, anatomista, solidista y atomística, dedicada a aislar “entidades”, “enfermedades”. (2, pág. 21)

“Estas actitudes ante la patología son llamadas **dinamista y mecanicista**, y han acompañado y más aún, han construido en una sucesión constante, la historia de la Medicina. Estos dos tipos de pensamiento, **el dinamismo y el mecanicismo**, corresponden a una de las más profundas antinomias de la razón.

A lo largo de la historia de la medicina, estos dos planteos han ocupado el pensamiento según un ritmo, Cos y Cnido, hipocratismo y galenismo, vitalismo y organicismo, medicina sintética y medicina analítica...” (2, pág. 22).

En la medicina **dinamista** el mecanismo intrínseco de la **vida** engloba no solo la vida del paciente sino también todo lo vinculado al organismo, como así también la propia enfermedad.

La medicina **analítica o mecanicista** comprende al organismo del paciente como aislado de todo lo que lo rodea. La enfermedad es debida a una influencia extraña al mismo.

En la Antigüedad el principal representante del **pensamiento dinamista** fue **Hipócrates (460 – 377 a.C.)**. El más famoso de los médicos griegos, de la isla de Cos, perteneciente a la corporación de los Asclepiades. Las primeras menciones de Hipócrates están en Platón: en el Fedro, se le atribuye haber sostenido que no puede conocerse la naturaleza del cuerpo sin investigar “la naturaleza del conjunto”. (3, pág. 327).

El aspecto fundamental del sistema de **Hipócrates** es el **vitalismo**. “El universo y el organismo dependen de un principio director: la **Naturaleza** (llamado también a veces “**fusis**”, o “**dinamis**”, “**principio vital**”, “**alma**”). En las enfermedades es el “principio” de estas reacciones lo que se cumple para salvaguardar la salud y para la curación de las enfermedades. El organismo es considerado como una parte de la naturaleza, **animada por este “principio vital” o alma**. El alma...preside el

desarrollo de todas las partes. Cada animal tiene su alma presente en todas las partes..." (2, pág. 23)

Un segundo principio hipocrático es el **humorismo**. El cuerpo está formado por un agregado de sólidos y de líquidos. Los sólidos son las partes continentales. Los líquidos son los humores. De la acción de los líquidos nacen los fenómenos vitales. La proporción justa de los humores constituye la salud, es la **crasis**. La ruptura del equilibrio es la discracia o enfermedad. La tercera característica del Hipocratismo es la noción de **crisis**. **La crisis** es lo que define la enfermedad como medio de defensa del organismo. El proceso esencial de la enfermedad es la **cocción**. Hipócrates parece ver en la enfermedad aguda una especie de incendio general del cuerpo viviente...La crisis es expresión fenoménica de la cocción, es decir el proceso curador. La Naturaleza es medicinal. (2, pág. 23).

Un cuarto aspecto del sistema hipocrático está constituido por su **naturismo**, es decir por el principio de la solidaridad del organismo y de la naturaleza, cuyo corolario es la solidaridad de las partes en el todo. Es el aspecto **totalista** del organicismo hipocrático, es su significación biológica más profunda. En la Medicina todo es uno, uno es todo. Toda cosa participa del Universo. (2, pág. 24)

La actitud inversa fue la de **la escuela de Cnido**. Una pequeña ciudad situada en el **Quersoneso de Cnido** y que estaba vinculada al Asia Menor por una lengua de tierra que el oráculo había prohibido cortar, de modo tal que, frente a **Cos** (ubicación de la escuela Hipocrática), se levantaba su rival.

Eran sobre todo anatomistas. Sus doctrinas constituyeron las primeras que se opusieron al dinamismo hipocrático y, en tanto auténticos mecanicistas, se los ve a través de sus trabajos y teorías, aplicados a la morfología, al empirismo, al aislamiento de las entidades y a las medicaciones específicas. (2, pág. 25)

...Finalmente los dos movimientos doctrinarios buscaron conciliarse en las doctrinas eclécticas de **Celso y de Galeno** que cerraron la evolución médica de la antigüedad. (2, pág. 25)

Por supuesto que es por un retorno al Hipocratismo enterrado por el siglo XIX, por lo que, parece querer definirse el siglo XX. Es el retorno a una patología más sintética, al humorismo, al vitalismo y al naturismo.

La concepción de Hipócrates fue erigida en modelo inmortal, representa el primer y más importante movimiento dinamista en la historia de la Medicina. La de Hipócrates es una metafísica del devenir y de la unidad dinámica del mundo.

El mecanicismo del siglo XIX parece haber determinado la adquisición de una masa considerable de conocimiento pero también haber llegado actualmente a sus límites y como a su agotamiento. Pero sigue siendo un hecho que cuando cada fase del movimiento mecanicista llega a sus límites debe renovarse y dar lugar al soplo hipocrático que reanima la patología, que el mecanicismo tiende a "desechar" y a "atomizar". En cada fase de su desarrollo la medicina se regenera revinculándose periódicamente con el espíritu de síntesis dinamista y vitalista mediante el cual retoma contacto con la unidad de la vida... (2, pág.30)

Ahora bien, esta "ciencia médica" a semejanza de las otras ciencias de la naturaleza, sometida a la disciplina de un análisis riguroso, regida por los principios de una causalidad mecánica instalada en una biología sin vida y una "psicología sin psiquismo", dominada completamente por nociones estáticas, solidísticas y atomísticas, se encontró en un callejón sin salida. La "crisis de la medicina", de esta medicina aunque aún sea ignorada por algunas escuelas, fue denunciada desde el final del primer lustro de nuestro siglo. (2, pág. 31)

Freud ha sido uno de los primeros artesanos de este cambio de orientación de las ciencias médicas que terminó por poner la patología psíquica, ya no más a la cola

sino a la cabeza de la medicina, incluyendo la personalidad del enfermo en el ámbito de la génesis de la enfermedad. También otros han contribuido a reaccionar contra la medicina mecanicista. Desde hace veinte años, todos los tratados de medicina, de fisiología, de patología, incluso el conjunto de la literatura médica lleva la marca de esta nueva orientación "sintética".

En cuanto a las actividades perceptivas, estudios como los de Stein mostraron el acuerdo con la psicología de la Gestalt y la fenomenología de los actos perceptivos (cf. Schneider, Merleau-Ponty) que percibir es un acto de integración, un acto vital irreductible a sus componentes artificiales aislados.

La intencionalidad de los procesos orgánicos define la vida, pero es claro que constituye un movimiento que se desarrolla en estructuras y niveles diferentes a los actos voluntarios.

Pero no por eso la causalidad en la ciencia física deja de aproximarse a la de la ciencia viviente. Mientras que en el último siglo se había soñado con aproximar la biología y la física aplicando a aquella el determinismo mecánico de esta, hoy parece que este acercamiento tiende a hacerse invirtiendo los factores. Quizá no es del todo absurdo decir que el mundo atómico mismo se presenta en cierto modo como un mundo viviente. Sin duda desde **Heráclito** hasta **Cournot y Boutroux**, particularmente desde **Hegel**, se impuso al pensamiento filosófico el aspecto "contingente" y dialéctico de la materia y el espíritu. Esta profunda modificación del concepto de causalidad desde hace cien años, reflejo de la evolución de la física, de la biología y de la metafísica, forma parte del pensamiento de nuestro tiempo, y si los médicos no siempre están instruidos explícita y conscientemente de esta evolución, no por eso han sido menos influenciados por ella. (2, pág. 34)

La presente obra intenta alimentar la visión de la unidad dinámica del mundo, sin negar la ideología de la era positivista y del materialismo científico.

La concepción materialista y determinista de la biología y de la psicología que considera los aparatos y los órganos como partes aislables del organismo y solamente yuxtapuestos y que se desarrolla como una ciencia físico-química construida perfectamente sobre las bases sólidas de la experimentación y de la observación, han asegurado el "triunfo de la ciencia" determinista, y esto es bueno como otro paso evolutivo, pero no como la última palabra.

CAPÍTULO I.

Diferencia entre espiritualidad, religión y religiosidad.

El **Dr. Robles Gorriti** (p) fue uno de los primeros en Argentina en trabajar en la integración de psicología y espiritualidad. Según el:

“La espiritualidad es la preocupación del hombre por **los valores absolutos y más altos del intelecto** como la Justicia, la Verdad, la Belleza, el Bien, y también de sus **emociones más puras** como el altruismo, y coronando todo esto **el sentido del más allá, de la trascendencia** ante el conocimiento de su finitud y de su pequeñez en el cosmos”. (31).

Sobre el origen de la palabra. **Spiritualis** es una traducción de la palabra griega **pneumatikos** (“según el Espíritu”, “lleno de Espíritu”). Alrededor del año 1900, en el catolicismo francés se empleó la palabra **spiritualité** como doctrina de la vida espiritual. Podemos concluir que espiritualidad significa: **“Vivir desde el Espíritu”**, “vivir de la fuente del **Espíritu**”.

La espiritualidad no requiere obedecer a ninguna religión organizada, tampoco tiene estructuras jerárquicas; la espiritualidad es algo personal, no sistemático. La necesidad de una religión o de creer en un ser supremo o Dios están incluidas en la espiritualidad.

Según otros autores la **espiritualidad** es la experiencia de lo divino. Implica un convencimiento profundo de que la existencia tiene sentido así aún no se lo haya descubierto.

La naturaleza de la espiritualidad es personal, específica; es una dimensión que trasciende lo biológico, psicológico y lo social de la vida; tiene que ver con la vida interior del individuo, con sus ideales, actitudes, pensamientos, sentimientos y oraciones y con el modo como expresa todos estos elementos en su vida cotidiana. Puede manifestarse como un ansia de Dios, como una búsqueda de lo sacro o divino o como necesidades expresivas ligadas al arte

En cuanto a lo espiritual o el fenómeno espiritual, es el conjunto de sentimientos, experiencias y actos de los hombres individuales, cuando se perciben a sí mismos en relación con lo que consideran divino. Se lo define como un estado interno caracterizado por un sentimiento de integración con la vida y el mundo; como un proceso funcional dinámico, que se desarrolla en la singularidad del sujeto y posteriormente se expresa en lo social.

La Religión: es un sistema de creencias y culto organizado por personas practicantes. En general, una religión abraza muchas más cosas que sólo la experiencia espiritual de las personas.

Pertenecer a una religión implica estar atado, ligado a servir a una divinidad determinada por un ritual determinado.

La espiritualidad no requiere obedecer a ninguna religión organizada, tampoco tiene estructuras jerárquicas (la espiritualidad es algo personal, singular).

La Religión generalmente es vista como una institución social con sacerdotes, rabinos, pastores, dogmas, templos e instituciones, e incluso con intromisión política y en organizaciones sociales, que implica enormes estructuras. Se vive en comunidad. Cada comunidad religiosa tiene sus propias enseñanzas, sacramentos, formas de adoración y rituales.

La necesidad de una religión y la creencia en un ser supremo o Dios están incluidas en la espiritualidad.

La religiosidad: es la expresión comportamental del sistema de creencias y cultos organizados de la religión.

El sujeto puede vivir su religiosidad de dos formas:

- 1- Una ejercida como medio para acceder a la **experiencia de lo divino**. De esta manera cumple su fin último que es la **espiritualidad**. El religioso vive su religión y vivencia su fe como el valor más alto de su vida.
- 2- La otra manera es cuando la religiosidad se convierte en **un fin en si misma**, la experiencia de lo divino se desvanece, y la religiosidad adquiere un carácter instrumental, y supersticioso, que aleja al sujeto de lo espiritual. En este caso el religioso usa la religión en un sentido estrictamente utilitario para ganar seguridad, posición social, u otras metas no religiosas.

Aquello que dota de realidad y sentido esencial a esta vida religiosa es justamente **la espiritualidad**.

Sin espiritualidad, la vida religiosa es sólo apariencia, máscara, vacío de lo divino.

¿Qué se entiende por Dimensión espiritual?

El ser humano tiene necesidades de diversos órdenes que debe satisfacer y las agrupamos en cuatro necesidades básicas:

- necesidades físicas: como el alimento, abrigo, vivienda, etc.
- necesidades psíquicas: como el amor, la familia, la sexualidad, la amistad, etc.
- necesidades expresivas: canalizables a través del arte, la religión o los proyectos intelectuales.
- y necesidades existenciales, de sentido o propósito: cuando surgen las preguntas, ¿de dónde venimos? ¿Quiénes somos? ¿Quiénes son los que nos rodean? ¿A dónde vamos? ¿Qué pasa después de la muerte?

El que se hace estas preguntas es "**el sujeto**".

"**Sujeto**" es el que puede **hablar** de sí, **pensar** sobre sí, y **tomar** decisiones para sí.

Aquí nos vamos a encontrar con dos posibilidades.

Cuando el sujeto se pregunta ¿quién soy yo? Encontraremos una postura como la de **Descartes**, quien dijo "**pienso, luego existo**"; él necesitó un piso para afirmarse en una realidad óptica y va a encontrar que es **el pensar**.

Pero también vamos a encontrar la postura de alguien como **Agustín de Hipona o San Agustín**; que al preguntarse sobre quién es él, **San Agustín** se encontrará con un **Otro**. No se encuentra primero con sí mismo, sino con **Otro**, con Dios y así escribe su Autobiografía, en su libro "**Confesiones**", a modo de diálogo con este **Gran Otro**, que le permitió ir conociéndose, descubriéndose.

Personas como **San Agustín**, dentro de la historia de la espiritualidad cristiana, son las que dan origen a la categoría de **Homo Religiosus** para la **antropología religiosa**. Son personas con capacidad de vivir el fenómeno religioso, que sólo es posible dentro de la dimensión espiritual.

Y nosotros médicos, psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas necesitamos conocer, discernir, y saber diferenciar este tipo de experiencia/ vivencia, en los pacientes, y más aún diferenciarlo de lo que es patología.

Entonces **¿qué se entiende por dimensión espiritual?**

El hombre transita por la vida buscando llenar sus expectativas y satisfacer sus necesidades, pero la parcialidad de su cubrimiento lo hace sentirse "no pleno", como un proyecto en si mismo sin acabar.

Es el único ser que no sabe con precisión la razón de su existencia; pero paradójicamente es también el único que es capaz de formularlo.

Nuestro plano de realidad es finito y frustrante. Necesitamos imperiosamente que nos rescaten.

El hombre trata de buscar algo o alguien en el más allá. Esta búsqueda ha sido definida como su **dimensión espiritual. Es la búsqueda de respuestas ante su experiencia de finitud, de frustración y de falta de sentido para comprender la existencia.**

De ahí se desprende que todos los pueblos de la tierra y en todos los tiempos hayan tenido un concepto de Dios.

¿Quién debe hacerse cargo de las necesidades espirituales de un paciente y como?

A continuación citamos algunos datos y compartimos la postura del **Dr. Armando Rivera-Ledesma y María Montero-López Lena. (4, pág. 125 á 136).**

En un extenso trabajo donde realizaron encuestas a médicos familiares, enfermeras y psicólogos se observó:

De entrevistar a 170 médicos familiares (cita de 1999, de Ellis, Vinson, Ewigman. Addressing Spiritual Concens of patients, del Journal of Family Practice, 48 (2), p. 105):

- El 96 % afirmó que el bienestar espiritual es un componente muy importante para la salud del paciente.
- Todos contestaron que el miedo a la muerte fue el asunto espiritual más discutido.
- Un 86 % consideró que los pacientes que presentan cuestionamientos espirituales deberían ser referidos por el médico a un sacerdote, pastor o rabino.

De entrevistar a 409 miembros de la American Psychological Association (Referencia de Shafranske, EP. y Maloney, H.N. (1990). Clinical psychologists, "religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy". Pág. 72-78). De los cuales todos fueron psicólogos clínicos de distintas orientaciones: Psicoanálisis, 33 %; orientación cognitiva, 30 %; teoría del aprendizaje, 17 %; Humanistas, 12 %; y eclécticos:

- El 100 % consignó haber evaluado el trasfondo religioso de sus pacientes.
- Un 57 % usó en las sesiones un lenguaje o conceptos religiosos.
- Un 36 % recomendó participar en la religión a sus pacientes.
- Un 32 % recomendó libros religiosos o espirituales.
- Un 55 % opinó que no es adecuado usar las Escrituras dentro de la psicoterapia.
- Un 68 % opinó que no es adecuado orar con los pacientes.

Concluyeron que es necesario que el médico esté sensibilizado a las necesidades espirituales de sus pacientes, reconociéndolas y respetándolas.

Varias escuelas de medicina en los EEUU de América están conduciendo cursos sobre espiritualidad para mejorar la formación médica, el ejercicio clínico y las habilidades del médico.

Se ha sugerido que no referir un paciente a un capellán, si esto puede ser crítico para un buen cuidado de su salud, y si la falta de esta referencia fue por la ausencia de una evaluación espiritual adecuada, podría ser considerado como una forma de negligencia.

Es abundante la evidencia sobre la importante asociación entre la vida espiritual y la salud física y mental de las personas. Principalmente en las unidades de

traumatología, oncología y en general en las áreas donde el paciente se ve confrontado con su propia muerte o la de un ser querido. La calidad de vida de los pacientes mejora cuando sus necesidades espirituales son satisfechas.

Incluso la **Organización Mundial de la Salud** enfatizó su importancia, al definir los cuidados paliativos revalorizando los aspectos psicosociales y los espirituales del paciente. **(5)**.

También investigaron sobre las dificultades para dirigir aspectos espirituales con un paciente y los 5 recursos mas señalados fueron:

- 1- falta de tiempo del profesional (71 %).
- 2- entrenamiento inadecuado para tomar historias espirituales (59 %).
- 3- Dificultad para identificar a los pacientes que desean discutir asuntos espirituales.
- 4- La formación biomédica, en la que los aspectos espirituales son poco relevantes.
- 5- Algunos médicos no mantienen una orientación espiritual para sus propias vidas, pudiendo subestimar esta orientación en sus pacientes.

Hasta este punto nos encontramos con dos terrenos bastante inexplorados. El primero se trata de la vida espiritual de los pacientes o sea de su espiritualidad. El segundo sobre la formación del médico, de los especialistas en salud mental, y de las enfermeras, una formación que sea abarcativa de las dimensiones espirituales y/o religiosas de los pacientes.

En cuanto al primer planteo sería necesario agregar a la evaluación médica inicial **la historia espiritual**. Ella nos permitirá evaluar las necesidades espirituales del paciente.

Se podrán registrar, por ejemplo, datos como:

- 1- la importancia de la fe para su enfermedad.
- 2- La importancia de la fe en otras circunstancias de su vida.