



Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería

2



María Clara Quintero Laverde

Profesora Asistente
Facultad de Enfermería
Universidad de la Sabana

No pretendo enseñar. Pretendo compartir algunos puntos de reflexión elaborados a partir de mi propia experiencia personal y profesional, el aporte de muchos estudiantes, enfermeras y pacientes, que me han acompañado en este recorrido. Ésta es una reflexión profunda, compartida, enmarcada en una tarea común: la pretensión de enseñar a cuidar.

Históricamente el cuidado nace con el primer hombre; se remonta al inicio de las civilizaciones con las primeras acciones de protección y supervivencia. Desde su origen, la enfermería ha rodeado su quehacer desde la perspectiva de un cuidado maternal, intuitivo y amoroso. Cuidar es también una forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer. El cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse, y a enfrentar dificultades y crisis propias de la vida.

Cuidar es un arte y una ciencia. Exige conocimientos, actitudes y comportamientos. Las actitudes desempeñan un rol muy importante en la conducta social, con sus componentes afectivos y cognitivos; es decir, contienen sentimientos y emociones. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de un sentimiento. Otras, por el contrario, contienen una mayor carga intelectual.

Las actitudes pueden organizarse en estructuras coherentes que reciben el nombre de valores, o sistemas de valores. La realidad está determinada por la cultura, expresada en actitudes y valores personales.

El valor es una disposición afectiva hacia una persona, un ideal, un objeto o una ilusión. Éstos se convierten en acciones cuando tienen un propósito y dan significado a la existencia. Surgen a través de la cultura y se retroalimentan de ella. El valor es un orientador de la conducta, se aprende a lo largo de la vida y la experiencia particular de cada ser,

incorporando nuevos valores presentes en los entornos familiares, sociales y culturales

La expresión afectiva de acuerdo con M. M. Montes “es el punto de llegada y de partida del cuidado”. Es colocarse en el lugar del otro, intentando descubrir sus sentimientos y emociones. El amor es cuidar con generosidad, desprendimiento, humildad, paciencia y delicadeza. Necesita del otro en una relación directa, dialógica e intencional.

El tema de la relación interpersonal en la práctica de enfermería ha sido estudiado permanentemente, por ser éste el marco de referencia del quehacer profesional: el cuidado. La relación interpersonal posee una intencionalidad dirigida a la recuperación o mantenimiento de la salud. La comunicación interpersonal nos permite llegar al otro a través de una interrelación marcada por la empatía. La empatía es aquella condición básica de relación. Es la capacidad de mirar y descubrir al otro, de sumergirse en el mundo del otro y participar de su experiencia.

El establecimiento de procesos de comunicación permite operacionalizar la acción de cuidar en un proceso dinámico y único. El hombre por naturaleza es un ser gregario, necesita del otro. En este sentido, la comunicación le permite llegar al otro e interactuar con él. Todas estas virtudes y actitudes han estado presentes en el acto de cuidado a través de la historia de la profesión, profesión que ha sido llamada “la más bella de las artes”.

La relación interpersonal es más que algo tácito o implícito. No es la información, el saludo y las acciones que permiten cuidar. Es fundamentalmente la transmisión del afecto enmarcada en el respeto por el otro. Ésta no debe darse como un proceso frío, mecánico y carente de intencionalidad. La observación y las expresiones de complacencia y dolor también son formas de comunicación.

Las intervenciones de enfermería permiten establecer relaciones de afecto, confianza y seguridad. En este orden de ideas, el contacto físico como abrazar, apretar la mano y acoger al otro amorosamente, se convierten en manifestaciones de afecto, intencionalidad y ternura. El contacto físico es una forma de comunicación amorosa. La persona recibe sentimientos de apoyo, seguridad y confianza que le hacen posible afrontar las crisis del momento. Los silencios, gestos y otras formas de lenguaje no verbal, transmiten más que las palabras la acción concreta del hacer.

La enfermería se preocupa por la persona como un ser totalitario, holístico, no únicamente como un conjunto de partes o de procesos. Hablar de la totalidad del ser y del cuidado de la persona desde esta perspectiva promueve la integralidad. Es reconocer la condición de persona en el otro, como un ser único, dotado de características propias y particulares; un ser digno y libre. J. L. del Barco (1998) afirma:

“Plantear como es debido la pregunta por el hombre, es la razón del filósofo. Es mostrar al hombre como persona, rescatarlo de la red impersonal en que está como una cosa entre las cosas”.

El cuidado de enfermería es el cuidado de la salud del otro. Se sitúa en medio de la interacción de costumbres, creencias, valores y actitudes heredados de un pasado, de una historia personal y particular, rodeados de símbolos. Este cuidado se hace posible cuando confluyen y se encuentran las personas que participan en la relación. Los valores están incorporados a la vida misma, conformando entre otros el concepto de cultura.

Las creencias son una forma de conocimiento interiorizado, a partir de aquello que llamamos costumbres, que se traducen en la forma de mirar y sentir el mundo.

El campo del cuidado de la enfermería ha sido invadido y desplazado por el desarrollo de la ciencia y de la técnica. Como lo señala M. F. Colliere en su libro *Promover la vida*, “la enfermería ha sido desbordada por la práctica médica”.

Vivimos un presente cultural en el que palabras como afecto, ternura, amor y espiritualidad aparecen desde distintas ópticas y planteamientos que nos llevan a una reflexión de nuestro ser y quehacer cotidiano. ¿Resultan pertinentes estas palabras al interior de una realidad enmarcada fundamentalmente en un mundo multicultural y altamente tecnificado?

La cultura occidental separa cuerpo y alma, como si fueran elementos en oposición, elementos excluyentes, olvidando que la persona es una totalidad, una unidad dinámica del ser y el hacer.

Virginia Henderson, pionera en incorporar una filosofía humanista y trascendental a los cuidados de enfermería, dice que “cuidar es ponerse en el lugar del otro; es ocupar la piel del otro”, proceso que implica un gran compromiso afectivo. Este enfoque humanístico en el acto de cuidar requiere sentimientos, deseos y valores alrededor de una gran generosidad, infundiendo fe y esperanza en la persona.

En la actualidad, el énfasis en la atención de salud se orienta a los aspectos de promoción y prevención, junto con la curación y la rehabilitación. ¿Y el inevitable fin? ¿Cómo afrontar desde el afecto y la espiritualidad, la realidad de la muerte? La enfermería debe continuar buscando respuestas.

Espiritualidad

La definición de espiritualidad varía dependiendo de quién cuestione o de quién responda. En el mundo actual, difiere su significado en cada situación.

Espiritualidad es aquella dimensión del ser básica y trascendente formada por creencias y valores. La espiritualidad incluye la religión pero no es igual a ella; es un concepto más amplio, un fenómeno no confinado a templos, iglesias o ritos. Es una dimensión única de la persona. Se caracteriza por la relación con el yo, con el otro, con la naturaleza y con la vida. La religión, la fe y la espiritualidad son conceptos aislados, unidos por la concepción de la trascendencia del ser; sin embargo se utilizan indiscriminadamente, creando confusión en su naturaleza. La espiritualidad es una fuerza que da sentido a la vida. Busca respuestas a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento. En determinados momentos y circunstancias de la vida adquiere una mayor importancia o significado, como en situaciones de enfrentar la enfermedad y la muerte.

“¿Y si la enfermedad y la salud perdieran su sentido?”

“¿Y si la vida y la muerte no se pudieran diferenciar?”

M. F. Colliere (1993).

Stoll (1989) describe la espiritualidad como un concepto bidimensional. La dimensión vertical es la relación del yo con lo trascendente (Dios), con el valor supremo y los valores que guían la vida de la persona. La dimensión horizontal es la relación de la persona con su yo, con su entorno y con los otros. Pero, ¿cómo definir una necesidad espiritual?, ¿a qué se refiere, cuando se aborda esta misteriosa dimensión del hombre que muchas veces siendo

Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería

tan evidente, no logramos concretar? Se entiende por necesidad espiritual, la necesidad que siente la persona de mantener, fortalecer o recuperar creencias y fe; de encontrar respuestas al sentido y finalidad de la vida. Muchas veces a través de actos religiosos, ritos, plegarias y el perdón. La espiritualidad es una forma de relación con lo trascendente, y el cuidado de enfermería no debe estar ajeno a ello, al asumir al otro en una dimensión de integralidad, a la luz del paradigma holístico.

Para Watson (1989), el ser trasciende en la naturaleza. La dimensión espiritual hace referencia a la esencia, al yo interior y a la trascendencia del ser. El bienestar espiritual es la afirmación de la vida en relación con Dios, consigo mismo, y con los otros. Es la posibilidad de encontrar un significado y un propósito a la vida. Se caracteriza por una armonía interna y sentimientos de satisfacción.

Callista Roy, en su teoría de la adaptación, identifica claramente la dimensión espiritual de la persona como parte del yo personal, uno de los elementos que conforman el autoconcepto. Define la salud como un estado y un proceso de ser y llegar a ser.

En el estudio cualitativo Autoconcepto en un grupo de adultos del Municipio de Chía” (Restrepo-Quintero, 1996) se lograron establecer los descriptores para la valoración del autoconcepto. Durante el proceso se identificaron 9 categorías, entre las cuales figura “apoyo espiritual” con los siguientes descriptores:

- Creer en algo.
- Tener alguien en quien confiar.
- Tener una escala de valores.

Para afrontar las crisis vitales y existenciales, el adulto necesita desarrollar formas de apoyo que le permitan tener esperanza en el futuro y a la vez disponer de parámetros de conducta que lo orienten en su vida de relación. “La persona crece espiritualmente y se apoya en aquellos que le ofrecen respaldo, incluyendo figuras religiosas que inspiran devoción y que constituyen aquel apoyo espiritual, importante para hacer frente a las adversidades”. Este aspecto, aunque no fue muy explícito en las expresiones de los participantes del estudio, sí se identificó como un componente estructural que actúa con gran fuerza al interior de la propia personalidad.

Lo anterior está respaldado por las siguientes expresiones de las personas participantes:

- “Creo en Dios”
- “Me encomiendo a lo que Él decida”
- “Le pido a Dios que cuando me quiera llevar, mis hijos ya estén grandes”.

La experiencia espiritual es una experiencia de pertenencia; es vista como todas aquellas creencias, valores y costumbres arraigadas en la persona. Es más que la creencia en sí; se relaciona con un ser superior, una fuerza creativa que guía y orienta nuestro camino. La dimensión espiritual busca equilibrio y armonía con el universo. Da respuestas sobre lo infinito y proporciona apoyo frente a la enfermedad y la muerte. Las creencias espirituales le permiten a la persona entender su lugar en el mundo. Están íntimamente relacionadas con las necesidades psicológicas. Son el resultado de ritos, creencias y valores.

Las necesidades psicológicas se sitúan en aquellas emociones y sentimientos que determinan la pertenencia, la autoestima, el respeto y la dignidad, entre otros.

Cuidado y práctica de enfermería

El aspecto espiritual del cuidado permanece a menudo sin ser abordado, pues no es clara la manera de hacerlo posible.

El dolor y el sufrimiento se asocian con la enfermedad y la hospitalización, circunstancias en que la persona se encierra en sí misma en un ambiente no familiar; genera sentimientos de miedo y desconfianza, donde el dolor y la soledad terminan por aislar a la persona. Hay un gran miedo a no ser escuchado, a no poder expresar los sentimientos y temores. Es aquí donde la enfermera debe asegurar la confianza y el bienestar a través del cuidado, creando una atmósfera de afectividad y empatía donde el paciente sienta confianza y logre exteriorizar sus necesidades espirituales; debe estar “ahí” en el momento indicado, escuchar, tender una mano, demostrando preocupación y deseo de ayudar. La enfermera comprometida en este abordaje dispone el tiempo y la actitud necesarios para reafirmar su propia perspectiva espiritual. Deberá fortalecer y buscar ayuda para renovar su espiritualidad.

La enfermedad y la amenaza de la muerte generan una crisis acerca del significado de la vida, determinando interrogantes sobre las creencias espirituales y religiosas. Es lo que se conoce como “estrés espiritual”, caracterizado por situaciones de crisis y de conflicto, por la búsqueda del sentido del dolor, del sufrimiento, de las pérdidas y de la muerte (indicadores del estrés espiritual). Este estrés, llamado también angustia espiritual, conduce a la persona hacia Dios y hacia otros apoyos significativos; por tanto se recomienda tener presente la historia religiosa de la persona, sus prácticas y recursos espirituales, explorando sentimientos de pérdidas, del significado de la enfermedad y otros eventos de la vida.

La angustia espiritual es uno de los diagnósticos de enfermería establecidos por la Nanda. ¿Con qué frecuencia la identificamos?

Todos somos seres espirituales. El espíritu es la esencia de la persona. Es aquello que da un carácter a la vida generando el sentido de totalidad.

La espiritualidad es una guía interna que determina comportamientos y actitudes. Da sentido y significado a la existencia.

¿Por qué la enfermería no logra dar un cuidado espiritual?

Supuestos

- La creencia de que los asuntos espirituales no son competencia de la profesión. “Para eso está el sacerdote”.
- La persona se siente incómoda compartiendo con la enfermera sus necesidades espirituales.
- La formación científica y tecnológica de la enfermera no da espacios para lo espiritual.
- En el cuidado de enfermería no hay tiempo para abordar estas dimensiones.

Actualmente se vislumbra un nuevo paradigma, cuyo énfasis está dado por la espiritualidad. Para muchos autores, el origen del resurgimiento espiritual está en la “nueva era”, donde lo normativo es remplazado por el movimiento de autoayuda y replanteamiento de valores y tradiciones. Es un resurgir.

Este nuevo paradigma está íntimamente relacionado con las teorías de enfermería, con la visión humanística y trascendente de la persona. Pautas que orienten la valoración espiritual a explorar aspectos psicosociales de la persona, en un clima de confianza y respeto, que

Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería

permita la búsqueda y comprensión de la dimensión espiritual, debe ser una característica del cuidado holístico.

En ocasiones, la persona no manifiesta preocupaciones o necesidades espirituales, sin embargo, la enfermera deberá estar atenta a observar sus comportamientos, actitudes y respuestas que brindan la información necesaria para el cuidado.

1. Sistemas de soporte, fortaleza y apoyo espiritual.

- ¿Quién es la persona más importante para usted?
- ¿A quién le pide ayuda cuando la necesita?
- ¿Cuál es su fuente de fortaleza y esperanza?
- ¿Qué es lo que más le ayuda cuando siente miedo?

2. Concepto de Dios.

- ¿Es Dios importante para su vida?
- ¿Le ayuda rezar en momentos de crisis?
- ¿Estar enfermo cambia sus sentimientos hacia Dios?

3. Prácticas religiosas.

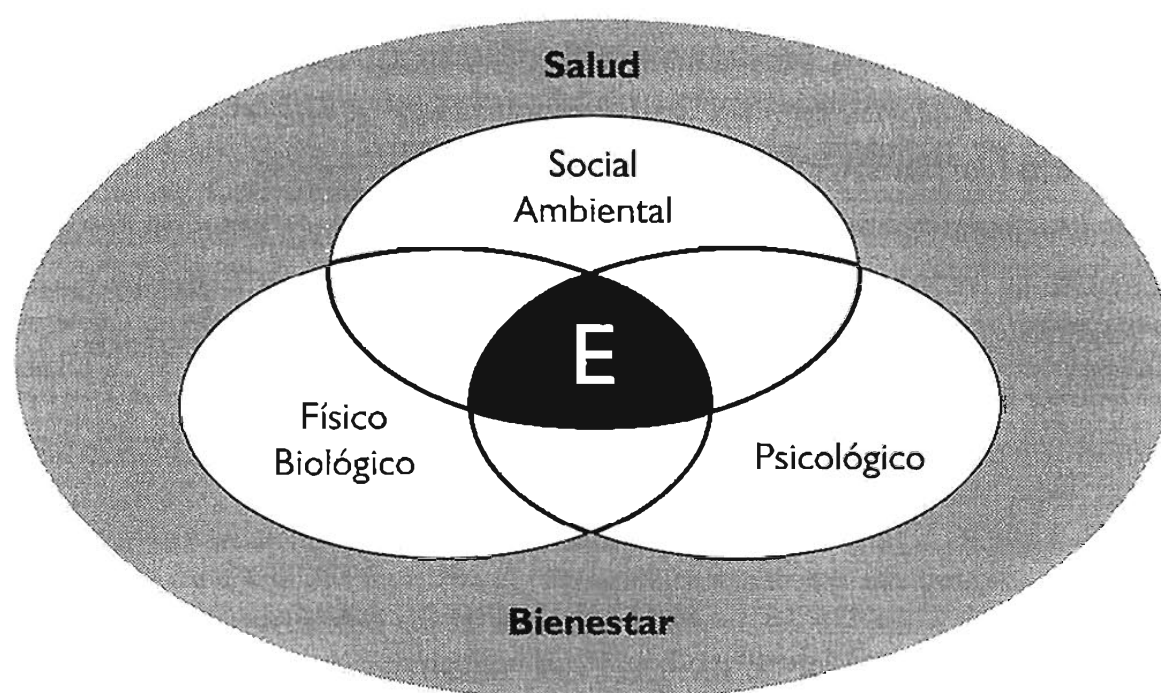
- ¿Siente usted que su religión le ayuda? ¿Cómo?
- ¿Qué prácticas religiosas son importantes para usted?
- ¿Estar enfermo, ha determinado cambios en dichas prácticas?

Las personas son libres de encontrar significado a lo que hacen y experimentan, reorientando su propia vida. El cuidado de enfermería abre espacios para la oración, las plegarias y la introspección como forma de encontrar a Dios.

“El cuidado de enfermería, que falla en reconocer las necesidades espirituales, como una parte vital del cuidado y no permite que éstas emerjan y sean tenidas en cuenta, se vuelve irrespetuoso y no ético” Pettigrew (1990).

Afecto

MODELO PARA LA INCORPORACIÓN DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN LA SALUD HOLÍSTICA



Cuidado y práctica de enfermería

El afecto se traduce en comportamientos y actitudes. Todo sentimiento tiene sus motivaciones, intereses y propósitos. Es el motor o el inhibidor de la acción de cuidar, pues moviliza o inhibe a la persona.

Algunos autores definen el amor como aquel afecto por el cual el ánimo busca el bien verdadero. Es el fundamento desde donde se hace posible aquello que queremos. Lo refiere ampliamente M. M. Montes (1999) cuando desarrolla su teoría sobre la “asistencia amorosa del cuidado de enfermería”.

Para H. Maturana, el amor es el dominio de la conducta. El otro surge como un legítimo otro, en convivencia con uno. El ser humano es esencialmente un ser afectivo, y el amor es visto también como un fenómeno biológico, permitiendo que las personas interactúen a través de los procesos de relación.

La persona que ama es responsable por el otro, como por sí mismo. Ser responsable significa estar listo a responder, como lo anota E. Fromm en su libro *El arte de amar*.

Desde una perspectiva profesional, tenemos muchas fortalezas clínicas al momento de la valoración. El soporte de datos objetivos y subjetivos nos permite actuar. Sin embargo en ocasiones el abordaje de dimensiones como espiritualidad y afecto se diluyen en el hacer. La enfermería ha de centrar su quehacer en la perspectiva del afecto y la ternura cuidando intuitiva y amorosamente a otros. Por tanto, el cuidado como una forma de amar, posibilita la expresión de sentimientos y emociones traducidos en un hacer. Para los griegos, el amor significaba aquella fuerza única que atrae, convirtiéndose en un poder transformador. El amor no sólo es sentimiento sino que da sentido a la vida, y es en la vida que la enfermería encuentra su realización. Para Maslow, las necesidades de amor y pertenencia surgen en la medida en que han sido satisfechas las necesidades de seguridad y protección; éstas comprenden tanto el dar como el recibir. El amor es una forma de vivir, de mirar y de sentir la vida en una dimensión globalizante. Es la preocupación permanente por la vida y por el crecimiento de aquello que amamos.

Hace más de 100 años Florence Nightingale demostró en Crimea que dar medicamentos, limpiar y cuidar heridas, no era suficiente. Se requería un deseo de curar, un compromiso emocional con el otro. Cuidar es movilizar todo el potencial al interior de la persona; es potencializar recursos al interior de nosotros mismos.

Drummond H. (1991) desarrolló nueve componentes básicos del amor: delicadeza, entrega, tolerancia, respeto, paciencia, bondad, generosidad, humildad y desprendimiento. Al revisar cada uno de estos componentes, encontramos que éstos han estado presentes a lo largo de la historia de la profesión, en ocasiones vistos como legado histórico desde lo religioso y del propio rol de la mujer; sin embargo, en la actualidad recobran una gran relevancia desde la mirada humanística del quehacer de enfermería.

El ser humano, es esencialmente un ser afectivo y espiritual. Un ser trascendente. La enfermería, si pretende brindar un cuidado holístico, debe partir de la perspectiva de integralidad del ser, creando vínculos en cada una de sus acciones de cuidado.

**“...entonces apareció el zorro.
Ven a jugar conmigo le propuso el Principito...
No puedo jugar contigo, dijo el zorro, ino estoy domesti-
cado!...
¿Qué significa domesticar?
Es una cosa ya olvidada. Significa crear vínculo”.**

Antoine de Saint-Exupéry
El Principito

Bibliografía

- COLLIERE, MARIE FRANÇOISE. **Promover la vida.** McGraw-Hill. Interamericana. 1993.
- FROMM ERICH. **El arte de amar.** Editorial Paidós. 1970.
- GRUPO DE CUIDADO. **Dimensiones del cuidado.** Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998.
- HENDERSON, VIRGINIA. **La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después.** McGraw-Hill. Interamericana, 1994.
- HOEMAN, SHIRLEY. **Rehabilitation Nursing. Process and Application.** Mosby. 1999.
- KOSIER, B. Y COL. **Conceptos y temas en la práctica de enfermería.** Interamericana. 1995.
- MATURANA, H. NISIS S. **Formación humana y capacitación.** Dolmen Ediciones. 1997.
- MARRINER-TOMEY. **Modelos y teorías en enfermería.** Doyma Libros. 1994.
- MONTES, V. MARÍA M. **Un modelo fundamentado en el amor para la asistencia y el cuidado de las adolescentes embarazadas.** Editorial XYZ. Cali, Colombia. 1999.
- RESTREPO L. y QUINTERO, M. C. **Autoconcepto en un grupo de adultos del municipio de Chía.** Universidad de la Sabana. 1996.
- STEVENS, BARBARA. **Spirituality in Nursing.** Springer Publishing Company, 1996.
- YOUGH, CATHY. **Espiritualidad y el anciano cristiano crónicamente enfermo.** Geriatric Nursing. Nov. 1993.