

Espiritualidad y religiosidad en la práctica médica en un hospital universitario

Eduarda Fileto Nogueira¹, João Paulo Moreira Fernandes¹, Gabriel David Camargo¹, Vítor Tavares de Assis¹, Luana Araújo Macedo Scalia¹

1. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia/MG, Brasil.

Resumen

La religiosidad y la espiritualidad desempeñan un papel clave en la medicina, especialmente en el enfoque centrado en el paciente al mejorar la relación médico-paciente. Muchos médicos aún no utilizan este recurso, debido a la inseguridad a menudo de enfrentar la vida personal de los pacientes. En este estudio se aplicó a 128 médicos y residentes de un hospital universitario de Minas Gerais (Brasil) los cuestionarios Índice de Religiosidad de Duke y Índice de Reactividad Interpersonal Multidimensional entre agosto y diciembre de 2021, así como preguntas planteadas en estudios anteriores sobre salud y espiritualidad. Se pretendió evaluar la percepción de los profesionales sobre la importancia de la religiosidad y la espiritualidad en la práctica clínica y su relación con las actitudes éticas y humanistas. Los resultados revelaron una correlación significativa entre las dos escalas, lo que indica una asociación positiva entre la religiosidad y espiritualidad y la empatía.

Palabras clave: Espiritualidad. Empatía. Relaciones médico-paciente.

Resumo

Espiritualidade e religiosidade na prática médica em um hospital universitário

A religiosidade e a espiritualidade desempenham papéis cruciais na medicina, especialmente na abordagem centrada no paciente, melhorando a relação médico-paciente. Apesar disso, muitos médicos ainda subutilizam esses recursos, muitas vezes devido a insegurança ao lidar com a esfera pessoal da vida dos pacientes. Para abordar essa questão, conduziu-se pesquisa com 128 médicos, incluindo residentes, em um hospital universitário de Minas Gerais, entre agosto e dezembro de 2021, mediante aplicação dos questionários Inventário de Religiosidade de Duke e Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal, além de questões levantadas em estudos anteriores sobre saúde e espiritualidade. Com isso, buscou-se avaliar de que forma profissionais percebem a importância da religiosidade e da espiritualidade na prática clínica e sua relação com posturas éticas e humanistas. Os resultados revelaram correlação significativa entre as duas escalas, indicando associação positiva entre religiosidade e espiritualidade e empatia.

Palavras-chave: Espiritualidade. Empatía. Relações médico-paciente.

Abstract

Spirituality and religiosity in medical practice at a university hospital

Religiosity and spirituality are pivotal in medical practice, particularly in fostering a patient-centered approach that enhances the physician-patient relationship. Despite this, many physicians still underutilize these invaluable resources, often due to feelings of uncertainty when navigating the personal aspects of patients' lives. To address this challenge, a survey involving 128 physicians, including residents, was conducted at a university hospital in Minas Gerais between August and December 2021. Utilizing the Duke Religiosity Inventory and Multidimensional Interpersonal Reactivity Scale questionnaires, alongside inquiries drawn from prior studies on health and spirituality, the goal was to assess professionals' perceptions of the significance of religiosity and spirituality in clinical practice and their interplay with ethical and humanistic attitudes. The findings unveiled a significant correlation between the two scales, underscoring a positive connection between religiosity, spirituality, and empathy.

Keywords: Spirituality. Empathy. Physician-patient relations.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-UFU 4.598.012

La relación entre el médico y el paciente suele estrecharse cuando existe vulnerabilidad por parte del individuo asistido. En este contexto, la medicina centrada en el paciente constituye una transformación del método clínico, con el objetivo de evaluar el proceso salud-enfermedad mediante aspectos biológicos, psicológicos y sociales, lo que supera el modelo biomédico centrado en la enfermedad¹. De este modo, la religiosidad y la espiritualidad (R/E) son aspectos frecuentemente reportados por los pacientes como elementos importantes para el tratamiento².

La espiritualidad, según Koenig³, es la búsqueda del individuo por comprender los eventos de la vida y su relación con lo sagrado, y no implica necesariamente rituales religiosos. Por otro lado, la religiosidad corresponde a la participación religiosa del individuo y la repercusión en su vida cotidiana, en sus costumbres y en su relación con el mundo. Es posible clasificarla en intrínseca (la religión representa el bien más grande del individuo) y extrínseca (la religión representa un medio para alcanzar otros fines)^{4,5}.

Aunque hay evidencia científica que apunta a los beneficios de la aplicación de la R/E en la relación médico-paciente, pocos profesionales de la salud utilizan esta herramienta. Esto se debe especialmente a la falta de preparación en las facultades de medicina para enfrentar estas cuestiones, lo que provoca inseguridad a los profesionales. Además, suele ocurrir *religiosity gap*, es decir, una diferencia entre los niveles de la R/E del médico y del paciente, lo que dificulta la empatía del profesional hacia el individuo asistido².

Dada la importancia de este ámbito en la propeútica utilizada, son necesarios cambios en el desempeño de los profesionales para atender a las demandas del paciente. Esto se debe a que el afrontamiento, un proceso por el cual las personas buscan comprender y enfrentar las demandas significativas de sus vidas⁶, puede ser positivo o negativo cuando se trata de la R/E: Positivo si hay una reevaluación religiosa benevolente y negativo cuando Dios se interpreta como punitivo, por ejemplo.

Para medir esta relación se puede utilizar la escala de afrontamiento religioso-espiritual⁷. En caso de acciones negativas, el equipo de salud debe intervenir con la propuesta de nuevas interpretaciones.

La apertura del paciente para hablar de temas privados, como la R/E, depende del contacto cercano con el médico y de la comodidad con el

equipo que lo atiende. Para ello, se recomienda registrar la historia espiritual del paciente desde el primer contacto. El conocimiento de estos datos también es importante para distinguir las experiencias espirituales de los trastornos mentales presentes en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* según reportan Tostes, Pinto y Moreira-Almeida².

Otro punto esencial en la relación entre el equipo de salud y los pacientes es la empatía, una de las habilidades interpersonales más importantes del médico⁸. En la práctica clínica, la empatía tiene elementos cognitivos, emocionales y de acción, y se define como *la capacidad de percibir los sentimientos del otro, de sentir las emociones y de reaccionar a ellas*⁹.

La empatía por parte de los médicos está relacionada con una comunicación abierta y honesta, que permite la mejor adecuación ante las necesidades de los pacientes y las propuestas terapéuticas¹⁰. Así, hay una mayor precisión de los diagnósticos, un aumento de las tasas de adherencia al tratamiento, lo que lleva a un incremento de las tasas de éxito terapéutico y una reducción de las tasas de procesos legales¹¹.

Según Lacombe⁸, los niveles de empatía están asociados positivamente con la percepción de bienestar relacionada con la espiritualidad, la religiosidad y las creencias personales entre los estudiantes de medicina.

Ante lo anterior, este estudio tuvo por objetivo evaluar la importancia de la R/E para los médicos de un hospital universitario, así como verificar la relación entre la empatía y la R/E en el desempeño del profesional de la salud.

Método

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de conformidad con las Resoluciones 466/2012¹² y 510/2016¹³, del Consejo Nacional de Salud sobre investigación con seres humanos.

La investigación se realizó en un hospital universitario del interior de Brasil y contó con una muestra de 835 profesionales, de los cuales 274 son residentes. Debido a la pandemia por el nuevo coronavirus, las visitas al hospital se redujeron como parte del protocolo de bioseguridad. En este contexto, los médicos de diferentes sectores recibieron una invitación a participar en la

investigación y respondieron los cuestionarios autoinformados en papel y bolígrafo.

Los cuestionarios se aplicaron de agosto a diciembre de 2021. Al pensar en la salud pública en la pandemia y teniendo en cuenta que el aislamiento social implica reducir el contacto físico no esencial, los investigadores utilizaron equipos de protección personal (EPP) y se organizaron en turnos para evitar aglomeraciones en los espacios hospitalarios.

Así, entregaron el formulario de consentimiento informado y el cuestionario, proporcionando tiempo necesario para que los participantes los respondan en el momento más oportuno. Alcanzada la fecha límite, los investigadores regresaron a recoger los documentos. Las herramientas de investigación fueron:

1. Cuestionario para recopilar datos sobre edad, sexo, educación, estado civil, autoinforme de color, tiempo de formación, actuación y religión;
2. Cuestionario sobre el uso de la R/E en la práctica clínica basado en las preguntas utilizadas en los estudios de Borges y colaboradores¹⁴ y Santos y Oliveira¹⁵. La segunda herramienta evaluó la postura ética y humanista de los profesionales y cómo estos interpretan los temas relacionados con la salud y la espiritualidad;
3. Índice de Religiosidad de Duke (P-Durel), un cuestionario breve y lacónico compuesto de cinco ítems que miden los tres espectros religiosos del individuo: religiosidad organizacional (RO), religiosidad no organizacional (RNO) y religiosidad intrínseca (RI)¹⁶;
4. Índice de Reactividad Interpersonal Multidimensional de Davis (IRI, versión brasileña), que evalúa la medida multidimensional de

la empatía por medio de tres subescalas de 21 ítems que miden la preocupación empática (CE), la toma de perspectiva (CG) y el malestar personal (CC). El índice fue creado por Davis^{17,18}, traducido al portugués y fue validado por Koller, Camino y Ribeiro¹⁹.

Tras la recolección de datos y aplicación de los cuestionarios, se realizaron análisis descriptivos para identificar las variables de interés. En el almacenamiento y análisis de los datos se utilizó el software IBM SPSS. El análisis descriptivo contó con el uso de métodos como frecuencia, porcentaje, mediana y desviación intercuartílica; y, para las variables métricas, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.

En la comparación de las dos proporciones, se utilizaron la prueba exacta de Fisher y la prueba de chi-cuadrado (χ^2 , $\alpha=5\%$). La prueba de significancia de Pearson se utilizó en la evaluación de los coeficientes de correlación teniendo en cuenta la variable género de forma dicotómica, siendo 0 para el masculino y 1 para el femenino. El nivel de significancia adoptado fue del 5%.

Resultados

La muestra final estuvo compuesta por 128 médicos, de los cuales 54 son residentes y 74 no residentes. La Tabla 1 muestra que el 58,5% de los encuestados son del sexo masculino, el 77,4% se identifican como blancos y el 49,2% están casados. Respecto a la religión, el 44,5% reportan ser católicos; y en cuanto a otras creencias e identificaciones religiosas, hay espiritistas (18,8%), individuos sin religión pero espiritualizados (20,3%), protestantes (10,2%) y ateos (5,4%).

Tabla 1. Características sociodemográficas, creencias religiosas, medianas y desviaciones intercuartílicas para los índices P-Durel y IRI de 128 médicos residentes y no residentes en un hospital universitario

	Residentes	Médicos no residentes	Total
	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Edad	27,00±3	39,00±21	31,00±16
Sexo	51(100%)*	72 (100%)*	123 (100%)*
Masculino	26 (51%)	46 (63,9%)	72 (58,5%)
Femenino	25 (49%)	26 (36,1%)	51 (41,5%)

continúa...

Tabla 1. Continuación

	Residentes	Médicos no residentes	Total
	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Estado civil	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Soltero	41 (75,8%)	21 (28,4%)	62 (48,4%)
Casado	11 (20,4%)	52 (70,3%)	63 (49,2%)
Divorciado	1 (1,9%)	1 (1,3%)	2 (1,6%)
Otro	1 (1,9%)	0 (0%)	1 (0,8%)
Color autodeclarado	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Blanco	38 (70,3%)	61 (82,4%)	99 (77,4%)
Pardo	11 (20,4%)	11 (14,9%)	22 (17,1%)
Negro	4 (7,4%)	1 (1,35%)	5 (3,9%)
Amarillo	1 (1,9%)	0 (0%)	1 (0,8%)
Otra	0 (0%)	1 (1,35%)	1 (0,8%)
Religión/creencia	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Ateo	3 (5,6%)	4 (5,4%)	7 (5,4%)
Sin religión pero espiritualizado	13 (24,1%)	13 (17,6%)	26 (20,3%)
Católico	20 (36,9%)	37 (50%)	57 (44,5%)
Protestante	9 (16,7%)	4 (5,4%)	13 (10,2%)
Espiritista	8 (14,8%)	16 (21,6%)	24 (18,8%)
Otra	1 (1,9%)	0 (0%)	1 (0,8%)
Cree en Dios	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Sí	48 (88,9%)	65 (87,8%)	113 (88,2%)
No	4 (7,4%)	3 (4,1%)	7 (5,5%)
No sabe opinar	2 (3,7%)	6 (8,1%)	8 (6,3%)
Después de la muerte, ¿el alma se conserva viva?	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Sí	38 (70,3%)	56 (75,7%)	94 (73,4%)
No	9 (16,7%)	12 (16,2%)	21 (16,4%)
No sabe opinar	7 (13%)	6 (8,1%)	13 (10,2%)
Cree en la reencarnación	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Sí	17 (31,5%)	33 (44,6%)	50 (39,0%)
No	27 (50%)	27 (36,5%)	54 (42,2%)
No sabe opinar	10 (18,5%)	14 (18,9%)	24 (18,8%)
¿El ser humano está formado por cuerpo y alma?	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Sí	50 (92,5%)	64 (86,5%)	114 (89,1%)
No	3 (5,6%)	8 (10,8%)	11 (8,6%)
No sabe opinar	1 (1,9%)	2 (2,7%)	3 (2,3%)

continúa...

Tabla 1. Continuación

	Residentes	Médicos no residentes	Total
	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
¿Cuán religioso usted se considera?	54 (100%)	73 (100%)*	127 (100%)*
Muy religioso	5 (9,3%)	10 (13,7%)	15 (11,8%)
Moderadamente religioso	27 (50%)	36 (49,3%)	63 (49,6%)
Poco religioso	17 (31,4%)	20 (27,4%)	37 (29,1%)
No religioso	5 (9,3%)	7 (9,6%)	12 (9,5%)
P-Durel			
Religiosidad organizacional	3,00±2	3,00±3	3,00±2
Religiosidad no organizacional	5,00±3	5,00±4	4,00±3
Religiosidad intrínseca	13,00±4	13,00±4	13,00±4
IRI			
Preocupación empática	28,00±5	26,00±8	27,00±7
Toma de perspectiva	25,00±5	27,00±6	26,00±5
Malestar personal	18,00±5	17,00±6	17,00±5
Total	71,00±12	71,00±14	71,00±13

* En este ítem algunas respuestas estaban en blanco, lo que resultó en una variación en las respuestas totales para los ítems marcados
IRI: Índice de reactividad interpersonal multidimensional de Davis; P-Durel: Índice de religiosidad de Duke

En particular, el 88,2% de los encuestados creen en Dios, el 73,4% piensan que el alma permanece viva después de la muerte y el 89,1% están de acuerdo en que el ser humano está compuesto por cuerpo y alma. Se encontró una diferencia significativa solo entre el estado civil y el desempeño de los médicos (ya sean residentes o no) (FET=33,051; $p < 0,01$ -datos no mostrados). La Tabla 1 también muestra las medianas y las desviaciones intercuartílicas para

los índices de religiosidad y empatía. Los resultados revelan niveles similares de religiosidad y empatía entre los médicos residentes y los médicos no residentes.

La Tabla 2 describe la opinión de los médicos sobre el tema de la R/E y su impacto en la práctica clínica. La mayoría asocia la espiritualidad con la “Búsqueda de sentido y significado para la vida humana” como expresan el 51,9% de los encuestados.

Tabla 2. Opinión de 128 médicos de un hospital universitario sobre religiosidad y espiritualidad y su impacto en la práctica clínica

	Médicos residentes	Médicos no residentes	Total
¿A qué se refiere la espiritualidad?	54 (100%)	73 (100%)*	127 (100%)*
Postura ética y humanista	16 (29,6%)	29 (39,7%)	45 (35,4%)
Búsqueda de sentido y significado para la vida humana	28 (51,9%)	38 (52%)	66 (51,9%)
Creencia y relación con Dios/religiosidad	16 (29,6%)	29 (39,7%)	45 (35,4%)
Creencia en algo trascendente a la materia	23 (42,6%)	25 (34,25%)	48 (37,8%)
Creencia en la existencia del alma y en la vida después de la muerte	4 (7,4%)	25 (34,25%)	29 (22,8%)

continúa...

Tabla 2. Continuación

	Médicos residentes	Médicos no residentes	Total
¿Qué relación tiene el tema de la salud con la espiritualidad?	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Humanización de la medicina	29 (53,7%)	47 (63,5%)	76 (59,3%)
Calidad de vida	16 (29,6%)	28 (37,8%)	44 (34,3%)
Salud total/holística	29 (53,7%)	32 (43,2%)	63 (49,2%)
Interferencia positiva o negativa de la religiosidad en la salud	21 (38,9%)	24 (32,4%)	45 (35,1%)
Interferencia de lo trascendente/inmaterial en la salud	21 (38,9%)	18 (24,3%)	39 (30,4%)
Enfoque de la vida y de la muerte	25 (46,3%)	28 (37,8%)	53 (41,4%)
R/E influye en la salud de los pacientes	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Muchísimo	20 (37%)	24 (32,4%)	44 (34,3%)
Mucho	25 (46,3%)	40 (54,1%)	65 (50,8%)
Más o menos	8 (14,8%)	6 (8,1%)	14 (10,9%)
Poco	0 (0%)	3 (4,1%)	3 (2,4%)
Muy poco o nada	1 (1,9%)	1 (1,3%)	2 (1,6%)
Influencia de la R/E es positiva o negativa	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Generalmente positiva	41 (75,9%)	59 (79,7%)	100 (78,1%)
Generalmente negativa	2 (3,7%)	1 (1,3%)	3 (2,4%)
Igualmente positiva y negativa	11 (20,4%)	12 (16,3%)	23 (17,9%)
No tiene influencia	0 (0%)	2 (2,7%)	2 (1,6%)
¿La R/E del médico interfiere en la comprensión del proceso salud-enfermedad y en la relación médico-paciente?	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Mucha intensidad	3 (5,6%)	13 (17,6%)	16 (12,5%)
Alta intensidad	24 (44,4%)	27 (36,4%)	51 (39,8%)
Moderada intensidad	23 (42,5%)	23 (31,1%)	46 (35,9%)
Baja intensidad	3 (5,6%)	9 (12,2%)	12 (9,4%)
No interfiere	1 (1,9%)	2 (2,7%)	3 (2,4%)
Tiene ganas de abordar la fe y la espiritualidad con los pacientes	54 (100%)	73 (100%)	127 (100%)*
Sí, rara vez	16 (29,6%)	26 (35,7%)	42 (33,0%)
Sí, con frecuencia	28 (51,9%)	25 (34,2%)	53 (41,7%)
No	10 (18,5%)	22 (30,1%)	22 (17,3%)
¿Se siente preparado para abordar los aspectos espirituales con el paciente?	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Muchísimo preparado	0 (0%)	5 (6,8%)	5 (3,9%)
Muy preparado	4 (7,4%)	7 (9,5%)	11 (8,6%)
Moderadamente preparado	24 (44,4%)	22 (29,6%)	46 (35,9%)
Poco preparado	23 (42,6%)	29 (39,2%)	52 (40,6%)
Nada preparado	2 (3,7%)	6 (8,1%)	8 (6,3%)
No se aplica	1 (1,9%)	5 (6,8%)	6 (4,7%)

continúa...

Tabla 2. Continuación

	Médicos residentes	Médicos no residentes	Total
¿Qué relevancia tiene este enfoque?	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Muchísimo relevante	8 (14,8%)	10 (13,5%)	18 (14,1%)
Muy relevante	24 (44,4%)	30 (40,5%)	54 (42,1%)
Moderadamente relevante	16 (29,6%)	22 (29,7%)	38 (29,7%)
Poco relevante	5 (9,3%)	7 (9,5%)	12 (9,4%)
Nada relevante	1 (1,9%)	5 (6,8%)	6 (4,7%)
¿Cuándo es apropiado que el profesional rece con el paciente?	54 (100%)	73 (100%)*	127 (100%)*
Nunca	4 (7,4%)	11 (15,1%)	15 (11,8%)
Solo si el paciente lo solicita	37 (68,5%)	53 (72,6%)	90 (70,9%)
Siempre que el profesional lo considere oportuno	13 (24,1%)	9 (12,3%)	22 (17,3%)
¿Usted ya preguntó sobre la R/E de los pacientes?	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Sí	42 (77,8%)	50 (67,6%)	92 (71,9%)
No	12 (22,2%)	24 (32,4%)	36 (28,1%)
¿Con qué frecuencia?	50 (100%)**	61 (100%)**	111 (100%)**
Raramente	16 (32%)	23 (37,7%)	39 (35,2%)
Algunas veces	22 (44%)	22 (36,1%)	44 (39,6%)
A menudo	10 (20%)	12 (19,7%)	22 (19,8%)
Siempre	2 (4%)	4 (6,5%)	6 (5,4%)
Con qué frecuencia los pacientes parecen sentirse incómodos cuando se les pregunta por la R/E	50 (100%)**	63 (100%)**	113 (100%)**
Nunca	15 (30%)	16 (25,4%)	31 (27,4%)
Rara vez	21 (42%)	34 (54%)	55 (48,7%)
Algunas veces	14 (28%)	12 (19%)	26 (23,0%)
A menudo	0 (0%)	1 (1,6%)	1 (0,9%)
Siempre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0,0%)
Factores que lo desalientan a hablar de la R/E con los pacientes	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Falta de conocimiento	11 (20,4%)	14 (18,9%)	25 (19,5%)
Falta de capacitación	20 (37%)	19 (25,7%)	39 (30,4%)
Falta de tiempo	28 (51,9%)	27 (36,5%)	55 (42,9%)
Incomodidad con el tema	7 (13%)	14 (18,9%)	21 (16,4%)
Miedo a imponer puntos de vista religiosos a los pacientes	24 (44,4%)	38 (51,4%)	62 (48,4%)
Conocimiento de la religión no es relevante en el tratamiento médico	0 (0%)	4 (5,4%)	4 (3,2%)
No es parte de mi trabajo	3 (5,6%)	4 (5,4%)	7 (5,4%)
Miedo a ofender a los pacientes	15 (27,8%)	23 (31,1%)	38 (29,6%)
Miedo a que mis compañeros no lo aprueben	3 (5,6%)	3 (4,1%)	6 (4,7%)
Otros	1 (1,9%)	7 (9,5%)	8 (6,3%)

continúa...

Tabla 2. Continuación

	Médicos residentes	Médicos no residentes	Total
Técnicas y tratamientos espirituales que podrían recomendarse a los pacientes	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Oración	41 (75,9%)	53 (71,6%)	94 (73,4%)
Lectura religiosa	28 (51,9%)	34 (45,9%)	62 (48,4%)
Agua fluidificada/agua energizada/agua bendita	4 (7,4%)	8 (10,8%)	12 (9,3%)
Desobsesión/exorcismo/"descarga"	2 (3,8%)g	0 (0%)	2 (1,6%)
Imposición de manos/reiki/pase/Johrei	12 (22,2%)	9 (12,2%)	21 (16,4%)
Obras de caridad en templos religiosos	17 (31,5%)	17 (23%)	34 (26,5%)
Otros	5 (9,3%)	9 (12,2%)	14 (10,9%)

*En este ítem algunas respuestas estaban en blanco, lo que resultó en una variación en el total de respuestas

**Estos ítems fueron respondidos solo por los participantes que marcaron "sí" en la pregunta anterior

R/E: religiosidad y espiritualidad

Aproximadamente el 85% de los médicos residentes y el 70% de los médicos no residentes expresaron interés en abordar el tema de la fe y la espiritualidad con los pacientes, y el 71,9% de ellos ya abordaron la R/E con sus pacientes en algún momento. Los factores "Falta de tiempo", citado por el 42,9% de los encuestados, y "Miedo a imponer puntos de vista religiosos a los pacientes", mencionado por el 48,4% de ellos, son los que más desalientan a los médicos a discutir la R/E con los pacientes.

A pesar de estas barreras, "Oración" es el recurso espiritual más recomendado por el 73,4% de los médicos. Esta recomendación revela la percepción de la importancia de la oración en

la interacción médico-paciente en el contexto de la espiritualidad.

El análisis de correlación (Tabla 3) mostró asociaciones significativas entre algunas variables y los ítems de IRI. En particular, hubo una correlación significativa entre la variable sexo e "IRI preocupación empática" ($r=0,483^*$), el "IRI malestar personal" ($r=0,278^{**}$) y el "IRI total" ($r=0,404^{**}$), y el sexo femenino presentó puntuaciones más altas en estos ítems. Además, la RNO que se correlacionó con RI mostró una correlación significativa con la "IRI preocupación empática" ($r=0,236^{**}$), el "IRI toma de perspectiva" ($r=0,206^*$) y el "IRI total" ($r=0,234^{**}$).

Tabla 3. Correlación de Spearman entre empatía, religiosidad, edad, sexo y tiempo de formación de 128 médicos de un hospital universitario

Variable		Edad	Sexo	Tiempo de formado	RO	RNO	RI
IRI preocupación empática	<i>r</i>	-,001	,483*	,004	,132	,264**	,236**
IRI toma de perspectiva	<i>r</i>	,175	,028	,171	,010	,050	,206*
IRI malestar personal	<i>r</i>	-,132	,278**	-,153	,048	,088	,055
IRI total	<i>r</i>	,055	,404**	,056	,071	,163	,234*

IRI: Índice de Reactividad Interpersonal Multidimensional de Davis; RO: religiosidad organizacional; RNO: religiosidad no organizacional; RI: religiosidad intrínseca; *r*: coeficiente de correlación; * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Discusión

Más allá de mostrar la importancia de la espiritualidad en la práctica clínica, este estudio también destaca la discrepancia entre la valorización

de este aspecto y la percepción de la preparación de los médicos para abordarlo.

Aunque los participantes reconocen el impacto de la R/E en la salud, el 82,8% de los médicos afirmaron que no están nada, poco o moderadamente

preparados para tratar del tema. Las principales razones que desalientan este tipo de discusión son la falta de tiempo, el miedo a imponer puntos de vista religiosos a los pacientes y la falta de formación. Estos hallazgos también se reportan en otros estudios, lo que revela un problema frecuente en los cursos de medicina de Brasil^{20,21}.

Costa y colaboradores²² constatan que los estudiantes de medicina reconocen la importancia de este tema, pero se sienten desalentados a abordarlo frecuentemente debido a un limitado aprendizaje en la formación académica. Esta investigación también confirmó este hallazgo, ya que la mayoría de los médicos entrevistados no se sienten adecuadamente preparados para abordar el tema. Esta dicotomía revela una necesidad de mejorar la formación de los estudiantes al insertar el tema R/E en la práctica médica^{23,24}.

Comprender las percepciones y prácticas de los médicos con respecto a la R/E es crucial para una práctica médica holística y centrada en el paciente²⁵. Los resultados de este estudio destacan que una proporción significativa de médicos reconoce la influencia de la R/E en la salud de los pacientes. Esto indica la necesidad de incluir la R/E en los planes de estudio de la carrera de medicina para preparar a los profesionales a abordar estos temas de una manera sensible y respetuosa²⁶.

Teniendo en cuenta que algunos médicos expresaron interés en discutir temas de fe y espiritualidad con los pacientes, pero se sienten inseguros o no preparados para hacerlo, es imperativo ofrecer una capacitación y recursos adecuados de apoyo en este proceso²³. Un enfoque informado y empático de la R/E puede fortalecer la relación médico-paciente al promover una comunicación más abierta y una atención más personalizada⁸.

Hubo una correlación positiva entre la empatía y el sexo femenino, un resultado que coincide con lo descrito en la literatura que involucra estudiantes de medicina²⁷. La diferencia de empatía entre géneros se atribuye a factores intrínsecos (características evolutivas del género) y extrínsecos (interpersonalidad en la atención, socialización y expectativa relacionada con el género)²⁸.

La correlación significativa entre los ítems de P-Durel y los de IRI muestra que hubo una asociación positiva entre R/E y empatía. Por lo tanto, los médicos que realizan oraciones, lecturas

espirituales y meditación con mayor periodicidad, y asisten regularmente a servicios religiosos, entre otros, tienen más probabilidades de reconocer y ayudar en las necesidades de los demás.

Esta correlación también coincide con los estudios^{8,29} que indican que un mayor involucramiento con la R/E, que implica una búsqueda de cuestiones existenciales y la atribución de un significado trascendental a la existencia, podría ser una forma efectiva de enfrentar el sufrimiento humano al permitir al profesional adoptar una postura empática hacia el paciente.

Este estudio tiene algunas limitaciones que deben considerarse en la interpretación de los resultados. En primer lugar, la muestra estaba compuesta principalmente por médicos de una región, lo que no refleja las percepciones y prácticas de profesionales de otros lugares. Además, tiene enfoque transversal que puede impedir el análisis de los cambios en las percepciones y prácticas a lo largo del tiempo.

Por lo tanto, se deben desarrollar estudios longitudinales para examinar cómo las actitudes y las prácticas de los médicos evolucionan con el tiempo, especialmente después de intervenciones o capacitación específicas. Es interesante analizar la efectividad de los programas de capacitación destinados a mejorar las habilidades de los médicos al abordar los temas de R/E en la práctica clínica.

Consideraciones finales

La R/E desempeña un papel clave en la práctica médica, pues la mayoría de los encuestados atribuyen una gran relevancia al tema y perciben su influencia como predominantemente positiva. Sin embargo, existe una notable discrepancia entre la importancia asignada a estos temas y la percepción de la preparación de los médicos para abordarlos con los pacientes. Este desajuste apunta a la necesidad de un enfoque más sólido e integrado de estos temas en el plan de estudios de medicina en Brasil.


Además, las correlaciones que se obtuvieron entre los índices P-Durel y IRI revelan que los médicos con mayor inclinación religiosa tienden a presentar niveles más altos de empatía, lo que subraya la posible interconexión entre la R/E y la atención centrada en el paciente.

Referências

1. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso 4 mar 2024];32(1):90-7. DOI: 10.1590/S0100-55022008000100012
2. Tostes JSRM, Pinto AR, Moreira-Almeida A. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer? *Debates em Psiquiatria* [Internet]. 2013 [acesso 4 mar 2024];3(2):20-6. DOI: 10.25118/2763-9037.2013.v3.370
3. Koenig HG, McCullough M, Larson DB. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
4. Li AYC, Liu JKK. Effects of intrinsic and extrinsic religiosity on well-being through meaning in life and its gender difference among adolescents in Hong Kong: a mediation study. *Curr Psychol* [Internet]. 2023 [acesso 4 mar 2024];42(9):7171-81. DOI: 10.1007/s12144-021-02006-w
5. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1967 [acesso 4 mar 2024];5(4):432-43. DOI: 10.1037/h0021212
6. Pargament KI. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press, 1997.
7. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* [Internet]. 2000 [acesso 4 mar 2024];56(4):519-43. DOI: 10.1037/h0021212
8. Lacombe JB. *Espiritualidade dos estudantes e residentes de medicina: associações com empatia e atitude na relação médico-paciente [dissertação]* [Internet]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2017 [acesso 4 mar 2024]. DOI: 10.14393/ufu.di.2017.483
9. Finset A. Emotions, narratives and empathy in clinical communication. *Int J Integr Care* [Internet]. 2010 [acesso 4 mar 2024];10(5):53-6. p. 55. Tradução livre. DOI: 10.5334/ijic.490
10. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C *et al*. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* [Internet]. 2011 [acesso 4 mar 2024];86(8):996-1009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
11. Hojat M. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *J Health Hum Serv Adm* [Internet]. 2009 [acesso 4 mar 2024];31(4):412-50. Disponível: <https://www.jstor.org/stable/25790741>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 12, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 4 mar 2024]. Seção 2. Disponível: <https://tny.im/8jh8C>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio 2016. [acesso 7 mar 2024]. Disponível em: <https://tny.im/WUzxi>
14. Borges DC, Anjos GR, Oliveira LR, Leite JR, Lucchetti G. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. *Rev Bras Clin Med* [Internet]. 2013 [acesso 4 mar 2024];11(1):6-11. Disponível: <https://tny.im/jkALs>
15. Santos RZ, Oliveira RA. *A espiritualidade e a religiosidade na prática pediátrica [dissertação]* [Internet]. Sorocaba: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2014 [acesso 4 mar 2024]. p. 92. Disponível: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/9474>
16. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *J Relig Health* [Internet]. 2012 [acesso 4 mar 2024];51(2):579-86. DOI: 10.1007/s10943-010-9429-5
17. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology* [Internet]. 1980 [acesso 4 mar 2024]. Disponível: <https://tny.im/HLoa>
18. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1983 [acesso 4 mar 2024];44(1):113-26. DOI: 10.1037/0022-3514.44.1.113
19. Koller SH, Camino C, Ribeiro J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estud Psicol* [Internet]. 2001 [acesso 4 mar 2024];18(51):43-53. DOI: 10.1590/S0103-166X2001000300004

20. Oliveira JAC. Desafios do cuidado integral em saúde: a dimensão espiritual do médico se relaciona com sua prática na abordagem espiritual do paciente? [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018 [acesso 4 mar 2024]. DOI: 10.11606/D.5.2018.tde-28092018-083224
21. Malheiro RF, Reis MMC, Potrasio LL, Oliveira ACS, Silva RV, Passinho LS *et al.* Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2022 [acesso 4 mar 2024];15(2):e9779. DOI: 10.25248/reas.e9779.2022
22. Costa MS, Dantas RT, Alves CGS, Ferreira ER, Silva AF. Espiritualidade e religiosidade: saberes de estudantes de medicina. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 4 mar 2024];27(2):350-8. DOI: 10.1590/1983-80422019272319
23. Vasconcelos APSL, Lucchetti ALG, Cavalcanti APR, Conde SRSS, Gonçalves LM, Nascimento FR *et al.* Religiosity and spirituality of resident physicians and implications for clinical practice-the SBRAMER multicenter study . *J Gen Intern Med* [Internet]. 2020 [acesso 4 mar 2024];35(12):3613-9. DOI: 10.1007/s11606-020-06145-x
24. Vieira AA, Maciel PH, Gomes RON, Mendonça AVPM. Espiritualidade e religiosidade: desafios e possibilidades para prática médica. *Res Soc Dev* [Internet]. 2023 [acesso 4 mar 2024];12(5). DOI: 10.1590/S0103-73312021310409
25. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Aparecida Da S, Nacif P *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med* [Internet]. 2010 [acesso 4 mar 2024];8(2):154-8. Disponível: <https://tny.im/yYqao>
26. Trofa GC, Germani ACCG, Oliveira JAC, Eluf Neto J. A espiritualidade/religiosidade como desafio ao cuidado integral: aspectos regulatórios na formação médica brasileira. *Physis* [Internet]. 2021 [acesso 4 mar 2024];31(4):e310409. DOI: 10.1590/S0103-73312021310409
27. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med* [Internet]. 2009 [acesso 4 mar 2024];84(9):1192-7. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181b180d4
28. Hojat M. *Empathy in patient care antecedents, development, measurement, and outcomes* . New York: Springer; 2007.
29. Hamouda MA, Emanuel LL, Padela AI. Empathy and attending to patient religion/spirituality: findings from a national survey of Muslim physicians. *J Health Care Chaplain* [Internet]. 2021 [acesso 4 mar 2024];27(2):84-104. DOI: 10.1080/08854726.2019.1618063

Eduarda Fileto Nogueira – Estudante de grado – eduarda.nogueira@ufu.br

 0000-0003-2059-0119

João Paulo Moreira Fernandes – Estudante de grado – joaopaulomoreira2012@gmail.com

 0000-0001-6284-9358


Gabriel David Camargo – Estudante de grado – gabrieldavidcamargo@gmail.com

 0000-0001-6889-1709

Vitor Tavares de Assis – Estudante de grado – vita040501@gmail.com

 0000-0002-0100-5044

Luana Araújo Macedo Scalia – Doctora – luanascaliam@ufu.br

 0000-0003-1000-8738

Correspondencia

João Paulo Moreira Fernandes – Av. Terezina, 1840 CEP 38405-324. Uberlândia/MG, Brasil.

Participación de los autores

Eduarda Fileto Nogueira, João Paulo Moreira Fernandes, Gabriel David Camargo y Vitor Tavares de Assis colaboraron en el diseño de la investigación, la recolección de datos y la redacción del artículo. Luana Araújo Macedo Scalia contribuyó con el diseño de la investigación, el análisis de datos, la redacción y la revisión del artículo.

Recibido: 26.10.2023

Revisado: 4.3.2024

Aprobado: 18.3.2024