

Atención tanatológica para mejorar el bienestar espiritual de los pacientes hospitalizados con quemaduras

Thanatology care to improve spiritual well-being of hospitalized patients with burns

María de la Luz Fajardo-Gómez,¹ María Teresa Molina-Prado,¹ Ingrid Rosa Korkowski-Zepeda,¹ Laura Marcela Ambríz-Orozco,¹ Rosa Zavala-Díaz,¹ Daniel Luna-Pizarro,² Luz Verónica García-Fajardo³

¹Grupo de Tanatología, ²División en Investigación Médica, Hospital de Traumatología Lomas Verdes, Instituto Mexicano del Seguro Social, Naucalpan, Estado de México; ³Grupo Académico de Biotecnología Ambiental, Laboratorio de Biotecnología Ambiental y Agroecología, El Colegio de la Frontera Sur, Tapachula, Chiapas. México

Palabras clave:

Terapias espirituales
Quemaduras
Tanatología
Espiritualidad

Registro Comité Local de Investigación en Salud 1501, Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes, México, México Poniente. Número R-2011-1501-14

Keywords:

Spiritual therapies
Burns
Thanatology
Spirituality

Correspondencia:

Luz Verónica García-Fajardo

Correo electrónico:

luzveron2004@yahoo.com

Fecha de recepción:

09/09/2014

Fecha de dictamen:

10/12/2014

Fecha de aceptación:

10/06/2015

Resumen

Objetivo: evaluar el efecto de la atención tanatológica en pacientes con quemaduras, a través de la escala de bienestar espiritual FACIT-Sp12.

Metodología: el estudio se realizó en pacientes con quemaduras de diversos grados. Se recolectaron datos sociodemográficos y a los pacientes se les aplicó la encuesta FACIT-Sp12 para evaluar su bienestar espiritual al inicio y al final de su estancia hospitalaria. Se les proporcionó atención de tanatología durante todo el periodo de hospitalización. El análisis incluyó estadística descriptiva y no paramétrica.

Resultados: se seleccionaron 107 pacientes que obtuvieron un promedio de 35.7 puntos en la encuesta FACIT-Sp12 aplicada al inicio. La puntuación aumentó a 40.7 al final del tratamiento hospitalario, lo que nos indica una mejoría en el bienestar espiritual de los pacientes, puesto que la diferencia fue estadísticamente significativa ($Z = -6.53$, $p = 0.000$).

Conclusiones: la atención tanatológica debe incluirse en el tratamiento integral proporcionado a pacientes con quemaduras, ya que demostró que mejoraba su bienestar espiritual, influyendo positivamente en su recuperación durante su estancia hospitalaria.

Abstract

Objective: to evaluate the effect of Thanatology counseling in burn patients through the FACIT-Sp12 spiritual well-being scale.

Methodolog: the study population comprised of hospitalized patients with several burn injuries. Socio-demographic information was collected, and participants completed the FACIT-Sp12 scale for spiritual well-being assessment the first and last day of hospital stay. Thanatology counseling was provided to them through the complete hospitalization time. Descriptive statistics was calculated for socio-demographic variables and non-parametric tests to calculate differences between obtained scores.

Results: the sample included 107 burn patients and scored 35.7 in the FACIT-Sp12 scale applied at baseline. This score increased to 40.7 at the end of treatment, which indicates an improvement in the spiritual well-being of patients and this difference was statistically significant ($Z = -6.53$, $p = 0.000$).

Conclusions: thanatology counseling should be included as part of the integral treatment given to burn patients because it has showed to improve their spiritual well-being, therefore it has a positive effect in their recovery during their hospital stay.

Introducción

Más del 60 % de la población sufre alguna vez en su vida un evento traumático y el trauma ocasionado por quemaduras está considerado entre los más dolorosos que puede sufrir el ser humano, esto aunado al hecho de que no todas las personas pueden lograr una recuperación total.¹ La severidad de una quemadura y, por lo tanto, el tratamiento hospitalario están determinados principalmente por la profundidad, el tamaño y la localización de la quemadura. La primera etapa se denomina etapa crítica y tiene por objetivo la estabilización del paciente. Posteriormente, en la etapa aguda (o segunda etapa), los cuidados involucran la limpieza de heridas, la debridación y los cambios de vendajes, así como la aplicación de injertos, los cuales son procedimientos muy dolorosos para el paciente, que experimenta con frecuencia dolor intenso, estrés, ansiedad (entre 13 y 47 % de los casos),² ira, culpabilidad, aislamiento, así como disminución en su autoestima y sensación de soledad. Las reacciones comunes a estas emociones son agresividad, pesadillas e incluso en algunos casos regresiones a estados de desarrollo juveniles y hasta infantiles.³ La tercera etapa es el alta médica y la rehabilitación, que generalmente ocurre en casa y muchas veces es más difícil que la estancia hospitalaria por las implicaciones sociales, dado que el paciente tiene que regresar a las actividades rutinarias del hogar y el trabajo (o, en su caso, la escuela). Los desórdenes por estrés postraumático y por estrés agudo se encuentran entre las patologías a largo plazo que experimentan los sobrevivientes a quemaduras y se caracterizan por ansiedad, depresión (23 a 61 % de los casos),² delirios, alteraciones del sueño y pesadillas.⁴ Debido a que las necesidades psicológicas y espirituales de los pacientes con quemaduras se minimizan ante la exigencia imperiosa de salvar la vida, es fundamental que el tratamiento proporcionado en el hospital sea dado de manera integral, e involucre todos los aspectos afectados del paciente, concibiéndolo como un ser biológico, psicológico, social y espiritual. Médicos, enfermeras, personal de trabajo social, psicólogos y psiquiatras deben recordar que cualquier persona que interactúa con un paciente impacta su mundo psicosocial de forma positiva o negativa; de ahí que la familia también es un instrumento capital de intervención psicoterapéutica.⁵

La intervención tanatológica responde a la necesidad de comunicación entre el paciente, la familia y el equipo interdisciplinario de salud.⁶ El tanatólogo proporciona ayuda espiritual y emocional de manera profesional al pa-

ciente y a sus familiares. Su meta principal es orientar al enfermo a la aceptación de su realidad, con lo cual este puede llevar una mejor calidad de vida y, en caso de que llegue la muerte, que esta sea aceptada con dignidad y en paz.⁷

La espiritualidad es muchas veces el único recurso que tienen los pacientes para afrontar el sufrimiento que conlleva su enfermedad. El bienestar espiritual surge como un concepto que engloba los aspectos que conforman la espiritualidad de un individuo: significado y propósito de vida; esperanza y fuerza internas; y la relación entre uno mismo, con los demás y con el ambiente; y la creencia y la fe en un poder superior y en la religión.⁸ Cuando el paciente tiene bienestar espiritual, le encuentra significado y propósito a su sufrimiento, y su vida adquiere valor.⁹

Muchos profesionales de la salud no consideraban la espiritualidad como un aspecto importante en el cuidado, aunque existen reportes que datan de 1859 en los que se afirma la creencia en el componente espiritual de la vida humana¹⁰ y en la existencia de una conexión entre una espiritualidad fuerte y una mejoría de la salud, las cuales son la base para esgrimir la habilidad de afrontar el estrés de una enfermedad y el duelo.¹¹

Diversas investigaciones reportan los beneficios del bienestar espiritual en la vida de las personas con alguna enfermedad. En pacientes con la enfermedad de la célula de la hoz se realizó un estudio descriptivo transversal y se encontró que los que tenían un mayor bienestar espiritual llevaban una mejor calidad de vida ante su enfermedad.¹² En nuestro país no se ha documentado aún este bienestar en pacientes con quemaduras, pero sí se han observado los efectos de la atención tanatológica en el mejoramiento del bienestar espiritual en mujeres con cáncer de mama en el estado de Durango,¹³ y también en pacientes con cardiopatías del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.¹⁴ En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se ha documentado la importancia de la atención tanatológica en pacientes con neuropatías y se han utilizado otras escalas psicológicas para medir la calidad de vida y la depresión en pacientes con hepatitis C crónica.¹⁵

La atención tanatológica actualmente sirve de apoyo en los cuidados paliativos y estos a su vez están incorporados como obligatorios en el esquema de atención de salud pública en el sector salud desde 2010.¹⁶ En la Unidad Médica de Alta Especialidad Lomas Verdes la atención tanatológica se ha proporcionado durante 10 años, en los cuales sus miembros voluntarios han observado efectos positivos en la recuperación espiritual del paciente que lo

ayudan a enfrentar la pérdida de la salud o la muerte. El objetivo de este estudio es evaluar el bienestar espiritual en pacientes con quemaduras que recibieron atención tanatológica durante su tratamiento hospitalario, por medio de un instrumento de medición reconocido y validado entre la comunidad científica nacional e internacional que realiza este tipo de investigación; tal instrumento es la encuesta FACIT-Sp12 de la Organización FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy).

Metodología

La presente investigación es un estudio descriptivo transversal realizado en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva-Sección de Quemados Agudos, de la Unidad Médica de Alta Especialidad Lomas Verdes del IMSS, durante un periodo de ocho meses. La muestra se seleccionó mediante la técnica de muestreo no probabilístico por disponibilidad del paciente. Debido a la naturaleza de las lesiones sufridas, los pacientes con quemaduras por lo general tienen estancias hospitalarias prolongadas, lo que permite brindarles una mejor atención tanatológica y seguimiento durante su hospitalización.

Se incluyeron 107 pacientes con las siguientes características: que hubieran sufrido quemaduras corporales, que fueran mayores de 16 años, que pudieran hablar y que no tuvieran ningún trastorno mental. Una vez seleccionados, se siguió el protocolo de atención que a continuación se enlistan:

1. Se invitó al paciente a participar en el proyecto de investigación y se le explicaron los riesgos y los beneficios. Posteriormente, se le pidió que firmara la carta de consentimiento informado en caso de aceptar.
2. Durante la primera entrevista el tanatólogo evaluó al paciente y determinó sus necesidades para la elaboración de su plan de tratamiento. Además, aplicó el cuestionario de medición FACIT-Sp-12 a fin de determinar el bienestar espiritual inicial del paciente.
3. Se le programaron a cada paciente dos sesiones semanales de tiempo variable para brindarle la atención tanatológica que requería según las necesidades detectadas por el tanatólogo durante el tiempo que duró el tratamiento hospitalario. Generalmente el tanatólogo necesita ajustar sus intervenciones a las características y circunstancias únicas de cada paciente, por lo que los diferentes niveles de atención que recibió cada uno de ellos se describen a continuación:

- a). Apoyo.
- b). Intervención cuando el paciente se encontraba en crisis.
- c). Acompañamiento.
- d). Consejería.
- e). Manejo de emociones.
- f). Orientación para establecer redes de apoyo.
- g). Terapias adicionales específicas, según las necesidades detectadas en el paciente, por ejemplo, terapia motivacional, terapia cognitivo-conductual, terapia Gestalt y Reiki.

Si el paciente precisaba atención inmediata por presentar una crisis o episodios de *shock*, el personal de tanatología estuvo siempre presente tanto en el turno matutino como en el vespertino todos los días de la semana durante el tiempo que duró el estudio.

4. Cuando el paciente fue dado de alta se aplicó nuevamente la encuesta FACIT-Sp12 para reevaluar el bienestar espiritual después de la atención tanatológica recibida.

Cabe mencionar que todos los pacientes ingresados en la unidad durante el periodo del estudio que lo solicitaron recibieron apoyo tanatológico, independientemente de si fueron incluidos o no en el protocolo. Se consideraron en todo momento los aspectos éticos y legales contemplados por la XVIII Asamblea Médica Mundial en la Declaración de Helsinki y por el título II, capítulo I de la Ley General de Salud vigente en materia de investigación.

La variable de estudio fue el bienestar espiritual, el cual es un concepto multifactorial cuyo significado puede entenderse como el aspecto de la condición humana que se refiere a la manera en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como la manera en que expresan un estado de conexión con el momento, con uno mismo, con otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado.¹⁷

La encuesta FACIT-Sp12 versión 4.0 se seleccionó porque tanto su sensibilidad como su validez y su confiabilidad han sido demostradas alrededor de mundo. Esta encuesta forma parte del sistema de evaluación FACIT, que incluye la estimación de la calidad de vida asociada a la salud, tanto genérica como específica de una enfermedad. Las evaluaciones FACIT fueron diseñadas inicialmente para casi todos los tipos de cánceres y numerosas enfermedades y condiciones crónicas. En particular, la encuesta FACIT-Sp12 se aplica por medio de una entrevista semies-

estructurada con la que se les pide a los pacientes que proporcionen información con respecto a los aspectos espirituales más importantes para ellos, los cuales están descritos como sentido de vida, armonía, paz, fuerza, propósito de vida y satisfacción con la fe que profesan. El cuestionario contiene 12 reactivos, cada uno con cinco opciones de respuesta. Estos son: 0 = para nada, 1 = un poco, 2 = más o menos, 3 = bastante, 4 = mucho. Se han reportado coeficientes de confiabilidad interna de 0.81 a 0.88 y correlaciones de moderadas a fuertes con otros instrumentos de medición de religiosidad y espiritualidad.¹⁸ La encuesta FACIT-Sp12 se ha utilizado para evaluar la relación entre bienestar espiritual y el estado de salud de pacientes con VIH/sida, con cáncer a lo largo de sus tratamientos de quimioterapia y radioterapia, así como en el largo proceso que atraviesan los pacientes sometidos a transplantes.¹⁹ Al igual que los padecimientos descritos anteriormente, la estancia hospitalaria de los pacientes ingresados con quemaduras es generalmente de larga duración y sus tratamientos son difíciles y dolorosos, aunados a la experiencia traumática que han vivido; por lo tanto, consideramos que la encuesta FACIT-Sp12 es adecuada para este estudio. El rango de puntaje es de 0 a 48. A mayor puntaje se considera que el bienestar espiritual es mejor. También tiene la ventaja de que le permite al tanatólogo entablar un diálogo con el paciente para identificar su ámbito de preocupación y determinar la ayuda que necesita. Previo a la realización de este estudio se solicitó la autorización de la Organización FACIT (www.facit.org) para la utilización del cuestionario FACIT-Sp12 traducido al español, y la evaluación del mismo se hizo siguiendo su metodología.²⁰ Esta encuesta se validó con una prueba piloto aplicada en la muestra de pacientes, de la cual se calculó el coeficiente alfa de Cronbach correspondiente.

Los datos obtenidos se analizaron utilizando estadística descriptiva y de frecuencias. Se aplicó la prueba de rangos con signos Wilcoxon y se buscó la correlación entre las variables estudiadas. Se tomó como significativo todo valor de p menor de 0.05. Todas las determinaciones se realizaron utilizando el programa IBM SPSS Statistics, versión 20.0.

Resultados

Características de la población de estudio

De acuerdo con la información recabada durante la entrevista inicial, la mayoría de la población de estudio fue

del sexo masculino, mientras que del sexo femenino solo tuvimos el 14 %. La edad varió de 17 a 76 años y el promedio fue de 37.6 años. Asimismo, el mayor porcentaje de la población estaba casado (77.6 %) y manifestó que profesaba la religión católica (81.3 %), mientras que el resto se encontraba soltero y profesaba un sistema religioso diferente al católico.

Cuadro I Características sociodemográficas de los pacientes del estudio (n = 107)

Variables	n	%
Edad (IC en años)*		
17-28	34	31.7
29-42	35	32.7
43-56	28	26.1
57-76	10	9.3
Sexo		
Mujeres	15	14
Hombres	92	86
Estado civil		
Solteros	24	22.4
Casados	83	77.6
Religión		
Católica	87	81.3
No católica	20	18.7
Escolaridad		
Ninguna (analfabetismo)	3	2.8
Nivel básico	62	57.9
Nivel medio	36	33.6
Nivel superior	6	5.6
Ocupación		
Tenía un oficio	42	39.3
Empleado	49	45.8
Hogar	9	8.4
Estudiante	4	3.7
Desempleado	3	2.8

*Se presentó un intervalo de confianza (IC) al 95 % de 17-77, con una media $\pm$ DE de 37.67 $\pm$ 13.6

Con respecto al nivel de escolaridad, la mayoría tuvo niveles básicos de estudios, esto es primaria o secundaria (57.9 %); el nivel medio (preparatoria o bachillerato) lo cursó el 33.6 %, y el nivel superior únicamente lo tuvo el 6.6 % de los participantes. El 2.8 % restante no contó con ningún grado de escolaridad.

Casi la mitad de ellos trabajaba como empleado (45.8 %), 39.3 % tenía un oficio como profesión, 8.4 % se dedicaba al hogar, 3.7 % estaba conformado por estudiantes y el 2.8 % estaba desempleado (cuadro I).

Datos de diagnóstico médico y tratamiento de tanatología

Los participantes del estudio fueron admitidos en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva de la UMAE Lomas Verdes con diagnósticos de quemaduras en diferentes partes de su superficie corporal. El 7.5 % tenía quemaduras de primer grado ($n = 8$), más de la mitad de los pacientes ($n = 57$) presentaba quemaduras de segundo grado (53.3 %), tres pacientes sufrieron quemaduras de tercer grado (2.8 %) y el resto presentaba quemaduras mixtas, es decir, sus lesiones combinaban quemaduras de dos o más grados diferentes. De este modo 10.3 % ($n = 11$) presentaba quemaduras de primer y segundo grado, 23.4 % tenía lesiones que combinaban segundo y tercer grado ($n = 25$), una persona tuvo diagnóstico de primer y tercer grado (0.9 %) y finalmente dos pacientes

(1.9 %) presentaron quemaduras de primer, segundo y tercer grado.²¹ El tratamiento médico dependió no solo del grado de lesión sino de la causa de esta. De los participantes 38.3 % presentó quemaduras por fuego directo, 34.6 % por causas eléctricas, 13.1 % por escaldadura, 4.7 % por causas térmicas, 3.7 % por causas químicas y 5.6 % por otras causas.²²

El personal de Tanatología determinó con base en la entrevista cerrada con los participantes las necesidades de cada uno y les proporcionó atención en diferentes niveles como parte de su tratamiento integral a lo largo de su estancia hospitalaria, con un promedio de dos visitas semanales. El total de visitas realizadas se muestra en el cuadro II. Como podemos apreciar, el promedio de sesiones de tanatología proporcionadas varió según el intervalo de los días de estancia de cada paciente, que en promedio fue de 28.4 días. En todos los casos se les administró el apoyo tanatológico hasta el momento de ser dados de alta de la unidad, incluso en momentos de crisis y episodios de *shock* por alguna complicación durante su tratamiento médico.

Confiabilidad del instrumento de medición

Se utilizó el cuestionario FACIT-Sp12, que consta de 12 ítems. Esta encuesta se subdivide en tres subescalas que engloban el marco conceptual del bienestar espiritual, el cual se basa principalmente en significado y propósito de vida (4 ítems); esperanza y fuerza interna de las personas

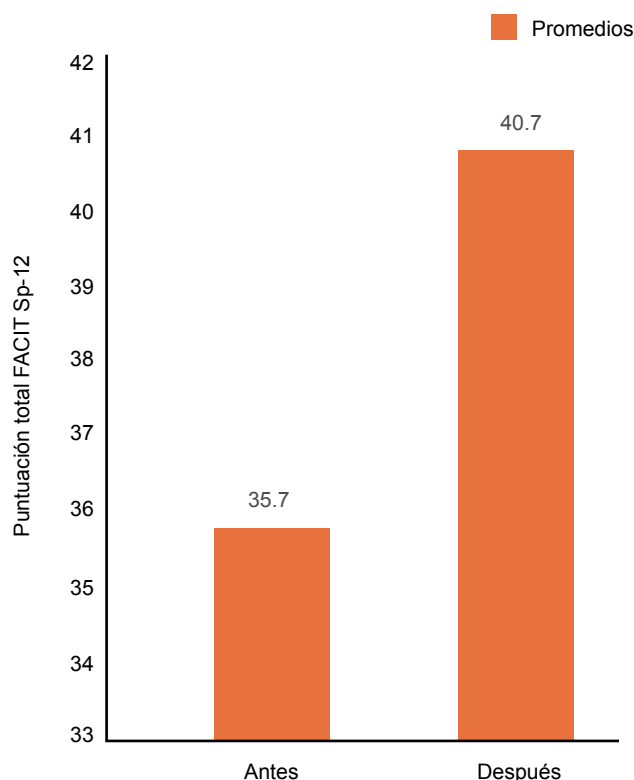
Cuadro II Número de sesiones de tanatología proporcionadas a los pacientes con quemaduras ($n = 107$)

Días de hospitalización	Sesiones de tanatología (promedio)	n	%
IC al 95 %*	5	26	24.3
1-11	5	26	24.3
12-23	8	30	28.0
24-35	12	21	19.6
36-47	15	11	10.3
48-59	15	9	8.4
60-71	20	5	4.7
96-107	25	5	4.7

La media $\pm$ DE fue de 28.4 ± 23.9

IC = intervalo de confianza; DE = desviación estándar

Figura 1 Efecto de la atención tanatológica en el bienestar espiritual de pacientes con quemaduras



(4 ítems); su relación con los demás, así como su creencia y fe, independientemente de la religión profesada (4 ítems).²³ Se hizo la prueba piloto, en la cual se determinó el coeficiente de alfa de Cronbach a la encuesta (FACIT-Sp12) aplicada a los participantes en el estudio, cuyo valor fue de 0.846 para la escala total. En la subescala correspondiente a significado de vida-paz obtuvimos un valor de 0.800 y el mismo valor para la subescala de fe, lo que nos indica la consistencia interna del estudio y por lo tanto su confiabilidad para nuestros objetivos,²⁴ además de que estos son comparables a los utilizados en otros estudios similares.²⁵

Nivel de bienestar espiritual

Los 107 pacientes obtuvieron un promedio de 35.7 ± 6.6 puntos en la encuesta FACIT-Sp12 que se les aplicó al inicio del estudio. Después de recibir las sesiones de atención por parte del personal de Tanatología este puntaje aumentó a un promedio de 40.7 ± 5.7 , lo que nos indica una mejoría en el bienestar espiritual de los pacientes que recibieron la asistencia tanatológica durante su es-

tancia hospitalaria. Este puntaje total es la suma de las tres subescalas que lo componen y con respecto a estas encontramos también un aumento en los puntajes obtenidos antes y después de la atención otorgada a los pacientes. Cada subescala tiene un puntaje máximo de 16. En la escala de significado de vida una media de 13.5 ± 2.0 aumentó a 14.7 ± 1.6 . En la parte correspondiente a la paz tuvimos una media de 10.1 ± 3.1 , y posterior a la asistencia tanatológica 12.3 ± 3.0 . En el aspecto de la fe el promedio inicial fue de 12.2 ± 3.4 y el final de 13.7 ± 2.7 (figura 1).

Se estableció la siguiente hipótesis nula: no existe una diferencia significativa en el valor del puntaje de la prueba FACIT-Sp12 antes y después de la atención tanatológica; por lo tanto, el bienestar espiritual no mejora en los pacientes.

En el análisis estadístico de los resultados anteriormente expuestos utilizamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) y la prueba de rangos con signos de Wilcoxon, ya que en nuestro estudio se midió a los mismos participantes en dos momentos de tiempo diferentes.²⁶ Observamos que para el puntaje total de la prueba FACIT-Sp12 aplicada obtenemos un nivel de significación bajo en la prueba K-S, lo que indica la ausencia de normalidad de la muestra; asimismo, con la prueba de Wilcoxon comprobamos que el valor de p es de 0.000, menor al valor de 0.05 esperado. Esto significa que el cambio favorable observado en los resultados de la encuesta aplicada después de la atención tanatológica se debe a una diferencia significativa y que esta diferencia no es producto del azar. Por lo tanto rechazamos la hipótesis nula y comprobamos con el valor de Z de -6.53 que el bienestar espiritual de los participantes mejoró con la atención recibida, dado que los puntajes obtenidos en las encuestas que se hicieron después del tratamiento fueron mayores que los obtenidos al inicio del estudio. Esto también se observa a nivel del puntaje obtenido en cada una de las subescalas del cuestionario FACIT-Sp12 (cuadro III).

Discusión

El tanatólogo es el profesional capacitado para ayudar en el proceso de duelo y en cualquier tipo de pérdidas significativas a la persona que sufre la pérdida y a aquellas que la rodean, tratándolos con respeto, cariño y compasión.²⁷ Los participantes del estudio son pacientes con quemaduras, la mayor parte de ellos de segundo grado (53.3 %)

Cuadro III Prueba de Kolmogorov-Smirnov y de rangos con signos de Wilcoxon para las escalas y subescalas del cuestionario FACIT-Sp12

FACIT-Sp12												
	Total		D	Significado de Vida		D	Paz		D	Fe		D
	Antes	Después		Antes	Después		Antes	Después		Antes	Después	
Media	35.7	40.6	4.9	13.4	14.6	1.2	10.0	12.3	2.2	12.2	13.6	1.4
DE	6.5	5.7	7.1	1.9	1.5	2.3	3.1	2.9	3.7	3.4	2.6	3.3
Varianza	42.9	32.8	50.7	3.9	2.5	5.7	9.8	8.7	13.9	11.5	7.1	11.0
Z (K-S)	1.12	1.17	0.97	1.6	2.3	1.6	1.5	0.98	0.82	2.1	1.5	1.5
p	0.161	0.127	0.295	0.007	0.000	0.011	0.022	0.292	0.498	1.636	0.009	0.014
Prueba de rangos de Wilcoxon												
Z	-0.653			-5.110			-5.473			-4.245		
p (95 %)	0.000			0.000			0.000			1.9 x 10 ⁻⁵		

K-S = Kolmogorov-Smirnov; DE = desviación estándar; D = diferencia

y cuyo tratamiento médico les ocasiona periodos prolongados de estancia hospitalaria (un promedio de 28 días en este estudio). Además de su recuperación física, estos pacientes experimentan necesidades psicológicas y espirituales que van más allá del tratamiento médico, por lo que el tratamiento emocional debe iniciarse en el hospital y continuar después de que sean dados de alta.²⁸ El Grupo de Tanatología de la UMAE Lomas Verdes les ofreció atención para estos aspectos durante su estancia hospitalaria y se midió el efecto de esta asistencia por medio del instrumento FACIT-Sp12, utilizado a nivel nacional y mundial para valorar el bienestar interno (llamado bienestar espiritual) de las personas con enfermedades crónicas o terminales.^{29,13}

El cuestionario inicial aplicado a los participantes dio como resultado un puntaje total promedio de 35.7. Este resultado es cercano al obtenido por Peterman *et al.*, al igual que en otros estudios realizados en pacientes con cáncer.¹⁸ Cuando este resultado total se observa desde el punto de vista de las escalas que lo componen, apreciamos que el puntaje más alto se obtiene en el aspecto relacionado con el significado de vida, seguido por la

escala relacionada con el aspecto de la fe y luego la escala de paz interna, la cual tiene un total más bajo. Al finalizar la estancia hospitalaria observamos un aumento en los puntajes tanto global como de cada una de las escalas; en el aspecto de paz se observó un incremento mayor. Además, evaluamos estadísticamente este incremento y encontramos que es significativo con un valor de $p < 0.05$ tanto en el total como en las escalas evaluadas (cuadro III). Esto es independiente del número de sesiones administradas a cada paciente ($p = 0.667$), por lo que incluso en pacientes que recibieron únicamente dos visitas se observó una mejoría en su bienestar espiritual. De este modo podemos afirmar que la atención que brinda el equipo de Tanatología de la UMAE Lomas Verdes ayuda a mejorar el bienestar espiritual de los pacientes con quemaduras que participaron en este estudio y que dejaron la unidad hospitalaria con elementos que les permiten afrontar mejor los retos de su recuperación. Al igual que en nuestro estudio, se ha visto el mismo efecto del bienestar espiritual en la calidad de vida de pacientes con padecimientos terminales,²⁹ e incluso en pacientes con enfermedades crónicas como

cardiopatías¹⁴ y diabetes tipo 2³⁰ se ha observado una disminución en los niveles de depresión, ansiedad, angustia y enojo después de que han recibido atención por parte de enfermeras tanatólogas, con lo que han podido aceptar y vivir dignamente con su padecimiento.

Al examinar el efecto de las variables sociodemográficas en este trabajo, encontramos que el género muestra una correlación negativa con los puntajes de la encuesta ($-0.024, p = 0.806$), lo cual es esperado, dado que la mayor parte de los participantes son hombres (84.1 %), a diferencia de otros estudios realizados en mujeres con cáncer que asocian esta variable a un mayor grado de espiritualidad.³¹ La edad es una variable que parece tener efectos distintos en los resultados de diferentes grupos de pacientes. En nuestro trabajo tiene un efecto inverso sobre el puntaje de la escala de significado de vida del cuestionario ($-2.17, p = 0.025$), lo que concuerda con otros autores que estudiaron la espiritualidad en pacientes con cáncer de mama³² y melanoma.³³ Sin embargo, existen estudios de personas con cáncer de pulmón en los que la edad muestra una fuerte correlación positiva con su nivel de espiritualidad.³⁴ También observamos que la escala de significado de vida se asocia al grado de escolaridad de los participantes de modo que a mayor grado de escolaridad es mayor la capacidad de encontrarle un sentido a la vida ($0.199, p = 0.04$).

La religión es un aspecto importante en la vida de muchas personas y frecuentemente es confundida con la espiritualidad; una persona puede ser religiosa y espiritual al mismo tiempo, o tener únicamente espiritualidad sin necesidad de una religión y viceversa.³⁵ La espiritualidad es parte esencial de una religión pero no al revés. Individuos con altos niveles de espiritualidad (con o sin religión) muestran altos niveles de autorrealización y significado de vida.³⁶ En nuestro estudio encontramos que no hay una relación entre la religión de los participantes, que en su mayoría son católicos (81.3 %) y el nivel de bienestar espiritual total o en cada una de las escalas que lo componen; sin embargo, al igual que en otros estudios,³⁷ los pacientes mencionaron que la espiritualidad y la religión eran importantes para poder sobrellevar los altos niveles de dolor, depresión, estrés y ansiedad derivados de sus quemaduras.³⁸

Los resultados de este estudio aportan una evidencia más acerca de la importancia de la relación entre el bienestar espiritual, la calidad de vida del paciente y el ajuste psicológico a su padecimiento. Actualmente se acepta que la espiritualidad es un componente importante de la salud, pero no nada más se observa este fenómeno en los padecimientos terminales o crónicos.³⁹ Estas evaluaciones

están siendo implementadas en otros ámbitos y grupos vulnerables como personas con capacidades diferentes,⁴⁰ mujeres maltratadas⁴¹ y personas de la tercera edad.⁴² Por ejemplo, en el caso de los escolares la espiritualidad puede ser junto con la religión un factor de protección contra conductas de riesgo. Se ha observado un decremento en el consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios, aunado a una disminución en el estrés.⁴³ En pacientes con hemodiálisis, el bienestar espiritual es un factor que puede predecir la salud mental de estos.⁴⁴ Asimismo, la encuesta FACIT-Sp12 puede ayudar a evaluar el efecto de la asistencia tanatológica que se proporciona a los pacientes, del mismo modo que otros instrumentos de valoración tanatológica han servido para determinar la resolución de duelo en otros padecimientos.¹⁴

Las estadísticas demuestran que, con los avances en el cuidado de los pacientes que han sufrido quemaduras, las expectativas de vida han aumentado y quemaduras que eran letales hace una década actualmente pueden tener un buen pronóstico de supervivencia. Aunado a esto, las disfunciones en los órganos quemados y otras secuelas detrimentales de lesiones por quemadura o inhalación como neumonía o infecciones pueden actualmente prevenirse y tratarse de una mejor manera. Conforme esto se va logrando, tal vez es tiempo de enfocarse en los aspectos de la calidad de vida de estos pacientes (física, psicológica, espiritual y en el ámbito familiar) para que su supervivencia tenga una razón de ser.⁴⁵ Aunque el plan de estudios de la carrera de medicina y profesiones del área de la salud no incluyen capacitación tanatológica, se realiza un esfuerzo a nivel nacional como el documentado en el Instituto de Neurología y Neurocirugía para capacitar al personal en este aspecto vital para la calidad de vida de los pacientes.⁴⁶ Sin embargo, en muchos hospitales la experiencia que se tiene en el área ha surgido básicamente de las necesidades a nivel local, como es el caso del grupo de la UMAE Lomas Verdes y de otros grupos de apoyo en otras unidades. En este estudio se demostró que sí existe un efecto de las visitas de Tanatología realizadas a los pacientes con quemaduras durante su estancia hospitalaria, y que se ve reflejado en un aumento del puntaje obtenido en la encuesta FACIT-Sp12, utilizada para medir el bienestar espiritual de los participantes. Dicho aumento es estadísticamente significativo e implica una mayor paz interna, fe y capacidad para encontrarle significado a la vida a pesar de la situación que enfrentan, lo que se refleja en una mejor calidad de vida durante su recuperación. El puntaje está asociado positivamente al

número de sesiones recibidas y al grado de escolaridad; es, asimismo, independiente de la religión del paciente y de los días de estancia hospitalaria. Estos resultados son prueba de que los esfuerzos del equipo multidisciplinario de salud deben incluir la atención tanatológica para complementar de manera exitosa la atención otorgada a los pacientes bajo su cuidado.

Agradecimientos

Agradecemos de manera especial a la doctora María Guadalupe Garrido Rojano, jefa de la División de Educación

en Salud, al doctor Ricardo Cienfuegos García, jefe del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva de la UMAE Lomas Verdes y a la enfermera Irma Lima Galindo, jefa de enfermeras del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

También agradecemos a las enfermeras Hilda Montoya Millán, Jazmín Alfaro Aguirre, Yolanda Cuadón Vargas, Hortencia Serino Díaz, Julia Santiago Trejo y al enfermero Salvador Tapia Ibarra por su invaluable apoyo durante la realización de este trabajo. También al maestro en ciencias Javier Francisco Valle Mora del Colegio de la Frontera Sur, por su valiosa asesoría.

Referencias

1. Askay S, Magyar-Russell G. Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *Int Rev Psychiatry*. 2009;21(6):570-9.
2. Wiechman SA, Patterson DR. ABC of burns. Psychosocial aspects of burn injuries. *BMJ*. 2004;329:391-3.
3. Montreal Children's Hospital. The Management of Burn Trauma in Children and Teens. A Guide for parents and families. Montreal Children's Hospital. Disponible en <https://www.thechildren.com/sites/default/files/PDFs/Trauma/posttraumacare/12189a.pdf> [Consultado el 2 de julio de 2015].
4. Bosmans M, Hofland H, de Jong A, Loey N. Coping with burns: the role of coping self-efficacy in the recovery from traumatic stress following burn injuries. *J Behav Med*. 2015;38:642-51.
5. Blakeney P, Rosenberg L, Rosenberg M, Faber AW. Psychological Care of Persons with Burn Injuries. *Burns*. 2008;34(4):433-40.
6. Vega Hernández S. Intervención tanatológica en la Unidad de Cuidados Integrales Avanzados para el Paciente Cardiópata del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2012;20(1):35-7.
7. Coward DD. Meaning and Purpose in the lives of persons with AIDS. *Public Health Nurs*. 1994;11(5):331-6.
8. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Technology*. 1993;11(4):330-40.
9. Reig-Ferrer A, Dolores Arenas M, Ferrer-Cascales R, Fernández-Pascual M, Albadalejo-Blázquez N, Gil M, de la Fuente V. Evaluación del Bienestar Espiritual en pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*. 2012;32(6):731-42.
10. Nightingale F. *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. London: Harrison; 1859.
11. Peri TA. Promoting spirituality in persons with acquired immunodeficiency syndrome: A Nursing Intervention. *Holist Nurs Pract*. 1995;10(1):68-76.
12. Cooper-Effa M, Blount W, Kaslow N, Rothenberg R, Eckman J. Role of spirituality in patients with sickle cell disease. *J Am Board Fam Pract*. 2001;14(2):116-22.
13. Gallegos-Alvarado M, Hernández-Herrera DE. Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2008;16(2): 99-104.
14. Ortega Vargas C, Rosas-Ruiz P, Ferreira-Guerrero MS, Vega-Hernández S. Una escala de valoración tanatológica para la atención del paciente cardiópata. *Enferm Cardiol*. 2006;14(3):105-9.
15. Gallegos-Orozco JF, Fuentes AP, Arqueta JG, Pérez-Pruna C, Hinojosa-Becerril C, Sixtos-Alonso MS, et al. Health-Related Quality of Life and Depression in Patients with Chronic Hepatitis C. *Arch Med Res*. 2003;34(2):124-9.
16. Secretaría de Salud. *Guía Práctica Clínica en Cuidados Paliativos*, México: Secretaría de Salud; 2010.
17. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Med Paliat*. 2011;18(1):2040.
18. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy--Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. 2002;24(1):49-58.
19. Peterman AH, Reeve CL, Winford EC, Salsman JM, Tsevat J, Cotton S, et al. Measuring Meaning and Peace With the FACIT-Spiritual Well-Being Scale: Distinction Without a Difference? *Psychol Assess*. 2014;26(1):127-37.
20. Webster K, Cella D, Yost K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. *Health Qual Life Out*. 2003;1:1-7.
21. Torpy JM, Cassio L, Glass RM. Burn Injuries. *JAMA*. 2009;302(16):1828.
22. American Burn Association (ABA). *National Burn Repository 2011, Version 7.0*. Chicago: ABA; 2011. Disponible en <http://www.ameriburn.org/2011NBRAnnualReport.pdf>. [Consultado el 4 de febrero de 2011].
23. Burkhard MA. Spirituality: An analysis of the concept. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3): 69-77.
24. Morales Vallejo P. *Estadística aplicada a las ciencias sociales. La fiabilidad de los tests y escalas*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales; 2007.
25. Daputo J, Servente L, Francolino C, Hahn EA. Determinants of Quality of Life in patients with cancer. *Cancer*. 2005;103(5):1072-81.
26. Wilcoxon F. Individual Comparisons by Ranking Methods. *Biometrics*. 1945;1:80-83.
27. Bravo Mariño Margarita ¿Qué es la Tanatología? RDU [Serie en Internet] 2006;7(8). Disponible en <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/int62.htm> [Consultado el 4 de septiembre de 2011].
28. Tabassum A, Fatima A, Aurangzeb N, Malik MA. Anxiety and depression in burn patients. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2009;21(1):137-41.
29. Highfield MF. Spiritual health of oncology patients. *Cancer Nurs*.

- 1992;15(1):1-8.
30. Jafari N, Farajzadegan Z, Loghmani A, Majlesi M, Jafari N. Spiritual Well being and Quality of Life of Iranian Adults with Type 2 Diabetes. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2014: Article ID 619028. Disponible en <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2014/619028/>
31. Schnoll RA, Harlow LL, Brower L. Spirituality, Demographic and Disease Factors, and Adjustment to Cancer. *Cancer Pract.* 2000;8(6):298-304.
32. Manning-Walsh JK. Psychospiritual well-being and symptom distress in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2005;32(3):256-62.
33. Holland JC, Passik S, Kash KM, Russak SM, Gronert MK, Sison A, et al. The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psychooncology.* 1999; 8:14-26.
34. Highfield MF. Spiritual health of oncology patients. *Cancer Nurs.* 1992;15(1):1-8.
35. McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry.* 2004;26:484-6.
36. Ivtzan I, Chan C, Gardner H, Prashar K. Linking Religion and Spirituality with Psychological Well-being: Examining Self-actualization, Meaning in Life, and Personal Growth Initiative. *J Relig Health.* 2013;52:915-29.
37. Stefanek M, McDonald PG, Hess SA. Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. *Psycho-oncology.* 2005;14:450-63.
38. Calderón NG. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. 2ª ed. México: Trillas; 1989.
39. Zavala MR, Vázquez O, Whetsell M. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan.* 2006;6(1):8-21.
40. Sánchez-Herrera B. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichan.* 2009;9(1):8-22.
41. Jaramillo-Vélez DE, Ospina-Muñoz DE, Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J. Resiliencia, Espiritualidad, Aflicción y Tácticas de Resolución de Conflictos en Mujeres Maltratadas. *Rev Salud Pública.* 2005;7(3):281-92.
42. Whetsell MV, Frederickson K, Aguilera P, Maya JL. Niveles de Bienestar Espiritual y Fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. *Aquichan.* 2005;5(1):72-85.
43. Anye ET, Gallien TL, Bian H, Moulton M. The Relationship Between Spiritual Well-Being and Health-Related Quality of Life in College Students. *Journal of American College Health.* 2013;61(7):414-21.
44. Bertolaccini-Martínez B, Pereira-Custodio R. Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Med J.* 2014;132(1):23-7.
45. Klein MB, Goverman J, Hayden DL, Fagan SP, McDonald-Smith GP, Alexander AK, et al. Benchmarking Outcomes in the Critically Injured Burn Patient. *Ann Surg.* 2014;259(5):833-41.
46. Ochoa-Morales A, Alonso-Villatela MA. Importancia de la tanatología en pacientes con enfermedades neurológicas. *Arch Neurocién.* 2011;16(2):86-9.
-
- Cómo citar este artículo:**
- Fajardo-Gámez ML, Molina-Prado MT, Korkowski-Zepeda IR, Ambriz-Orozco LM, Zavala-Díaz R, Luna-Pizarro D, García-Fajardo LV. Atención tanatológica para mejorar el bienestar espiritual de los pacientes hospitalizados con quemaduras. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2016;24(2):99-108.