

Cambios en la religiosidad del paciente relacionados con la demencia

Changes in patients' religiosity related to dementia

Pablo Richly¹, Candela Cuello², Mora Fernández Croce³, Ignacio Flores⁴, Guido Dorman⁵, Santiago O'Neill⁶

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i162.501>

Resumen

La demencia se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo y conductual progresivo, que provoca un significativo impacto en el funcionamiento normal del paciente. Con el objetivo de determinar si hay cambios en la religiosidad de los pacientes con demencia, desarrollamos un cuestionario con el propósito de evaluar cambios en aspectos relacionados con la religiosidad de los pacientes 10 años atrás y en la actualidad. Este formulario fue contestado por familiares y cuidadores. El estudio mostró que los pacientes con demencia podrían experimentar una reducción de la importancia dada a la religión y a sus prácticas asociadas durante el curso de la enfermedad. Sin embargo, la creencia en Dios no se vería modificada a pesar del diagnóstico. Por lo tanto, y dado que se ha visto que la religiosidad puede ayudar en pacientes con demencia, señalamos la relevancia de tener en cuenta dicha variable y de incorporar estrategias para los tratamientos de rehabilitación cognitiva y para la psicoeducación del entorno del paciente.

Palabras Claves: Demencia - Religiosidad - Espiritualidad.

Abstract

Dementia is characterized by the presence of progressive cognitive and behavioral symptoms which affect normal functioning. With the purpose of determining if there are any changes related to patients' religiosity due to dementia, we developed a questionnaire aiming to evaluate changes pre and post diagnostic. In effect, we observed that patients with dementia might experience a reduction of the importance given to religion and its associated practices with the disease progression. However, God's belief did not show any changes despite the diagnosis. Therefore, we point out the relevance of incorporating religiosity as another aspect to take into account in the cognitive rehabilitation treatments.

Keywords: Dementia - Religiosity - Spirituality.

RECIBIDO 1/2/2023 - ACEPTADO 25/3/2023

¹Centro de Salud Cerebral (CESAL), Quilmes, Argentina. ORCID: 0000-0002-9742-1498

²Estudiante avanzada de Psicología en la Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0002-7962-4830

³Estudiante avanzada de Psicología en la Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0001-5453-038X

⁴Instituto de Neurociencias del Hospital Universitario Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0002-5539-7530

⁵Instituto de Neurociencias del Hospital Universitario Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0003-0281-6153

⁶Instituto de Neurociencias del Hospital Universitario Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0003-2341-708X

Autor correspondiente:

Pablo Richly

richlypablo@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Centro de Salud Cerebral (CESAL), Quilmes, Argentina.



Introducción

Se estima que, a nivel mundial hay unas 50 millones de personas con demencia, registrándose cerca de 10 millones de casos nuevos al año (Organización Mundial de la Salud, 2020). El curso de esta enfermedad se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo progresivo, que impacta significativamente tanto en el desempeño en las tareas de la vida diaria, como en la actividad social y laboral, implicando una merma importante del nivel previo de funcionalidad de las personas que la sufren. Desde el punto de vista conductual, algunos pacientes presentan exacerbación de ciertas conductas, aunque otros evolucionan con apatía, disminuyendo o abandonando intereses que presentaban antes de la enfermedad (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV-TR, 2002). Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de adultos mayores (60 años o más) sufre de alguna demencia en un determinado momento de la vida (OMS, 2020).

Conforme avanza la edad, los adultos mayores se enfrentan a estas o nuevas complicaciones médicas, escenario en el cual cobra importancia el ejercicio de la espiritualidad. La espiritualidad involucra la consciencia de un poder superior y una relación de armonía y tranquilidad; mientras que la religiosidad involucra la misma espiritualidad dentro del marco de un dogma determinado. Ambas pueden ser fuentes de bienestar, encontrarse a lo largo de la vida dando un sentido a lo que se vive (Guerrero-Castañeda et al., 2019), o impactando de forma positiva sobre la esperanza y la calidad de vida (Castañeda & Guerrero, 2019).

La religiosidad se define como el conjunto de creencias, prácticas y rituales que tienen que ver con lo "Trascendente" o lo "Divino", que abarca tanto ciertas actividades institucionales como las experiencias personales (Koenig et al. 2015). Diferentes estudios han evaluado la relación entre la religiosidad y las demencias, mostrando un posible efecto beneficioso de la religiosidad sobre la progresión de los síntomas y en la calidad de vida de los pacientes con demencia. En este sentido, el ejercicio religioso facilitaría ciertos procesos cognitivos como la memoria episódica, la concentración y la atención, fortaleciendo los circuitos frontales y, en consecuencia, ayudando a limitar la progresión de la enfermedad (McNamara, 2002). Asimismo, la espiritualidad permitiría tolerar mejor la incertidumbre propia de la enfermedad (Snyder, 2003), y generar un afrontamiento más exitoso frente al deterioro cognitivo (Hudson, 2003). Por otra parte,

el hecho de pertenecer a una comunidad religiosa e interactuar socialmente, conllevaría una disminución de los niveles de ansiedad, tristeza y depresión que presentan los pacientes (McNamara, 2002).

Sin embargo, hasta la actualidad no existen estudios o escalas que evalúen el impacto de las demencias sobre la religiosidad. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es determinar cambios en diferentes aspectos de la religiosidad de los pacientes con demencia, evaluados según la mirada de sus familiares y cuidadores.

Método

Se trata de un estudio retrospectivo observacional donde se invitó a cuidadores y familiares de pacientes con demencia a completar un cuestionario de forma voluntaria. Para facilitar la accesibilidad al formulario, este fue entregado de manera presencial en papel o por correo electrónico, mediante un formato digital, según su preferencia. En ambos casos se mantuvo el anonimato tanto de las personas que completaron el mismo, como de los pacientes a los cuales se hacía referencia en sus respuestas. Se optó por elegir a cuidadores y familiares como participantes del estudio, ya que los pacientes no se encontraban en condiciones a causa de su deterioro cognitivo. Los pacientes se encontraban en seguimiento en el Servicio de Neurología Cognitiva del Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro, en el Instituto de Neurología Cognitiva (INECO), y en el Centro de Salud Cerebral (CESAL). Para poder participar, los pacientes debían contar con los siguientes criterios de inclusión: 1) tener más de 50 años de edad al momento de la evaluación, 2) presentar síntomas de menos de 10 años de evolución y 3) tener diagnóstico de demencia de acuerdo a los criterios del *National Institute on Aging and Alzheimer's Association* del 2011. Finalmente, los cuidadores/familiares debían conocer al paciente desde hace por los menos diez años y contar con suficiente conocimiento del paciente para dar cuenta de su aspecto religioso.

Dada la falta de cuestionarios vinculados a la temática, se elaboró un cuestionario *ad hoc* en base a la bibliografía existente (Koenig et al., 2015) con el objetivo de determinar el cambio en aspectos relacionados con la religiosidad de los pacientes. Se formularon las mismas preguntas sobre religiosidad para conocer la situación del paciente 10 años atrás (cuando no presentaba demencia) y al momento actual. Se estimó un tiempo aproximado de 15 minutos para completarlo y contó con información sobre datos demográficos, tipo

de religión que profesa el paciente y diferentes preguntas sobre religiosidad. De esta forma se obtuvieron dos medidas pre y post de las siguientes variables:

1. creencia en Dios,
2. importancia de creer en Dios,
3. cantidad de tiempo de rezo,
4. importancia de rezar,
5. participación en ceremonias religiosas,
6. importancia de participación en ceremonias religiosas, e
7. importancia de la religión.

Cada uno de los ítems se puntuó con respuestas según la escala Likert, que debían elegirse según el grado de acuerdo y de frecuencia. Se asignó un puntaje numérico a cada una de las opciones de respuesta, siendo 3 para “muy importante” o “diariamente”; 2 para “sí”, “importante” o “seguido”; 1 para “duda de su existencia”, “poco importante” o “cada tanto”; y 0 para “no”, “nada importante” y “nunca”. Los datos fueron analizados estadísticamente por medio del software Jamovi (2021).

Para un análisis descriptivo se obtuvo la media, la mediana, la moda y desviación estándar del total de variables en sus dos medidas (hace 10 años y en la actualidad). Luego, se evaluaron los supuestos de normalidad y de homocedasticidad de la muestra mediante la prueba Shapiro-Wilk. Al comportarse como una distribución no normal se escogió un abordaje no paramétrico. Se utilizó la prueba Wilcoxon W para comparar las medidas pre y post de los sujetos en las diferentes variables. Sin embargo, para la variable “creencia en Dios” se aplicó la prueba de asociación de variables Chi Cuadrado por comportarse como dicotómica. Por último, se midió el tamaño del efecto de *Rank biserial correlation* para asegurar la significación estadística más allá del tamaño muestral.

Resultados

Se evaluaron formularios completados (16 en papel y 53 por correo electrónico) por familiares de 69 pacientes con demencia. De acuerdo con sus familiares, el 89,9% de los pacientes con demencia se identifica con una religión, mientras que el restante 10,1% no se identifica con ninguna, pero sostiene prácticas espirituales igual de relevantes para el estudio. El 82,6% es católico, el 5,8% es cristiano no católico, el 2,9% judío, y 8,7% restante se reconoce de otra religión o de ninguna de las mencionadas previamente. La media de edad de los pacientes es de 76 años.

Se encontraron cambios estadísticamente significativos para las variables “importancia de creer en Dios”, “cantidad de rezo”, “importancia de rezar”, “participación en ceremonias religiosas”, “importancia de la participación en ceremonias religiosas” e “importancia de la religión”. A su vez, se observó un tamaño del efecto alto para el total de las variables descritas, lo que sugiere una fuerte significación estadística, más allá del tamaño de la muestra. En todos estos casos, los cambios se relacionaron con una disminución de las creencias y acciones al momento actual, en comparación con lo marcado 10 años antes. Para la variable “creencia en Dios” no se observaron cambios significativos (ver Tabla 1).

Discusión

Existen estudios previos que muestran el efecto de la religiosidad en los pacientes con demencia, señalando que mejoraría o al menos estabilizaría las funciones cognitivas y favorecería un mejor afrontamiento de la enfermedad (Agli et al., 2014). No obstante, este es el primer estudio donde se evaluó como la demencia podría afectar las creencias y la religiosidad de los pacientes.

Tabla 1. Prueba Wilcoxon W, tamaño del efecto *Rank biserial correlation* y Chi Cuadrado

	P	Tamaño del efecto	Chi cuadrado
Creencia en Dios	-	-	0.149
Importancia de creer en Dios	0.036	0.562	
Cantidad de rezo	0.006	0.588	
Importancia de rezar	0.008	0.593	
Participación en ceremonias religiosas	<.001	0.955	
Importancia de participación en ceremonias religiosas	<.001	0.865	
Importancia de la religión	0.009	0.623	

Se encontró que con la aparición de los síntomas cognitivos y la progresión de los mismos, los pacientes con demencia experimentan cambios significativos en diversos aspectos de su religiosidad, como la importancia dada a la religión y a las prácticas asociadas a la misma, el rezo o la asistencia a actividades religiosas. Aunque no existen en la actualidad causas demostradas sobre este fenómeno, podría deberse al hecho de que los pacientes requieren mayor soporte y guías para asistir a lugares a los que antes concurrían independientemente. Además, podrían tener dificultades a la hora de expresar sus deseos, quedando supeditados al manejo de sus cuidadores/familiares.

Por otra parte, teniendo en cuenta que la apatía es un síntoma frecuente en este grupo de enfermedades, podrían estar involucradas la falta de motivación o de interés de los pacientes para realizar actividades cotidianas que previamente hacían sin inconvenientes. En consecuencia, los pacientes podrían volcarse a una espiritualidad más íntima y privada (Kaufman et al., 2007), lo que podría explicar por qué en los resultados obtenidos, la variable “creencia en Dios” no se vería modificada a pesar del diagnóstico.

Una de las limitaciones del trabajo es que la valoración sobre la religiosidad fue realizada por los familiares o cuidadores en base a sus percepciones y no por el propio paciente. Por el tamaño de la muestra tampoco nos fue posible analizar el impacto de las diferentes formas de recolección de la información (papel vs correo electrónico). Nuevos estudios serían importantes para confirmar o refutar los hallazgos observados en este primer trabajo.

Sin embargo, considerando que la religiosidad y la espiritualidad podrían ser beneficiosas en los pacientes con demencia, este estudio resulta importante para tener en cuenta al momento de desarrollar estrategias en los tratamientos de rehabilitación cognitiva y terapia ocupacional. También, es relevante considerarlo en el proceso de psicoeducación del entorno del pa-

ciente, a fin de estimular y mantener las actividades religiosas y la espiritualidad en función de la biografía de cada sujeto. Más allá de los beneficios terapéuticos que puedan surgir de estos resultados, resulta de vital importancia alcanzar una mejor noción de los valores e intereses de estos pacientes, para mejorar su cuidado y así respetar su dignidad e individualidad.

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Agli, O., Bailly, N., and Ferrand, C. (2014). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con demencia: una revisión sistemática. *Asociación Internacional de Psicogeriatría*. doi:10.1017/S1041610214001665
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV-TR*. Editorial médica Panamericana.
- Castañeda, T., Guerrero, R. (2019). Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: aproximación cuantitativa. *Revista Cuidarte*, 3(10) e724, 2019. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.724>
- El proyecto jamovi (2021). jamovi (Versión 1.6) [Software informático]. Obtenido de <https://www.jamovi.org>
- Guerrero-Castañeda, R. F., Menezes, T. M. O, do Prado, M. L., y Galindo-Soto, J. A. (2019). Espiritualidad y religiosidad para la trascendencia del ser anciano. *Rev Bras Enferm*. 72(0):259-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0840>
- Hudson, R. (2003). *Enfermería de la demencia: una guía práctica*. Ausmed Publications Pty Limited.
- Koenig, H. G., Al Zaben, F., Khalifa, D. A. & Al Shohaib, S. (2015). Medidas de religiosidad en Gregory J. Boyle, Donald H. Saklofsky, Gerald Matthews (Ed.), *Medidas de personalidad y constructos de psicología social* (1st ed., Vol. 1, pp. 530-561). Elsevier Inc. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-386915-9.00019-X>
- Kaufman, Y., Anaki, D., Binns, M. and Freedman, M. (2007). Deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer: impacto de la espiritualidad, la religiosidad y calidad de vida. *Neurología*, 68, 1509-1514. doi:10.1212/01.wnl.0000260697.66617.59
- McNamara, P. (2002). Los orígenes motivacionales de las prácticas religiosas. *ZygonR*, 37, 143-160. doi:10.1111/1467-9744.00418
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Demencia*. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/dementia>
- Snyder, L. (2003). Satisfacciones y desafíos en la fe y la práctica espiritual para personas con demencia. *Dementia* 2, 299-313 doi:10.1177/14713012030023002