



**SUFRIMIENTO ESPIRITUAL DE LA PERSONA ENFERMA EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS CRITICOS**

LUIS RENE OSPINO ALVARADO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION EN ATENCION DE ENFERMERIA
EN CUIDADO CRÍTICO
BUCARAMANGA
2007**

**SUFRIMIENTOS ESPIRITUAL DE LA PERSONA ENFERMA EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS CRITICOS**

LUIS RENE OSPINO ALVARADO

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en atención de enfermería en cuidado crítico**

**Asesora:
LUCILA GARCIA DE HERRERA
Enfermera**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTADER
ESCUELA DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION EN ATENCION DE ENFERMERIA
EN CUIDADO CRÍTICO
BUCARAMANGA
2007**

RESUMEN

TITULO: SUFRIMIENTO ESPIRITUAL DE LA PERSONA ENFERMA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS:

AUTOR: LUIS RENE OSPINO ALVARADO

PALABRAS CLAVES: sufrimiento Espiritual, Espiritualidad, Paciente, Personal de Enfermería, Cuidado Critico.

DESCRIPCION O CONTENIDO:

En la actualidad algunos profesionales de Enfermería no están suficientemente preparados para realizar acciones que puedan ayudar a la persona gravemente enferma o en riesgo inminente de muerte, a fin de ayudarlo a superar su sufrimiento espiritual; debido a esto, se hace necesario socializar el tema a fin de ayudar a los enfermeros (as) a brindar una mejor atención al paciente de cuidado critico, en este aspecto tan importante y trascendental en la vida de todo ser humano.

De esta manera, el personal de Enfermería tendrá acceso al conocimiento de ciertas creencias, practicas religiosas y algunas actividades especiales de acuerdo a el grupo religioso para desarrollarlas en pacientes con enfermedad graves o que se hallan en riesgo inminente de muerte y para ayudarlo de manera apropiada a manejar el sufrimiento espiritual.

* MONOGRAFIA

** FACULTAD DE SALUD ESPECIALIZACION DE ATENCION EN ENFERMERIA DE CUIDADOS CRITICOS

Lucila de Herrera

SUMMARY

TITLE: SPIRITUAL SUFFERING IN SICK PERSON IN THE CRITICAL CARE CENTER.

AUTHOR: LUIS RENE OSPINA ALVARADO

KEY WORDS: spiritual suffering, personnel in Nursing, spirituality critical care patient.

ABSTRACT:

At present, some professionals in nursing are not sufficiently prepared to develop actions that could help seriously sick persons or in imminent risk of death to overcome his/her spiritual suffering. Therefore, it is necessary to socialize this Topic in order to help nurses to offer a better attention to patients in critical care in this important and significant moment in life of human being.

In this way, the personnel in nursing will have access to the knowledge of certain beliefs, religious practices and some special activities according to the religious group to develop them in patients with serious diseases or in imminent risk of death in order to help them to handle suitably their spiritual suffering.

* monograph

** health faculty

Critical care attention in nursing specialization

Lucila de Herrera

INTRODUCCION

El deseo de aliviar el sufrimiento es una de las principales razones que dan las personas para elegir la profesión de Enfermería; de igual manera, el tema más importante que lleva a una persona a ejercer el rol profesional de Enfermería es el de cuidar.

Cuidar no es simplemente una emoción ya que es un valor y una forma de relacionarse con los demás; implica la importancia intrínseca que posee la persona frente a otro ser humano y la capacidad de asumir un compromiso auténtico y una respuesta ante quien necesita ser atendido por alguna situación que pone en peligro su vida.

Es por eso que se requiere una gran preparación para poder brindar atención integral de óptima calidad a las personas enfermas, especialmente a aquellas que se encuentran en situación crítica y que pueden morir en cualquier momento.

Algunos profesionales de la salud creen que la enfermedad y el sufrimiento son una parte natural de la vida humana y un camino hacia el posterior desarrollo de la

persona; otros pueden considerar la enfermedad y el sufrimiento como errores de la mente, una prueba de fe o un castigo divino.

Estas creencias influyen en los juicios que se hacen sobre el grado de sufrimiento de los enfermos y en cómo debe actuar una enfermera (o) cuando atiende a una persona grave y los sentimientos que experimenta ante las molestias psicológicas o el dolor físico que está experimentando, ya que el sufrimiento no se puede medir directamente

Si el enfermero(a) cree que una persona está sufriendo intensamente, puede tener una actuación más activa que frente a un enfermo que parece tener poca angustia o dolor. El tema más importante que lleva a una persona de Enfermería a ejercer su rol profesional es el cuidado.

El proceso de Enfermería está basado en el conocimiento de valores, compromisos y acciones. Los valores y las creencias dan directrices y significados a la práctica de la Enfermería dentro del contexto interpersonal.

El presente trabajo busca orientar al personal de Enfermería acerca de la forma de ayudar a la persona que se halla en fase terminal de su existencia para aliviar su sufrimiento espiritual frente al hecho de morir y dejar todo aquello que ha sido hasta ese momento, parte importante de su vida.

1. OBJETIVO

Sensibilizar al personal de Enfermería que trabaja en Unidades de Cuidado Crítico sobre la importancia de brindar atención de óptima calidad de manera especial frente al sufrimiento espiritual de las personas allí hospitalizadas y sus familias, para que logren su recuperación o se preparen para aceptar el proceso de morir con dignidad, en un ambiente de confort.

2. JUSTIFICACION

Una de las situaciones que despierta más interrogantes e inquietudes al ser humano es la proximidad de la muerte, razón por la cual es natural que el personal de salud que trabaja en unidades de Cuidado Crítico requieren una preparación adecuada para comprender, apoyar consolar y orientar tanto a la persona que está muriendo, como a sus familiares y amigos.

El acercarse al fenómeno de morir como una realidad humana, requiere para el personal de salud, el adquirir herramientas para lograr un desempeño eficiente frente a la persona que se halla enfrentada a esta situación y quien tiene muchos interrogantes y temores acerca de lo que ocurrirá en el momento final. Por otra parte, en la práctica de los trabajadores de salud se encuentra el predominio del fomento y promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el aspecto curativo que promueve la utilización de toda la biotecnología existente a fin de prolongar la vida por unas horas o días sin tener en cuenta el dolor y sufrimiento de la persona enferma y su familia.

Muchas veces los profesionales de la salud consideran como un “verdadero fracaso” el hecho de que se presente “la muerte inevitable” en una persona

hospitalizada y es por eso que tratan de impedirla a como dé lugar, recibiendo capacitaciones sobre reanimación cardiorespiratoria y otros procedimientos

costosos y sofisticados, aun a sabiendas de que son verdaderamente inútiles para que la persona pueda recuperar su salud, solamente para encubrir la incapacidad de enfrentar el hecho de ver morir a la persona que están atendiendo.

Muchos sistemas de educación en salud no están preparando adecuadamente a sus egresados “para pasar de curar al paciente, a aliviarlo y preparar a su familia para el final”.

Es por eso que en muchos casos se realizan esfuerzos inútiles no justificados, con altos costos económicos, físicos y emocionales para la persona enferma y para su familia, sin tener en cuenta su sufrimiento ya que algunos procedimientos y/o efectos secundarios de la medicación los someten a una verdadera tortura, afirma Fonnegra de Jaramillo¹

Una persona en riesgo de muerte o gravemente enferma experimenta sufrimiento físico, psicológico y espiritual, por lo cual necesita de personas con verdadero sentido humanitario que le brinden compañía, afecto, ternura y todo aquello que vaya encaminado a disfrutar de confort y calidad de vida hasta el último instante

¹ FONNEGRA DE JARAMILLO, Isa. De cara a la muerte, Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir más placidamente. Intermedio editores .1999. Bogotá. Pp. 73-77.

de su vida.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	
INTRODUCCION	
1. OBJETIVO	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	11
3.1 DEFINICION	11
3.2 CONCEPTOS CLAVES	11
3.2.1 Sufrimiento	10
3.2.2 ¿Existe realmente el sufrimiento?	13
3.2.3 Representación personal del sufrimiento	14
3.2.4 Espiritualidad	16
3.3 CARACTERISTISCA DEFINITORIAS DEL SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	19
3.3.1 Trastornos del sistema de creencias	19
3.4 FACTORES RELACIONADOS	21
3.4.1 Enfermedad	21
3.4.2 Dolor	22
3.4.3 Riesgo de muerte o estado terminal de una persona	24
3.5 CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS	25
3.5.1 Consideraciones pediátricas	25
3.5.2 Consideraciones geriátricas	26
3.5.3 CONSIDERACIONES TRASCULTURALES	29

3.6	IMPORTANCIAS DE LAS NECESIDADES RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES	29
3.6.1	Sensación de vacío / desesperanza	31
3.6.2	Sufrimiento intenso	31
3.6.3	Alejamiento de dios, incapacidad para tener fe, romper con los lazos religiosos / culturales	32
3.6.4	Ira contra dios, la religión y el clero	32
3.6.5	Sentimiento de culpa o de vergüenzas	33
3.6.6	Sentimiento no resueltos en relación con la muerte	33
4.	ASPECTO RELIGIOSOS Y CULTURALES	35
4.1	LA IGLESIA CRISTIANA	35
4.2	IGLESIA CATOLICA	36
4.3	IGLESIA BUDISTA	38
4.4	JUDAISMO	39
4.5	HINDUISMO Y SIKHISMO	42
4.6	RELIGION MUSULMANA	44
4.7	HUMANISTAS Y ATEO	46
5	ATENCION DE ENFERMERIA A PERSONAS CON SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	49
5.1	SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	49
5.1.1	Definición	49
5.1.2	Intervenciones sugeridas para la resolución del problema	51
5.2	INTERVENCIONES OPCIONALES ADICIONALES	51
5.3	APOYO ESPIRITUAL	52
5.4	FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL	54
5.5	AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO	55
5.6	CLARIFICACION DE VALORES	57
5.7	CUIDADOS EN LA AGONIA	58
5.8	DAR ESPERANZAS	59
5.9	FACILITAR LA EXPRESION DEL SENTIMIENTO DE CULPA	60

5.10 FACILITAR LA PRACTICA RELIGIOSA	61
5.11 INTERVENCIONES EN CASOS DE CRISIS	62
5.12 ACOMPAÑAMIENTO	63
5.13 INFORMACION	65
CONCLUSIONES	67
RERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
BIBIOGRAFIA	70

3. SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

3.1 DEFINICIÓN

“Estado en el cual una persona o grupo, experimentan o están en riesgo de experimentar un trastorno en sus creencias o sistemas de valores, que constituyen su fuente de fuerza, esperanza y significado para su vida”².

“Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo”.

3.2 CONCEPTOS CLAVES

3.2.1 Sufrimiento. El sufrimiento es tan antiguo como el hombre y es su compañero inseparable. Algunos consideran el sufrimiento como el castigo de una divinidad o el destino por sus malas acciones.

² CARPENITO. Lynda Juall. Diagnósticos de Enfermería Interamericana McGraw-Hill. México. P664.

Los discípulos le preguntaron a Cristo si la ceguera del hombre que pedía ser curado, era castigo por sus pecados personales o de sus antepasados. Jesús les contestó: "Ni él ha pecado, ni sus padres; sino para que se manifiesten en él las obras de Dios". (Ver Sagrada escritura, evangelio San Juan 9)

Dentro de esta misma explicación de castigo, como causa de sufrimiento, cabe la posición del hombre moderno: para él, el sufrimiento no es debido a ninguna divinidad sino al castigo por sus malos hábitos de vida. El paciente alcohólico, fumador, etc., llega al médico con el sentimiento de culpa de estar atentando contra su vida y por lo tanto ser él mismo causa de su sufrimiento.

Esta concepción del sufrimiento como castigo divino u obra de la divinidad ha sido predominante en la historia de la medicina y aún perdura. El Ser humano aterrizado ante una divinidad, practica rituales de purificación y expiación para librarse del sufrimiento.

Esto explica la unión tan estrecha entre medicina y religión. Los primeros médicos fueron brujos-sacerdotes de la tribu, Aun el paciente moderno identifica al médico con el brujo; y si la medicina moderna a veces falla en sus acciones terapéuticas es porque ha abandonado la parte mágico religiosa. La medicina esta volviendo a ser holística, es decir, a incluir todos los aspectos del ser humano: el físico, mental, religioso, social, mágico, etc., para poder ayudar a mitigar el sufrimiento.

Usualmente el sufrimiento se asocia con el dolor y la infelicidad, pero no tienen por qué estar vinculados dado que cualquier condición puede ser sufrimiento y causar dolor si se es consciente del desgaste que se está teniendo. El sufrimiento cuando causa dolor obliga al individuo a adaptarse de alguna manera.

Razonar causa sufrimiento y puede llegar a causar dolor si la situación ha obligado a la mente a someter al cerebro a cambios que provoquen que las neuronas cambien sus esquemas sinápticos o establecer nuevas conexiones, por lo que hay un cambio biológico que permitirá al individuo resolver la situación y poner medios que le permitan adaptarse.

3.2.2 ¿Existe realmente el sufrimiento? El sufrimiento si se concibe en un sentido más profundo, carece de existencia y es sólo una representación mental. En esto se basa la filosofía del estoico Epícteto³. Para él, no son las cosas sino su representación lo que hace sufrir a los seres humanos.

Si se acepta que la naturaleza tiene un orden perfecto y que lo que suele llamarse desorden o aberración es sólo fruto de la imaginación, no se experimentaría como sufrimiento.

³ VELEZ CORREA, Luis Alfonso. Etica Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín Colombia. 2002. p 61

Se atribuye a la naturaleza, los valores de bueno y malo; Se dice: 'El día está malo', porque impide salir de casa. 'El sol es bueno', porque ayuda para el sembrado. Lo mismo acontece con los procesos biológicos del organismo, ellos no son buenos ni malos; envejecer no es malo; los procesos de degeneración son tan bellos e importantes como los de la generación, según anotaba el médico Paracelso⁴

Si el paciente no acepta la naturaleza de los acontecimientos, sufrirá por ejemplo, porque al envejecer no puede correr como un joven. Esto es tan ilógico como sufrir porque un recién nacido no puede hablar; ambos hechos son naturales y no deben producir sufrimiento.

Aceptar las leyes inexorables de la naturaleza es un principio de sabiduría; lo anterior no supone el rechazo de las acciones curativas o reparadoras de la medicina; ésta también es parte de las leyes de la naturaleza.

3.2.3 Representación personal del sufrimiento. El sufrimiento es una de las experiencias más profundas del ser humano y compromete la totalidad del ser, se sufre, no sólo con el cuerpo sino con el alma y una lesión, aunque parezca superficial, afecta lo profundo del ser.

⁴ Ibid. p 61

El sufrimiento es una experiencia tan personal que toda enfermedad se convierte en algo biográfico, íntimo y esto la hace más dolorosa. Desde la antigüedad los médicos conocen el dicho: "No hay enfermedades sino enfermos"; el mismo germen puede producir similares alteraciones en dos pacientes, pero las reacciones psicobiológicas son distintas.

La representación del sufrimiento en cada persona depende de su cosmovisión. Según las concepciones filosóficas o creencias religiosas será el significado que cada persona le dé al sufrimiento. El estoico tiene una actitud distinta ante el dolor que el hedonista; la concepción cristiana del dolor es diferente a la del budista o del ateo.

El personal de Enfermería debe conocer la filosofía, las creencias del paciente para saber su posición frente al sufrimiento; si se olvida esto, se hace una medicina deshumanizada. Antes de comunicar al paciente una noticia dolorosa, el enfermero(a) debe saber cuál es la actitud del enfermo ante el sufrimiento y la muerte; si no se tiene en cuenta esto, se le hará más daño que beneficio.

Los más sabios son aquellos que aceptan el devenir de la naturaleza con serena tranquilidad, alcanzando el estado de paz, tranquilidad y armonía interior que lleva al momento final sin tanto sufrimiento.

3.2.4 Espiritualidad. Según el Cristianismo la espiritualidad es “un don del Espíritu Santo, un regalo de Dios. Al respecto las Escrituras nos dicen: "Y nosotros no hemos recibido el espíritu del mundo, sino el Espíritu que proviene de Dios, para que sepamos lo que Dios nos ha concedido"⁵.

La espiritualidad es un particular servicio cristiano de Dios, que acentúa determinadas verdades de la fe, prefiere algunas virtudes según el ejemplo de Cristo, persigue un fin secundario específico y se sirve de particulares medios y prácticas de piedad, mostrando a veces notas distintivas características⁶.

Todas las personas tienen una dimensión espiritual independientemente de que participen o no en prácticas religiosas formales.

Un individuo es un ser espiritual aunque esté desorientado, confuso o emocionalmente enfermo, sea irracional o presente un deterioro cognitivo. La Espiritualidad a lo largo de la vida es una decisión, una búsqueda intencional.

La naturaleza espiritual de la persona, junto con las dimensiones física y psicosocial. Debe formar parte de su cuidado integral. La mayoría de las personas

⁵ es.wikipedia.org/wiki/Espiritualidad

⁶ MA-ANIC, Le Scuole di spiritualità nel magistero pontificio, Brescia 1964, p.36

sienten la religión como algo de suma importancia en los momentos de crisis, de ahí que en un momento de gran peligro se invoca a Dios.

Para promover una espiritualidad positiva en las personas y las familias, la persona que brinda asesoría debe disfrutar de una espiritualidad positiva.

La enfermera(o) puede ayudar a personas que tienen preocupaciones o sufrimiento espiritual proporcionando recursos para la ayuda espiritual, escuchando sin juzgar y dando oportunidades para satisfacer las necesidades espirituales.

Hay que tener la precaución de no establecer prácticas sistemáticas que den como resultado habitual la remisión de todas las necesidades espirituales del cliente y de sus familias a los líderes religiosos o espirituales, ya que cada persona conoce diferentes recursos para enfrentar el sufrimiento.

La espiritualidad puede abarcar la religión aunque no se limita a ella; las necesidades espirituales comprenden los valores religiosos: las relaciones, la trascendencia y el sentimiento de afecto y la comunicación. La creatividad y la autoexpresión también pueden tener importancia en la espiritualidad;

Otras descripciones de espiritualidad son la fuerza interior, el significado y el propósito, así como el conocimiento y la evolución.

Los sistemas de salud a menudo otorgan poca prioridad a los temas espirituales en la planificación y la prestación de los cuidados. Esto es menos cierto en las organizaciones caritativas en donde es muy probable que se reconozca e incluya el componente espiritual en los cuidados.

La religión influye en las actitudes y las conductas relacionadas con el bien y el mal, la familia, la crianza, el trabajo, el dinero, la política y otras muchas áreas funcionales.

Para enfrentarse eficazmente a las necesidades espirituales de una persona, la enfermera (o) debe reconocer sus propias creencias y valores admitir que estos valores pueden no ser aplicables a otras personas y respetar las creencias del cliente cuando se le ayuda a satisfacer sus necesidades espirituales.

El valor de las oraciones o los ritos espirituales para el creyente no se ve influido por el hecho de que se pueda o no «probar» científicamente que resulten beneficiosos.

Las personas que trabajan en Enfermería no se sienten suficientemente preparadas para proporcionar cuidados espirituales.

«Entre las razones que esgrimen las enfermeras para el fracaso de los cuidados espirituales se encuentran:

- ❖ Ven la religión y las necesidades espirituales como un asunto privado que sólo concierne al cliente y a su Creador:
- ❖ Se sienten incómodas con sus propias creencias religiosas o niegan tener necesidades espirituales:
- ❖ Carecen de conocimientos sobre la espiritualidad y las creencias religiosas de otras personas:
- ❖ Confunden las necesidades espirituales con las necesidades psicosociales.
- ❖ Ven la satisfacción de las necesidades espirituales de los clientes, como una responsabilidad familiar o pastoral, no como una responsabilidad de Enfermería.

3.3 CARACTERISTICAS DEFINITORIAS DEL SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

3.3.1 Trastorno en el sistema de creencias. La característica principal que siempre debe estar presente, según Carpenito⁷, es: “Experimentar un trastorno en el sistema de creencias”. Para esto se requiere establecer una “Conexión con el YO” lo cual equivale a tomar conciencia consigo mismo y darse cuenta de que su pensamiento encuentra una incongruencia o contradicción en relación con lo que vive y siente y con lo que piensa.

⁷ CARPENITO. Op Cit. P 664.

“Las creencias invisibles o adoctrinadas que dominan la conciencia y permanecen como indudablemente ciertas, son la raíz de las causas del sufrimiento individual. Pueden ser severamente limitantes o hasta auto-saboteadoras”, afirma Palmer⁸

Suelen presentarse expresiones de falta de:

- ❖ Esperanza
- ❖ Significado y propósito en la vida
- ❖ Paz o serenidad
- ❖ Aceptación
- ❖ Amor
- ❖ Perdón para sí mismo
- ❖ Valor
- ❖ Cólera
- ❖ Culpa.

En relación con la conexión con otros se presenta:

- ❖ Rechazo de las interacciones con los líderes espirituales
- ❖ Rechaza las interacciones con los amigos, la familia
- ❖ Manifiesta estar alejado de sus sistemas de soporte
- ❖ Conexión con un poder superior al propio yo
- ❖ Incapacidad para orar

1. ⁸ PALMER, Harry. El manejo de las creencias. . [http://www.avatarepc.com/html/belief\(spn\).pdf](http://www.avatarepc.com/html/belief(spn).pdf)

- ❖ Incapacidad para participar en actividades religiosas
- ❖ Manifiesta sentirse abandonado o sentir cólera hacia Dios
- ❖ Cambios súbitos en las prácticas espirituales
- ❖ Incapacidad para la introspección, para mirar dentro de sí
- ❖ Manifiesta que sufre, que no tiene esperanza

3.4 FACTORES RELACIONADOS

Situaciones que amenazan al sistema de creencias o alejamiento de los lazos espirituales secundarias a una enfermedad o dolor que se interpreta como castigo divino o abandono de Dios, según las creencias de su propio grupo religioso.

3.4.1 Enfermedad. Es el conjunto de trastornos psíquicos y/o físicos que conforman un concepto nosológico. W. astudillo, C.mendinueta⁹

Conjunto de fenómenos que se producen en un organismo vivo que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella. La enfermedad, como proceso evolutivo, posee un período inicial o de comienzo, un período de estado y un período final que puede ser la muerte del individuo o su curación. Las enfermedades, según su curso, pueden ser: agudas, caracterizadas por aparición brusca, síntomas muy variados

El paciente no tiene la concepción de la enfermedad sino la sensación de dolor y sufrimiento.

La enfermedad es la respuesta conductual que tiene más de una causa y más de un propósito. La conducta a menudo actúa para proteger la visión de si mismo para proteger los enfermos. También es un intento de como ubicarse con los demás y de cubrir la necesidades. La conducta no es un suceso aislado, más bien esta influenciada por el pasado presente y futuro y es lógica según la percepción que la persona tenga de la realidad.

Cualquier que sea el nivel de auto aceptación, las personas hospitalizadas experimentan un aumento de dependencia en el personal y en la familia. La gravedad de la enfermedad determina el grado de dependencia, el ambiente hospitalario contribuye a esta pérdida de independencia.

3.4.2 Dolor. Es un concepto que pertenece a la filosofía y a la psicología; cuando mi cuerpo percibe una sensación desagradable experimenta un dolor físico.

Podemos definir el dolor como una sensación de displacer.

El dolor tiene un componente físico, otro psicológico y otro cultural; un campesino muestra en general, más resistencia al dolor que un ciudadano por que la tecnología,

por el confort que brinda, hace al hombre más hedonista mas sensible al placer y es más sensible al dolor.

El dolor es la forma como el cuerpo responde a una lesión o enfermedad. Todas las personas reaccionan al dolor de diferentes maneras. Lo que una persona piensa que es doloroso puede no serlo para otra.

Existe también el dolor que puede ser:

- ❖ Somático: Es aquel que aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para la integridad física excita los receptores.
- ❖ Neuropático: Es aquel que resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente.
- ❖ Psicogénico: Ocurre cuando el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad y depresión en términos de daños tisulares, verbalmente o través de su comportamiento.
- ❖ Espiritual: Ocurre cuando una persona experimenta un choque entre sus creencias y la realidad que está viviendo.
- ❖ Psicológico: ocasionado por una pérdida representativa para la persona, un evento que influye en su sistema de valores o en su autoestima.

3.4.3 Riesgo de muerte o estado terminal de una persona. El estado terminal¹⁰ se define como una situación de muerte inminente inevitable, en la cual las medidas de soporte vital sólo pueden conseguir un breve aplazamiento del momento de la muerte.

Esta situación es completamente diversa de las crisis de especial gravedad que pueden producirse en el curso de una enfermedad grave. A veces, identificar la situación terminal es relativamente fácil en los procesos incurables, pero puede ser prácticamente imposible en enfermedades graves cuyo pronóstico no es necesariamente mortal.

Para poder hablar con propiedad de estado terminal ha de tratarse de una enfermedad incurable hoy y ahora con pronóstico infausto a corto plazo. No es paciente terminal aquél que se encuentra en una situación grave con riesgo de muerte a causa de un proceso de naturaleza curable. Ni puede considerarse paciente en estado terminal al quien, con una enfermedad incurable y de pronóstico fatal, tiene una esperanza de vida razonable superior a seis meses. Tampoco, quien está en estado de coma si todavía no hay evidencia de que sea irreversible.

⁹W. Astudillo, C. mendinueta, “El sufrimiento en los enfermos terminales” en W. astudillo, C. Mendinueta. E. astudillo. Cuidados del enfermo enfase terminal y atencion a su familia (Pamplona 1995) 272.

3.5 CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS.

El bienestar representa una respuesta al potencial de desarrollo de la persona e implica la utilización de todos los recursos disponibles (sociales, psicológicos, culturales, ambientales, espirituales y fisiológicos).

El personal de enfermería brinda atención integral a la persona hospitalizada sin embargo, diferentes estudios señalan que por norma, evitan abordar la dimensión espiritual del cliente, de las familias y de las comunidades.

3.5.1 Consideraciones pediátricas. Las necesidades espirituales de los niños abarcan el amor y la familiaridad, el perdón, el significado y el propósito.

Las creencias espirituales, están influenciadas por el desarrollo moral y cognitivo de sus padres o allegados, ya que de ellos aprenden la fe y la religión, a partir de las prácticas que se realizan al interior del hogar, por ejemplo al animar a los niños a mantener los ritos de oración al acostarse y antes de la comida.

Si es compatible con las creencias religiosas de los niños: compartir libro de dibujo religioso y otros artículos del mismo tema.

Explorar los sentimientos del niño respecto a la enfermedad como castigo por haber hecho algo malo.

3.5.2 Consideraciones geriátricas. Las preocupaciones espirituales son una necesidad humana de tratar las privaciones socioculturales, las ansiedades y los temores, la muerte y la agonía, el alejamiento social y la filosofía de la vida..

El bienestar espiritual se puede considerar como la afirmación de la vida en las relaciones con Dios, con uno mismo, con la comunidad y con el ambiente que fomenta y celebra la totalidad.

Los factores que contribuyen al sufrimiento espiritual y hacen vulnerables a los ancianos, abarcan las dudas acerca de la vida después de la muerte al envejecer la persona, la separación de la comunidad religiosa organizada y un sistema de valores constantemente desafiado por las pérdidas y el sufrimiento.

Para alcanzar la satisfacción vital, los ancianos deben completar el estadio de desarrollo de Erikson⁹ de "Integridad del yo frente a la desesperación".

El adulto mayor puede reflexionar acerca de su vida y manifestar que ha transcurrido de acuerdo con su sistema de valores, y puede expresar felicidad con

⁹ ERIKSON, Eric. Infancia y sociedad. Paidós. Buenos Aires.

su vida. Estas conductas demuestran la satisfacción de la necesidad de significado y propósito en la vida, sostiene Bermejo¹¹.

La oración, un método de afrontamiento común para los adultos mayores, aumenta los sentimientos de autoestima y de esperanza y reduce la sensación de abandono y soledad. Además de la oración y la meditación en privado, la televisión y la radio, a menudo proporcionan estímulos necesarios para la vida espiritual.

Los adultos mayores a menudo entremezclan sus creencias religiosas con las convicciones sobre salud y enfermedad. La enfermera debe valorar convenientemente estas nociones, para facilitar que la persona entienda su enfermedad en el contexto de su religión

Tres fases del sufrimiento en los ancianos frágiles, pueden explicar el sufrimiento espiritual:

- ❖ El sufrimiento silencioso: gira alrededor del sentimiento de abandono, de la idea de que las oraciones no son contestadas y del propio aislamiento.
- ❖ El grito del lamento: puede explicarse como una interpretación de que las cosas malas que están ocurriendo se deben a errores previos en la vida.

¹¹BERMEJO, Jose Carlos. Acompañamiento a los adultos Mayores en situación de dependencia o enfermedad. Santander, España. 1998.

❖ La liberación para el cambio, permite a la persona trascender la soledad y acercarse a la esperanza mediante el sufrimiento.

El bienestar espiritual puede describirse como la armonía y la interconexión de las relaciones. Estas relaciones se refieren al tiempo o a la persona, como el Ser Supremo (describe un amor a Dios), los demás y la naturaleza; expresa amor y preocupación mutuos; uno mismo (describe al ser interior), el pasado (reconoce la influencia con las prácticas socioculturales y religiosas del pasado), el presente (encuentra significado y propósito en las experiencias vitales) y el futuro (espera una integración final). Analizando esto, parece probable que los ancianos que han logrado atravesar las fases o tareas del desarrollo, pueden utilizar su espiritualidad para estudiar el estadio de Ericsson, de Integridad del yo frente a la desesperación; una intensa sensación de satisfacción consigo mismo y con la vida, transmite una armonía interna.

Bermejo¹² publicó un estudio en el que el 76% de los ancianos de las residencias expuso una sensación de bienestar espiritual. Cerca del 25% afirmó que una enfermera les había ayudado con sus necesidades espirituales. Pero el 79 % estaba en contra de la implicación de la enfermera en su vida espiritual. Entre las razones citadas estaban las diferentes creencias y la necesidad de que Enfermería se concentre en el cuidado físico.

3.5.3 Consideraciones transculturales. Las creencias religiosas son un componente de la cultura. Pueden influir en las explicaciones del cliente sobre las causas de la enfermedad, la percepción de su gravedad y la elección de la persona que cura.

En momentos de crisis, como una enfermedad grave o la inminencia de la muerte, la religión puede ser una fuente de consuelo para el enfermo y la familia y puede influir en el curso de la actuación que parece apropiada.

La pertenencia a un determinado grupo cultural no significa que la persona suscriba la religión predominante en dicha cultura. Además, aún cuando se identifique con una determinada religión, es posible que la persona no acepte todas sus prácticas o creencias.

El rol de la enfermera(o) no es juzgar las virtudes religiosas de las personas sino comprender aquellos aspectos relacionados con la religión que resultan importantes para el cliente y su familia.

3.6 IMPORTANCIA DE LAS NECESIDADES RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES

El término "religioso" se refiere más a la necesidad de poner en práctica la propia expresión natural de la espiritualidad. Esto puede manifestarse como la necesidad

¹²Bermejo, José Carlos. Relaciones de ayuda.

de ver a un sacerdote, de solicitar a un capellán, tener tiempo para meditar o para rezar, recibir los sacramentos, etc.

Es mucho más sencillo deducir las necesidades religiosas más que las espirituales a través de la aplicación de un cuestionario al momento de la admisión.

Aunque el procedimiento de atención al momento de la admisión es designado como una forma de interactuar para orientar a la persona, también puede ser utilizada como un cuestionario. Cuando esto sucede se le puede preguntar al paciente ¿Cual es su religión? ¿Desearía ver a algún capellán? ¿Alguna necesidad en especial? Si las preguntas son directas, generalmente preguntarán por las necesidades relacionadas a prácticas religiosas más que a la angustia y a lo concerniente a las últimas consecuencias. De cualquier forma, el personal médico o de Enfermería puede tener la impresión de que lo que ha registrado y que sobre lo que ha actuado, son las necesidades espirituales del paciente.

El término "espiritual" se refiere a lo que concierne a las últimas consecuencias y a menudo es contemplado como una búsqueda de significado y hace eco a lo que Frank citó "El hombre no se destruye por sufrir, se destruye por sufrir sin ningún sentido"¹³

¹³FRANK, Victor. El hombre en busca de sentido
["http://es.wikipteria.org/wiki/El_hombre_en_busca_de_sentido"](http://es.wikipteria.org/wiki/El_hombre_en_busca_de_sentido)

Los aspectos espirituales pueden manifestarse a través de cuestionamientos tales como "¿Por qué me sucedió esto a mí? ¿Por qué ahora? ¿Qué he hecho para merecerme esto? no es justo. ¿Qué soy ahora que me ha pasado esto? Ya no me siento una persona completa... Estos cuestionamientos son más espirituales que médicos y pueden ser dirigidos a cualquier gente que se encuentre cerca.

Cuando una persona está tratando de encontrarle algún significado a una experiencia personal mirará hacia muchas direcciones, empezando con las cosas que lo han hecho encontrar un sentido en el pasado. Esto puede ser su cultura o que la persona ha desarrollado una filosofía de la vida que ha dado siempre respuesta a lo que busca y por tanto le permite enfrentarse a una serie de interrogantes o cuestionamientos como estos:

3.6.1 Sensación de vacío / desesperanza. Esto puede ser expresado con comentarios que con frecuencia son hechos sin consideración frente al enfermo y que llevan a que la persona encuentre poco sentido a continuar con el tratamiento por creer que ya no hay nada que hacer, que ya todo está perdido y se abandona a sí misma en medio de su dolor y su amargura¹⁴.

3.6.2 Sufrimiento intenso. El sufrimiento intenso aumenta el sentimiento de desesperanza. "Ya no tolero más esto; ¿qué sentido tiene seguir viviendo así?"

3.6.3 Alejamiento de Dios, incapacidad para tener fe; romper con los lazos religiosos / culturales. Afirmaciones de que ya no se cree en Dios, que Dios está muerto o que ha abandonado a la persona, están frecuentemente acompañadas por un sentimiento de impotencia y de vacío internos. Romper con las prácticas culturales y religiosas interrumpe una de las múltiples formas de enfrentarse a las crisis. La razón para ello puede ser que la propia filosofía de la vida no da respuesta a los cuestionamientos que se han originado a raíz de la enfermedad o que la propia imagen de Dios corresponde a la de un niño y en la actualidad parece irrelevante ante lo que sucede en la edad adulta. Estas áreas pueden manifestarse como una incapacidad para tener confianza en las personas que cuidan del enfermo, con grandes sentimientos de inseguridad. "¿Cómo puedo confiar en un hombre si hasta Dios me ha abandonado?"

3.6.4 Ira contra dios, la religión y el clero. Si una persona enferma se siente abandonada por Dios o por algún otro poder divino, no es de sorprender que pueda sentir enojo contra aquellos que representan dicho poder. En forma alterna, la persona puede buscar reconciliarse con este poder divino comportándose especialmente bien, por ejemplo: "Le mostraré a la gente cómo se pueden enfrentar los creyentes a la enfermedad. No voy a traicionar a Dios". Es así como a la muerte prematura de un justo, el Antiguo Testamento responde avivando la fe.

¹⁴VELASQUEZ, Evalina y ALVAREZ, Calos G. Hacia la luz; para una pastoral de la muerte. Ediciones. Paolinas. Bogota 1997.

en la resurrección, dándole al sufrimiento y al morir, una virtud expiatoria y de salvación, afirman Velásquez y Alvarez¹⁵

3.6.5 Sentimiento de culpa o de vergüenza. Muchas personas sienten que cualquier enfermedad que padezcan es el resultado de alguna cosa que hicieron mal en el pasado y que si pudieran enmendarlo, posiblemente desaparecería su enfermedad. Esto puede ser manifestado en afirmaciones tales como “No merezco aliviarme”, o “TE prometo, Dios mío, ser desde ahora una persona devota y alejada del licor y de todos los vicios”.

3.6.6 Sentimientos no resueltos en relación con la muerte. Al visitar a un enfermo puede ser útil preguntarle cómo pasó la noche si pudo dormir bien, si tuvo algún sueño. El temor de ir a dormir, y por tanto descansar durante la noche, no es difícil que se presente en las personas gravemente enfermas quienes temen poder hacerlo. Creen que mientras más tiempo se esté despierto más se postergará la muerte.

Los sueños intranquilos y la preocupación por la muerte y el mal humor son también índices de sentimientos no resueltos En relación a la muerte, una enfermedad severa, aun cuando no amenace la vida en forma simultánea, también "concentra maravillosamente la mente" y hace surgir cuestionamientos

¹⁵Ibid. P16.

que contemplan lo que hay más allá de la muerte o a dónde se irá después de ella.

Estas necesidades espirituales pueden ser percibidas por el capellán o pastor y por el personal de Enfermería. Nuestra respuesta ante ellos debe ser de compartir el dolor, asombro y dudas y crear un espacio de seguridad en donde algunos de estos aspectos puedan compartirse.

4. ASPECTOS RELIGIOSOS Y CULTURALES

4.1 LA IGLESIA CRISTIANA

En el corazón de la religión cristiana está la figura de Jesucristo quien, ante los cristianos, ha sido tanto humano como divino.

Ellos aceptan y tratan de seguir sus enseñanzas como están escritas en el Nuevo Testamento, así como el desarrollo Y la aplicación de esta enseñanza en la vida de la Iglesia.

Los cristianos creen que es a través de la muerte de Jesús que la humanidad se ha reconciliado con Dios. También creen que por la resurrección de Cristo, El salvó al mundo de la muerte y del pecado y que da nueva vida a quienes crean en El. Esta nueva vida va más allá de la sepultura y puede ser experimentada por el creyente cuando se convierte en Cristiano a través del bautismo con agua en "el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo"; el creyente recibe el don del Espíritu Santo en el Bautismo y su compromiso con Jesucristo se reafirma posteriormente en vida a través de la Confirmación o de la Comunión cuando se permite al creyente recibir el sacramento de la Santa Eucaristía (el Cuerpo y la Sangre de Cristo) en forma de pan y vino consagrados por el sacerdote.

Dentro de la tradición cristiana, algunos le conceden mucha importancia al oficio de la palabra Bíblica, otras a los sacramentos y otras enfatizan ambas de igual forma.

Algunos pacientes y familias estarán muy claros acerca de su religión y de la clase de servicio que desean recibir, mientras que otros ni siquiera han pensado en ello. Sin embargo, se les debe brindar toda clase de oportunidades para prepararse a morir en la forma en que desee y para ver al sacerdote o ministro, si así lo desean.

4.2 IGLESIA CATÓLICA

El paciente católico normalmente deseará ver a un sacerdote y recibir la "Extremaunción". En un principio, esto se asociaba con los "últimos ritos", pero actualmente se administra a personas que no necesariamente están agonizando y tiene como objetivo ayudarlos a lograr la verdadera salud y no sólo prepararlos para la muerte. (Se administra de manera similar en la Iglesia Anglicana). Usualmente la persona hará un acto de confesión, recibirá la absolución, la Sagrada Comunión y la unción con aceite consagrado. Este servicio puede dar mucha tranquilidad a los parientes y al paciente, y el nuevo énfasis evita que el enfermo se torne muy ansioso.

En el caso de los bebés o niños pequeños, los padres pueden desear que sean bautizados y que se les ponga en contacto con el capellán apropiado. Ante una

situación de urgencia, cualquier persona bautizada puede bautizar a un niño si el capellán no está disponible. Sin embargo, posteriormente se le debe informar al capellán que se realizó el bautizo.

Los matrimonios cristianos para alguien que está agonizando y se encuentra encarnado, solamente pueden celebrarse con licencia especial otorgada por el Arzobispo o el obispo; por Licencia del oficial del Registro Civil en otros casos. El matrimonio sólo puede llevarse a cabo sobre la base de que el paciente es incapaz de ser trasladado en un lugar adecuado y autorizado (la capilla del hospital no lo es) y al que difícilmente podrá ser trasladado posteriormente; en otras palabras un matrimonio en "el lecho de muerte"..

A la hora de la muerte, los parientes pueden desear que un sacerdote esté presente para orar con o por el moribundo así como para encomendarle a Dios el cuidado de esa persona y ofrecer apoyo a los familiares. Por lo general, hay dos aspectos de estas oraciones de encomendación en que se expresa confianza en Cristo y en su labor de salvación que son tanto encomendar al moribundo a la merced y al amor de Dios, así como autorizarle morir.

No existe ninguna objeción religiosa para que se lleve a cabo una autopsia ni para que se donen órganos para trasplante, aunque hay personas que pueden tener fuertes razones personales a este respecto. El cuerpo médico debe asegurarse de

que los parientes sepan que tienen el derecho de impedir el permiso a menos de que esté implicado el forense.

4.3 IGLESIA BUDISTA

El camino de la vida budista ofrece preceptos para el bienestar ético y espiritual de cada individuo y los exhorta a tener compasión por cualquier forma de vida. Dado que creen en la reencarnación, todos los budistas deben aceptar la responsabilidad de la manera en que ejercen su libertad, ya que las consecuencias de la acción pueden ser vistas en vida posteriores. Por tanto, es importante que el individuo se comporte correctamente y esto incluye no matar. El aborto y la eutanasia activa no están permitidos. Los budistas aceptan las transfusiones de sangre y el trasplante de órganos ya que en sus creencias, es fundamental ayudar al prójimo. El paciente budista con frecuencia es vegetariano y a menudo buscará la ayuda del cuerpo médico para asegurarse de que pueda tener un tiempo de total tranquilidad para meditar.

En los moribundos puede rechazarse la administración de medicamentos que pueden obnubilar la conciencia si éstos interfieren en su capacidad para meditar, especialmente porque meditar sobre su propia muerte ejercerá influencia en la siguiente reencarnación.

¹⁶BAUM, Gatner, psicología pastoral, Bilbao 1997.

Los budistas generalmente creman a sus muertos con el fin de que su alma pueda ser liberada del cuerpo para entrar dentro de su siguiente existencia. Normalmente no hay ninguna creencia solemne final, con excepción de que el cuerpo debe ser envuelto en una sábana lisa, sin ningún símbolo después de que el cuerpo médico realizó los servicios tradicionales finales. El tiempo de depósito depende del calendario lunar y puede variar de tres a siete días. Lo más importante es que el sacerdote Budista, (preferentemente de la misma escuela de la persona fallecida), sea informado lo más pronto posible. La mayoría de los budistas estarían muy satisfechos de poder proporcionar el nombre de "a quién llamar" cuando son admitidos en el hospital, y si están agonizando apreciarían una visita del sacerdote budista antes de morir.

4.4 JUDAISMO

Los preceptos religiosos que se siguen son muchos y muy complejos. Incluyen el culto a un sólo Dios, cumpliendo con los tradicionales mandamientos que se le dieron a Moisés y explicados por el Rabino, y practican la caridad y la tolerancia hacia sus semejantes. El Sabático Judío empieza el viernes por la tarde antes del anochecer y termina con la aparición de las tres primeras estrellas el sábado por la " noche.

Los judíos ortodoxos no pueden escribir, encender aparatos eléctricos, cocinar, viajar, enterrar a sus difuntos ni firmar documentos durante el Sabático; Los .judíos

están encomendados a venerar la vida y la vida de salvación sobre todos los mandamientos y por ello, en ciertas circunstancias ubicarán el Sabático y los festivales por debajo de las necesidades del cuidado de la salud cuando posiblemente se ponga en juego la vida de alguna persona.

El Sabático es el día de descanso y existen servicios de sinagoga los viernes por la noche y los sábados por la mañana. Cuando el Sabático termina, se enciende una vela y se da una bendición por la semana subsiguiente. La posibilidad de encender velas (ya sea que signifique el inicio del Sabático, el final del mismo o algún otro festival), es fuertemente valorado por el paciente judío cuando se encuentra hospitalizado.

Las restricciones alimenticias están generalmente provistas de alimentos especialmente preparados de acuerdo al ritual judío ("Kosher") y asegurándose de que la carne y la leche no estén mezcladas en el mismo platillo. (Algunas zonas pueden tener un Hospital especial con servicio de alimentos Kosher).

La religión y la cultura judía están inexplicablemente mezcladas y no todas las familias serán ortodoxas. El cuerpo médico tiene la posibilidad de discutir las necesidades individuales con los familiares implicados.

El Judaísmo enfatiza el valor de la vida y la falta de un adecuado apetito puede angustiar a los parientes quienes pueden creer que la persona se está "dando por vencida" muy rápido.

Aun cuando existen oraciones especiales que pueden rezarse en tiempo de enfermedad y cuando se acerca la muerte, en el Judaísmo no hay ninguna necesidad particular de que un intermediario proporcione los "últimos ritos" y por tanto, un judío agonizando puede solicitar no ver a un Rabino. Cuando, la muerte ocurre, hay manera respetuosa y especial de tratar el cuerpo y no se permite ninguna mutilación del mismo a menos de que haya alguna disposición legal definida para practicar una autopsia.

Los judíos ortodoxos no desearían que sus órganos les fueran retirados para trasplante. En primer término, ningún órgano vital deberá ser retirado del cuerpo hasta que la muerte haya sido demostrada por el paro completo de todas las funciones vitales espontáneas y no solamente por lo que se conoce como "muerte clínica", como en el caso de daño cerebral irreversible.

Subsecuentemente, dichos órganos de trasplante no deben ser utilizados en intervenciones quirúrgicas que estén en una etapa experimental y deben ofrecer al receptor un pronóstico razonablemente alentador.

El funeral generalmente se lleva a cabo en el transcurso de 24 horas o tan pronto como sea posible y el cuerpo, por lo general, se entierra. Un "vigilante" puede permanecer con el cuerpo hasta el momento del entierro. Dependiendo del sexo del difunto(a), un compañero o compañera prepara el cuerpo en presencia de tres miembros de la comunidad. El cuerpo es lavado en forma especial y amortajado antes de ubicarlo en un sencillo ataúd y de que se pronuncien las oraciones. Hay un periodo de luto familiar de siete días durante los cuales se reza y los dolientes visitan a la familia acongojada.

Es importante que el cuerpo médico o el asistente traten al cuerpo con respeto y con cuidado por el pudor del individuo. No deben lavar el cuerpo, simplemente cerrarle los ojos, enderezarle los miembros, envolverlo en una sábana sencilla y trasladarlo a la funeraria. Si hay necesidad de tocar el cuerpo, deben utilizar guantes desechables.

4.5 HINDUISMO Y SIKHISMO

Para los asiáticos, la higiene y el pudor son dos aspectos muy importantes de la vida así como el respeto hacia los profesionistas de cualquier raza. Se espera que los practicantes de la medicina tradicional (ayurvedos) sean hábiles, incorruptos y que respeten la confidencialidad. De aquellos que practican la medicina occidental se espera que mantengan en alto los mismos patrones. No hay ningún problema en relación a las transfusiones de sangre ni al trasplante de órganos.

A los Sikhs no les agrada la idea de que se realice la autopsia, pero la aceptan si es requerida por el forense. El cuerpo debe dejarse en libertad tan pronto como sea posible para permitir que el funeral tenga lugar; generalmente la cremación. Los parientes pueden desear llevarse el cuerpo (o las cenizas) a su casa para enterrarlo.

Si un paciente Hindú está agonizando en el hospital, los parientes pueden traerle dinero y ropa para que los toque antes de distribuírselo a los necesitados. Si los visitantes no pueden ir al lado del lecho por sí mismos, les agradecerán a los asistentes que los ayuden a hacerla. Algunos parientes también aprovecharán la oportunidad para sentarse con el paciente moribundo y leer un libro sagrado, por ejemplo: Bhagavad gita, Capítulos 2, 8 y 15. Si el sacerdote Hindú está presente, puede ayudar a las personas a aceptar la muerte (como lo inevitable) de una manera filosófica. Puede, así mismo atar un hilo alrededor del cuello o de la cintura del paciente como una bendición. El paciente puede desear acostarse en el suelo para estar más cerca de la madre tierra en el momento de la muerte y ayudar así a la subsiguiente encarnación. Después de la muerte, los parientes procederán a lavar el cuerpo y vestirlo con ropa nueva antes de sacarlo del hospital. Tradicionalmente, el hijo mayor del difunto será quien encabece esto independientemente de lo joven que sea. La familia puede desear llevarse el cuerpo a la India para que sea cremado y subsecuentemente esparcir las cenizas en el Río Sagrado.

4.6 RELIGION MUSULMANA

Los Musulmanes son originarios de todo el mundo. Algunos pueden ser europeos o norteamericanos, pero en Gran Bretaña la mayoría de los musulmanes son de la India, Bangladesh, Pakistán, África y de los países Árabes. Por lo tanto, el idioma de los musulmanes depende del país de origen: Urdu, Punjabi, Gujarati o Arabia. Los seguidores del Islam son adecuadamente llamados Musulmanes y no debe referirse a ellos como mahometanos. Su libro sagrado es el Corán, y su día sagrado el viernes. Hay varios productos alimenticios que están restringidos, principalmente el alcohol, el puerco y sus derivados.

A los pacientes musulmanes se les debe consultar acerca de sus necesidades personales y que las generaciones antiguas tienden a ser más conservadoras en sus actitudes. Generalmente la mezquita local proveerá los servicios de un imán o sacerdote cuando la familia no ha establecido aún el contacto necesario.

Las labores religiosas que un 'practicante musulmán deseará llevar a cabo Son conocidas como los cinco "pilares" del Islam:

- ❖ Fe en Dios; oración diaria (cinco veces al día además de las abluciones o lavamientos);
- ❖ Ayuno o abstinencia durante el Ramadán; Dar limosnas; Realizar una peregrinación a la Meca. Un paciente en cama necesitará una oportunidad para lavarse (preferentemente en agua corriente, esto es vertida de una

jarra) antes de rezar y después de ir al baño. Un moribundo deseará continuar su patrón normal de oraciones tanto como sea posible.

No es necesario que una persona en agonía vea a un Islam ya que los parientes generalmente conducen las oraciones, lecturas y ceremonias necesarias. En el momento de la muerte, las últimas palabras en labios de un musulmán deberían ser "No existe ningún otro dios que no sea Alá Y Mahoma es su profeta". Cualquier practicante musulmán puede decir esto al oído del moribundo si éste es incapaz de decirlo por sí mismo. Después del deceso, el cuerpo no puede ser tocado ni lavado por nadie que no sea musulmán. Se le debe voltear la cabeza hacia el hombro derecho (para enterrarlo con la cara hacia la Meca), los miembros enderezados Y el cuerpo envuelto en una sábana sencilla. Generalmente el entierro se lleva a cabo cuanto antes, de preferencia en el transcurso de 24 horas. Lo usual es que no se practique la autopsia, pero si ésta es requerida por el forense, los parientes solicitarán que posteriormente todos los órganos sean devueltos al cuerpo para poder enterrarlo.

Algunos dolientes no manifestarán ningún sentimiento de dolor ya que hacerlo es visto como una señal de falta de fe en Alá. Sin embargo, entre los musulmanes de Pakistán y Arabia es común que el dolor se exprese abiertamente y apreciarán la privacidad para hacerlo. El duelo puede durar cerca de un mes con los parientes y otros visitando y ayudando. Durante los tres primeros días los parientes más cercanos no cocinan pues todas las comidas les son provistas por los visitantes.

Durante 40 días, los parientes más cercanos visitan la sepultura los viernes (días sagrados).

4.7. HUMANISTAS Y ATEOS

Si al ingresar a un hospital el paciente escribe "ninguna" en el espacio correspondiente a religión, esto no siempre significa que no tenga creencias religiosas. Puede significar que no quieren tener relación con ningún miembro de ninguna religión organizada o que no quieren hacer ningún compromiso.

En el hospital, con frecuencia sucede que estos pacientes se sienten contentos cuando platican con algún capellán si el acercamiento inicial es social y no evangélico. Esto puede permitir que se desarrolle una relación que pueda dar espacio al paciente para compartir sentimientos, temores y dudas en relación a su enfermedad y su posible futuro. Saber que el paciente es un "oyente cautivo" puede prevenir cualquier reclamación de haber sido acaparado por un visitante religioso.

"El hombre es la medida de todas las cosas" es la piedra angular de la filosofía humanística, que piensa que el hombre puede, por sí mismo, mejorar su propia situación sin ninguna ayuda sobrenatural. Un humanista, por tanto, tiene fe en la inteligencia del hombre para traer sabiduría y comprensión al mundo y poder resolver los problemas morales de libertad, tolerancia, y justicia y felicidad. Por la

relación tan estrecha entre el cuerpo y la mente es inevitable, señala el humanista, que al morir, la vida del alma de la persona se termine por completo. Por tanto, no creen en la inmortalidad.

El énfasis humanístico en la realización en esta vida conduce a una concentración de esfuerzo por resolver los problemas de dolor, sufrimiento y muerte que buscan limitar ese nivel de realización. Este motor para la investigación y el descubrimiento también está presente en otros sistemas de creencias, como en el Cristianismo, en donde se sostiene que el alivio al dolor y una muerte digna son importantes.

Los aspectos espirituales pueden manifestarse a través de cuestionamientos tales como "¿Por qué me sucedió esto a mí? ¿Por qué ahora? ¿Qué he hecho para merecerme esto? no es justo. ¿Qué soy ahora que me ha pasado esto? Ya no me siento una persona completa..." Estos cuestionamientos son más espirituales que médicos y pueden ser dirigidos a cualquier gente que se encuentre cerca. Cuando una persona está tratando de encontrarle algún significado a una experiencia personal mirará hacia muchas direcciones, empezando con las cosas que lo han hecho encontrar un sentido en el pasado. Esto puede ser su cultura o que la persona ha desarrollado una filosofía de la vida que ha dado siempre respuesta a lo que busca y por tanto le permite enfrentarse a:

- Sensación de vacío/desesperanza: Esto puede ser expresado con comentarios que con frecuencia son cínicos acerca del tratamiento o de las

personas que ofrecen cuidados. La persona enferma puede encontrarle poco sentido a continuar con el tratamiento

- Sufrimiento intenso: El sufrimiento intenso aumenta el sentimiento de desesperanza. "Ya no tolero más esto; ¿qué sentido tiene seguir viviendo así?"
- Alejamiento de Dios, incapacidad para tener fe, : romper con los lazos religiosos/culturales: Afirmaciones de que ya no se cree en Dios, que Dios está muerto o que ha abandonado a la persona, están frecuentemente acompañadas por un sentimiento de impotencia y de vacío internos. Romper con las prácticas culturales y religiosas interrumpe una de las múltiples formas de enfrentarse a las crisis. La razón para ello puede ser que la propia filosofía de la vida no da respuesta a los cuestionamientos que se han originado a raíz de la enfermedad o que la propia imagen de Dios corresponde a la de un niño y en la actualidad parece irrelevante ante lo que sucede en la edad adulta. Estas áreas pueden manifestarse como una incapacidad para tener confianza en las personas que cuidan del enfermo, con grandes sentimientos de inseguridad. "¿Cómo puedo confiar en un hombre si hasta Dios me ha abandonado?". Estos sentimientos generan gran sufrimiento espiritual.

5. ATENCION DE ENFERMERIA A PERSONAS CON SUFRIMIENTO

ESPIRITUAL

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

5.1 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

5.1.1 Definición. Alteración del principio vital que situara todo su ser e integra y trasciende la naturaleza biología y psicosocial del ser humano.

5.1.2 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SUGERIDA PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA.

- Apoyo emocional.
- Apoyo en toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Asesoramiento
- Aumentar el afrontamiento

- Clasificación de los valores
- Cuidados en la agonía
- Dar esperanza
- Facilitar el crecimiento espiritual
- Facilitar el duelo
- Facilitar el perdón
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
- Fomentar la resistencia
- Grupo de apoyo
- Guía de anticipación
- Intervención en casos de crisis

- Presencia.

5.2 INTERVENCIONES OPCIONALES ADICIONALES

-Apoyo a la familia

-Apoyo al cuidador principal

-Apoyo contra abuso religioso

-contacto

-Control del humor

-Declarar la verdad al paciente

-Derivación

-Disminución de la ansiedad

-Escucha activa

-Música terapia

-Potencialización de la socialización

-Prevención de la adicción religiosa

-Terapia artística

-Terapia de actividad

-Terapia de reminiscencia.

5.3 APOYO ESPIRITUAL

5.3.1 Definición

Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias.

Actividades:

-Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.

-Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, si procede.

-Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionen fuerza y apoyo.

-Tratar al individuo con dignidad y respeto

-Animar a participar en integraciones con miembros de la familia, amigos y de más.

-Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

-Compartir las propias creencias sobre significado y propósito, si procede.

-Compartir la propia perspectiva espiritual, si procede.

-Rezar con el individuo

-Fomentar el uso de recursos espirituales, si desea.

-Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con la perspectiva del individuo.

-Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.

-Asegurar al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento

-Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada

5.4 FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL

Definición: Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente del significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.

Actividades:

-Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y otras personas significativas.

-Fomentar la conversación que ayude al paciente a separar los intereses espirituales

-Ayudar al paciente a identificar barreras y actividades que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento.

-Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales.

-Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores

-Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación a la curación del cuerpo, la mente y el espíritu

-Remitir a la atención pastoral o a cuidadores espirituales como garantía de resultados.

5.5 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresante, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papales de la vida cotidiana

Actividades:

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad
- Valorar y discutir las respuestas alterativas a la situación

- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento
- Ayudar al paciente a identificar la información que mas le interesa obtener
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronostico
- Proporcionar al paciente elecciones realista sobre ciertos aspecto de los cuidados de enfermería
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia
- Reconocer la experiencia espiritual y cultural del paciente
- Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades

5.6 CLARIFICACIÓN DE VALORES

Definición: Ayudar a una persona a clarificar sus valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones afectivas

Actividades:

- Crear una atmósfera de aceptación, sin juicios
- Plantear cuestiones reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo en que pensar
- Animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones
- Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa
- Ayudar al paciente a definir alternativas y sus ventajas y desventajas
- Ayudar la decisión del paciente, si procede

5.7 CUIDADOS EN LA AGONIA

Definición: Presentar comodidad física y paz psicológica en la fase final de la vida

Actividades:

-Observar si el paciente padece ansiedad

-Observar los cambios de humor

-Comunicar la voluntad de discutir aspectos de la muerte

-Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte

-Minimizar la incomodidad, cuando sea posible

-Vigilar el deterioro de las capacidades físicas y/o mentales

-Establecer frecuentes periodos de descanso

-Respetar la necesidad de privacidad

-Identificar las prioridades de cuidados del paciente

- Facilitar la obtención de apoyo espiritual al paciente y a la familia

5.8 DAR ESPERANZA

Definición: Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada.

Actividades:

-Ayudar al paciente / familia a identificar las áreas de esperanza en la vida

-Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza

-Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual

-Evitar disfrazar la verdad

-Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados

-Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos

-Proporcionar al paciente / familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo

-Crear el ambiente que facilite al paciente la practica de su religión, cuando sea posible

5.9 FACILITAR LA EXPRESION DEL SENTIMIETO DE CULPA

Definición: Ayudar a una persona a enfrentarse con sentimientos dolorosos de responsabilidad real o percibida

Actividades:

-Guiar al paciente / familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa

- Ayudar al paciente / familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o se generan estos sentimientos

-Ayudar al paciente/miembros de la familia a identificar su comportamiento en la situación de culpa

-Ayudar a la familia a aceptar que la culpa es una reacción universal a enfermedades catastróficas

-Facilitar la discusión del impacto de la situación sobre las relaciones familiares

5.10 FACILITAR LA PRACTICA RELIGIOSA

Definición: Facilitación de la participación en practicas religiosas

Actividades:

- Identificar las inquietudes de paciente respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, ceremonias)
- Fomentar el uso y la participación en cualquier ritual o práctica religiosa que no perjudique la salud
- Tratar al individuo con dignidad y respeto
- Dar oportunidades para comentar diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo

- Fomentar la planificación del ritual y la participación en él, según sea conveniente

5.11 INTERVENCIÓN EN CASOS DE CRISIS

Definición: Utilización de asesoramiento de corto plazo para ayudar al paciente a enfrentarse a las crisis y retomar un estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo a la crisis

Actividades:

- Disponer de un ambiente de apoyo
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámicas de la crisis
- Ayudar en la identificación de habilidades pasadas/presente para enfrentarse a la crisis y su eficacia
- Ayudar a la identificación de valores y habilidades personales que puedan utilizarse en la resolución de la crisis

- Ayudar en el desarrollo de nuevas habilidades para solucionar problemas, si resulta necesario
- Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponible
- Presentar al paciente a personas que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.

5.12 ACOMPAÑAMIENTO

El médico y el personal de Enfermería no deben dejar de atender al enfermo con toda solicitud aún cuando no se pueda curar. Sigue vigente el clásico principio de la ética médica que sintetiza la función asistencial de: Curar, Aliviar, Consolar.

La muerte es el proceso de continuas pérdidas experimentadas en cualquiera de las dimensiones de la persona. No se debe caer en la negación de la muerte aún a sabiendas de que “muerte y envejecimiento están, con frecuencia inconscientemente, estrechamente asociados”¹⁶.

Es justamente en la fase terminal de la vida cuando la técnica es muy útil, particularmente para controlar el dolor y procurar *confort*, pero es también la hora de la verdad de la relación y cuando la vida que se presenta en su fragilidad

extrema, solicita el sentido en el encuentro con un semejante que esté dispuesto a cubrir la fragilidad cuando él no puede, para aliviarlo en el sufrimiento, procurándole calor, consuelo y apoyo. Y este es el significado de paliar. Allí donde no se puede anular la raíz del sufrimiento porque procede en su gran parte de la dependencia o de la proximidad de la muerte, se puede aliviar, cubrir con el “pallium” o manto de la relación interpersonal.

En este sentido, se puede decir con Spinsanti, que estamos ante la dimensión femenina de la medicina que no se limita a curar, sino a cuidar y que recurre a los instrumentos terapéuticos más antiguos: la palabra y la mano.¹⁷

Cuando hablamos de *relación de ayuda* estamos aludiendo al arte de acompañar a otra persona a afrontar sus dificultades, a resolver conflictos, a vivir lo más sanamente posible en medio de la enfermedad,¹⁸ promoviendo al máximo la libertad y la responsabilidad del destinatario de la ayuda y ofreciéndole como recursos de ayuda precisamente los elementos de la comunicación interpersonal, hechos sobre todo de actitudes y habilidades de interacción personal.

¹⁷L. Sandrin, *Aspetti Psicologici della persona Anciana* (Roma 1994) 4.

¹⁸Cf. S. Spinsanti, “Cuando la medicina si fa Materna” en O. Corli, (a cura di), *una medicina per chi muore* (Roma 1998) 14.

¹⁹Cf. AA VV; *vivir sanamente el sufrimiento* (Madrid 1994).

5.13 INFORMACIÓN:

La muerte es un hecho trascendente que afecta a la persona y a su entorno (familia, amistades, etc.). Se podría decir que cada uno tiene "derecho" a «vivir su propia muerte»; esto sería imposible sin la información adecuada. La tarea de informar debería corresponder a personas de confianza como los familiares, pero en la práctica esa tarea recae muchas veces sobre el personal sanitario. Es preciso saber dosificar la información. El engaño al paciente nunca es positivo, pues a fin de cuentas es él quien se va a enfrentar con su propia muerte. Por otra parte, de casi siempre el paciente es consciente de su situación grave y verse rodeado de medias verdades o mentiras aumenta su ansiedad y, sobre todo, su soledad.

Atención espiritual y social: no se puede imponer una determinada conducta en este terreno, pero el médico, en el respeto de la libertad del enfermo, debe ofrecer la posibilidad de recibir la asistencia espiritual que desee y la posibilidad de atender a obligaciones morales graves como otorgar testamento, etc. antes de recurrir a medicaciones que puedan privarle de la conciencia.

Tratamientos paliativos: son aquellos que se administran para hacer más soportables los efectos de la enfermedad y especialmente eliminar el dolor y la ansiedad.

Cuidados mínimos: son aquellos que se deben a toda persona por el hecho de serlo, por lo que nunca pueden abandonarse, ya que responden a la consideración debida a la dignidad de la persona humana:

- Alimentación: oral o por sonda naso gástrica o gastrostomía. La nutrición parenteral total sólo debe administrarse cuando hay una razón curativa o paliativa clara, pero no parece razonable cuando se llega a una situación terminal.
- Hidratación: forma parte de las medidas paliativas, pues elimina la sed, contribuye a la estabilidad hemodinámica y, por tanto, contrarresta el malestar del paciente.
- Cuidados higiénicos: mantenimiento de la piel, medidas antiescaras, higiene de la boca, cambio de ropa de cama, limpieza, etc.

CONCLUSIONES

Todos el personal de Enfermería que brinda atención al paciente en la Unidad de Cuidados Críticos debe estar capacitado para enfrentar a la persona desde su espiritualidad proporcionándole comodidad, seguridad, confianza, fe y esperanza en el ser supremo al cual adora.

Todos los patrones religiosos influyen en el pensamiento y en la conducta del paciente en estado crítico.

No todos serán igualmente fervientes devotos de su religión o filosofía de la vida y pueden no haber pensado en una clara posición religiosa agnóstica o ateísta, sin embargo, esto no quiere decir que no tendrá necesidades espirituales distintas a sus necesidades religiosas. El principal requisito en todos los casos es la privacidad tranquilidad, bienestar y el libre acceso a la ayuda y servicio religioso tanto como esa persona lo desee antes que nada, una actitud sensible por parte de todos aquellos que cuidan del paciente critico.

Es indispensable que las personas que cuidan a los enfermos hospitalizados en las unidades de cuidado critico adquieran sensibilidad frente al sufrimiento espiritual para que les puedan dar, tranquilidad y armonía interior.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FONNEGRA DE JARAMILLO, Isa. De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir más placidamente. Intermedio editores. 1999, Bogotá. Pp 73-77.
2. CARPENITO. Lynda Juall. Diagnósticos de Enfermería Interamericana McGraw-Hill. México. P664.
3. VELEZ CORREA, Luis Alfonso. Etica Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín Colombia. 2002. p 61
4. Ibid. P 61
5. es.wikipedia.org/wiki/Espiritualidad
6. MA-ANIC, Le Scuole di spiritualità nel magistero pontificio, 1964, p.36
7. CARPENITO. Op Cit. P 664.
8. PALMER, Harry. El manejo de las creencias
[http://www.avatarepc.com/html/belief\(spn\).pdf](http://www.avatarepc.com/html/belief(spn).pdf)
9. W. Astudillo, C. Mendinueta, "El sufrimiento en los enfermos terminales" en W. Astudillo, C. Mendinueta, E. Astudillo, Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia (Pamplona 1995) 272.
10. ERIKSON, Eric. Infancia y sociedad. Paidós. Buenos Aires, p 15..
11. BERMEJO, José carlos. Acompañamiento a los adultos mayores en situación de dependencia o enfermedad. Santander, España. 1998.
12. BERMEJO, José Carlos. Relación de ayuda. Santander, España. 1999.
13. FRANK, Víctor. El hombre en busca de sentido: <http://es.wikipedia.org/wiki/>
14. VELASQUEZ, Eva Lina y ALVAREZ, Carlos G. Hacia la luz., para una pastoral de la muerte. Ediciones Paulinas. Bogotá, 1997.

15. Ibid. P 16.

16. BAUN, Gatner, Psicología Pastoral. BilBao. 1997.

17. Sandrin, Aspetti psicologici della persona anziana. Roma. 1994. p4.

18. Cf. AAVV., Vivir sanamente el sufrimiento. Madrid. 1994..

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ ECHEVERRI, Tiberio. El cuidado paliativo en casa al paciente Terminal. 2001. Pág. 2 – 11

ANTOLINEZ, B. Espiritualidad y cuidado. EN: GRUPO DE CUIDADO. El arte y la Ciencia del cuidado. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos. Bogotá, 2002.

BAYES, R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Martínez – Roca. 2001. Barcelona.

BAUM, Gatner. Psicología Pastoral: Introducción a la praxis de la pastoral curativa. Bilbao. 1997.

BRANDON, M. Diccionario de las religiones comparadas. Ediciones Cristiandad. Madrid. 1975,

BEJARANO, P. y JARAMILLO, Isa. Morir con dignidad: Fundamentos del cuidado Paliativo. Editorial Amazonas, Bogotá. 1992

BERMEJO, José Carlos. Acompañamiento a los adultos mayores en situación de dependencia o enfermedad. Santander, España. 1998.

BERMEJO, José Carlos. La relación de ayuda en el ministerio del dolor. Madrid. 1996.

CAMPBELL, C. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos. Doyma. Barcelona. 1987

CARPENITO, Linda Juall. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica, McGraw-Hill. Interamericana. 9 edición. Barcelona. 2002. Pág.. 664-678.

CENTRO DE SALUD BIDEBIETA. Sociedad curativa del cuidado paliativo. San Sebastián. La paz. 2000.

COOK,JS Y FONTAINE K.L Conceptos de enfermería en salud mental y psiquiátrica . Interamericana Mc. Gram Hill. 2003 Mexico

CORREA VELEZ, Luis Alfonso. Etica medica. 2 edición. Panamericana. México 2002. Pág. 58 – 63

DE MIGUEL, Armando. ¿Qué haría si le dijeran que va a morir mañana? El libro de las preguntas. Martínez – Roca. S.A. Bogotá. 1999.

JARAMILLO, Isa Fonnegra de. Introducción al proceso de morir y la muerte: última etapa del desarrollo humano. Publicaciones Omega, Bogotá. 19996.

JARAMILLO, Isa Fonnegra de. De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente. Intermedio Editores. 1999. Bogotá.

KANFER, FREDERICK Y ARNOLD GOLDTEIN, Como ayudar al cambio en psicoterapia, Bilbao Barcelona1993

KÜBLER - ROSS, Elisabeth. La muerte y el morir. .McMillan Publishing. 1996

MCCLOSKEY DOCHTERMAN Joanne y BULECHEK, Gloria M. Clasificación de intervenciones de enfermería. 4 ed. Madrid 2004. pag 808, 809, 899, 900

MON BOURQUETTE, JEAN Y DENISE LUSSIER- RUSSEL. Preparando el adios : como enfrentar dignamente el el fin de la vida. Editorial San Pablo: Santa fe de Bogotá 1998.

NAGEL, Thomas. La muerte en cuestión. Ensayos sobre la vida humana. Colección popular. Fondo de Cultura económica. México. 1997.

NANDA, Diagnósticos de Enfermería 2003 – 2004. Pág. 193 – 194

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1999-2000. Harcourt. Madrid. 1999.

NULAND, Sherwin. ¿Cómo nos llega la muerte? Reflexiones sobre la etapa final de la vida. Norma, S.A. Círculo de Lectores. Bogotá. 1995.

PARTERA M. Y COLB. E. Manual de ética y legislación en Enfermería. España 1996. Pág. 101 – 103

RODRIGUEZ, R. Medicina del dolor y cuidados paliativos. Universidad Libre de Cali. 1972

RODRIGUEZ, Pepe. Morir es nada. Cómo enfrentarse a la muerte y vivir con plenitud. Domingraf. Barcelona. 2002.

SHERR, Loraine. Agonía, Muerte Duelo. Manual Moderno. México. 2000. Pág. 38 – 51.

TRAVELBEE JOYCE. Naturaleza de la enfermería psiquiátrica. OMS/OPS Cali Colombia. 1986.

THUMPSON H, Ética en enfermería, México 1984.

