

Dimensión espiritual en el ser humano

Spiritual Dimension in the Human Being



María Teresa Uribe Escalante

Doctora en Filosofía, docente del programa de Enfermería (UCO). Contribuye con el grupo de investigación Atención Primaria en Salud, línea de Cuidado Paliativo.



ORCID: 0000-0003-2043-9574.

Correo electrónico: mturibee@gmail.com.

Resumen

Toda persona como ser integral tiene dentro de sus dimensiones la espiritualidad que, al percibirla cotidianamente, le permite vivir plenamente y gozar de un estilo de vida saludable. Se requiere, para adquirirla, una actitud de profundidad íntima y arraigada en la conciencia o percepción de sí mismo, para lo cual, el ser humano puede cultivando su dimensión espiritual dándole importancia durante su ciclo vital a su identidad como persona, a su existencia, su trascendencia, su libertad y su vocación, que concretan el quehacer de la vida personal. De igual forma, sus creencias, sus esperanzas, el cuidado de sí, el sentido para cada acción y las relaciones interpersonales, determinan la realización de cada Ser, le imprimen el sello de ser espiritual. En la situación de crisis o enfermedad, se agudizan sus perplejidades de la vida, sus cuestionamientos de realización personal y es allí donde afloran unas necesidades espirituales que requieren ser atendidas para darles respuesta y solución a posibles conflictos personales o de trascendencias que impiden una paz interior y un desenlace final feliz. En el aspecto de la salud, prima la espiritualidad con lo que el enfermo manifiesta el sentimiento de sí y busca información de todo tipo para hacerse a la idea de lo que ha sido y en quién se va a convertir, por lo que necesita orientaciones para el acompañamiento espiritual que busque su propia aceptación, su situación presente y lo lleve a una trascendencia con esperanza de una muerte digna y tranquila.

Palabras clave

Empatía, religión, cuidado paliativo al final de la vida, enfermería holística, espiritualidad.

Abstract

Every person as an integral Being has within his/her dimensions the spirituality that, when perceiving it daily, allows them to live fully and enjoy a good healthy lifestyle. In order to acquire it, requires an attitude of intimate depth and rooted in the consciousness or perception of himself; for this, it is cultivated by giving importance during his life cycle, of his identity as a person, his existence, his transcendence, his freedom and vocation, which specify the to do list of personal life. In the same way, their beliefs, their hopes, self-care, the meaning for each action and interpersonal relationships, determine the realization of each Being; they imprint the stamp of spiritual Being. In the situation of crisis or illness, their perplexities of life, their questions of personal fulfillment are sharpened and it is there, where spiritual needs emerge that need to be attended to in order to give them a response and solution to possible personal or transcendental conflicts that prevent inner peace and a happy outcome. In the health aspect, spirituality prevails with what the person expresses the feeling of himself and seeks information of all kinds to get an idea of what he has been and who he is going to become, so he needs guidance to the spiritual accompaniment that seeks his own acceptance, his present situation and takes him to a transcendence with the hope of a dignified and peaceful death.

Key words

Empathy, Religion, Palliative care at the end of life, Holistic nursing, Spirituality.

Introducción

Este artículo de reflexión da prioridad a la dimensión espiritual en el Ser humano con base, por un lado, en una profunda convicción propia de su importancia en cada persona para corroborar que la espiritualidad no es solo creencia religiosa sino algo más que ocupa lo trascendente de la cotidianidad. Por el otro lado, exponer las concepciones de diferentes autores que han reflexionado y trabajado dicha dimensión. Igualmente, hay una descripción al final de algunas categorías trabajadas en una investigación cualitativa de corte fenomenológico sobre la percepción de las necesidades espirituales en los familiares de pacientes institucionalizados por enfermedad crónica irreversible o en fase final de la vida. El propósito del artículo es exponer algunas características sobre Espiritualidad, que exprese todo aquello que se produce en el interior de la persona en crisis, que la transforma y le da sentido a su vida, a su enfermedad, a sus sufrimientos y al final de su vida.

Desarrollo

El ser humano es considerado una persona íntegra en sus dimensiones biológica, psicoemocional, sociocultural, familiar, ecológica y espiritual, las cuales le dan una visión de hombre holístico, único, irrepitible y no fragmentado. Es así como cada persona tiene una vida propia, personal e intransferible que debería poder de-

sarrollarse a través de sus capacidades más elevadas y sentimientos espirituales como el amor, la alegría, la pena, la contrición, la compasión, los cuales requieren la aprehensión de su inteligencia, su libertad y su voluntad; sentimientos genuinos que Von Hildebrand (2009) denomina «experiencias intencionales» (p. 11). Además, el significado de persona para Juan Manuel Burgos Velasco (2008) es:

Un ser digno en sí mismo, pero necesita entregarse a los demás para lograr su perfección, es dinámico y activo, capaz de transformar el mundo y de alcanzar la verdad, es espiritual y corporal, poseedor de una libertad que le permite autodeterminarse y decidir en parte, no solo su futuro sino su modo de ser, está enraizado en el mundo de la afectividad y es portador y está destinado a un fin trascendente (p. 37).

Igualmente, la estructura de la persona abarca todas sus dimensiones por ser la suma de ellas, va más allá y permanece en el tiempo, porque sus acciones son manifestaciones de su ser único e intransferible que recibe influencias de su contexto cultural, su entorno más inmediato, sus conocimientos, aprendizajes y sus relaciones interpersonales principalmente (Mollinedo de Boy, 2011, p. 114).

Pedro Laín Entralgo (1984) manifiesta que la función radical del espíritu se divide en dos as-

pectos: el primero visto como la idea de sí mismo, la libertad y la vocación, que concretan el quehacer de la vida de cada persona. El otro aspecto, las creencias, la esperanza y los amores, que determinan la realización máxima de cada ser, lo que lo hace una persona irreplicable, única, y un ser satisfecho consigo mismo. Como expresa el Dr. Carvajal, médico pionero de la medicina bioenergética en Hispanoamérica y creador de la sintergética: «Integrar nuestro yo espiritual en nuestra vida cotidiana forma parte del reto de vivirnos plenamente y de gozar de una auténtica salud» (Carvajal Posada, 2017, 17 de febrero). Se puede apreciar, con las anteriores referencias, que el Ser humano tiene además del cuerpo físico una mente y un espíritu que conforman el todo como una unidad, su Ser y su espíritu posee un valor intrínseco y trascendente que lo llevan a formar su ser cabal pero que para lograr su perfección debe interrelacionarse con los demás, actuar en convivencia por ser social para darse a los demás. En adición, es una persona poseedora de libertad que le permite autodeterminarse, tomar decisiones y tener arraigo al afecto, al amor y demás sentimientos y emociones. Solo el hombre como persona puede trascender en su existencia, descubriendo así su sentido de vida para establecer un quehacer, un sentir, un tener y en qué desempeñarse día a día, configurando así sus valores y su proyecto de vida, para buscar ese anhelo que lo lleve a disfrutar de su condición plena de ser humano.

Consecuentemente, se podría expresar que la espiritualidad viene dada por la existencia del ser, su trascendencia y el sentido que le otorgue a

su quehacer, sentir, hacer y compartir. La espiritualidad, pues, es una aspiración y una actitud profundamente arraigada en el ser humano, y profundamente íntima: pertenece al dominio interior, a la conciencia o percepción de uno mismo en el universo y su relación con los demás, así como a su desarrollo en el camino de la existencia (Gomis Clara, 2011). La espiritualidad tiene un componente religioso, una creencia religiosa puesta en un ser Superior pero no lo es todo, la dimensión espiritual en la persona la lleva a ir más allá, a pensar en su existencia, en el significado de su vida, a darle sentido a su ser, a trascender; porque se realiza preguntas relacionadas con su identidad, el amor, la esperanza, el sufrimiento, la enfermedad, la muerte, la culpabilidad, el perdón, la autonomía y la responsabilidad, es decir, todo lo que concierne a su existencia. Una frase del Dalái Lama sobre espiritualidad expresa que todo aquello que se produce en el interior de la persona es una transformación y el propósito de su vida es ser feliz. Desde el momento en que se nace, cada ser humano busca la felicidad y trata de evitar el sufrimiento (Dalái Lama, 2001). En la espiritualidad cristiana se habla de una vida espiritual refiriéndose a la intimidad del ser, lo más personal que florece y se acrecienta en la relación íntima que Dios busca establecer con cada persona para, finalmente, llegar al culmen en la contemplación de su propio testimonio de dar la vida por los demás, en el amor. Igualmente, la dimensión espiritual tiene en cuenta las creencias propias, la conducta, las emociones y sentimientos, las relaciones interpersonales, las prácticas religiosas, es el cómo encuentra la razón de su ser, el sentido y

orientación a su vida. Viktor Frankl expresa que la persona que tiene un porqué vivir, encuentra el cómo hacer esa vivencia (Frankl, 1993). Es darle un sentido a su vida, buscar el afecto manifestado en todas las formas de amor, paternal, filial, fraterno, y se muestra en el entusiasmo, la tristeza, la gratitud y otros valores que implican al corazón como centro de la afectividad, en donde el entendimiento, la voluntad y el mismo corazón son centros fundamentales del hombre, que ofrecen respuestas afectivas de un alto nivel espiritual (Von Hildebrand, 2009, pp. 80-89). La trascendencia es espiritualidad en la interioridad del ser humano, es exclusiva e inherente de cada persona, tan solo le pertenece a ella y es la que la constituye como un ser humano y diferencia del reino animal y, a su vez, es una trascendencia de la persona en acción, hay una búsqueda por el sentido en la vida para lograr coraje y confianza, al perdonar, amar, orar y ver más allá del sufrimiento. La espiritualidad, comenta en su tesis doctoral Vilalta i Vilalta (2010, p. 15), es la que da sentido y profundidad a la existencia humana integrada a sus aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos para que, a partir de esa espiritualidad, cada persona se la apropie y surja la opción para dar sentido a la vida de acuerdo con sus creencias y personalidad.

Ahora bien, el aspecto espiritual de la vida humana hace parte de su integridad y cuando aflora el sufrimiento, la enfermedad o las crisis, situaciones frecuentes durante la vida de una persona, se manifiesta un reflejo agudo de la personalidad que lo revela en su autenticidad, despojándolo de todas sus máscaras vivenciales,

y es por ello que se hace más inminente prestar atención al aspecto espiritual sin descuidar las demás dimensiones; entre estas se encuentra la dimensión metafísica del ser humano, que ante las crisis se activa inconscientemente, y es cuando surgen los interrogantes sobre el sentido de los acontecimientos relacionados con la existencia. Lo que ocurre durante una enfermedad crónica irreversible puede ser un buen ejemplo de lo que se viene diciendo, pues, aunque el tiempo de la enfermedad está colmado de aspectos ligados al cuerpo como las sensaciones de dolor, las incomodidades o la sintomatología, usualmente los enfermos crónicos realizan búsquedas personales que les permitan trascender su situación, explorando conexiones con su entorno o con ellos mismos.

El presbítero Jesús Conde Herranz (2004, p. 344), al referirse a la fase terminal de un enfermo en cuidados paliativos, en un análisis escueto del ser espiritual, expresa que todo enfermo en estas circunstancias y hasta los mismos cuidadores, familiares en algún momento, se interrogarán sobre: ¿qué se puede saber acerca de sí mismo?; ¿qué le cabe esperar?; ¿qué se debe hacer?; ¿quién es en sí mismo? Y otra serie de interrogantes de sí mismo, los demás, la naturaleza y el Ser superior o Dios. Por lo general, estos enfermos en fase terminal perciben y manifiestan una idea de sí mismos a partir de su pasado y buscan información de todo tipo para hacerse a la idea de lo que son en el presente, así como también se preguntan en qué y en quiénes se van a convertir. Se juzgarán y valorarán a sí mismos partiendo de la percepción adquirida en ese momento de

crisis al final de sus vidas. Igualmente, intentan medir y apreciar con cuidado, el mayor o menor margen de libertad disponible, para atenerse a las posibilidades con las que pueden contar, con el fin de seguir su realización de vida. Procuran indagar sobre lo que puede continuar sintiendo cada uno, para seguir su vida por sí mismos o con ayuda y dependencia de otros y todas las demás realidades dadas en su entorno inmediato. Cada enfermo revisa las creencias religiosas o confesionales que han orientado su vida, los arreglos que pudiesen hacer en ellas para conferirles mayor o menor incertidumbre o certeza, en función de la influencia ejercida en el momento y contexto actual. Su comportamiento en el sentir y actuar, de un modo u otro, va a depender de lo que predomine en su espíritu, como sentimientos de esperanza, desesperación o desesperanza. Es así, confirma Conde Herranz (2004), que en el proceso de enfermedad en fase terminal, con expresiones tácitas o explícitas de los enfermos, aflora una variedad de signos y síntomas que se deben percibir como sintomáticas de unas carencias a las que hay que dar respuesta, y que dichas necesidades, más que orgánicas, son de tipo psicoemocional y espiritual principalmente.

En la realidad de los cuidados paliativos, se debe integrar al cuidado la indagación, la detección y el análisis de las necesidades espirituales, ya que, como expresa Colombero (1998, p. 122), el enfermo establece una relación con su enfermedad, sospecha de su gravedad, aun antes de quien lo cura, y elabora una reacción de defensa en donde se involucra todo su ser, su identidad, el papel social y económico, el mundo afectivo, sus

proyectos. Dentro de la filosofía de los cuidados paliativos existe la consciencia para detectar las necesidades espirituales, y José Carlos Bermejo Higuera (2009) se expresa acerca de las necesidades del enfermo al final de la vida, al considerar que, por un lado, están las necesidades específicamente religiosas relacionadas con la fe y creencias de acuerdo con el estado confesional de cada grupo familiar y, por el otro lado, están las necesidades espirituales que reflejan un modo de considerar a la persona y un punto de partida para comprenderla; se da una visión integral donde se preste atención al cuerpo, a la dimensión intelectual, la emotiva, la relacional o social y la espiritual. La relación con la persona enferma que sufre, que está vulnerable y reducida, con frecuencia la lleva a pensar en el final de la vida, a cuestionarse por ese sufrimiento, ese dolor, y sin querer, entra en el escenario Dios o el Ser superior, a quién se le interpela y quizás se le culpe por la situación.

Dentro de los planes y cuidados en enfermería dirigidos a los pacientes que ameritan atención paliativa y sus familias, la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (2014), busca que la dimensión espiritual sea especialmente tenida en cuenta, persiga una realización, un fundamento y sentido para ir tras la trascendencia espiritual, porque si no se lograra alcanzar, habría un riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida, mediante la conexión con ese Yo interior, con otras personas y con otros aspectos de su vida cotidiana, llevando a la persona enferma a un riesgo de sufrimiento espiritual. El

sufrimiento espiritual es una experiencia subjetiva de angustia y estrés desencadenada por una crisis existencial difícil de describir, y relacionada con sensaciones o vivencias negativas que generan malestar más o menos intenso a nivel integral del ser humano.

La espiritualidad en los cuidados de enfermería se tiene en cuenta dentro de los diagnósticos de enfermería, los cuales se incorporaron a la clasificación dada por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) a partir de la década de los años 70-80, con el fin de construir un lenguaje común para la profesión. La NANDA se hace internacional más adelante y define en sus reuniones bianuales los diagnósticos en los que enfermería puede actuar de forma independiente sin la orden médica. Dichos diagnósticos tienen un riguroso proceso de consenso y comprobación en la práctica a través de evidencias, investigaciones, revisión y difusión. Así por ejemplo, la inclusión de los diagnósticos de enfermería relacionados con lo espiritual (Pinzón de Salazar, 2009), se basa en el juicio clínico sobre la respuesta del paciente y su familia a los problemas de salud integral reales o potenciales; a principios vitales o principios que subyacen en el pensamiento o en la conducta sobre los actos, costumbres o instituciones como valores o poseedores de un valor intrínseco, a los que se consideran los valores, las creencias o la congruencia entre ellos, que proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería, las cuales también están normatizadas en los NIC o clasificación de intervenciones de enfermería, para alcanzar unos resultados esperados, como

apoyo espiritual, brindar esperanza, facilitar el proceso del perdón; también se encuentran los NOC (clasificación de resultados esperados por enfermería): cómo proporcionar bienestar espiritual, esperanza, resolución de la aflicción o una muerte digna. Estas actividades facilitadas por enfermería dependen del actuar del paciente y de su familia, se trabajan en conjunto. La espiritualidad, en el ámbito de la enfermería, se define como el impulso o energía interior del ser humano que se revela en la búsqueda de trascendencia y de sentido a través de sus relaciones consigo mismo, con los demás, con el cosmos y con lo inefable que, para muchos, corresponde a un ser superior. Dentro de la clasificación de los diagnósticos de enfermería (DdE) y su relación con la espiritualidad (NANDA I Internacional, 2007-2008), se encuentran:

- El sufrimiento espiritual (angustia o estrés espiritual).
- Riesgo de sufrimiento espiritual que significa el riesgo de sufrir una alteración de la sensación de conexión armoniosa con la vida y con el universo en la que pueden modificarse las dimensiones que trascienden al yo y le confiere poder; disposición para mejorar el bienestar espiritual, o 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.
- Ansiedad ante la muerte, aprensión, preocupación o miedo relacionado con la muerte o con la agonía.

- Desesperanza, estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elección personal y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.
- Duelo anticipado o respuesta y conductas intelectuales y emocionales mediante las cuales las personas, familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.
- Duelo disfuncional, fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las cuales las personas, familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida.
- Impotencia, percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.
- Riesgo de importancia, riesgo de percibir una falta de control sobre la situación o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.
- Disposición para mejorar el afrontamiento, patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Además de los diagnósticos de enfermería anteriores, según el cuidado espiritual en enfermería, Lina Pinzón de Salazar (2009, p. 64) expresa que hay otros diagnósticos enfermeros que comprometen las relaciones de sí mismo, de los otros,

del mundo y, por consiguiente, de la búsqueda de sentido o espiritualidad. Algunos de estos diagnósticos son: aislamiento social; baja autoestima crónica, situacional y su riesgo; deterioro de la interacción social; conflicto del rol parental, deterioro, riesgo y disposición para mejorar el rol parental; interrupción de los procesos familiares y su disposición para mejorarlos; riesgo de suicidio; riesgo de deterioro de la vinculación entre padres, el lactante y el niño; riesgo de violencia autodirigida y dirigida a otros; conflicto de decisiones, y desempeño inefectivo del rol. Por lo tanto, enfermería con conocimiento y destreza en el cuidado de la persona enferma, verifica con el enfermo y su familia (en cuidados paliativos, la familia interviene para que en conjunto se trabaje y se busque la mejor calidad de vida en el enfermo y por ende en el grupo familiar), sus características definitorias, sus factores relacionados en conexión con el grupo familiar, para incluir el diagnóstico de enfermería y buscarle acciones y resultados esperados. Estas necesidades relacionadas con lo espiritual pueden también presentarse independiente de la naturaleza del problema de salud por el que atraviesa un ser humano, porque la persona es, en esencia, un ser carencial que tiene necesidades, básicamente de orden natural y de orden artificial. Las necesidades espirituales son inherentes al ser humano, emergen del interior de la persona y se manifiestan de manera transversal en cada cultura. Sin embargo, el encuentro con la propia vulnerabilidad, con el sufrimiento, la enfermedad, agudiza estas necesidades espirituales y son vividas por cada persona en forma diferente; así por ejemplo, hay quienes encuentran esa vulne-

rabilidad como motivo de santificarse, de recibir la enfermedad como un regalo y la ofrece a un Ser superior, o la persona que se resiente y se irrita, vive contrariada y no encuentra sosiego, el que es indiferente a la situación o el sujeto que llega a una aceptación con resignación por ser su cruz y le tocó llevarla.

Así es que hay personas que conservan la esperanza de un mundo mejor y miran hacia adelante; la superación de las dificultades es intentar convivir con las limitaciones impuestas por el dolor, por el sufrimiento o quizás una muerte cercana. De acuerdo con José Carlos Bermejo Higuera (2009, p. 41-42), en el enfermo ya en fase terminal, entra en juego la esperanza del sufrimiento, la superación o la liberación al interpelarse ¿hasta cuándo?; realizar pactos o fantasear para evitar el desenlace fatal manifiesta un signo de vida y esperanza al esperar un cambio, un bienestar y es ahí donde cabe la importancia de la detección de esas necesidades que reflejan una forma de considerar la persona y un punto de partida para comprender al ser humano desde su visión holística al prestar atención al cuerpo, sus emociones, su intelectualidad, sus interrelaciones y la dimensión espiritual y religiosa. Una vez vista la importancia de detectar las necesidades espirituales, se actúa para mejorar en la toma de decisiones del cuidado integral. Las necesidades espirituales¹² son: necesidad de ser reconocido

¹² VVAA. Necesidades Espirituales: Vimort, J. Ensemble face à la mort. *Accompagnement Spirituel*. Le Centurion; 1987. Thieffrey, JH. Necesidades espirituales del enfermo terminal. En: *Lab Hosp* 1992; 24 (225-226): 222-36. Barbero, J. El apoyo espiritual en cuidados paliativos. En: *Lab Hosp* 2002; 263: 5-24. Payàs, A.

como persona hasta el final de la vida; de volver a leer su vida (narrar la propia vida, descubriendo lo que ha valido la pena y lo que no ha sido significativo); de encontrar sentido a la existencia y el devenir, la búsqueda de sentido (encontrar sentido al sufrimiento, la vida, la enfermedad, la muerte); de liberarse de la culpabilidad, de perdonarse a sí mismo (alcanzar la paz interior); de reconciliación, de sentirse perdonado (perdonar y ser perdonado); de establecer su vida más allá de sí mismo (trascender y proyectarse más allá); de continuidad, de un más allá (perdurar o dejar una huella, conexión con el tiempo); de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas (tener esperanza de algo o de alguien); de despedirse; de expresar sentimientos y vivencias religiosos (fortalecer la relación personal con Dios o un Ser superior y de prepararse para un encuentro en el cielo); de conocer la verdad; de libertad y de liberarse; de amar y ser amado (dar y recibir amor); de asistencia integral desde la Pastoral de Salud (orientador espiritual y/o religioso).

Hablar y permitir las expresiones sobre la muerte, como necesidad apremiante, es lo más frecuente para el paciente crónico irreversible en etapa

Acompanyament espiritual en l'última etapa de la vida. Barcelona: Societat Catalano-Balear de Cures Palliatives; 2002. Payàs, A. Espiritualidad en la última etapa de la vida. En: *Lab Hosp* 2003; 35 (268): 7-14. Torralba Roselló, F. Necesidades Espirituales del ser humano. Cuestiones preliminares. En: *Lab Hosp* 2004; 36 (271): 7-16. Llinares, JB. Necesidades espirituales del enfermo y beneficios del acompañamiento espiritual. En: *Lab Hosp* 2004; 36 (271): 29-58. Bayés, R. y Borràs, FX. ¿Qué son las necesidades espirituales? En: *Med Paliat* 2005; 12: 99-107. Maté, J. Necesidades espirituales en la práctica clínica. Ponencia presentada en el Sexto Congreso de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos. Barcelona: Terrassa; mayo de 2007.

avanzada o con poco tiempo de vida y para sus familiares, lo cual presupone conocer la verdad sobre la enfermedad, evolución y pronóstico. Una reacción más apropiada ante la muerte es la que se vive por etapas, es decir que tanto el enfermo como su familia vayan tomando consciencia de lo sucedido, liberando los estados de ánimo poco productivos y programando un tiempo apropiado para irse despidiendo y aceptando el final de sus vidas. Además se presentan las etapas psicológicas que propone Elisabeth Kübler-Ross (2000), por las que atraviesa el paciente cuando es consciente de su muerte y así mismo la actuación de la familia, que manifiesta la negación, el enojo, la pena, la histeria, el miedo, las quejas, la culpa y la depresión, para que finalmente se busque llegar a una aceptación de la realidad de una forma comprensiva, y el proceso de muerte sea digno y sereno. Esta aceptación se podría traducir como si fuera una rendición al dejarse soltar o dejar de luchar, sin embargo, esta es una entrega al espacio interior del enfermo, a su consciencia, para ir más allá de sí o trascender y encontrar un espacio de serenidad y bienestar.

El enfermo en fase terminal y su familia tienen derecho a estar informados y a saber la verdad si lo solicitan. Esta información y diálogo es personalizado de acuerdo con lo expresado por los sentimientos y emociones del paciente y su familia. Hay que tener compasión, que es una empatía llevada a la acción, y un acompañamiento espiritual donde se escuche y se brinde la mayor confianza posible, para acompañar en el manejo de aquellos momentos difíciles, de incertidumbre e interrogantes y, centrarse en la persona que

comunica sus sufrimientos, y es ahí donde se debe estar abierto al diálogo y facilitar el drenaje emocional. La finalidad de comunicar el pronóstico de la enfermedad debe ser siempre mejorar el grado de bienestar, calidad de vida y tranquilidad tanto del paciente como de su familia. La decisión debe tomarse conjuntamente e intentar llegar a un acuerdo entre todos (paciente, familiares y profesionales paliativistas). El método y la forma de hablar con la familia y el paciente son trascendentales, y para esto se debe tener amabilidad, tacto y humanidad. Sin embargo, el ritmo de la información reveladora, tranquilizadora, paulatina o dosificada y esperanzadora es marcado por el paciente voluntaria y espontáneamente, para darle la posibilidad de tener un control al respecto, respeto por su autonomía y libertad, mientras ello sea posible. El duelo anticipatorio ayuda a los enfermos y sus familiares a percibir la necesidad de tomar consciencia de lo que está sucediendo, en la situación de salud actual, a liberar los propios estados de ánimo, sus emociones y sentimientos. Llega un punto en que el enfermo se dirige a las etapas finales de las establecidas por Elisabeth Kübler-Ross, a la aceptación de un final cercano e inevitable, pero sin perder la esperanza de una buena muerte y de alcanzar una nueva vida, según las creencias que se profesen. En estos momentos es muy importante, dentro de la unidad de cuidados paliativos, la escucha con el tiempo necesario; el diálogo abierto con actitud empática; buscar el sentido de los acontecimientos y trascender para comprender así las pérdidas y que el paciente pueda hacer las paces consigo mismo, con su vida pasada, elaborar el duelo de las separaciones

y trabajar en las necesidades espirituales para alcanzar la serenidad y la paz interior.

En consecuencia, el cuidado integral y el acompañamiento de la persona con enfermedad en estado final están arraigados en la espiritualidad, al cuidar con compasión, que es sentir al otro tal cual se expresa para llevarlo a una acción que lo transforme, la esperanza, aunque muchos de los pacientes manifiestan que la han perdido, y lo que sucede es que no la han entendido, la esperanza humana es la esperanza para los creyentes en un vida eterna y es necesario impulsarla por su importancia terapéutica, porque permite mirar el más allá de los deseos inmediatos, permite una visión trascendente, espiritual y, el reconocimiento de que, aunque la vida de una persona pueda estar limitada o ya no sea productiva socialmente, se le demuestra que el ejemplo que ejerce en su familia, lo que ha realizado y el legado que les deja, es mucho más productivo en los momentos actuales. Con el cuidado espiritual se busca que el enfermo y su familia encuentren serenidad, paz, consuelo, conexión consigo mismo y propósito de trascender, a pesar de la enfermedad en fase terminal, el dolor, la incertidumbre y el mismo sufrimiento que padece por su incapacidad. El acompañamiento espiritual dentro de los cuidados integrales y basados en la conexión espiritual propia del cuidador y del enfermo, proporciona y promueve la sanación. Se brinda una relación de ayuda y ese acompañamiento con personal entrenado, con experiencia, porque su vocación los lleva a adquirir valores y actitudes de empatía que, conectados con su propia espiritualidad, consolidan su compasión,

facilita el espacio para que la persona enferma se encuentre con su propia interioridad para trascender, ir más allá y obtener una muerte en paz y digna sin sufrimientos.

Astudillo y Mendinueta (2003) sostienen que los cuidados paliativos se orientan principalmente a aliviar los problemas físicos y psicosociales del enfermo y su familia en fase terminal, pero también, y no deja de ser importante, el dar soporte a las necesidades espirituales como interrogantes de su existencia. Enfermería como el equipo paliativista están en la capacidad de ofrecer compañía, escuchar con atención, brindar un contacto físico y ser sensible a los problemas que presentan el paciente y su familia, tratar de responder preguntas sobre la enfermedad y romper la conspiración de silencio, que se da con una buena intención para no aumentar el sufrimiento, en especial de niños o mayores de edad, pero que a la larga no es conveniente porque hay que hablar siempre con la verdad para lograr la preparación de una muerte digna y en paz. Igualmente, el interés por conocer la historia de la enfermedad, procurar el mayor bienestar posible, la alimentación, el alivio del sufrimiento, ayudar a mantener la autoestima, colaborar con la familia, el cuidado al perder la consciencia, la asimilación de la muerte y sus duelos, porque la proximidad de la muerte provoca un proceso de interiorización y reencuentro del paciente consigo mismo.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) a través del Grupo de Espiritualidad (GES), desarrolla una atención integral al trabajar la atención del sufrimiento, las necesidades y los recursos espirituales de sus pacientes y familiares.

Desde 2004 formó el equipo multiprofesional, teniendo en cuenta la perspectiva antropológica integral, humanista y transconfesional en sus participantes, y con la misión de «promover entre pacientes, familiares y profesionales, la oportunidad de transformar el proceso de morir en una experiencia compartida de crecimiento personal y de toma de conciencia de los recursos y necesidades espirituales» (Benito Eric, 2016, p. 374). Además, se ha definido *espiritualidad* como:

La naturaleza esencial de donde surge un anhelo inagotable de plenitud, que se concreta en la búsqueda de sentido, la conexión y la trascendencia. Es un universal humano que caracteriza a todas las personas y que puede experimentarse y/o expresarse, o no, a través de la religión (Benito, 2016, p. 374).

Igualmente, el proceso de morir supone para la mayoría un asalto a la integridad que se ha construido y se cree ser. Es también una oportunidad para abrirse a niveles superiores de conciencia y descubrir la naturaleza esencial de aquello que sostiene y trasciende. El cuidado de las personas en esta etapa exige de los profesionales de cuidados paliativos una aproximación que integre la propia dimensión espiritual, así como actitudes, modelos y herramientas que permitan acompañar este proceso. La propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual del Grupo de Espiritualidad (GES) en cuidados paliativos, realiza inicialmente una aproximación conceptual y primero vincula las categorías de la persona como ser digno y en interrelación al sufrimiento inherente a la condición humana por su vulnerabilidad, la plenitud en la intersección entre las tradiciones de sabiduría y

la salud. Como segundo aspecto, acoge la muerte con su proceso de morir y las estrategias de afrontamiento, sentido, dignidad, asesoría espiritual, entre otros. En tercer lugar, las herramientas de diagnóstico y atención espiritual, actitudes terapéuticas y espirituales para el acompañamiento, perspectiva de la intervención desde la mirada de equipo, análisis de la persona del profesional y de su espiritualidad, en línea de autocuidado, como herramienta clave expuesta a la fatiga y a la satisfacción de la compasión, estrategias formativas ya experimentadas, la experiencia de la meditación y de la oración, la práctica del *mindfulness* y su evidencia empírica. Finalmente, la espiritualidad en CP termina con la descripción y propuesta del Modelo del Grupo de Espiritualidad SECPAL el cual es a través de cuestionarios elaborados, para explorar la red de relaciones significativas en cada vida espiritual, que la persona ha construido consigo mismo (intrapersonal), con los demás (interpersonal) y con lo trascendente (transpersonal) para reconocer los recursos y necesidades espirituales del paciente y ayudarlo a situarse en su propia existencia. (Benito Enric, 2014).

Es interesante reconocer las respuestas espirituales de los familiares más allegados al enfermo crónico irreversible o en su fase al final de la vida. Este reconocimiento se llevó a cabo a través de entrevistas a los familiares de pacientes hospitalizados en Plenilunio, donde se hizo la investigación,²³ se entrevistaron y se obtuvieron resul-

²³ Plenilunio: Institución de Cuidados Especiales y Asistencia Paliativa S. A. S. de Medellín. A través de un equipo multidisciplinario, brinda asistencia integral personalizada

tados interesantes. El título de la investigación: «Percepción de las principales necesidades espirituales de la familia en el proceso del enfermo crónico irreversible en etapa avanzada cuidado en su casa», cuyo objetivo general fue considerar las principales necesidades espirituales de las familias, suscitadas por las respuestas relevantes en el proceso de fase terminal de su familiar enfermo, con el fin de elaborar elementos de apoyo en el acompañamiento espiritual familiar.³⁴

A continuación, se expondrán algunas categorías relevantes de la espiritualidad, de acuerdo con el objetivo específico: categoría 1: relación espiritualidad vs. religión; categoría 2: entendimiento de los conceptos *espiritual*, *espiritualidad* y *trascendencia*; y categoría 3: necesidades espirituales en el cuidado integral específico. También se describen los resultados de análisis, interpretación y discusión, de acuerdo con las manifestaciones obtenidas por los familiares, tal cual fueron expresadas e interpretadas.

Categoría 1: relación espiritualidad vs. religión.

Objetivo específico: Reconocer las creencias relacionadas con la espiritualidad y/o recursos espirituales.

Análisis e interpretación: Si se tiene en cuenta que la espiritualidad es un sentido de vida, un

reconocimiento de lo que se es, se hace, se dice y se piensa; y que la religión es una demostración de creencias, ritos o símbolos, resulta significativo constatar que los catorce familiares allegados que participaron en la investigación asumen de forma similar la espiritualidad, al manifestar que es interioridad, sentimiento, no es religión, es algo inherente al hombre, es conexión con Dios, consagración, estudio de la Palabra de Dios, es el centro del ser, es vivir la cotidianidad con tranquilidad, paz, sosiego; es ayudar a los demás, es la creencia que cada uno tiene.. Cuando se relaciona con la religión, se refiere a que son leyes, parámetros, es espiritualidad más que religión, similitud, todo relacionado con Dios. Las convicciones y prácticas religiosas específicas deben diferenciarse de la idea de una capacidad universal para experiencias espirituales y religiosas. La religión puede considerarse como un conjunto específico de convicciones y prácticas relacionadas con un credo o denominación reconocida. La espiritualidad se determina generalmente como abarcadora de aspectos experimentales, bien relacionados con la participación en prácticas religiosas, bien con el reconocimiento de una sensación general de paz y unión. Para el tratamiento del cáncer, por ejemplo, ofrece una información actualizada sobre los aspectos religiosos y espirituales y no posee pautas específicas para la toma de decisiones en su cuidado. (Instituto Nacional para el Cáncer, 2012). Espiritualidad y religión son términos afines y complementarios; la espiritualidad pertenece a un aspecto universal del ser humano que se desarrolla y evoluciona en lo íntimo del vivir de cada uno y afecta a su modo de ser en el mundo. El

³⁴ Investigación cualitativa no publicada y realizada por Olga Helena Hernández Vásquez, Clara Puerta Gutiérrez y María Teresa Uribe Escalante, de corte fenomenológico y con entrevistas «cara a cara» a 14 familiares, durante el primer semestre de 2013. Algunos resultados de sus necesidades espirituales fueron expuestos mediante un póster, en el VII Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos en Medellín (Antioquia), Hotel Intercontinental del 12 al 15 de marzo de 2014

concepto de espiritualidad es uno de los que más ha evolucionado a lo largo de la historia (Gomis y Benito, 2008). La espiritualidad pertenece a cualquier persona que se cuestione el mero hecho de existir. Se establece como un componente humano universal que tiene que ver con el cuestionamiento existencial del hombre, con la capacidad humana de vincularse con valores, que llevan al hombre a la búsqueda de sentido y abre la posibilidad auto trascendente. Otros aspectos incluyen sensación de paz, fe y conexión o unión a otros o a Dios. La OMS afirma que lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales y es un componente integrado a lo físico, psicológico y social; se asocia comúnmente con la necesidad de perdón, de reconciliación y de afirmación de valores (Mejía Bernad, 2008). La SECPAL (Soc. Española de Cuidados Paliativos) entiende por espiritualidad, la aspiración profunda e íntima del ser humano, el anhelo de una visión de vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y de sentido a la existencia. Lo espiritual también puede estar asociado al desarrollo de cualidades y valores que fomenten el amor y la paz (Barbero, 2011). Para este estudio se acoge la definición de la SECPAL. El antropólogo Clifford Geertz (citado en Álvarez, 2009) propone una definición alternativa para el concepto de religión:

La religión es un sistema de símbolos que obra para establecer vigorosos, penetrantes y duraderos estados anímicos y motivaciones en los hombres, formulando concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas

concepciones con una aureola de efectividad tal que los estados anímicos y motivaciones parezcan de un realismo único (Álvarez, 2009, p. 89).

Filológicamente, la religión es la fidelidad a los deberes que la persona religiosa contrae con la divinidad y, por ende, está más relacionada con la justicia (Ferrater Mora, 1964). Por lo tanto, hay una relación entre el individuo y Dios, y se caracteriza por creer, por reverenciar y complacer a Dios. Se dice que la fe religiosa colma las necesidades religiosas a través de las creencias, los textos, ritos o normas; esto hace que se tengan menos preocupaciones espirituales.

Categoría 2: entendimiento de lo espiritual, espiritualidad, trascendencia.

Objetivo específico: comprender las diferencias conceptuales entre espiritual, espiritualidad y trascendencia.

Análisis e interpretación: en la comprensión de palabras como espiritual, espiritualidad y trascendencia se observa un desconocimiento, una confusión; en general se trata de expresiones relacionadas con la religiosidad y la creencia en Dios, en un Ser superior o con la ayuda a otros. En este sentido, algunos familiares expresan, sin diferenciar que lo espiritual es interioridad, interioridad profunda, que al vivir lo espiritual se trasciende, que son términos semejantes y se refieren a creencia o fe. También se dio que un familiar expresó «no olvidar la procedencia, el quehacer y el destino final», convencido quizás de la importancia de esos términos. Los conceptos de espiritual, espiritualidad y trascendencia son sig-

nificativos y se relacionan con los aspectos del ser humano, necesitan ser interiorizados por las personas, quienes se transforman verdaderamente, cualquiera que sea su creencia religiosa. La Espiritualidad, como aspiración profunda e íntima del ser humano, se busca en el interior para darle un sentido a la existencia, la cual integra, conecta y trasciende con el fin de alcanzar la plenitud, la bondad, la justicia, la belleza, la paz, al traspasar los sentidos, lo individual y así poder buscar el amor y a Dios (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, s. f.). En la espiritualidad hay una dimensión de trascendencia, de salida, de apertura a otro nivel de conciencia no racional, es algo intuitivo que se abre a un más allá, por ejemplo, del asilamiento y las fronteras que encierran el yo, en un movimiento de perdón, generosidad, entrega; de desprendimiento y amor. Más allá de sí mismo hacia el otro, familia, amigos, comunidad. Más allá de todo límite, espacio, tiempo, esfuerzos, preocupaciones en un movimiento de liberación y esperanza, de eternidad, confianza y gratitud. Más allá de un yo hacia Dios, aún por conocer o reencontrar (Gomis Clara, 2011).

Discusión: en el ámbito de la enfermería, son muchas las teorías que contemplan la salud desde un aspecto más amplio e integral, ya que la interacción de los sistemas hace ver a la persona como un todo por la suma de sus partes, y la dimensión espiritual la incorporan tanto a la salud como al cuidado. Además, la dimensión espiritual tiene en cuenta las creencias, la conducta, las emociones y sentimientos, las relaciones interpersonales y las prácticas religiosas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) dice que lo

espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. No es lo mismo que «religioso», aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso. El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. (pp. 50-51)

Para Saunders (1988) lo espiritual es el campo del pensamiento que concierne a los valores morales, alcanzar lo que se considere verdadero. La SECPAL define espiritualidad como la aspiración profunda e íntima del ser humano, el anhelo de una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y de sentido a la existencia. Tanto el sentido, la conexión como la trascendencia, hablan de tres dimensiones vinculadas (intrapersonal, interpersonal y transpersonal, respectivamente), que remiten de manera directa a la realidad espiritual del ser humano. Lo espiritual puede estar asociado al desarrollo de unas cualidades y valores que fomenten el amor y la paz (Barbero, 2011). Se puede concluir que la espiritualidad es un movimiento de búsqueda personal en tres direcciones: primera, hacia el interior de uno mismo en búsqueda de sentido, es el mundo interior o conciencia que se encamina a lo profundo e íntimo del ser humano; segunda, hacia el entorno en búsqueda de conexión para la interconexión con los demás seres y así poder participar de ese entorno, y tercera, hacia el más allá en búsqueda de trascendencia para alcanzar nuevas perspectivas en la existencia humana. La

trascendencia es la capacidad de expandir el ser, traspasando la percepción de los sentidos y teniendo una perspectiva más profunda y amplia del yo y las circunstancias que nos rodean, como la enfermedad, el sufrimiento e incluso la muerte. Es una forma de reencontrar la conexión profunda con la propia naturaleza esencial que se produce cuando se deja de ser individual, y tiene una consciencia de unidad con una realidad que le supera (el universo, la humanidad, la justicia, Dios) (Gomis, 2011).

Categoría 3: necesidades espirituales en el cuidado integral.

Objetivo específico: Evidenciar las necesidades espirituales de la familia en el proceso de cuidado integral del enfermo crónico irreversible en etapa avanzada.

Análisis e interpretación: cuando se abordan cuestiones espirituales, la persona expresa deseos de comunicar y de que se la comprenda porque frente a la gravedad de la enfermedad hay soledad y en especial frustración, puesto que no se le da la oportunidad de expresar sus sentimientos. Cicely Saunders comenta que una vez le preguntó a un hombre, que sabía que se iba a morir, sobre qué era lo que más necesitaba de las personas que lo atendían, respondió: «Que alguien se comporte como si intentara comprenderme [...] pero lo espiritual con seguridad abarca mucho más que eso. Es todo el campo del pensamiento que concierne a los valores morales a lo largo de toda la vida». Algunas pequeñas acciones ayudan a hacer mejor la vida de los otros, porque «la impotencia de no poder hacer algo provoca un

dolor inmenso» (1988, pp. 29-32). Con la experiencia se aprende el valor de la impotencia y se descubre el secreto de no tenerle miedo, de reconocerla y de no huir de ella (Saunders, 1988). Los enfermos en fase terminal saben que el personal de salud no es Dios, no piden un especial conocimiento o el don de la palabra, lo único que solicitan es que le aliviemos su dolor, que no se le abandone en esa etapa del trayecto, que se les escuche y se les responda a sus inquietudes si es que en ese momento se logra hacerlo. (Mejía Bernad, 2008). Al observar en los familiares allegados sus respuestas, se destaca la necesidad de acompañamiento, la carencia de compañía espiritual, la aflicción, la comprensión, el acompañamiento por parte de un sacerdote según su creencia religiosa, la necesidad de conocimiento, de información para hacer algo útil, apoyo para disminuir la angustia, afrontamiento, ayuda espiritual, información sobre cómo dar cuentas a Dios. Lo que indica que hay una gran necesidad de intervención competente para disminuir el sufrimiento y que se le reconozca al enfermo como persona. Sin embargo, los familiares allegados han destacado como necesidades, las descritas dentro de la entrevista realizada al indagarles sobre lo que ellos consideran cuáles pueden ser sus necesidades espirituales. Cabe destacar en un entrevistado, el acompañamiento sacerdotal, la tranquilidad espiritual, la familia unida, dando a entender que es muy enfático en su respuesta. Otro familiar, por ejemplo, pregunta si las necesidades espirituales son obras de caridad, mostrando con ello su desconocimiento. Otras respuestas demuestran poca comprensión de lo que son necesidades, otros, que se requiere pa-

ciencia, humanismo, empatía, solidaridad, que hay vacíos existenciales, cosas pendientes para suplir, sentirse útil y no estar solo. Otros responden, no sabe y se confunde con religiosidad, ser compañía para su hermana enferma, la unión, hacer obras de caridad, no tener rabias, tener información, no renegar, enfrentar la vida cotidiana de cada persona.

Discusión categoría 3: La propuesta de necesidades espirituales (ya citadas) y presentes en el trabajo, responde a la revisión de la literatura, al uso y a la convergencia que diferentes autores han hecho sobre las mismas. Sin embargo, dentro del equipo paliativista, la enfermería es la profesión que garantiza el cuidado a los pacientes en fase terminal y con dolor terminal, un dolor total como lo manifiesta Cicely Saunders, quien, además, desarrolló el concepto de necesidad espiritual que concierne a los valores morales a lo largo de toda la vida y que, en el momento de estar en fase final de la vida, considera como verdadero y valioso alcanzar el bienestar espiritual con una sensación de paz interior (Pérez-García, 2016). El impacto que tiene la familia con una enfermedad crónica es descrito como una acomodación a las necesidades de la enfermedad y las rutinas se reestructuran. Si la enfermedad se alarga en el tiempo, puede darse un desequilibrio en la distribución de los recursos, se invaden las rutinas familiares y se dejan de hacer cosas que se realizaban. Además, se distorsiona la identidad familiar porque la enfermedad será el principal organizador de la vida en familia. Es necesario también hacen hincapié en la necesidad de expresar los sentimientos, ver

cuáles son las estrategias de afrontamiento de la familia y el impacto que ha producido en la vida familiar. Como ya he mencionado anteriormente, la enfermedad terminal introduce un cambio en la vida familiar, en el sistema familiar, que puede reforzar o debilitar la unión de esta, por lo que ha de prepararse y reorganizarse ante la nueva situación (González, 1989).

Bloch identificó varios factores que influenciaban a los familiares como cuidadores y que hacían referencia a su capacidad para ser flexibles, para intercambiar roles; procesar situaciones dolorosas; comunicarse abierta y francamente con los profesionales; observar el estado físico de los demás miembros; tolerar las discapacidades y adaptarse a las pérdidas (Los Arcos, 2003). Finalmente, lo que importa no son tanto las respuestas a las inquietudes sino una compañía, el estar conectado con el otro y hacerle sentir que está con ese otro, que le importa, que aún cuenta porque lo que más duele es el abandono; se trata de acompañar, de amor y de compromiso, de no ver solo una situación difícil, se trata de un respeto por el proceso que se vive y de observar unos principios antes de abordar las necesidades espirituales. Respetar los puntos de vista del familiar y dejar que dirija sus ideas de la conversación; colaborar y conectarse cuidadosamente para conocer sus inquietudes (empatía), sin que ello amerite discusiones de otra índole o rituales religiosos específicos; mantener la propia integridad en relación con creencias y prácticas religiosas individuales; identificar metas comunes en el cuidado; detectar y potenciar los recursos que dispone para hacer frente a esa

amenaza o sufrimiento y animarle para que los utilice; movilizar otros apoyos como, por ejemplo, un capellán o un pastor, o el contacto con miembros de su grupo religioso. Por lo tanto, los principales ingredientes para un acompañamiento espiritual son la presencia, reflejada en la compañía: el respeto al dar autonomía; la escucha con el reconocimiento de lo que expresa y dice; la confianza con la empatía. Del estudio de las necesidades espirituales, cabe resaltar los datos más significativos:

Necesidad de ser reconocidos/as como personas: afecto, amar y ser amado; relaciones interpersonales; autoestima y reconocimiento; cuidar a los demás. Necesidad de encontrar sentido a sus vidas: búsqueda de sentido; jerarquía de valores; esperanza en la vida. Necesidades estéticas: expresiones estéticas como la música, la naturaleza, las imágenes. Necesidades religiosas: la religiosidad, expresión de espiritualidad; esperanza en Dios y expresiones de religiosidad como la oración, los sacramentos, el silencio. Necesidad ante la proximidad de la muerte: afrontamiento de la muerte; relectura de la vida; reconciliación; esperanza en el más allá; acompañar la muerte (Jofre AR, De Deu, EUI Sant Joan y, 2011).

Conclusiones

La espiritualidad como sentido de vida y trascendencia, permite la apertura con las demás personas ya que una vida espiritual sana lleva a obtener amistades profundas, auténticas que facilitan la empatía hacia otros y la compasión consigo mismo, hay reflexión, meditación y

oración gratificante para obtener paz profunda y alegría serena. De ahí que la espiritualidad del profesional de salud en contacto con el enfermo irreversible crónico o en fase terminal, debe proveerse de las herramientas adecuadas y valores como persona en contacto con el que sufre, cultivando su propia dimensión espiritual y promoviendo su hospitalidad, solidaridad, compañía, empatía y compasión. Un encuentro entre el que sufre y el que acompaña desde una simetría moral sirve para desbloquear su mundo interior y poder brindar elementos que ayuden a conseguir la paz interior, la esperanza de una muerte digna y recuperar la identidad personal del enfermo.

Para los profesionales de la salud, el establecer una comunicación abierta con los enfermos crónicos irreversibles o en fase terminal es una tarea difícil de la cotidianidad. El proceso de la enfermedad produce alteraciones emocionales, psicológicas y espirituales que conducen a evitar todo acercamiento verbal o diálogo relacionado. Hay que vencer el temor y tener una adecuada comunicación con el enfermo acerca de las posibles preguntas que expresen o que hay que inducir, relacionadas con su tiempo de vida, la aproximación a la muerte, la forma de morir y/o el porqué de muchos interrogantes. Se tiene que vencer el temor, la ansiedad y buscar una empatía compasiva para abordar el tema en un momento oportuno y brindar dedicación para dar oportunidad al enfermo que se exprese y desahogue sus angustias. La comunicación es una herramienta terapéutica esencial para el enfermo que da acceso a la autonomía, al consentimiento

y asentimiento informado, a la confianza en sí mismo y al mismo equipo de salud, en la seguridad del proceso; se detecta así la necesidad de información que requiere el enfermo y su familia, lo que ayuda para que su cuidado sea más eficaz y disminuyan sus alteraciones cotidianas.

Los enfermos en fase terminal quisieran, por encima de todo, que lo que les está ocurriendo resultara ser un mal sueño, desearían ser rescatados de esa situación, pero como saben que eso es imposible, necesitan a alguien, y quién mejor que un familiar allegado, que sienta afecto y que esté dispuesto para aliviar el dolor, que le consuele, le tome de la mano para afrontar a su lado lo desconocido; alguien capaz de compartir su sufrimiento y su confusión, de estar allí así desee partir. El enfermo anhela conservar su dignidad como individuo y mantener algún tipo de control sobre su vida (autonomía y libertad).

Busca en especial que el otro sea sincero, honrado, cálido y humilde, quiere que se ajuste su competencia en el cuidado con la compasión, sin sentir lástima.

Si el enfermo durante el transcurso de su vida se ha cuestionado acerca de su existencia, del aspecto religioso o de sus relaciones humanas e interrelaciones no resueltas, en el proceso de su enfermedad se agudizan estos asuntos, por lo que puede ser común que quiera manifestar sus angustias en su fase final de vida. La idiosincrasia espiritual de cada persona se forja durante su ciclo vital, por lo que no es de extrañarse que sus sentimientos, creencias o temores predominen y tenga esperanza, desesperanza, desesperación, angustia o paz interior. Se dice que cómo se vive, se muere, y tiene mucho que ver con el estilo de vida saludable tanto mental como emocional y espiritual que lleve una persona.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, E. A. (2009). Psicología y religión, dos miradas particulares de un fenómeno: el hombre. *Poiésis FUNLAM*, (18), 1-7. <https://doi.org/10.21501/issn.1692-0945>
- Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos. (2014). *Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales* (2° ed. revisada y actualizada). Barcelona, Saned. Obtenido de <http://infocuidadospaliativos.com/2a-ed-plan-de-cuidados-estandarizados-de-enfermeria-dirigidos-a-paciente-y-familia-en-procesos-avanzados-y-terminales/>
-

-
- Astudillo A., W. y Mendinueta A., C. (2003). *¿Cómo ayudar a un enfermo en fase terminal?* (4.ª ed.). San Sebastián: A. Departamento de Sanidad.
- Barbero, J. (2011). Detección, exploración y evaluación espiritual. En *IX Jornada Nacional SECPAL* (pp. 79-87). Palma de Mallorca, Islas Baleares, España (12 y 13 de mayo). Recuperado de <https://es.calameo.com/read/003351478cfbea73b34c2>
- Benito Enric, D. B. (2016). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. (M. Asociación de Psicología, ed.) *Rev. Interdisciplinar Psicooncología*, 13(2-3), 367-384. doi:DOI: 10.5209
- Benito Enric, J. B. (2014). *Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*. (Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad, ed.) Madrid, Comunidad de Madrid, España: Sociedad Española de Cuidados Paliativos - SECPAL. Obtenido de <http://www.secpal.com//Documentos/Blog/Monografia%20secpal.pdf>
- Bermejo Higuera, J. (2009). Necesidades espirituales del enfermo al final de la vida. En J. Bermejo Higuera, & R. Centro de Humanización de Salud (ed.), *Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos* (pp. 35-66). Santander, Cantabria, España: Sal Terrae.
- BIREME. (18 de junio de 2020). *Biblioteca virtual en Salud - BVS*. (BIREME/OPS/OMS, eds.) Recuperado el 28 de enero de 2021, de Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS: https://decs.bvsalud.org/E/DeCS2020_Alfab.htm
- Burgos Velasco, J. M. (2008). *Antropología: Una guía para la existencia* (3.ª ed.). Madrid: Palabra.
- Carvajal Posada, J. (17 de febrero de 2017). *Autogestión de la salud. La espiritualidad en la vida cotidiana*, <https://www.sintergetica.org/>. (C. Jorge, Editor, & info@sintergetica.org (Madrid-España)) Recuperado el 20 de diciembre de 2020, de Asociación Internacional de Sintergética: <https://www.youtube.com/watch?v=dQexYP-OFJY>
- Colombero, G. (1998). *La enfermedad, tiempo para la valentía*. (Colección Ética, ed., & J. Beltrán, trad.) Santafé de Bogotá, Bogotá, D.C., Colombia: Sociedad de San Pablo.
- Conde Herranz, J. (2004). Aspectos espirituales en cuidados paliativos. En E. López Imedio, *Enfermería en cuidados paliativos* (2º reimpresión noviembre ed., págs.
-

-
- 343-350). Madrid, Comunidad de Madrid, España: Médica Panamericana. Recuperado el diciembre de 2020
- Descriptores en Ciencias de la Salud:DeCS. (23 de junio de 2020). *Biblioteca Virtual en Salud - BVS*. (BIREME/OPS/OMS, Ed.) Recuperado el 28 de enero de 2021, de Bireme Sao Paulo: <https://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
- Dalái Lama. (2001). *Su Santidad el XIV Dalái Lama del tibet*. (Hopkins Jeffrey, Editor, & Pocket Books) Obtenido de: <http://eldalailama.com/messages/compassion-and-human-values/compassion>
- Ferrater Mora, José. (1964). *Diccionario de Filosofía, voz "Religión"* (5° ED. ed., Vols. Tomo 2: L-Z). Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Argentina: Sudamericana. Obtenido de <https://profesorvargasguillen.files.wordpress.com/2011/10/jose-ferrater-mora-diccionario-de-filosofia-tomo-ii.pdf>
- Frankl, V. E. (1993). *El hombre en busca de sentido* (15.ª ed. ed.). Barcelona: Herder.
- Gomis Clara, B. B. (2011). *Guía Acompañamiento Espiritual*. Grupo Espiritualidad, Documentos y Descargas, Sociedad Española de Cuidado Paliativo. Madrid: SECPAL. Obtenido de https://www.secpal.com/grupo-espiritualidad_documentos-1
- Gomis Clara, Benito Enric y, B. (2008). Glosario de la Guía de Acompañamiento Espiritual. En P. Benito Enric, Barbero Javier, & Grupo de Trabajo Espiritual GES - SECPAL (Ed.), *El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos: Una introducción y una propuesta* (Una introducción y una propuesta ed., pág. 149p.). Madrid, Comunidad de Madrid, España: Ediciones Arán. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/456720348/Guia-de-acompanamiento-espiritual>
- González Sandra, S. R. (1° de marzo de 1989). Putting the Illness in Its Place: Discussion Groups for Families with Chronic Medical Illnesses. (Family Process Institute, Ed.) *Family Process*, 28(1), 69-87. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1989.00069.x>
- Instituto Nacional para el Cáncer. (sd de sd de 2012). *Institutos Nacionales de Salud de EEUU*. (Institutos Nacionales de Salud NIH, Editor, & Instituto Nacional para el Cáncer, Productor) Recuperado el 2012, de [cancer.gov: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pdq](https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pdq)
-

-
- Jofre AR, De Deu, EUI Sant Joan y, D. (2011). Necesidades espirituales y Atención profesional. En VVAA, IX Jornada Nacioal SECPAL, & GES Grupo de Espiritualidad de la SECPAL (Ed.), *Espiritualidad en clínica* (IX Jornada Nacional SECPAL, 12 y 13 de mayo Palma de Mallorca ed., págs. 103-107). Palma de Mallorca, Islas Baleares, España: SECPAL. Obtenido de <https://es.calameo.com/read/003351478cfbea73b34c2>
- Kübler-Ross, E. (2000). *La rueda de la vida* (A. Brito, trad.). Madrid: Punto de Lectura.
- Laín Entralgo, P. (1984). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat.
- Los Arcos, M. J. (2003). Bases para el apoyo a la familia en la terminalidad. En L. Astudillo Wilson, Orbegozo Ana, & Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos (Ed.), *Cuidados Paliativos en Enfermería* (págs. 251-267). San Sebastián, País Vasco, España: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/svcp-cuidadosenfermeria-01.pdf>
- Mejía Bernad, A. (2008). Aspectos psico-emocionales y espirituales al final de la vida: el proceso de morir dignamente. *Medicina Naturista*, 2(3), 233-245. Obtenido de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2666025.pdf
- Mollinedo de Boy, Karla. (2011). La estructura de la persona según Juan Manuel Burgos. En J. M. Burgos (ed.), *El giro personalista: del qué al quién* (pp. 107-117). Madrid: Fundación Emmnauel Mounier.
- NANDA I Internacional. (2007-2008). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. (Margo C. Neal, ed.) Madrid, Comunidad de Madrid, España: Elsevier.
- Pérez-García, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería. Cuidados Humanizados*, 5(2), 41-45. <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286>
- Pinzón de Salazar, L. (2009). *El cuidado espiritual en enfermería: ¿Utopía o esperanza?* (R. José Fernando, ed.) Manizales: Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud;.
- Saunders, Cicely. (1988). Dolor Espiritual. *Journal Palliat Care*, 4(3), 29-32. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3183827/>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (s. f.). *Guía de cuidados paliativos*. Recuperado de https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1
-

-
- Vilalta i Vilalta, A. (2010). *Evaluación de necesidades espirituales de pacientes diagnosticados de cáncer avanzado y terminal* (Tesis doctoral). Lérida (Cataluña, España). <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8072/Tavv1de1.pdf;jsessionid=-20B3EF301BD892B16E7823FDD6D385F9.tdx1?sequence=1>
- Von Hildebrand, D. (2009). *El corazón: Un análisis de la afectividad humana y divina* (6.ª ed.). Madrid: Palabra.
- World Health Organization. (1990). *Cancer Pain relief and Palliative Care*. Ginebra (Suiza): WHO. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y
-