



Enfermería Global
E-ISSN: 1695-6141
eglobal@um.es
Universidad de Murcia
España

Rodrigues Gomes, Ana Margarida
LA ESPIRITUALIDAD ANTE LA PROXIMIDAD DE LA MUERTE...
Enfermería Global, vol. 10, núm. 2, abril, 2011, pp. 1-9
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834766020>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REFLEXIONES - ENSAYOS

LA ESPIRITUALIDAD ANTE LA PROXIMIDAD DE LA MUERTE... A ESPIRITUALIDADE NO APROXIMAR DA MORTE...

*Rodrigues Gomes, Ana Margarida

*Enfermera Posgraduada en Cuidados Paliativos. Servicio de Especialidades I Hospital Amato Lusitano Castelo Branco – Portugal.

Palabras clave: Sentido de la vida; Espiritualidad; Muerte; Sufrimiento

Palavras-chave: Sentido da vida; Espiritualidade; Morte; Sofrimento

Keywords: Spirituality; Death; Pain.

RESUMEN

En los límites de la finitud el ser humano entra en disonancia, siendo relevante el sufrimiento físico, mental y espiritual, pudiendo este último ser tan perturbador como el físico y, a veces, menos tolerable. El sufrimiento espiritual aparece por la pérdida del significado y del sentido de la vida, de la esperanza, y se refleja en el dolor espiritual. Esto porque como necesitamos un sentido para vivir, en paralelo se construye un sentido para el enfrentamiento de la muerte, empleando como herramienta la espiritualidad. La espiritualidad en la última etapa de la vida tiene importancia, según algunos autores, pues favorece la capacidad del ser humano en elevarse a la trascendencia como forma de superar o mitigar el sufrimiento... el dolor espiritual. Son innumerables las preguntas que se formulan con esta temática. ¿Podrá minimizarse el sufrimiento espiritual? ¿Cuál es nuestro papel como prestadores de cuidados? Preguntas que se hacen por tener conciencia de que la persona enferma terminal, más allá de necesitar, reclama una atención integral en la búsqueda de su equilibrio y la minimización de su sufrimiento, con la satisfacción de sus necesidades social, física, emocional y principalmente espiritual. El actual artículo se propone presentar las reflexiones que articulan la necesidad del cuidado espiritual y las implicaciones posibles del apoyo espiritual en el final de vida.

RESUMO

Nas margens da finitude o ser humano entra em desarmonia, sendo marcante o sofrimento físico, mental e espiritual, podendo este último ser tão perturbador quanto o físico e, por vezes, menos tolerável. O sofrimento espiritual surge pela perda do significado e do sentido da vida, da esperança, e espelha-se na dor espiritual. Isto porque como necessitamos de um sentido para viver, em paralelo constrói-se um sentido para o enfrentamento da morte, utilizando como ferramenta a espiritualidade. A espiritualidade na última etapa da vida tem relevância, segundo alguns autores, pois favorece a capacidade de qualquer ser humano em elevar-se à transcendência, como forma de superar ou mitigar o sofrimento, ... a dor espiritual. São inúmeras as questões que se levantam com esta temática. Poderá minimizar-se o sofrimento espiritual? Qual o nosso papel enquanto prestadores de

cuidados? Questões que se colocam, por ter consciência de que o doente em fim de vida, além de necessitar, reclama uma atenção integral na procura do seu equilíbrio e minimização do seu sofrimento, através da satisfação de suas necessidades físicas, emocionais, sociais e principalmente espirituais. O presente artigo pretende apresentar reflexões articulando a necessidade de cuidado espiritual e as possíveis implicações do apoio espiritual no fim de vida.

ABSTRACT

At the end of life the human being enters a period of dissonance where there is important physical, mental and spiritual suffering. The last of these may be just as disturbing as the first, and at times even less bearable. Spiritual suffering arrives because of a loss of the meaning and the sense of life, a loss of hope, and it manifests itself through spiritual pain. Because we need some meaning in life, at the same time we give some meaning to facing up to death. Spirituality is the important tool we use in the last stage of life and, according to some authors, this is because it favours the capacity of the human being to rise to transcendency as a way of overcoming or mitigating suffering and spiritual pain. The questions asked in this sphere are infinite. Can spiritual suffering be minimized? What is our role as care givers? Such questions are posed in the awareness that the terminally ill person, beyond needs, is calling for integral attention in the search for his or her equilibrium and the minimization of his or her suffering, through the satisfaction of their social, physical, emotional and, above all, spiritual needs. This article seeks to put forward reflections that put the need for spiritual care into words, along with the possible implications of spiritual support as life draws to its close.

“Así como tal vez no haya, dicen los médicos, nadie completamente sano, también se podría decir, conociendo bien al hombre, que ni uno solo existe que esté exento de desesperación, que no tenga allí en el fondo una inquietud, una perturbación, una desarmonía, un temor a no se sabe qué, a lo desconocido que él no osa conocer, temor a una eventualidad exterior o temor de sí mismo; tal como los médicos dicen a una enfermedad, el hombre lleva en estado latente una enfermedad, por la cual, en un relámpago, raramente un miedo inexplicable le revela la presencia interna.”

KIERKEGAARD (1979, p. 329)

INTRODUCCIÓN

El ser humano desde su nacimiento hasta su muerte recorre un camino único, cuya dimensión humana presupone y nos obliga a dar sentido a nuestra vida, a través de nuestras realizaciones, estimulándonos a crear y a edificar legados. Son esas herencias, las vivencias y las experiencias adquiridas a lo largo de ese caminar que reflejan y espejean en la forma como atravesaremos el resto del viaje de la vida, en dirección al último puerto.

Actualmente no se acepta plenamente que **estamos de paso**, que tenemos en el tiempo un intervalo que se llama **vida**. Desterramos de nuestro cotidiano ese acontecimiento natural que se llama muerte, valoramos la juventud, la salud, la inmortalidad y favorecemos la ocultación de la muerte y a veces su negación.

Aceptar el fin de nuestra existencia se hace un proceso complejo, porque vivimos en la era de las maravillas de la ciencia y de la tecnología, de la conquista del cosmos y de la longevidad humana; del acortamiento de los espacios y de la supresión del tiempo; del gozo virtual y de guerras fantásticas; de la entrega de la cultura al imperio del mercado del lucro; de la cantidad avasalladora de información y anulación de las calidades de los criterios de valor; de la ley de consumo y de lo desechable, consumiendo y descartando cuerpos vivos; de la primacía de la violencia y del individualismo y en la insistencia de la negación de la finitud (PY y OLIVEIRA, 2006).

Los recursos tecnológicos y científicos nos ilusionan, crece la fe en la ciencia, nos hacen creer que somos inmortales, lo que crea problemas complejos mediante la enfermedad, la muerte, con el creciente sufrimiento físico y espiritual que deriva de la deshumanización de la muerte en los hospitales, de la pertinacia terapéutica o incluso la eutanasia.

Ante este escenario se colocan cuestiones en el aproximar de la muerte relativas al sentido de la vida, de la muerte, de la dolencia, del sufrimiento, de la propia vida que aún queda por ser vivida, a los valores en cuanto persona doliente y en cuanto ser único. Son estas cuestiones fundamentales, estas angustias, expresadas o no, que se van inscribiendo en el cuadro de la evolución de la enfermedad, de un proceso cuya jornada culmina en romper con la vida. Jornada rica en expectativas, en que la falta de preparación por parte de la familia y de los profesionales de salud peca en proporcionar al enfermo en el fin de la vida, el auténtico cuidar.

Lo fundamental para el enfermo terminal, al vivir en un mundo marcado por el dolor y el sufrimiento, provocados por las sucesivas pérdidas de las enfermedades y de la terminalidad, es la necesidad de encontrar el **Sentido de la Vida**. Es propio e inherente a la condición humana la busca del sentido de la vida, de sus porqués, de sus objetivos, de sus aspiraciones, ¿cómo no hacerlo cuando nos encontramos con la finitud? Y, en este sentido, la humanización de los cuidados presupone la comprensión del significado de la vida del ser humano, tarea compleja que abarca varios aspectos, además de los principios éticos, como aspectos espirituales, culturales, económicos, sociales y educativos. Por lo que “ (...) *entender la vida y descifrarla es tarea de las más difíciles toda vez que la humanización precisa ser sentida y percibida*” (BETTINELLI, WASKIEVICZ y ERDMANN; 2006, p.99).

¿En la terminalidad será posible proporcionar una “buena muerte”? Estando desprovistos del manto, de esa aureola de la inmortalidad, que nos desafía a lo trascendente – asciende la espiritualidad... esa dimensión que nos envuelve en los meandros del cuidado integral. Cuidado integral cuyo determinante de la calidad de vida engloba el bienestar mental y espiritual (WHO, 2008), para además de los aspectos físicos, emocionales, sociales, una necesidad, la esencia de su ser.

Desde esta perspectiva, cabe referir la filosofía de los cuidados paliativos como reconocedora de la dimensión espiritual, en la fase final de la vida. Espiritualidad, vertiente del cuidar, cuyas implicaciones en la salud vienen siendo científicamente evaluadas y documentadas en centenares de estudios, demostrando una fuerte relación con varios aspectos de la salud física y mental, probablemente positivos y posiblemente causales (ROUSSEAU, 2000 ; CHOCHINOV, 2006).

El presente artículo pretende promover la reflexión, articulando la necesidad del cuidado espiritual y las posibles implicaciones de apoyo espiritual en el fin de vida, reconociendo la espiritualidad como factor de vulnerabilidad y sufrimiento. Como base de elaboración se recurrió a consulta bibliográfica y estudios de relevancia en el área en consideración.

RESCATAR EL SENTIDO DE LA VIDA EN LA TERMINALIDAD

El Ser Humano pasa todo el transcurso de la vida en busca de un sentido para su existencia, de una explicación aceptable para su significado en el mundo y la de todos los acontecimientos que se agregan a su existir, esto es, el propósito de encontrar algo o alguien que pueda justificar que **“él es”**. Como refiere MARTINS (2007, p.175), *“el mundo recibe al Hombre y no se preocupa de él, es solamente un ente lanzado en la existencia en un lugar nada amistoso, por ello no es posible existir fuera del mundo (...)”*. El gran desafío es encontrar medios eficaces para que su existencia tenga realmente significado, como enfatiza JUNG (1978, p.81), una *“persona que toma conciencia de su inferioridad, siempre tiene más posibilidad de corregirla. Esa inferioridad se cree en continuo contacto con otros intereses, de modo que está siempre sujeta a modificaciones”*.

La busca del sentido de la vida se hace más apremiante, más angustiosa, en el remolino del sufrimiento. ¿Cómo el hombre sufriente podrá modificarse, al punto de trascender y encontrar el camino, su equilibrio interno? Para JUNG (1978, p.83) es posible, visto que el ser *“humano es capaz de realizar cosas espantosas, desde que tiene un sentimiento ... Mas lo difícil es crear ese sentimiento”*. En el sufrimiento, el miedo de morir, de sufrir da dolor, hace que el ser humano sea capaz de desvelar el sentido de su existencia, pues la angustia frente al sufrimiento y la muerte le impulsará a la vida. Cómo este enfrenta esta etapa será de acuerdo con sus vivencias, porque *“la existencia del Hombre se va construyendo del uso de las cosas hechas en el tiempo, en su tiempo: entre el inicio y el fin de la vida”* (MARTINS, 2007: p.175).

En detrimento de lo expuesto, quien cuida del enfermo terminal cuida de su bienestar, no sólo en el aspecto físico, sino en el psicológico, social y espiritual, sin embargo debe hacerlo mediante la aceptación de este matiz del cuidar. De acuerdo con SCHWARTZ (2006, p.101), todas las personas tienen su propia forma de enfrentar las cuestiones fundamentales de la vida. Mediante una enfermedad terminal, se pregunta *¿Cómo llegamos aquí, para comenzar? ¿Cuál es el significado de nuestra existencia?* Al procurar sus propias respuestas redescubre su religión y aconseja que cada uno *“Descubra lo que es divino, santo o sagrado en sí. Dedíquese a ello, cultívelo de su propio modo”*.

LA DIMENSIÓN DE ESPIRITUALIDAD DEL ENFERMO TERMINAL

Espiritualidad... Al procurar una definición para este término se percibe que desde hace varios siglos tal aspecto está presente en los enfoques filosóficos, teológicos, religiosos. PESSINI e BERTANCHINI (2006) se refieren etimológicamente a la palabra espiritualidad, con el significado de soplo de vida, encontrando su sentido de lo trascendente.

Espiritualidad y religiosidad, a pesar de estar relacionadas, no significan lo mismo. La espiritualidad va más allá de los dogmas de las religiones tradicionales. La religiosidad desarrolla dogmas, el culto y la doctrina compartidas, mientras que la espiritualidad está ligada a las cuestiones, a los aspectos de la vida humana relacionados con experiencias que trascienden los *fenómenos sensoriales* (WHO, 1990). Se relacionan con las cuestiones que se toman con el significado y propósito de la vida, la busca de respuestas que trasciendan el caos en que vivimos en el momento, dándonos el significado y la solución para una adaptación y reorganización, principalmente interior, de propósitos más elevados, de repensar los conceptos y las prioridades de nuestra vida – *la busca de un sentido*.

Lo que se traduce, de acuerdo con FRANKL (1985), por la esencia de la vida, distinta de hombre a hombre, por su unicidad, esto es, el sentido no es algo susceptible de darse, cada

uno lo encuentra a partir de su individualidad, como ser único e irrepetible. Ni nada, ni nadie puede redimir ni sufrir en lugar de otro, por lo que la **gran oportunidad** reside en la actitud que cada uno adopte ante el sufrimiento, en su capacidad de reorganización interior.

Es evidente que este sufrimiento está marcado por pérdidas (SPECK, 2005), que degradan y corroen los sentimientos de la integridad y plenitud, del valor personal, de la esperanza, de la confianza en una entidad divina. De este modo, se decreta la muerte anticipada enmarcada por los muros del silencio, de la negación.

Acompañar enfermos que se enfrentan a su final nos aterra, pues nuestra relación con la muerte está verdaderamente empobrecida. En este sentido, MITERRAND (2005) menciona la *“aridez espiritual”*, de algunos profesionales de salud, como un obstáculo de la expresión de la espiritualidad. Anulando así la necesidad de las personas de procurar el crecimiento espiritual, de una verdad esencial, de la esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o que también ansían transmitir un mensaje en el final de la vida (JOMAIN, 1994), creando sentimientos de vacío...el negativo de la fotografía espiritual.

¿QUÉ ES NECESARIO PARA EL EFECTIVO DESARROLLO DEL CUIDADO ESPIRITUAL EN EL FIN DE LA VIDA?

Aprender a enfrentar las pérdidas y las necesidades en el contexto de enfermedad terminal, se torna en un desafío tanto para el enfermo, como para familiares y profesionales de salud.

En el fin de la vida el enfermo presenta necesidades especiales que pueden ser satisfechas. ¿Qué necesidades son esas? CABODEVILLA (2001), se refiere a la necesidad de ser reconocido como persona, a la reconciliación con la propia vida, a la busca del sentido...a la transcendencia, a la esperanza. Necesidades estas satisfechas a través de los cuidados espirituales, definidos por LUNN (2003) como el encuentro con aquellos que le pueden ayudar a conectarse o reacercarse a las cosas, a las prácticas, a las ideas y principios que son la esencia de su sentido de vida, estableciéndose una conexión entre el que ayuda y el que necesita de ayuda.

Hay evidencias de que algunos enfermos, en final de vida, gustarían que los profesionales de salud estuviesen más atentos a sus necesidades espirituales (KING e BUSHWICK, 1994; CHOCHINOV *et al*, 2005). El hecho de preocuparnos de la vertiente espiritual, favorece el establecimiento de la relación de confianza, de ayuda, simultáneamente al dirigir de las intervenciones. Auxiliar a los enfermos y sus familiares, en un momento tan inquietante y angustiante, se torna preeminente, siendo prioritario ser conscientes de esas necesidades (SANCHO, 1999), lo que implica estar preparados para considerarlas en el ámbito del cuidar. Y, sin ambicionar el éxito pleno, podemos por lo menos procurar facilitar el impacto del sufrimiento generado en esta fase, si sabemos situarnos, aunque sea por breves momentos en el espacio de la fragilidad y vulnerabilidad humana del otro, esto porque se produce una lucha dolorosa para la cual nunca estamos plenamente preparados...como subraya SCHWARTZ (2006, p.19) *“no acredito que pueda quedar totalmente preparado para la disminución de nuestras capacidades por el hecho de anticiparnos – no hay nada tan intenso como experimentar de hecho esas pérdidas”*.

Al considerar la espiritualidad como parte del cuidar necesitamos ejercitarla, cuestionando y reflexionando sobre el sentido de la vida, fuerza motivadora del ser humano, lo que ayuda a mantener la salud mental positiva y la integridad, incluso aunque nos encontremos con situaciones adversas. Estas evidencias fueron encontradas por FRANKL (1985), psiquiatra que desarrolló una técnica terapéutica centrada en el sentido de la vida, a partir de su

experiencia como prisionero en un campo de concentración, donde observó que los prisioneros más aptos para sobrevivir eran los que miraban al futuro, para una tarea, un objetivo a ser realizado o para una persona que lo esperaba.

CHOCHINOV *et al* (2005) desarrollaron un modelo derivado de la dignidad para el fin de la vida basado en el análisis cualitativo de la intervención terapéutica a la dignidad humana, destinada a tratar la angustia existencial entre enfermos terminales. Tras la intervención terapéutica verificaron que 91% de los participantes refirieron satisfacción con la terapia, 76% un mayor sentimiento de dignidad, 68% un mayor sentimiento de propósito, 67% un mayor sentimiento de significado, 47% un aumento de la voluntad de vivir y 81% relataron que sin la terapia no podrían ayudar a su familia. Verificaron una reducción en los síntomas depresivos, un mayor significado del sentido de la vida, acompañado de disminución del sufrimiento y aumento de la voluntad de vivir.

En este contexto del cuidado al sufrimiento espiritual del que muere, ROSSEAU (2000) propone, como orientación práctica, algunos pasos a seguir, como: el control de los síntomas físicos y la presencia para el apoyo; fomentar una revisión de vida, para así reconocer el propósito, el valor y el sentido de la vida; trabajar con la culpa, el remordimiento, el perdón y la reconciliación; facilitar la expresión religiosa; reformular metas; fomentar prácticas de meditación, con enfoque más en ayudar que en curar. Conscientes, de acuerdo con ABIVEN (2001, p.31), de que morir en primer lugar es haber de *“romper los lazos de amor, el apego a las cosas, a los lugares de que se gusta... es muchas veces también, cualesquiera que sean las convicciones filosóficas o religiosas que se tuvieron durante la vida, verse enfrentado con la interrogación de la pos-vida”*.

El ejercicio de la espiritualidad a través de la fe en la religión o a través de las experiencias, favorecerá a todos aquellos que siguen sus propias creencias, principios y convicciones. No podemos imponer, alterar o influir en estos puntos de vista, cada uno acredita en aquello que es verdad para sí, a fin de alcanzar su equilibrio, bienestar.

En la evaluación del bienestar espiritual, PUCHALSKI e ROMER (2000) recomiendan la utilización de la mnemotécnica FICA, como una forma de investigación espiritual, cuyas cuestiones específicas miden cada categoría, como: **F** (fe) ¿Tiene algún tipo de fe? ¿Cómo es lo que le ayuda en su vida?; **I** (importancia e influencia) ¿Qué importancia tiene la fe en su vida? ¿Ella da sentido a su vida?; **C** (comunidad) ¿Es miembro de alguna comunidad religiosa/espiritual? ¿De qué forma ayudan?; **A** (orientación/dirección) ¿Quiere decirme cómo integrar estos aspectos en los cuidados que le prestamos? Cuestiones que pueden ser abordadas por el profesional, como una herramienta en la intervención multidisciplinar, a fin de aliviar el sufrimiento, a través de la abertura al diálogo, relativo a sus necesidades reales, en busca de su sentimiento, de su espiritualidad.

La mayoría de las personas expresa su espiritualidad a través de la práctica religiosa, otras a través de sus relaciones con la naturaleza, la música, las artes, o a través de un conjunto filosófico de creencias, o en las relaciones con amigos y familiares (SULMASY, 2002).

De esta manera, la existencia de protocolos son útiles como guías orientadoras en las intervenciones, tornándose valiosos modelos de evaluación espiritual. JOHNSON (2005), describe el caso de una enferma en estado crítico internada en una Unidad de Cuidados Intensivos cuya opción religiosa era el Budismo, que quería despedirse de su familia de acuerdo con sus creencias. Al detectar esta necesidad, el equipo procuró elaborar un plan de intervención y se encontró con fuertes barreras de comunicación con la familia, por esta no hablar bien el inglés y la necesidad de un Modelo de Apoyo Espiritual. Mediante la

situación presentada, fue propuesto el Modelo de Fitchett de 7 Dimensiones, que categoriza datos importantes, para la implementación de un plan de cuidado eficiente. Este modelo está compuesto por categorías como: **Creencias y Significados** – misión personal o religiosa, la justificación de los eventos o circunstancias, la percepción del significado de la vida; **Autoridad u Orientación** – individuo o grupo en que la persona o su familia deposita confianza y procura consejo, recursos (textos religiosos) a los cuales los enfermos o sus familias puedan recurrir; **Experiencias y Emociones** – percepciones del evento o de la circunstancia asociada a la enfermedad, sus consecuencias emocionales cara a la experiencia; **Comunidad** – grupo formal o informal que comparte creencias y rituales comunes; **Rituales y Prácticas** – actividades significativas y tradiciones específicas; **Coraje y Crecimiento** – dudas, los cambios ocurridos en sus vidas y los desafíos enfrentados; **Vocación y Consecuencias** – decisiones morales y éticas que manifiestan la respuesta a la llamada de sus creencias. A través de este modelo, incluso en condiciones adversas, se identificaron las necesidades reales del enfermo y de su familia, alcanzando su objetivo principal, la despedida..., la transcendencia.

A pesar del reconocimiento creciente de los beneficios de la asistencia espiritual, indicios sugieren que la prestación de cuidados espirituales por enfermeros es inexistente, inadecuada o raramente proporcionada, identificándose algunas barreras como: la falta de conocimientos y competencias en cuanto a la asistencia espiritual; la creencia de que la espiritualidad del enfermo es privada, fuera de las competencias de enfermería; la falta de tiempo; el recelo de no ser capaz de luchar con las cuestiones planteadas; la falta de conciencia acerca de la propia espiritualidad.

Sin embargo, por la peculiaridad del trabajo de enfermería, que aborda al enfermo de forma holística, los enfermeros deben estar conscientes y cómodos en cuanto a su espiritualidad, para así ser capaces de prever las necesidades espirituales de sus enfermos (SANDERS, 2002).

La [Hospice and Palliative Nurses Association](#) (HPNA, 2007) desarrolla una perspectiva para llamar la atención de los sistemas de salud y cuidadores, de la importancia de reconocer y apoyar a un enfermo terminal y a su familia en sus creencias y expresiones espirituales. Apoyo que abarca un equipo multidisciplinar y requiere una evaluación de las cuestiones espirituales/religiosas que preocupan al enfermo y a su familia. Enfatiza que el cuidado espiritual exige del profesional tanto el valor de la presencia, como una voluntad de estar plenamente presente, y el reconocimiento de los propios límites, para así reconocer la necesidad de un acompañamiento especializado, que puede ser reforzado por el capellán. Define que para un cuidado eficaz, se requieren algunos atributos: escuchar activamente; demostrar empatía y capacidad de acompañar al otro en su sufrimiento; reconocer y responder a su angustia y ayudarlo a descubrir su significado a través de sus experiencias de sufrimiento, dolor y pérdida; elucidar sus preocupaciones fundamentales, incluyendo las necesidades espirituales/religiosas no satisfechas; identificar y responder a las cuestiones éticas y conflictos, y asistir y apoyar a otros miembros del grupo en la toma de decisiones, respetando los valores de cada uno; estar dispuesto a crear espacios terapéuticos y de cura, en los que el crecimiento espiritual pueda ocurrir; ofrecer recursos adicionales, si necesarios, para el apoyo al enfermo, a través de otros proveedores de cuidados espirituales.

En esta fase, como profesional, se entra en la cuestión del *saber-ser* y no del *saber-hacer*. No somos peritos en la identificación del sufrimiento espiritual, sin embargo, algunos estudiosos identificaron métodos susceptibles de ser aplicados en lo que concierne a la

identificación de las necesidades espirituales, así podemos utilizarlos en la evaluación del sufrimiento espiritual y en la detección de sus necesidades espirituales.

CONCLUSIÓN

Al enfermo terminal, los cuidados tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y preservar la dignidad, se hace así esencial integrar activamente al enfermo y a su familia en los cuidados y, como prestadores de cuidados, identificar y atenderlos de la mejor forma posible, minimizando el sufrimiento.

Debemos tener en mente que el enfermo terminal, progresivamente, se desprende de las cosas terrenas, renuncia a sus actividades, a su imagen y a sus proyectos, entretanto su energía psíquica se canaliza de otras formas (HENNZEL, 2005). Se evidencia la espiritualidad como parte de la dimensión humana, que en situación de enfermedad deba merecer cuidados, para así favorecer que el enfermo retome su vida, realice algunos proyectos, ponga en orden su vida tanto familiar como profesional. Por ello, el concepto de cuidado en el ámbito de la asistencia al enfermo terminal pasa por la buena comunicación, tras el establecimiento de una relación empática, basada en la verdad. Se recomienda la mejora de la calidad asistencial al enfermo en el fin de la vida, procurar mejorar las competencias para así enfrentar mejor con este tipo de enfermo y necesidad peculiar de la espiritualidad. Como conclusión no dejamos de citar a SWCHARTZ (2006, p.104), "*Procure las respuestas para las cuestiones eternas y esenciales sobre la vida y la muerte, mas prepárese para no encontrarlas. Disfrute de la busca*", trascienda...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KIERKEGAARD, S.A. *O Desespero Humano – Doença até Morte*. In: KIERKEGAARD, S.A. *Os Pensadores*. São Paulo: Editora Abril S.A. Cultural e Industrial, 1979; 311: 446.
2. PY, L.; OLIVEIRA, A.C. *Humanizando o Adeus à Vida*. In: PESSINI, L.; BERTACHINI. *Humanização e Cuidados Paliativos*. 3ª Edição, São Paulo: Edições Loyola, 2006:135-147.
3. BETTINELLI, L.A.; WASKIEWICZ, J.; ERDMANN, A.L. *Humanização do Cuidado Hospitalar*. In: PESSINI, L.; BERTACHINI. *Humanização e Cuidados Paliativos*. 3ª Edição. São Paulo: Edições Loyola, 2006:87-100.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for the Eastern Mediterranean. *A strategy for health promotion in the Eastern Mediterranean Region*. WHO-EM/HLP/036/E. Disponível em: <http://www.emro.who.int/dsaf/dsa794.pdf>
5. ROUSSEAU, P. *Spirituality and the Dying Patient*. *Journal of Clinical Oncology*, 2000; 18(9): 2000-2002.
6. CHOCHINOV, H.M. *Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care*. *CA Cancer Journal of Clinicians*, 2006; 56:84–103.
7. MARTINS, A.A. *Consciência de Finitude, Sofrimento e Espiritualidade*. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 2007: 31(2): 174-178.

8. JUNG, C.G. *Psicologia e Religião*. Tradução do Pe Mateus Ramalho Rocha. Petrópolis: Vozes, 1978.
9. SCHWARTZ, M. *Amar e Viver*. 1ª Ed. Cascais: Pergaminho, 2006.
10. PESSINI, L, BERTANCHINI, L. *O que entender por cuidados paliativos*. São Paulo: São Camilo, Loyola; 2006.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Technical report series 804. Genève: WHO, 1990.
12. FRANKL, V.E. *Em Busca de Sentido*. 21ª Edição, Petrópolis: Editora Vozes, 1985.
13. SPECK, P. *Spiritual/religious issues in care of the dying*. In: ELLERSHAW;J WILKINSON;S: *Care of the Dying*. New York: Oxford University Press, 2005: 90-105.
14. MEDITERRAND, F. *Prefácio*. In: HENNZEL,M. *Diálogo com a Morte*. 6ª Edição. Cruz Quebrada: Casa das Letras, 2005: 7-9.
15. JOMAIN,C. *Morir en la Ternura*. Madrid: Artes Gráficas. Edições Paulinas, 1994.
16. CABODEVILLA, I. *En Visperas del Morir*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2001.
17. LUNN, J.S. *Spiritual Care in a Multi-religious Context*. J Pain Palliative Care Pharmacother, 2003; 17:153–166.
18. KING D.E.; BUSHWICK, B. *Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer*. J Fam Pract 1994; 39:349-352.
19. CHOCHINOV, H.M., et al. *Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients nearing death*. J Clin Oncol, 2005; 23:5520–5525.
20. SANCHO, M.G. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Madrid: Ed. Aran, 1999.
21. ABIVEN, M. *Para uma Morte mais Humana*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2001.
22. PUCHALSKI, C.M., ROMER, A.L.: *Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully*. J Palliat Med, 2000; 3:129–137.
23. SULMASY, D.P. *A Biopsychosocial - Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life*. The Gerontologist, 2002; 42: 24–33.
24. JOHNSON, T.D. *Intensive Spiritual Care*. Critical Care Nurse, 2005; 25(6): 20-27.
25. SANDERS, C. *Challenges for spiritual care-giving in the millennium*. 2002; 12 (2): 107-111.
26. HOSPICE AND PALLIATIVE NURSES ASSOCIATION. *Spiritual Care*. Journal of Hospice and Palliative Nursing. 2007; 9(1): 15-16.
27. HENNZEL, M. *Morrer de Olhos Abertos*. 1ª Edição. Cruz Quebrada: Artes Gráficas, 2005.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia