

**ATENCIÓN A LAS NECESIDADES ESPIRITUALES DEL ENFERMO EN
CUIDADOS PALIATIVOS, EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y HOSPITALARIO**

Juan José Sarmiento Cueto

**Universidad Católica de Oriente
Facultad de Teología y Humanidades
Pregrado en Teología
Rionegro, Antioquia
2022**

**ATENCIÓN A LAS NECESIDADES ESPIRITUALES DEL ENFERMO EN
CUIDADOS PALIATIVOS, EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y HOSPITALARIO**

Juan José Sarmiento Cueto

Asesor

Jesús David Vallejo Cardona

**Universidad Católica de Oriente
Facultad de Teología y Humanidades
Pregrado en Teología
Rionegro, Antioquia
2022**

RESUMEN

El presente documento tiene como propósito describir las necesidades espirituales del enfermo en cuidados paliativos, en el ámbito familiar y hospitalario.

Por lo que, a partir del método de búsqueda por palabras claves se recopila información relevante y se describe el fenómeno, el material producido es de gran valor informativo para los prestadores de salud, para los capellanes y demás personal que atiende necesidades espirituales en clínicas, hospitales y atención especializada. Según se ha precisado, la información recopilada se ha centrado en los aspectos espirituales que causan el sufrimiento. Por lo que, se sugiere asistencia holística o integral en la atención al enfermo terminal.

Encontrándose como resultado que, el cuidado paliativo cuando es centrado en aliviar el sufrimiento, no solo trata la enfermedad con sus consecuencias probables, sino que acompaña al enfermo terminal en sus necesidades espirituales durante la fase terminal de la vida en la familia y en el ámbito hospitalario, identificando y respondiendo de manera oportuna a su espiritualidad, desde lo cultural, social, afectivo, ético, bioético, normativo.

Así mismo, el presente informe de investigación establece diferencias para el acompañamiento de las necesidades espirituales del enfermo terminal, que se le presta los cuidados paliativos en el ámbito familiar y el hospitalario.

Palabras claves: Enfermo terminal, cuidado paliativo, dolor, sufrimiento, necesidades espirituales.

ABSTRACT

The purpose of this document is to describe the spiritual needs of the patient in palliative care, in the family and hospital environment.

Therefore, from the search method by keys, relevant information is collected and the phenomenon is described, the material produced is of great informative value for health providers, for chaplains and other personnel who attend to spiritual needs in clinics, hospitals and specialized care. As specified, the information collected has focused on the spiritual aspects that cause suffering. Therefore, holistic or comprehensive assistance is suggested in the care of the terminally ill.

Finding as a result that, when palliative care is focused on alleviating suffering, it not only treats the disease with its probable consequences, but also accompanies the terminally ill in their spiritual needs during the terminal phase of life in the family and in the environment. hospitable, identifying and responding in a timely manner to their spirituality, from the cultural, social, affective, ethical, bioethical, normative.

Likewise, this research report establishes differences for the accompaniment of the spiritual needs of the terminally ill, who are given palliative care in the family and hospital settings.

Keywords: Terminally ill, palliative care, pain, suffering, spiritual needs.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito clínico y familiar los enfermos terminales, pueden ser por la fragilidad o debilidad orgánica producto del deterioro biológico natural de la persona en cumplimiento al avance de la edad con las múltiples complicaciones de salud o sin importar edad tienen una enfermedad que compromete la vida, de la cual no existe cura alguna, o están desahuciado por causa específica que deteriora progresivamente la integridad de su cuerpo, quedando expuesto al dolor físico y al sufrimiento espiritual.

Por tanto, para darle cumplimiento al objetivo general describir las necesidades espirituales del enfermo en cuidados paliativos en el ámbito familiar y hospitalario, se utilizó el método de búsqueda por palabra clave en Google académico, confrontando bibliografía especializada de diferentes fuentes. Por lo que, se tuvo en cuenta criterios para la exploración de la información aquellas investigaciones publicadas a partir del año 2012, considerando su relevancia para el tema investigado, la naturaleza del contenido, la actualización de los temas tratados y el nivel de especialización en la materia investigada.

La información recopilada hace parte de artículos que presentan importantes hallazgos sobre los aspectos traumáticos que el paciente afronta con el enfrentamiento de la muerte, lo que, requiere emplear herramientas como la espiritualidad, sugiriendo la asistencia holística o integral en la atención del enfermo terminal.

Por lo que se desprende de lo anterior, que tal situación supone un reto para los servicios de salud, en términos de cobertura y atención especializada, que deben cambiar el actual paradigma del modelo de atención centrado en los aspectos somáticos de la enfermedad y dejando a un lado los elementos psicológicos, sociales y espirituales.

De tal manera que el cuidado paliativo debe centrarse en aliviar el sufrimiento, de la misma manera que se trata el dolor con sus consecuencias probables. En consideración a lo anterior, el dolor se entiende como una reacción sensitiva desagradable y emocional asociada a una lesión de una parte del cuerpo o como señal del sistema nervioso avisando

que algo anda mal (Margarit, 2019). Mientras que, según el existencialista Martin Heidegger (1889-1976), el sufrimiento es un sentimiento de dolor que esta más allá de lo físico es un criterio ontológico.

En este artículo se abordará en tres apartados como acompañar al enfermo terminal en sus necesidades espirituales durante los cuidados paliativos en la familia y en el ámbito hospitalario, en el primer apartado se encontrará un abordaje de las necesidades espirituales del enfermo terminal, en donde se elabora una aproximación de las diferencias sustanciales y conceptuales acerca de espiritualidad, fe y religión, definiéndose luego, las necesidades espirituales del enfermo terminal y respondiendo lo más sencillo y claro posible a la pregunta ¿cómo identificar las necesidades espirituales del enfermo terminal?.

En el segundo apartado el lector encontrara una breve explicación sobre los cuidados paliativos del enfermo terminal, analizado desde un lenguaje sencillo se responde que son los cuidados paliativos, a quiénes se les aplica y dónde se aplican, con fundamento cultural, social, afectivo, ético, bioético, normativo, se postulan posibles diferencias desde el ámbito familiar y hospitalario.

Y en el último apartado, se aborda el acompañamiento al enfermo terminal en sus necesidades espirituales durante el cuidado paliativo ya sea en la familia o en el hospital, de manera práctica se desarrolla no una formula, sino, un esquema de atención desde una visión holística, respondiendo a esa necesidad esencial del ser humano.

En general este trabajo permite tener una visión más humana del sufrimiento, dando respuesta para establecer la causa, en cada caso particular, de ese sufrimiento contribuyendo con herramientas para el afrontamiento del enfermo y sus familiares de una situación irreversible, que termina en la muerte.

1. NECESIDADES ESPIRITUALES DEL ENFERMO TERMINAL.

La espiritualidad se define de acuerdo a diferentes visiones a partir de la ciencia, la filosofía, la religión, experiencias sociales y culturales. En este sentido se abordará algunas visiones sobre el tema.

Por lo anterior, en todo ser humano lo espiritual es un componente central de su vida que amerita atención cuando se proporcionan cuidados paliativos aun enfermo terminal. Aunque, este tema en el ámbito clínico es un área poca atendida en el cuidado del paciente en fase crítico o terminal. (Diego, Ciccorossi, & Svoboda, 2022).

1.1. Espiritualidad, fe y religión.

Para Castro et al (2016), la espiritualidad al final de la vida se expresa entre espiritualismo y religión, convirtiéndola en un valioso recurso de afrontamiento y protector en los pacientes de fase terminal. (p.173). Para, la Organización Mundial de la Salud (citado por Castro et al, 2016; La Riva & Otivas, 2015) la espiritualidad hace parte de la dimensión calidad de vida del paciente y pertenece al ámbito de las creencias personales y sus prácticas religiosas. Componentes que, pueden estar impregnados de amor divino, paz interior, tranquilidad, armonía y esperanza en la finitud de la vida, cuando el enfoque es desde una perspectiva de la cosmovisión católica. (Bustamante et al, 2020, pp.74 - 75). O también, alcanzar el estado “nirvana” según la experiencia del hinduismo, jainismo y budismo, entre otras.

De otra manera, Quintero (citado por La Riva & Ortiz, 2015) expresa que la espiritualidad es el impulso que da sentido a la vida, dándoles respuestas a lo que no se explica desde la razón, ni con el conocimiento. Lo que permite una relación trascendente con un ser superior, es decir, una fuerza creadora y luz para el mundo. (Bragado, 2021). Expresado de otra manera, la espiritualidad, le permite a la persona ubicarse en el mundo, ayudándole a llevar y a sortear la situación con respecto a sus necesidades espirituales y psicológicas, entre ritos, creencias y valores. (Babero et al, 2016, p.12)

Sobre lo anterior, Esperandio & Leget (2020) expresan que, en el contexto de los cuidados paliativos la espiritualidad le da significado a la vida y le permite soportar la enfermedad, llenándolo de una sensación de bienestar, mejorando la calidad de vida. (p.544).

Lo que muestra entonces, que la espiritualidad hace parte de la experiencia humana, y que está presente en sus valores, la ética, lo moral, en el arte, la amistad, la solidaridad y otros aspectos que son de trascendencia. (Alvarado et al, 2018, p.60). Por lo que, se puede definir la espiritualidad, como la energía que activa a todo ser humano útil a la búsqueda del “bienestar absoluto” contribuyendo a la convivencia social. (Laya, 2022, p.79).

Por eso, la física cuántica, la filosofía, la antropología, entre otras “ciencias”, interpretan la espiritualidad a partir del método científico para resolver sus interrogantes, estudiándola con la visión del método científico para la resolución de problemas. Es decir, realizan su examen a través de un proceso ordenado y sistemático de análisis y estudio para explicar ciertas hipótesis de la posibilidad de trascendencia del ser humano. Por eso, queda claro, que, la ciencia no descarta del todo esta dimensión que hace parte de la calidad de vida. (Campillo, 2021).

Hecha la observación anterior, es necesario considerar que la biología interpreta la condición “bio” del ser humano como el “organismo” que nace, se reproduce y muere a causa de no sostener el adecuado proceso homeostático, terminando así su ciclo vital, reintegrándose como “deshecho” a la tierra. (Kottow, 2022). Dicho de otra forma, “el ser humano es un ser encarnado y lo biológico es el soporte material sobre el que después se desarrollarán los otros aspectos”. (Koffman, 2008, como se citó en Vázquez, 2020).

A partir de lo anterior, la espiritualidad es la expresión de la interioridad del ser con consecuencia social, a partir de la relación con el otro y que termina con la muerte. (Ugarte, 2021). Al mismo tiempo, de acuerdo a sus propósitos y valores, se le hace posible hacerle frente al vacío filosófico, motivándolo a cultivar aspectos relacionados con el conocimiento

del mundo y de ellos mismos, dándole sentido de la verdad, del bien y de la belleza. (Aguirre et al, 2022, pp. 7-9).

Por otra parte, la vivencia religiosa ofrece caminos que son viables para conocer de manera practica la espiritualidad y promover enfoques de la vida misma en relación con un ser superior. (Palacio, citado por Ramírez, 2022, p.14). Asimismo, la religión establece una cosmovisión que relacionan al ser humano con la creación y un creador, con lo sobrenatural, lo trascendental o espiritual. (Bataille, 2018).

De la misma manera, la religión conecta con lo trascendental a través de textos, lugares sagrados, rituales, conmemoraciones, veneración a un ser superior, incluso prácticas de sacrificios, festivales, oración, servicios funerales y otras con carácter particular. Además, dentro de sus estructuras tienen bases narrativas sobre la creación del universo, el origen de la vida humana, para explicar el sentido de la existencia, contribuyendo a generar leyes religiosas o formas de vida, por lo que se crea un estilo moral y ético de acuerdo con sus creencias. (Botero & Endara, 2000).

En general, se pueden elegir de todas las creencias y religiones cinco grandes grupos, que son las más conocidas a razón del número de practicantes, clasificadas así:

- El cristianismo, el judaísmo y el islam, con creencias monoteístas, provenientes del medio oriente de la tradición Abrahámica. Asimismo, difieren en la manera de interpretar la relación de Dios con el ser humano, a través de quién y cómo. Pero que comparten en común, la trascendencia después de la muerte. Cada grupo tienen doctrinas, tradiciones, textos sagrados y un sistema jerárquico organizacional, de los cuales se derivan dogmas y leyes. En cada uno de estos tres grupos religiosos, existen diferentes ramas doctrinales. (Bøespflug, 2018; Escribano, 2021).
- Las otras dos de importancia, son el hinduismo y el budismo, ambas consideran procesos de superar el sufrimiento y la trascendencia de la conciencia con la posibilidad de reencarnar en nuevas vidas después de la muerte. (Rodríguez, 2020)

Lo que, hace que cada una de las expresiones religiosas asuman la vida en relación con la muerte y trascendencia después de esta, con expectativas que difieren en la cosmovisión que tienen de acuerdo con lo que creen y su conjunto doctrinal. Por lo que, en principio religiosidad, no es sinónimo de espiritualidad.

Finalmente, la religión plantea la vida en relación a un Dios con características de supremo gobernante, creador, dador de vida, o de “Padre” que se relaciona con su hijo o hija. Por ejemplo, la iglesia católica en la celebración de las exequias a un difunto, dice: “porque la vida de los que en ti creemos, Señor, no termina, se transforma; y, al deshacerse nuestra morada terrenal, adquirimos una mansión eterna en el cielo”. (Misal romano, Prefacio de difuntos I). Luego, al morir se inicia una vida nueva que se recibe por la gracia de la resurrección. (Kaufmann, 2022, p.9).

De otro lado, la fe que proviene del latín *fides*, que significa “lealtad”, “fidelidad”, consta de un proceso de conversión a través de una relación personal con esa “identidad” espiritual o divina o Dios. Por consecuencia, la fe se construye desde la experiencia testimonial o propia, que continua en un ámbito religioso y potencia la espiritualidad, se asume como una relación única, trascendental y personal que tiene como principio la confianza. (Galli, 2020; Francisco, 2013).

Como consecuencia de la propia experiencia en una relación personal trascendental, se afirma que la fe es una construcción que precisa claramente de cuatro pasos:

- El primero es el “enamoramiento” o interés a partir de una experiencia íntima y personal con el Dios en el que se cree,
- el segundo paso, es el conocimiento de ese proyecto propuesto para la “salvación” o trascendencia de la vida o del alma (espíritu), conocimiento que se construye en los textos “sagrados”, o la doctrina religiosa.

- el tercer paso es la relación de confianza a partir de ciertas certezas que expresan la interiorización de la relación de trascendencia en la creatura (el yo, personal) y su creador (el Dios dador de vida), que puede ser directa o por intermediación, y
- cuarto paso y definitivo es el seguimiento o el construir una vida en relación a un proyecto definido que llevan a la aceptación y conversión que transforma el “ser” desde su interioridad y en consecuencia sujeta su actuación a construir en el “camino” (la vida) una nueva relación con Dios y con el otro. Es en sí mismo un cambio significativo, que trasciende a la persona como un “nuevo nacimiento o resurgimiento de su naturaleza”.

Por lo que se concluye que la espiritualidad, desde el enfoque científico se condiciona a vínculos productos de la relación social, que se suprime con la muerte o al término de la vida. En segundo lugar, para la religión se define a partir de las enseñanzas doctrinales y aprendizajes razonados desde los textos sagrados y creencias dogmáticas construidas en la cultura y leyes de cada religión, que garantizan una vida aun después de la muerte. Por último, desde la fe se constituye en fuerza para asumir el pasado, vivir el presente y esperar el futuro en unidad y unido a la persona de Dios razón de su fidelidad, por lo que, aun el sufrimiento es oportunidad de redención y la muerte triunfo del alma sobre el cuerpo.

1.2. Necesidades espirituales.

En primer lugar, “la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la dimensión espiritual como un componente intrínseco de los cuidados paliativos”. (Esperandio & Leget, 2020, p. 544). Después dirá que lo espiritual es vinculado con el significado y propósito de la vida asociado a la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación en valores. Entonces, se desprende como corolario de la afirmación anterior que para la OMS las necesidades espirituales están en relación a la carencia de estos aspectos que son imprescindible para la persona, sobre todo, en cuidado paliativo.

Por otra parte, Pérez (2016) hace alusión a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), que a través de su Grupo de Espiritualidad (GES), define las necesidades

espirituales “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 dé sentido a la existencia”. (p. 42). Seguidamente, Pérez (2016) cita el texto conclusivo de la Conferencia de Consenso sobre Espiritualidad celebrada en Pasadena (California, Estados Unidos), en 2009, que afirma:

“La espiritualidad es el aspecto de la condición humana que se refiere a la manera en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como la manera en que expresan un estado de conexión con el momento, con uno mismo, con otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado”. (p. 42).

Del mismo modo, se entiende del aporte anterior que, las necesidades espirituales son la carencia de ese significado y propósito, que se manifiesta como sufrimiento de la persona que se encuentra en cuidados paliativos. En palabras de Cassell (1982) citado por Elío (2022, p. 83), “los que sufren, no son los cuerpos, son las personas”.

Mientras, Arévalo (2003) citado por Mendoza et al (2019) “define las necesidades espirituales como aquellos aspectos que suponen una cierta trascendencia humana y la interpretación que cada persona da a la vida y a la muerte; estas necesidades no resueltas pueden crear un sufrimiento espiritual”. (p. 33)

De igual forma, Jomain (1987) citado por Espinosa (2018), define estas necesidades, sean creyentes o no, como: "la búsqueda de un crecimiento del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o que están todavía deseando transmitir un mensaje al final de la vida". (p. 5).

Castro et al (2016), identifican las necesidades espirituales del paciente al final de la vida y han descrito diversas clasificaciones: “los constructos más frecuentes se refieren a la necesidad de esperanza, necesidad de sentido, necesidad de amor, necesidades religiosas o divinas y necesidad de afrontamiento de la muerte”. (p.174)

Como ha quedado expuesto, el hecho de que un paciente no valore la espiritualidad no significa, de ningún modo, que deje de ser un ser espiritual; pues de las definiciones aportadas en el apartado anterior emanan los conceptos de conexión, de sentido de la vida, de trascendencia (aún sin la creencia en un dios) y de valores, que, por supuesto, toda persona posee (2).

Una necesidad espiritual está definida como la necesidad de conservar, crecer o recuperar las creencias propias y cumplir las obligaciones religiosas que conllevan. (Galiana, Oliver, Benito, & Sansó, 2016).

Hecha la observación anterior, Ruiz (2017) categoriza las necesidades espirituales del enfermo terminal, según los siguientes criterios:

- El ser y el hablar de amar y ser amado,
- de decir adiós,
- ser reconfortados por su fe y prácticas religiosas,
- de reconciliación con la propia vida,
- analizar su vida al sentir su finitud,
- pensar en la familia en los últimos momentos de vida,
- y el rechazo a la muerte a aceptar su finitud. (p.7).

Castro et al (2016), clasifican las necesidades espirituales en dominios y subdominios espirituales basándose en Payás et al (2008); según la percepción de aislamiento o abandono por parte de los demás, aspectos pendientes de relación o preocupación por los que quedan, referencias positivas y negativas de satisfacción, valor, logro, sentido y plenitud en la vida en relación con los demás.

Seguidamente según el dominio interpersonal, el listado es: desvalorización o impotencia, preocupaciones y miedos sobre el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, interrogaciones sobre el sentido y propósito del sufrimiento e incertidumbre ante la muerte, desesperanza o deseo de morir, realización personal y lo intrapersonal, enfado u hostilidad hacia las

creencias religiosas, preocupaciones y dudas sobre creencias, fe en relación con un ente superior, peticiones o referencias a prácticas religiosas o guía espiritual, plenitud espiritual, paz, confianza y sentido de la vida en relación con trascendencia o presencia de un ser superior. (Castro et al, 2016)

Escalante (2021), citando a Benito (2014) incluye un grupo significativo de aspectos que exploran la red de relaciones importantes a partir del modelo del grupo de espiritualidad SECPAL, como la necesidad de ser reconocido como persona, necesidad de volver a leer su vida, necesidad de encontrar sentido a la existencia y el devenir en la búsqueda de sentido, necesidad de liberarse de la culpabilidad, de perdonarse, necesidad de reconciliación, de sentirse perdonado, necesidad de establecer su vida más allá de sí mismo, necesidad de continuidad, de un más allá, necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas. (p.122).

Castro et al (2016) además de los conceptos anteriores incluye la conexión con el tiempo, necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosas, necesidad de amar y ser amado.

Así que, hablar de necesidades espirituales no es exclusivo de la religión o la religiosidad, tampoco se hace referencia a cuestiones existenciales. Por lo que, los pacientes con enfermedades crónicas y terminales pueden tener necesidades diferentes a personas mayores que experimentan la disminución de sus capacidades físicas y mentales a lo largo del tiempo.

De manera que, las necesidades espirituales, aunque, vinculadas a las emociones y a los aspectos psicológicos, provienen de lo intrínseco del ser humano y no se pueden reducir a aspectos mentales o emocionales porque hacen referencia a la globalidad de la persona y a su proyecto de vida personal.

De manera que, Pérez (2016) establece un canon de las necesidades espirituales, pero que no es una lista cerrada, es un trabajo elaborado en el año 2008 por profesionales del Grupo

de Espiritualidad (GES) de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), este listado es el siguiente:

- Ser reconocido como persona.
- Releer su vida.
- Encontrar sentido a la existencia y el devenir: búsqueda de sentido.
- Liberarse de la culpabilidad.
- Reconciliación.
- Establecer su vida más allá de sí mismo.
- Continuidad.
- Auténtica esperanza, no ilusiones falsas.
- Expresar sentimientos y vivencias religiosos.
- Amar y ser amado. (p. 43).

El mismo Pérez (2016), a partir de otros autores aumenta este listado, aunque en algunos casos unas necesidades mencionadas precedentemente se les denomina de modo diferente en este nuevo listado, por lo que a la anterior se le suma:

- Necesidad de soledad, silencio, de privacidad.
- Necesidad de arraigo y anclaje.
- Necesidad de cumplir con sus deberes.
- Necesidad de gratitud.
- Necesidad de estar con la familia, amigos y/o personas significativas.
- Necesidad de proyectar su vida más allá del final de la vida.
- Necesidades estéticas.
- Necesidad de libertad, de liberarse.
- Necesidad de mantener la integridad física y espiritual.
- Necesidad de estar en paz con Dios, con la naturaleza y con su conciencia.
- Necesidad de prácticas religiosas, de orar, de hablar con su orientador espiritual, revisar sus creencias y respeto hacia ellas.
- Necesidad de la verdad. (p.43.)

Por último, se puede agregar que la enfermedad, el dolor y la muerte siempre son realidades que se afronta a lo largo de la vida, esto obliga aprender y aceptarlas como misterio incomprensible. Del mismo modo, entender que al ser humano la cualidad de ser espiritual, trascendente y con vocación de eternidad le da esperanza y consistencia interior.

Por supuesto, la necesidad de espiritualidad es una carencia que se puede identificar como "angustia espiritual" o "malestar espiritual". Por esta razón, cuando la necesidad espiritual se atiende se habla entonces de "Salud Espiritual o Bienestar Espiritual", Ellison (1982) citado por Nereida (2021) lo define como: un estado sentimental, comportamental y cognitivo positivo, que lo hace sentirse vivos, útiles y realizados.

Por lo anterior, se puede expresar que a partir de la necesidad espiritual se mantiene, aumenta o recupera las creencias propias y lo invita a cumplir las obligaciones religiosas que soportan esta espiritualidad. En general, las necesidades espirituales son comunes a todos los seres humanos y se puede clasificar en tres grandes grupos, a saber:

- Encontrar un sentido y una finalidad a la vida.
- Amar y ser amados.
- Perdonar y ser perdonados.

1.3. ¿Cómo identificar las necesidades espirituales del enfermo terminal?

Primero, Leget(2018), citado por Esperandio & Leget (2020), dice que "las necesidades espirituales son explícitas, implícitas o incluso ocultas, y también pueden vincularse a otro tipo de necesidades".

En segundo lugar, Kellehear(2020) a partir de la revisión literaria, determina que la espiritualidad es una manifestación de las necesidades multidimensionales del ser humano, y se pueden clasificar en tres categorías:

- Situacional (relacionada con la búsqueda de propósito y sentido, esperanza, significado y afirmación, reciprocidad, conexión, representación social);
- Moral y biográfica (paz y reconciliación, conexión con los demás, oración, análisis moral y social, perdón, resolución de asuntos pendientes y cierre de la biografía);
- Religiosas (reconciliación religiosa, perdón y apoyo divino, derechos religiosos/sacramentos, visitas del clero, discusiones sobre Dios, vida eterna y esperanza)

En tercer lugar, Leget (2018) expresan que las necesidades espirituales se manifiestan según el carácter y la cultura de cada persona, por tanto, se relacionan con:

- La religión o superpuesta con la religión.
- La forma intelectual, a través del estudio y lectura de libros, la discusión y la búsqueda de entendimiento en un marco de referencia más amplio.
- El viaje hacia la interioridad, con la meditación u otras formas más centradas en la experiencia interior.
- La necesidad de estar más enfocado en acciones y organizaciones, al ayudar a otras personas o contribuir al mejoramiento del mundo.

Por consiguiente, identificar las necesidades espirituales del enfermo paliativo se hace cada vez más fundamental para proporcionar salud espiritual. Por lo que se hace necesario implementar herramientas y desarrollar habilidades que ayuden a reconocerlas y atenderlas.

Según Lackey (2009) citado por Pérez (2016), manifiesta que por la experiencia profesional en el ámbito de la enfermería se han encontrado con tres arquetipos de personas en atención hospitalaria, esos son:

- Personas que para nada valoran lo espiritual.
- Personas que valoran la espiritualidad y la expresan a través de una religión.
- Personas que valoran en gran medida la espiritualidad, pero que no la expresan a través de un credo religioso (p. 42).

Así pues, que, Lucchetti et al (2013), citado por Esperandio & Leget(2020), lograron identificar 25 instrumentos para uso clínico y consideraron que cinco de ellos eran los más indicados: “FICA, SPIRITual History, FAITH, HOPE y Royal College of Psychiatrists. Blaber”. (p.547)

De igual manera, Blaber, Jone, & Willis (2015) citados por Esperandio & Leget(2020), estudiaron solo los instrumentos presentados por FICA, SPIRITual, FAITH y HOPE, a considerando solo cinco criterios: foco en la persona enferma, concisión, flexibilidad, facilidad de memorización y confiabilidad. Seleccionando a HOPE como el más apropiado para el manejo de los cuidados paliativos, a pesar que el único válido por este equipo fue el instrumento FICA.

En este contexto, Esperandio & Leget(2020) explican que, a partir del instrumento HOPE se evalúa o identifica las necesidades espirituales del paciente a partir de cuatro componentes, que se nombran por cada letra de la sigla, a saber:

- El primer componente es “h”, de “hope”, “esperanza”. Responde por las fuentes de esperanza, fortaleza, consuelo y paz del paciente, a qué se aferra en tiempos difíciles y qué lo sostiene y le permite seguir luchando, a pesar de las dificultades.
- El segundo elemento “o”, busca identificar si el paciente se considera parte de una religión organizada y en qué medida es importante y útil para el paciente.
- El tercer elemento “p”, cuestiona las prácticas personales, si el paciente tiene creencias independientemente de una religión organizada, si cree en Dios y qué aspectos de su práctica espiritual (meditación, oración, lectura de textos religiosos, música, asistencia a los servicios religiosos y otros.) encuentra más útiles.
- Finalmente, la “e”, trata sobre el efecto de los problemas al final de la vida en la atención médica, por ejemplo, si el paciente se preocupa por cualquier conflicto entre sus creencias espirituales o religiosas con respecto a las decisiones sobre el tratamiento de salud. (Anandarajah & Hight, 2001).

En segundo lugar, Puchalski (2001) propone el instrumento FICA, para desarrollar un cuadro de las necesidades espirituales en los enfermos en cuidados paliativos, y al igual que el instrumento anterior, a partir de las letras del acróstico se hacen preguntas de control, las cuales son:

- Fe y creencia. Pregunte: ¿Existen creencias espirituales que los ayuden a sobrellevar el estrés o los momentos difíciles? ¿Qué le da sentido a tu vida?
- Importancia e influencia. Pregunte: ¿Es importante la espiritualidad en su vida? ¿Qué influencia tiene en cómo te cuidas? ¿Hay alguna decisión en particular con respecto a su salud que pueda verse afectada por estas creencias?
- Comunidad. Pregunte: ¿Es usted parte de una comunidad espiritual o religiosa?
- Acción o Dirección: Piense en lo que usted, como proveedor de atención médica, debe hacer con la información que compartió el paciente, por ejemplo, remitirlo a un capellán, clases de meditación o yoga u otro recurso espiritual. Es útil hablar con el capellán de su hospital para familiarizarse con los recursos disponibles. (p.355)

De la misma manera, Esperandio & Leget (2020), continuando con su análisis de los instrumentos arriba mencionados indican que la tercera herramienta, que puso en práctica la Red de cáncer de Mount Vernon en 2007, de gran utilidad para los profesionales de la salud en Europa, se basa en preguntas que averiguan sobre tres aspectos básicos:

1. ¿cómo entiendes lo que te pasa y qué sentido tiene para ti esta experiencia?;
2. ¿qué recursos usas cuando la vida es difícil y qué te ayuda en los momentos difíciles?;
3. ¿crees que sería útil hablar con alguien sobre temas espirituales y de fe? (p. 548)

Y por último Esperandio & Leget (2020), destacan que el último instrumento realiza una pregunta centrada en la persona y le permite decidir sobre el mismo, para pedirle apoyo o

no al encargado de prestarle atención en sus cuidados paliativos: “¿Qué necesito saber de ti como persona para cuidarte de la mejor manera posible?” (Johnston et al, 2015).

En consecuencia, identificar las necesidades espirituales del enfermo terminal es una tarea profesional, que implica respeto por la dignidad de la persona, composición que invita a la acción para sofocar o disminuir el “sufrimiento” en el enfermo, presencia que implica acompañamiento y sobre todo capacidad de escucha y observación del lenguaje no verbal.

2. CUIDADOS PALIATIVOS DEL ENFERMO TERMINAL.

Cuando se habla de cuidado, se deduce de inmediato de incrementar la atención sobre algo o alguien. Por lo que, resulta oportuno describir el cuidado como el acto de ayudarse a sí mismo o a otro ser vivo, con el interés de incrementar el bienestar, evitando algún perjuicio. (Manchola et al, 2016).

Con referencia al enfermo, se establece una relación de cuidador y el que es cuidado, siendo este último el necesitado del servicio del cuidador. Dadas las condiciones que anteceden, puede o no existir un vínculo familiar o afectivo. (Lozano & Huertas, 2017). Con este propósito, se delimitan en este capítulo conceptos que aclaren en particular el cuidado de enfermos terminales.

2.1. Cuidados paliativos, qué son, a quiénes se les aplica y dónde.

Vanegas et al (2021), expresan en consecuencia, que cuidado paliativo es aquel que se aplica a una persona enferma en extremo de gravedad para que se sienta mejor. Previniendo o tratando los síntomas y efectos no deseados o secundarios generados por el tratamiento o la misma enfermedad.

Dadas las condiciones que anteceden al enfermo, Amaya (2019), dice que también se incluye en el cuidado paliativo, para mejorar la calidad de vida del paciente, el tratamiento de los problemas emocionales, sociales, espirituales y prácticos que la enfermedad pone en evidencia. Estos cuidados son paralelos o al tiempo que se trata la enfermedad en materia de medicamentos, procedimientos clínicos ya sea para conseguir recuperar al paciente o para mantener un estándar de control disminuyendo el dolor hasta que llegue el momento de terminar su ciclo vital.

Amaya (2019), expresa que estos cuidados pueden aplicarse desde el diagnóstico, durante el tratamiento, durante el seguimiento y al final de la vida, a todos los enfermos que

padecen cáncer, enfermedades cardiacas, pulmonares, insuficiencia renal, demencia, VIH/sida, ELA (esclerosis lateral amiotrófica), entre otras.

Cabe agregar que, el equipo de cuidados paliativos se puede conformar por un grupo de médicos especializados, enfermeros y enfermeras especializadas, asistentes físicos, nutricionistas certificados, trabajadores sociales, psicólogos, masajistas terapeutas, capellanes, principalmente; estos servicios, los pueden ofrecer los hospitales, agencias de atención médica domiciliarias, clínicas especializadas de oncología y de atención a largo plazo. (Lozano & Huertas, 2017).

Continuando con este orden de ideas, Lozano & Huertas (2017), establecen que los cuidados paliativos empiezan en el momento del diagnóstico y se pueden dar al mismo tiempo que el tratamiento, así mismo, la atención para pacientes terminales o paciente desahuciado comienza después de que se diagnostica la enfermedad y cuando es claro que la persona tiene baja probabilidad de sobrevivir. Por lo que, enfermo terminal es el que se prevé que viva, después del diagnóstico, un periodo corto de tiempo y se le cambia el tratamiento de finalidad curativa que no le aportan beneficio a su estado de salud, sustituyéndolo por otro que tiene la finalidad de paliar y controlar los síntomas físicos y psíquicos que produce la enfermedad.

Igualmente, Stedeford (2005) citado por Nadal & Pincemin (2012) manifiesta que: “los Cuidados Paliativos deben ser concebidos como el ofrecimiento de un lugar seguro para el sufrimiento, un lugar en el que las personas puedan lidiar con su propia muerte de la manera más constructiva posible” (p. 79).

De otro lado, Nadal & Pincemin (2012) propone que el debate sobre la muerte digna, se haga sobre políticas públicas que giren en torno al final de la vida, garantizando de modo necesario la promoción e implementación de cuidados paliativos, para privilegiar el cuidado digno y la asistencia de la vida humana. (p.79).

Es decir, Nadal & Pincemin (2012), asumen que cualquier política en este aspecto deberá garantizar al enfermo terminal el acceso al servicio de los Cuidados Paliativos y al profesional de la Salud a que acceda a educarse de manera óptima, para brindar un mejor servicio al momento de acompañar a personas con enfermedad terminal y que al servicio de salud se le permita garantizarle al enfermo, una integralidad en aspectos básicos como son mejorar las condiciones físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales, incluido su entorno familiar y social. (p. 79).

En efecto, Ricoeur (1996) citado por Nadal & Pincemin (2012), expresa que en la enfermedad y la proximidad de la muerte suelen ser ocasiones para la resignificación de la propia historia de vida, para profundizar o reparar elecciones que configuren la identidad de una persona responsable de sus actos. (p.79).

Al mismo tiempo, el sentido de vivir es la vida en sí mismo, y no la suma de acciones prácticas en la vida. Es ese proyecto de vida que asumió, aun siendo móvil e incierto, viendo y viviendo la vida como un todo, leída de forma sucesiva la historia de esa vida hasta su final. (Ricoeur, 1996 citado por Nadal & Pincemin, 2012)

2.2. Cuidados paliativos en el ámbito familiar.

Loncán, et al (2017), dicen que se requieren de dos aspectos importantes en la atención de los cuidados paliativos, aún sea un nivel de atención general hasta el de mayor complejidad, estos son:

- a) una actitud con empatía hacia la percepción subjetiva que el paciente y su familia tiene de su realidad, tan substancial como un dato clínico es la apreciación del enfermo cuando hablamos de su bienestar;
- b) una comunicación efectiva y la construcción de una relación de compromiso que implican cualidades humanísticas, habilidades en comunicación y disponibilidad de tiempo y espacio adecuado para cada paciente; aceptación

de la muerte como el final natural de la vida tratando de aliviar la desesperación y el sufrimiento.

Por consiguiente, Medina (2011) aclara que cualquier modelo de atención al final de la vida debe dirigirse a la persona, al respeto de su dignidad, de su intimidad y confidencialidad. Que el paciente mantenga la autonomía y su entorno afectivo. Lo que implica, un modelo de cuidados consultado con el paciente de forma anticipada, siempre que sea posible o según se haya expresado previamente las voluntades.

En consideración a lo anterior, para atender un paciente de cuidados paliativos en el ámbito del hogar, debe tener de presente aspectos éticos y clínicos de la situación concreta. Por lo que se debe pensar en un mínimo de condiciones técnicas para garantizar la prestación del servicio con calidad e integralidad, estas según Loncán, et al (2017), son:

Estructurales. Tanto la información al paciente y/o la familia como la toma de decisiones precisan de un grado de intimidad que hacen necesarias estructuras físicas que lo permitan. También hay que garantizar el tiempo suficiente de los profesionales para poder establecer el dialogo y llevar a cabo una comunicación efectiva.

Formativos. Resulta básica la destreza en el manejo del control sintomático y la capacitación de los profesionales en aspectos como la comunicación, la evaluación de la competencia de los pacientes y la toma de decisiones ético-clínicas.

Metodológicos. A nivel organizativo el funcionamiento de los equipos asistenciales se debe basar en un trabajo multi e interdisciplinario, que contemple la existencia de espacios para reuniones en las que se intercambie la información que permita elaborar el plan terapéutico individualizado y consensuado. Por otra parte, los instrumentos de evaluación (sintomáticos,

cualitativos, etc.) han de estar adaptados y ser aplicados según las posibilidades emocionales y de tiempo de los enfermos.

2.2.1. Fundamentos culturales y sociales.

Lozano & Huertas (2017), expresan que existen diversos modelos de asistencia de cuidados paliativos. Estas diferencias son derivadas de las peculiaridades de cada cultura; pero que, entre ellos no son excluyentes, sino complementarios unos de otros.

Sánchez (2010), Baliza (2012), citados por Lozano & Huertas (2017), aclaran que la conexión que establece el equipo profesional de enfermería con los familiares del paciente es fundamental para la prestación de cualquier modelo del servicio de cuidado paliativo que se determine.

2.2.2. Fundamentos afectivos.

Lozano & Huertas (2017), manifiestan que es frecuente la negación por parte de la familia para abordar los problemas y por eso evitan los traumas y circunstancias que ocurren alrededor de la persona paliativa.

De la misma manera, esta observación es importante dado la frecuencia con que los familiares y amigos evitan el contacto directo con el enfermo terminal y todo lo relacionado con el proceso. Alejando al paciente terminal de sus afectos, afectándolos en su estado de ánimo; pero también, generando en su familia diferentes situaciones psicológicas que ameriten la atención de un profesional.

Lozano & Huertas (2017), expresan que los problemas para el enfermo terminal, derivados de la situación mencionada son: la ansiedad, el miedo y los problemas sin resolver. Lo que deriva en un afrontamiento ineficaz de la enfermedad.

Es decir, Cejudo (2011), Pérez (2013) y Vázquez (2013), citados por Lozano & Huertas (2017), dicen que es positivo, como se demostró para el enfermo oncológico terminal, que la ayuda emocional mejora la calidad de vida del paciente, lo que disminuye el miedo y la preocupación que genera el padecimiento de la enfermedad. Resaltando positivamente, el acompañamiento de la familia durante el transcurso de toda la enfermedad, ya que son la principal fuente de apoyo emocional y social para el paciente paliativo.

2.3. Cuidados paliativos en el ámbito hospitalario.

2.3.1. Fundamentos éticos y bioéticos

Medina (2011), manifiesta la exigencia de un compromiso moral y ético que sea acorde con la situación derivada de acompañar al enfermo hasta el final de su vida. En lo moral, las implicaciones son prácticas, porque se relacionan con lo correcto e incorrecto en el quehacer diario del médico o profesional de la salud ante el sufrimiento humano. En lo ético requiere, de un sentido más profundo de la aplicación de principios, normas, creencias, o hábitos que limitan su juicio moral.

2.3.2. Normatividad vigente y lineamientos para la implementación de los cuidados paliativos en Colombia.

Medina (2011), expresa textualmente:

En Colombia, la atención en CP se adhiere a y defiende los derechos del paciente reglamentados desde 1991 por la Resolución 13437 del Ministerio de Salud. En esta resolución se hacen explícitos, entre otros, los relacionados con el final de la vida como son: el derecho a tener información completa sobre los tratamientos y los riesgos, el derecho a que le sean respetadas sus creencias y costumbres, el derecho a morir con dignidad y a que se le respete la voluntad de permitir que el proceso de su muerte siga su curso natural. (p.28).

A nivel internacional, la Comisión de Ética de la Sociedad Europea de CP (EAPC) declaró en 2003 los lineamientos que deben regir la práctica del CP. Consideró que las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido generalmente cambian cuando se provee atención de CP, por lo cual los pacientes que hacen estas solicitudes deben haber tenido acceso a ella antes de tomar su decisión. En los países donde es permitido practicarlos, no debe ser ésta una responsabilidad de los médicos que trabajan en CP pues su compromiso es con la vida y su calidad. (p.28).

2.3.3. Realidades de las unidades de cuidados paliativos.

Barrezueta et al, manifiesta que en Colombia:

El modelo de atención en salud está dividido en diferentes niveles de acuerdo con la disponibilidad de recursos y su infraestructura. Cada nivel tiene un componente de cuidado paliativo acorde con el recurso. Inicia en la comunidad con los programas de voluntariado, unidades de centro día y programas de atención domiciliaria. Sigue con la consulta externa de primer nivel con unidades de corta instancia, luego continúa en unidades de segundo nivel con unidades de larga estancia y, por último, se ubica la consulta externa especializada en cuidados paliativos. (p.15).

De la misma manera Rozo (2016) manifiesta que:

Los servicios disponibles se han caracterizado principalmente en unidades hospitalarias de 3° y 4° nivel de atención (57%), contándose con 13 Instituciones de salud ubicadas en cuatro ciudades del país: Bogotá, Medellín, Cali y Pasto; seguido por residencias de tipo hospicio (17%), equipos multinivel (13%), atención domiciliaria (9%) y, por último, unidades en hospitales de 2° (4%) (44). A la fecha no se cuenta con equipos de apoyo

hospitalario multidisciplinarios especializados en cuidado paliativo, así como tampoco con centros de día. (p.52).

3. ACOMPAÑAR AL ENFERMO TERMINAL EN SUS NECESIDADES ESPIRITUALES DURANTE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA FAMILIA Y EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

Se ha avanzado hasta ahora, explicando e identificado que son y cuáles son las necesidades espirituales del enfermo terminal, al igual que se ha documentado sobre los cuidados paliativos.

Siguiendo con el hilo conductor, Diego et al (2022) manifiesta que, las necesidades espirituales son todas esas realidades existenciales y trascendentales que el paciente manifiesta al final de su vida, cuando sabe que su tiempo entre los vivos se ha terminado. Por lo que se hace importante, que los profesionales o familiares que acompañan al paciente, que lo asisten en sus cuidados paliativos entiendan al paciente en el proceso de explorar e identificar cuáles son las preocupaciones y las dificultades que afrontan en cuanto al sufrimiento, a su realidad presente, que ya no hay tiempo para pensar en solucionar, si fuere el caso, situaciones específicas de su vida.

De acuerdo con los razonamientos que se vienen realizando, Amaya (2019) considera que no toda persona que se encuentra en una situación crítica de enfermedad que afrontan la proximidad de la muerte tienen las mismas necesidades, el profesional o el familiar tendrá que preguntar acerca de sus deseos, de lo que requieren urgentemente, con quienes desean hablar sobre sus culpas o sobre sus sueños truncados, de reconciliarse o la necesidad de amar o ser amado. Son muchas las posibilidades por lo que se debe escuchar atentamente, observando incluso el lenguaje corporal.

3.1. Acompañar desde el hogar, para satisfacer las necesidades espirituales del enfermo terminal.

En este orden de ideas Nadal & Pincemin (2012), plantean que, el hogar es el lugar de mayor contradicción para el enfermo terminal, de un lado es su refugio, su zona segura, de confort y del otro lado las limitaciones físicas y técnicas para atender las crisis de la enfermedad lo hacen un lugar de riesgo inminente para la vida del paciente.

Resulta oportuno, adaptar las intervenciones en las distintas etapas del paciente a la situación familiar. En orden a la idea anterior, se debe tener unos objetivos terapéuticos que suministren adecuada información para facilitar la organización, la elaboración del duelo y evitar situaciones penosas. (Vanegas, 2021). El encargado de la asistencia espiritual debe facilitarle al comisionado de cuidar al enfermo terminal la información sobre el estado evolutivo del paciente paliativo, para actuar ante situaciones complicadas. (Ordoñez, 2021).

Sin embargo, surge ahora una pregunta: ¿puede un familiar, con la preparación adecuada profesional, ser el responsable idóneo para la atención de las necesidades espirituales del enfermo terminal?

Es evidente entonces que, durante la etapa terminal del enfermo las relaciones familiares pasarán por distintas incidencias, tales como: preocupaciones, encuentros y desencuentros, incluso aparece la lucha por el control o el dominio de la situación, desconfianzas, indecisiones, incertidumbre, cansancio, son los más destacados. En efecto, todo lo anterior se debe evaluar y establecer el diagnóstico de la dinámica familiar y las necesidades emocionales de la familia. (Reyes et al, 2017).

En estos casos la familia se preocupa por el estado de ánimo indeterminado del paciente, le inquieta no ser de ayuda para su ser querido. La muerte inminente del enfermo en cuidado paliativo puede hacer que los familiares se vean limitados, generando el temor de dejar al paciente solo o pensar que estarán solos en el momento definitivo. En este mismo orden y dirección, se generan las dudas si llevarlo a la clínica, llamar o no al médico, al personal de enfermería o a otros familiares. (Vargas et al, 2019).

Por tanto, se establece la responsabilidad de cuidar a su familiar como un sentimiento soportado en la “obligación moral” y en caso de no cumplir con ella de “culpabilidad”. Lo ideal, es una relación de entrega, de amor comprometido por la persona enferma y se recomienda que el acompañante sea cercano y confiable. (Tobón, 2018).

Además, es necesario que, así como se le pide al enfermo compromiso con su realidad desde la espiritualidad, a los familiares más cercano se les pide despojarse de apegos e incertidumbres, pues, lo inminente es la muerte como culminación del sufrimiento del cuerpo. De otro lado, no existe un modelo común de afrontamiento para paliar el estado emocional que sobreviene a la muerte de un ser querido, nadie sabe cómo experimentará el duelo, cuanto tiempo durará. (Johnston et al, 2015).

Sin embargo, si existen diversas emociones y sentimientos comunes en las personas que sufren de una pérdida importante, los cuales suelen darse algunos, todos o uno, estos pueden ser: tristeza, enojo, culpa, ansiedad, fatiga, conmoción, soledad, impotencia, anhelo de estar con la persona perdida, alivio, insensibilidad, incredulidad, confusión, falta de memoria, preocupación, alucinaciones (sensación de presencia del difunto). (Catalán, Moreno & Ayala, 2018).

En consecuencia estas emociones, comienzan en muchas ocasiones a vivirse desde el momento en que se tiene certeza que el enfermo cumplirá un término prescrito por las condiciones físicas del cuerpo, de acuerdo al dictamen médico que prevé el resultado definitivo de la muerte. Por lo que, bajo estas circunstancias esta persona familiar del paciente, no será la persona idónea para acompañar, dar asistencia espiritual al enfermo o proveer de cuidados al mismo, porque transmitirá sus sentimientos los cuales serán percibidos por el paciente, llenándolo de angustia y sufrimiento. (Cuadros, 2020).

3.2. ¿Cómo se acompaña la necesidad espiritual del enfermo terminal en una unidad de cuidados paliativos?

Hecha la observación en el ítem anterior, dado que en las clínicas el cuidado inicial es responsabilidad de las enfermeras, se hace necesario entonces que tengan las herramientas y formación para atender las necesidades espirituales. En este sentido, son los enfermeros y enfermeras, los profesionales de la salud, que acompañan, además de la familia, de forma permanente a los pacientes terminales y son los primeros que pueden recabar la información sobre las necesidades espirituales de los pacientes en cuidados paliativos.

En este mismo orden y dirección, para saber si el acercamiento del profesional de la salud responde a las necesidades planteadas por los pacientes terminales se deberá utilizar un diagnóstico. Entre los modelos propuestos se puede contar con la taxonomía NANDA-NOC-NIC, el siguiente cuadro dará una idea de la forma como se aplica, sin embargo, son criterios generales, dado que cada familia y cada paciente son en sí mismos muy diferentes, y tendrán necesidades distintas.

Tabla 1.

Nanda-Nic-Noc, modificada.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)
<ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento espiritual (00066) • Riesgo de sufrimiento espiritual (00067) • Disposición para aumentar el bienestar espiritual (00068) • Sufrimiento moral (00175) • Disposición para mejorar la esperanza (00185) • Desesperanza (00124) 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud espiritual-bienestar espiritual (2001) • Esperanza (1201) • Calidad de vida (2000) • Nivel de sufrimiento (2003) • Muerte digna (1307) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo espiritual (5420) • Cuidados en la agonía (5260) • Facilitar crecimiento espiritual (5426) • Facilitar el perdón (5280) • Facilitar la meditación (5960) • Terapia de grupo (5450) • Potenciación de la autoestima (5400)

Fuente: Bragado (2021), a partir de Pérez (2016)

Como se ha aclarado en algunos apartes, las necesidades espirituales son diferente en cada caso y por consiguiente no existe una lista cerrada de estas, lo que, es un limitante al desarrollo de un modelo de atención. Existen, además de la anterior propuesta, se han adoptados modelo como el implementado por Henry Nowen, que propone una relación de comunicación. En efecto, los pacientes con enfermedades en etapa terminal requieren

recibir cuidados holísticos por parte de los profesionales de la salud, es decir cuidando de tratar el dolor y el sufrimiento al tiempo.

En este propósito, es necesario aclarar que la ciencia de la medicina no considera la espiritualidad como algo inherente a la persona, tal vez por el desconocimiento propio de la misma. Cabe agregar, que a pesar que los profesionales de la salud han elegido una profesión dedicada al cuidado de las personas, debería, atender entonces, de manera integral todas las facetas del cuidado digno.

En realidad, si el profesional de la salud toma conciencia de su propia espiritualidad, pueden ser sensibles a las necesidades espirituales del enfermo terminal y entendería el lenguaje emitido por el paciente en ese sentido. Abriendo entonces, la comunicación auténtica y asertiva con los pacientes y sus familias.

De tal modo que, los enfermos terminales en las clínicas están a cargo principalmente de los profesionales capacitados en los cuidados paliativos y espirituales, especialistas para ayudar a todas las personas relacionadas o afectadas con la muerte del paciente a tomar conciencia que profesionalmente y técnicamente se ha hecho todo lo posible para disminuir el sufrimiento previsible mediante el adecuado tratamiento de síntomas y las decisiones tomadas. (Lumbreras, 2020).

Hecha la observación anterior, se clarifica que la asistencia espiritual contribuye a que los familiares experimenten la sensación que han sido buenos con el paciente terminal, facilitando la preparación del duelo. (Duque, 2019). En este orden de ideas, el sistema hospitalario o clínico debe evitar dejar en los familiares el recuerdo doloroso de un sufrimiento innecesario, con la evocación de actitudes y palabras crueles y dolorosas, y dudas para el resto de la vida sobre las decisiones que tuvieron que tomar en un momento determinado. (Cuartas et al, 2019).

Siendo entonces, el encargado de la asistencia espiritual la ayuda idónea para el paciente, permitiéndole en un proceso de comunicación asertiva identificar sus valores y creencias

que a lo largo de su vida le han dado sentido como ser humano, favoreciendo afrontar el dolor o el sufrimiento a través de sus emociones. (Mellquist, 2017).

3.3. Apuntes para una experiencia de atención a necesidades espirituales en cuidados paliativos.

El vacío que existe en la atención del enfermo terminal en cuidados paliativos en lo espiritual obliga a proponer un instructivo reflexivo acerca como sería la mejor manera de afrontar la asistencia espiritual de estos tipos de enfermos y acompañar a su familia. (Manchola et al, 2016). Ante la situación planteada, cualquier instrucción debe contemplar en lo mínimo una relación de ayuda, el acompañamiento activo o escucha activa, es la intervención precisa en esta etapa del cuidado paliativo a un enfermo terminal. (López et al, 2020).

Según se ha visto, ante el sufrimiento el dialogo como pedagogía de la posibilidad le ayuda a encontrar sentido a esa persona que ha visto y que ve como se le agota sus días de existencia, le permite encontrar esperanza, sentido a la vida aun en medio del dolor y el sufrimiento, expresando sus preocupaciones más profundas. (Sandoval et al, 2014).

Aunque no existe un único método, dado que cada persona es un ser único e irrepetible se puede establecer un orden para llegar de mejor manera al paciente y a la familia. Por lo que, el material clínico para acompañar al enfermo terminal en cuidado paliativo es la hospitalidad, la presencia y la compasión. En otra forma de decir, el material requerido es la propia persona que acompaña espiritualmente al paciente. (Villalobos, 2022).

En cuanto al método, la mayoría de los enfermos terminales requieren de ayuda para expresar el miedo, para comprender el misterio de la muerte que los amenaza y quitarle su poder, poder que se le ha dado equivocadamente y ayudar a recobrar ese poder para sí mismo. En este mismo orden y dirección, el método es una intervención compasiva por el que sufre logrando construir crecimiento y una visión madura de la realidad.

De tal modo, la Organización Mundial de la Salud ha descrito el “cuidado espiritual” como esencial para realizar buenas prácticas en cuidados paliativos, pero en Colombia, es un término reciente en el contexto de la salud, por lo que falta aún reflexión específica.

Luego, para mejorar la experiencia de la atención a las necesidades espirituales en cuidados paliativos, aquí se presenta una lista guía sobre como acompañar al enfermo y a la familia con las necesidades espirituales, describiendo unos elementos útiles para este cuidado, siguiendo de acuerdo a la individualidad de cada caso y al diagnóstico precedente, así:

- Lo primero, es construir una relación de confianza y un vínculo terapéutico.
- Lo segundo, identificar cual y en que consiste el “sufrimiento” del enfermo terminal.
- Lo tercero, si es posible desactivar las amenazas que se puedan resolver.
- Cuarto, explorar con el paciente sus recursos emocionales y capacidades para trascender el sufrimiento.
- Quinto, lograr encontrar su centro de apoyo emocional y espiritual, que le permita ver la trascendencia del misterio que contempla en la finitud de la vida.

En este orden de ideas el acompañamiento debe realizarse de acuerdo con estos elementos terapéuticos:

- Acójalo desde la atención inicial, este atento, sea poco discursivo, sea paciente, espere que la iniciativa la tome el enfermo.
- Establezca una relación sincera y auténtica, no se le oculte lo irreversible. Por lo que, debe responder con total claridad y empatía las preguntas formuladas, responda con compasión, pero siempre con la verdad.
- Construya ambiente de paz y tranquilidad, no exagere con sus sentimientos de angustia y mucho menos aparente que no pasa nada, no oculte la verdad, por lo que los gestos deben ser sobrios.
- Ser muy tolerante, recuerde que el enfermo suele sentirse el centro de atención, puede estar irascible y exigente. Por lo que, debe ser razonable y firme, es decir, no completamente “dejar hacer”.

- Déjale expresar sus necesidades físicas y espirituales y de respuesta oportuna y eficaz.
- Sea realista, entendiendo la realidad presente del enfermo. Por lo que se debe ayudar a reforzar acontecimientos positivos de su pasado y de su presente, omitiendo todo acontecimiento que estimule sentimientos de culpa o de reproche.
- Genere sentimientos de gratitud, el acompañante si es familiar debe dejarle claro al enfermo que su compañía, cuidado y atención es un gesto de agradecimiento hacia su persona, su vida y lo que él o ella ha significado para sus seres queridos.
- La atención espiritual incluye claridad para definir y responder a las ansiedades y preocupaciones que a diario presenta el enfermo.
- Evitarle al enfermo, el sentimiento de soledad, manteniendo un contacto humano permanente, disponible y amable, siendo su soporte y seguridad, y que contribuya a que este rodeado de personas claves: hijos, cuñados, primos, tíos, abuelos, amigo o familiar de trascendencia e importancia en el apoyo emocional del enfermo.
- Muéstrese dispuesto a calmar el dolor físico con todos los recursos disponibles.
- Reafirmarle el sentimiento de autoestima, permitiéndole tomar decisión en sus asuntos, expresele el valor y el significado que posee entre sus seres queridos.
- Muéstrese dispuesto a dignificarle y animarle todo el período terminal, promocionándole el sentido estético, permitiéndole el disfrute de la música, de los colores, de las formas, de la poesía.
- Debe ayudarle a liberarse del deseo y de la preocupación del futuro.
- Permítale el reencontrarse consigo mismo, dándole el tiempo para recordar su pasado y asumir su presente.
- Ayúdele con momentos de recogimiento, silencio y oración (si lo prefiere).
- Dele el regalo de la palabra, dándole la oportunidad si fuere el caso, de redactar sus memorias, grabar las anécdotas principales de su vida, los consejos que daría a sus seres queridos, que hable de su filosofía de la vida y de su fe.
- Apóyete para que se libere de sus miedos, odios, resentimientos y otros, con su palabra y sus gestos hacia otros.
- Ayúdele a encontrar significado a las pérdidas, a las culpas, a las frustraciones.

- Trate de garantizar en lo posible, una despedida, puede ser pedir perdón o agradecer a los suyos.
- Y, por último, si les es posible prepárelo para la muerte desde su realidad espiritual y religiosa, permitiéndole espacios de intimidad, silencio y recogimiento.

3.3.1. Practicas asistenciales del personal a cargo de la espiritualidad.

En relación con este último ítem, debe recordarse que con la persona que sufre se debe aplicar solo una práctica asistencial, la presencia en plenitud como poder terapéutico que nace en el acompañamiento desde el contacto físico, emocional y espiritual. En ese mismo sentido, es necesario que esa presencia sea activa a favor del otro desde la compasión, que comienza por conmoverse interiormente y percibir el sufrimiento del enfermo, sintiéndose movido a actuar para ocuparse de él, actuando con la razón movido por el corazón. Contribuyendo a disminuir el dolor y el sufrimiento del “alma”. Es ofrecer la presencia en plenitud, para que el enfermo terminal en cuidados paliativos se descubra a sí mismo y se conecte desde lo profundo de su ser alcanzando la trascendencia. (Duque et al, 2019).

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que el asistente médico o personal de salud y el familiar encargado, tiene que considerar el sufrimiento del paciente terminal como una dimensión espiritual de la persona, encontrar la causa del desconsuelo en cada caso particular, contribuye con el afrontamiento del enfermo y demás familiares de la enfermedad irreversible que termina en la muerte.

Lo más importante, la presencia plena del acompañante o asistente del enfermo terminal, que, a través de una comunicación asertiva, escuchando y observando pacientemente lograra que el paciente conecte desde lo profundo de su ser con lo que él considere trascendente. (Duque et al, 2019).

En efecto, se debe concluir que lo importante es la vida como “un camino que se transita a lo largo del tiempo”, que inicia dependiendo de los conceptos legales o biológicos desde el nacimiento o desde la concepción misma, que dura un periodo que puede ser corto o largo. Tiempo que, depende de muchos factores: circunstanciales o conductas aleatorias como el homicidio o el asesinato, genéticos, o del estado del cuerpo, o, la alimentación y otras actividades en relación a la sostenibilidad de la vitalidad del cuerpo, etc.

Pero, la muerte tiene muchas formas de contemplarse y aun de definirse, es para algunos el final del “organismo” ante la posibilidad de sostener el proceso homeostático, en otros, es una especie de “viaje” que transforma la conciencia y que se mejora con cada retorno (reencarnación), y para otro tanto, es el inicio de una vida nueva que se recibe por la gracia de la resurrección. Así, se podría decir que, el significado de la muerte está en relación a la fe o creencias que se tenga de la misma.

En consecuencia, la ciencia, la medicina y otras especialidades afines promueven la restauración del cuerpo o darle calidad de vida a las personas evitando las enfermedades, incluso la prolongación del tiempo de vida a través de métodos especializados; pero

también, se promueve que por “voluntad” de la persona pueda dar por terminado su vida, de forma activa o pasiva; esto último, es lo que se llama “eutanasia”.

Sin embargo, frente a enfermedades que se denominan incurables, edad avanzada con deterioro funcional del cuerpo, se pronostica que la terminación de la vida es un hecho irremediable. Se habla entonces del cuidado de estas personas que se encuentra en la fase crítica y terminal de su vida. Por consiguiente, dependiendo de factores culturales, de creencias religiosas, de fe, formación moral o de la misma persona se optan por dos caminos: uno terminar abruptamente o tempranamente con el sufrimiento (eutanasia) o enfrentar el dolor, el sufrimiento y la angustia de esperar hasta el final. En ambos casos, la compañía de la familia, de los profesionales de la salud y en nuestro caso del sacerdote se hace indispensable, para brindar apoyo, calidad de vida, dignidad y respeto frente a las opciones que haya que tomarse según cada persona.

Inicialmente, este cuidado, se asumió tradicionalmente con el acompañamiento al enfermo “terminal” dirigiéndolo hacia la muerte, se consideraba, que era mucho más importante el alma que cuidar del cuerpo. En otras palabras, se debía de cuidar del "moribundo". Concepción que, a partir de la biótica, y el cambio cultural frente a la forma de ver la salud mental y física, se fue transformando en la necesidad de cuidar "de la persona en el final de la vida".

En este nuevo contexto, en este trabajo se permite concluir una correlación con las siguientes preguntas para promocionar la vida de la persona en condición de enfermedad terminal: ¿Cómo proporcionar los cuidados que merece? ¿Cómo informar acerca de la gravedad de su situación? ¿Qué conductas terapéuticas son más adecuadas? ¿Cuál es el mejor lugar para sus últimos días?

Preguntas, que llevan a desafiar la creatividad, solidaridad y compasión, para asumir con respeto la vida, como condición primordial, para determinar cuál es el tratamiento adecuado en función de sus perspectivas biológicas y de sus circunstancias personales y sociales. Establecer cuáles son los cuidados paliativos indicados, para proporcionar al enfermo, a la

familia y/o persona significativa de su vida, las condiciones para que alcancen una buena calidad de vida.

Por consiguiente, el objetivo es lograr el ajuste necesario en el enfermo, la familia y/o persona significativa a una nueva realidad, para que les permita enfrentar de la mejor forma posible la condición de enfermedad terminal, cuyos caminos pasan por el buen control del dolor y de otros síntomas, buena comunicación, apoyo psicosocial y trabajo en equipo. Pero, sobre todo, que se sienta acompañado desde su espiritualidad. En este contexto, los cuidados paliativos se dirigen al enfermo y no a la enfermedad, como un conjunto de acciones, que les permitan aceptar la muerte y tener calidad de vida, constituyéndose una alianza entre el enfermo y los prestadores de cuidados.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Aguirre, F. H., Fragoso, S. C., & Cerón, E. C. (2022). Pedagogía de la Espiritualidad. Decolonización del cuidado como conciencia relacional. *Revista CoPaLa*, (15), 68-79.
- Alvarado Valle, E., Rodríguez Jiménez, S., Cárdenas Jiménez, M., & Pacheco Arce, A. L. (2018). El cuidado espiritual un camino para trascender en la razón de ser de la Enfermería. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(1), 56-61.
- Amaya, M. H. V. (2019). ¿Conoce la comunidad rural el cuidado paliativo?: un desafío cultural, espiritual y educativo. *Cuadernos de teología-Universidad Católica del Norte (En línea)*, 11, e3925-e3925.
- Anandarajah, G. y Hight, E. (2001). Espiritualidad y práctica médica: utilizando las preguntas HOPE como una herramienta práctica para la evaluación espiritual. *Médico de familia estadounidense*, 63 (1), 81.
- Arriera, I. C. D. O., Thofehn, M. B., Milbrath, V. M., Schwonke, C. R. G. B., Cardoso, D. H., & Fripp, J. C. (2017). El sentido de la espiritualidad en la fugacidad de la vida. *Escola Anna Nery*, 21(1).
- Babero, J., Benito, E., & Dones, M., (2016). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*, 13(2-3), 367-84.
- Barrezueta, L. J., Jiménez, J. A., López, M. E., & Martínez, A. L. El cuidado paliativo y el médico familiar: una revisión narrativa.
- Bataille, G. (2018). *Teoría de la religión*. Taurus.
- Blaber, M., Jone, J., & Willis, D. (2015). Spiritual care: ¿which is the best assessment tool for palliative settings? *International Journal of Palliative Nursing*, 21(9), 430-438.
- Böspflug, F. (2018). Los monoteísmos abrahámicos y las imágenes: Un panorama.
- Botero, F., & Endara, L. (2000). Mito, rito, símbolo: lecturas antropológicas.
- Bragado González, L. (2021). Las necesidades espirituales al final de la vida: el papel del enfermero en Cuidados Paliativos Pediátricos. Una revisión sistemática.
- Bragado González, L. (2021). Las necesidades espirituales al final de la vida: el papel del enfermero en Cuidados Paliativos Pediátricos. Una revisión sistemática.

- Bustamante, K., Iñamagua, L., Loja, T., Tapia, L., Ortiz, D., & Castro, Z. (2020). Postulados filosóficos católicos, repercusiones en el cuidado humano: revisión sistemática Catholic philosophical postulates, implications on human care: a systematic review. *Revista Killkana Salud y Bienestar*. Vol, 4(3).
- Campillo, J. E. (2021, April). *La consciencia humana: Las bases biológicas, fisiológicas y culturales de la consciencia*. Arpa.
- Castro, M. R., Fernández, A. R., Jaimez, M. L. P., Pérez, E. G., Balaguer, O. F., Blasco, T. B., & López, A. P. (2016). ¿Qué referencias espirituales verbalizan los pacientes atendidos por un equipo hospitalario de cuidados paliativos? *Medicina Paliativa*, 23(4), 172-178.
- Catalán, R. M., Moreno, I. A., & Ayala, A. M. (2018). *Duelo: Proceso Privado y Social*. Editorial Segismundo.
- Diego, P. M., Ciccorossi, M., & Svoboda, I. F. (2022). El desarrollo de la competencia espiritual en clínica. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (18), 01-13.
- Duque, P. A., Ortiz, S. A. T., Reinoso, D. A. L., & Marín, J. E. R. (2019). Revisión sistemática del cuidado al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 26(2), 156-162.
- Escalante, M. T. U. (2021). Dimensión espiritual en el ser humano. *Revista Universidad Católica de Oriente*, 32(47), 110-133.
- Escribano Zurita, A. (2021). *Muerte y religión: un acercamiento plástico a los símbolos religiosos y deidades de la defunción* (Doctoral dissertation, Universitat Politècnica de València).
- Esperandio, M., & Leget, C. (2020). Espiritualidad en los cuidados paliativos: ¿un problema de salud pública? *Revista Bioética*, 28, 543-553.
- Esperandio, M., & Leget, C. (2020). Espiritualidad en los cuidados paliativos: ¿un problema de salud pública? *Revista Bioética*, 28, 543-553.
- Espinosa Pérez, J. (2018). *La comunicación como herramienta del cuidado de enfermería en el alivio del sufrimiento*. Revisión narrativa (Bachelor's thesis).
- Francisco, P. (2013). *Lumen fidei: Carta apostólica sobre la Fe* (Vol. 56). Palabra.
- Galiana, L., Oliver, A., Benito, E., & Sansó, N. (2016). Cuestionarios de atención espiritual en cuidados paliativos: revisión de la evidencia para su aplicación clínica. *Psicooncología*, 2016, vol. 13, num. 2-3, p. 385-397.
- Galli, C. M. (2020). *Fe y teología: riesgo y humildad: meditar desde el corazón de María*.

Gentile, 2014

- Gentile, R. (2014). Del homo patiens (hombre sufriente) al homo rebellis (hombre rebelde): análisis de la nueva percepción de salud y enfermedad en época contemporánea. *Medicina y Ética*, 25(1), 105-144.
- Johnston, B., Gaffney, M., Pringle, J. y Buchanan, D. (2015). La persona detrás del paciente: un estudio de viabilidad utilizando la Pregunta de Dignidad del Paciente para pacientes con necesidades de cuidados paliativos en el hospital. *Revista internacional de enfermería paliativa*, 21 (2), 71-77.
- Kamitsuru, S. (2012). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014*. T. H. Herdman (Ed.). Barcelona: Elsevier.
- Kaufmann, J. L. (2022). 100 notas básicas sobre las Postrimerías. *Dios Y El Hombre*, 5(2), 086.
- Koffman, R. G. (2008). ¿Qué es un ser humano? *Revista médica de Rosario*, 74, 32-34.
- Kottow, M. (2022). *Desde la Bioética: comienzo y final del cuerpo humano*. Editorial Universitaria de Chile.
- La Riva, M. E. M., & Ortiz, A. L. A. A. (2015). Espiritualidad en pacientes de cuidados paliativos de un hospital nacional. *Cuidado y salud: Kawsayninchis*, 2(2), 203-212.
- Laya, A. M. B. (2022). Dialéctica de la transcomplejidad de las ciencias del espíritu. 73-81. *Revista Digital de Investigación y Postgrado*, 3(6).
- Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., & López-Tarrida, Á. C., Ruiz-Romero, V., & González-Martín, T. (2020). Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 202001002.
- Lozano López, B., & Huertas Pérez, M. M. (2017). Cuidados paliativos, cuidados compartidos.
- Lumbreras Gómez, S. (2020). Cuidados de enfermería a nivel espiritual en pacientes en la fase final de vida a través del counselling.
- Manchola, C., Brazão, E., Pulschen, A., & Santos, M. (2016). Cuidados paliativos, espiritualidad y bioética narrativa en una unidad de salud especializada. *Revista Bioética*, 24, 165-175.

- Medina, M. I. S. (2011). El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*, 1(2), 23-37.
- Mellquist, T. M. C. (2017). La atención espiritual en cuidados paliativos.
- Nadal, C., & Pincemin, I. (2012). Cuidados paliativos: derecho al final de la vida. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2(4).
- Ordoñez, D. E. (2021). La Espiritualidad en Teilhard de Chardin como arte de sanar en el ámbito del Cuidado Paliativo. *Revista Universidad Católica de Oriente*, 32(47), 154-162.
- Pérez-García, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: cuidados humanizados*, 5(2), 41-45.
- Pinedo Velázquez, M. T., & Jiménez Jiménez, J. C. (2017). Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática.
- Ramírez-Hernández, A. (2022). Ética social y desarrollo humano en educación superior: análisis comparado. *Revista Educación*, 20(20), 11-25.
- Reyes, M. M., De Lima, L., Taboada, P., Villarroel, L., Vial, J. D. D., Blanco, O., ... & Nervi, F. (2017). Escala numérica para evaluar síntomas espirituales en cuidados paliativos. *Revista médica de Chile*, 145(6), 747-754.
- Rozo-Gutiérrez, N. (2016). El transitar de la muerte: cuidado paliativo¿utopía o realidad?. *MedUNAB*, 19(1), 46-55.
- Ruiz Torres, D. F. (2017). Intervención de enfermería en pacientes adultos mayores en la etapa final de la vida hospitalizados en la unidad de cuidados paliativos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú-2016.
- Sandoval Guzmán, P. E., Rangel Domínguez, N. E., Allende Pérez, S. R., & Ascencio Huertas, L. (2014). CONCEPTO DE ESPIRITUALIDAD DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO. *Psicooncología*, 11.
- Sangalli, L., & Turriziani, A. (2014). La sedación paliativa: los temas candentes. *Medicina y Ética*, 25(1), 61-104.
- Ugarte, J. V. A. C. (2021). EL PROTAGONISMO DIALÉCTICO-SOCIAL DEL SER HUMANO EN EL DESARROLLO INTELECTUAL DE RODOLFO MONDOLFO/HUMAN SOCIAL DIALECTIC PROTAGONISM IN THE

- INTELLECTUAL DEVELOPMENT BY RODOLFO MONDOLFO. *Revista Internacional CONSINTER de Direito*, (13), 125-145.
- Uribe Velásquez, S. P., & Lagoueyte Gómez, M. I. (2019). La espiritualidad como fuente de inspiración para el cuidado de enfermería.
- Vanegas, A. A., Bohada, M. C., de la Hoz, J. M., Gutiérrez, L. O., & Moreno, C. B. (2021). Identificación de necesidades de cuidados paliativos en Pacientes oncológicos: una revisión sistemática. *Ciencia y Salud Virtual*, 13(1), 15.
- Vargas-Escobar, L. M., Guarnizo-Tole, M., Tovar-Pardo, M. F., & Rojas-Pérez, C. M. (2019). Tendencias de investigación en torno al cuidado espiritual de enfermería: Revisión de la literatura. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 6(1), 145-169.
- Vázquez Calle, J. L. (2020). La vida digna en el proceso de muerte, prospección hacia la eutanasia y el suicidio medicamente asistido (Master's thesis, Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador).
- Villalobos Guiza, M. N. (2022). El significado del cuidado espiritual y los fundamentos cristianos en la práctica de enfermería en una clínica de Lima-Perú.