

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO AMÉRICA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Trabajo de graduación presentado como requisito para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería

Concepción de los estudiantes de tercer año de la Escuela de Enfermería de la Universidad
Adventista de Centro América sobre el abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su
familia, Alajuela, marzo-septiembre del 2016

Elaborado por:

Bach. Reggianne Elaine Cima

Bach. Ariagne Denise Reyes Brown

Alajuela, Costa Rica

Noviembre, 2016

Hoja de Aprobación

Trabajo Final de Graduación sometido a consideración de la Escuela de Enfermería de la
Universidad Adventista de Centro América para optar por el grado de Licenciatura en
Enfermería.

Sustentantes:

Bach. Reggianne Elaine Cima

Bach. Ariagne Denise Reyes Brown

Aprobado por:

Dra. Julia Elena Ortiz Rivera
Presidenta Tribunal Examinador

Dra. Shirley Ugalde Herrera Dra. Diana Rodríguez Chaves
Lectora del Trabajo Final de Graduación Tutora del Trabajo Final de Graduación

Tribunal Examinador

Escuela de Enfermería

Dra. Julia Elena Ortiz Rivera

Fecha

Dra. Shirley Ugalde Herrera

Fecha

Dra. Diana Rodríguez Chaves

Fecha

Dedicatoria

Este proyecto se lo dedicamos a nuestros padres por su apoyo amor, comprensión, por cada consejo y por inculcar en nosotras valores y principios Cristo-céntricos que nos han ayudado a forjar nuestro carácter. Además, por el apoyo incondicional en los momentos difíciles y por el esfuerzo de brindarnos los recursos necesarios para completar nuestros estudios.

De igual forma, agradecemos a nuestros familiares, amigos, conocidos y pacientes que han influido de manera positiva en nuestras vidas durante estos cuatro años de estudio.

Agradecimientos

Es buena cultura el agradecer a las personas que, de una u otra manera, han contribuido a nuestra felicidad y éxito. El agradecimiento es la memoria del corazón.

En primer lugar, damos gracias a Dios por permitirnos llegar hasta este punto en nuestras vidas académicas: es Él quien nos da la vida, salud, fuerzas y capacidades para lograr nuestros objetivos. También, por la inspiración que nos dio cada día para concluir nuestros estudios en esta noble institución.

A nuestros padres (Beatriz Cima, Rajenai Cima y Mariana Brown, Armando Reyes), quienes nos han animado a seguir adelante en la carrera que emprendimos. Por su apoyo incondicional en todos los aspectos de nuestras vidas y la energía que nos inyectan para crecer como personas y profesionales.

A nuestra tutora y consejera: Dra. Diana Rodríguez Chaves, por dirigirnos para realizar esta investigación. Asimismo, agradecemos su apoyo, fina atención en cada detalle y paciencia para con nosotras, a pesar de sus responsabilidades, pues fue fundamental para elaborar y concluir esta tesis.

También, agradecemos a cada profesor que nos acompañó en la aventura de cada clase y práctica clínica: por su disposición y apoyo a la hora de compartir un poco de su conocimiento y experiencia con nosotras.

De forma muy especial a la Dra. Carolina Aguilar Montoya y a nuestra Directora de la Escuela de Enfermería y profesora, la Dra. Julia Elena Ortiz Rivera.

El mutuo agradecimiento a mi compañera de investigación, que con sus aportes ha contribuido para que este trabajo sea una realidad. Gracias por estar junto a mí y por cada inolvidable y loco momento que hemos compartido.

A todos aquellos amigos y familiares cercanos que nos han brindado su apoyo y, de una u otra forma, han sido una luz y bendición en nuestras vidas. A todos ellos; ¡muchas gracias!

Resumen

Ciertamente, la atención espiritual es una parte crucial de los cuidados de Enfermería, por lo que no debe ser excluida. Por esta razón, se describirá la concepción de los estudiantes sobre el abordaje espiritual en la persona que se encuentra en fase terminal y en su familia, mediante la investigación de enfoque mixto. La recolección de los datos se realizó a través de una entrevista guiada de forma individual a cada uno de los integrantes de la muestra seleccionada, los cuales sumaron un total de cinco (5) personas pertenecientes al grupo de tercer año de la Universidad Adventista de Centro América. Cabe señalar que, como parte de los resultados, se identificó que los estudiantes manejan un conocimiento superficial sobre la materia.

Palabras claves: *Enfermería, enfermedad/ fase terminal, cuidado, cuidado espiritual, cuidado paliativo, necesidades espirituales, espiritualidad, religiosidad, calidad de vida, holístico.*

Abstract

Certainly, spiritual care is recognized as a crucial part of nursing care, consequently it should not be excluded from it. For this reason, a description of the students' concepts about the spiritual approach to terminally ill-treated persons and their families will be carried through a mixed method. The collection of this data was performed through an individual guided interview to each one of the members of the selected sample, which were five (5) persons in total who belong to the third year of the Nursing Program of the Adventist University of Central America. It is to be noted that it was identified among the results that the students have a superficial knowledge on the subject.

Keywords: *Nursing, terminal stage, care, spiritual care, palliative care, spiritual needs, spirituality, religiosity, quality of life, holistic.*

Tabla de Contenido

Dedicatoria	4
Agradecimientos	5
Resumen	6
Abstract	6
CAPÍTULO I	12
Introducción	13
Antecedentes	15
Estado del Arte	21
Justificación	24
Delimitaciones	28
Limitaciones	28
Recursos	29
Humanos	29
Tecnológicos	29
Financieros	29
Bibliográficos	29
CAPÍTULO II	30
Problema de Investigación	31
Hipótesis	31
Objetivo General	31
Objetivos Específicos	32
CAPÍTULO III	33
MARCO CONCEPTUAL	34
Enfermería	34
Enfermedad / fase terminal	35
Cuidado	35
Cuidado espiritual	36
Cuidado paliativo	36
Necesidades espirituales	37
Espiritualidad	37
Religiosidad	38
Calidad de vida	38

Holístico	38
CAPÍTULO IV	39
MARCO TEÓRICO	40
Espiritualidad y Religiosidad	40
Cuidado espiritual / paliativo	42
Necesidades espirituales:	44
1. Necesidad de ser reconocido como persona	44
2. Necesidad de volver a leer la vida	45
3. Necesidad de buscar el sentido a lo que estamos viviendo	46
4. Necesidad de liberarnos de viejos sentimientos de culpa	47
5. Necesidad de reconciliarnos con nosotros mismos, con los demás y con Dios	48
6. Necesidad de establecer la vida más allá de nosotros mismos	49
7. Necesidad de orden espacio – temporal	49
8. Necesidad de verdad	50
9. Necesidad de libertad	51
10. Necesidad de arraigo	51
11. Necesidad de soledad-silencio	52
12. Necesidad de finalizar temas inconclusos	52
13. Necesidad de gratitud	52
14. Necesidad de abrirnos a la trascendencia	53
15. Necesidad de conectar pasado y futuro con el presente para vivir este intensamente	54
16. Necesidad de expresar religiosamente estas necesidades espirituales de los creyentes de cualquier religión	54
Barreras que impiden el abordaje espiritual	55
Bases terapéuticas y objetivos de los cuidados espirituales	56
Importancia de la comunicación	57
La familia	61
CAPÍTULO V	63
MARCO METODOLÓGICO	64
Tipo de investigación	64
Alcance temporal de la investigación	64
Marco donde tiene lugar la investigación	65

Ubicación de la investigación	65
Profundidad de la investigación	65
Recolección de datos	65
Objeto de estudio	66
Universo y muestra	66
Descripción de los sujetos de la investigación	66
Se establecen entre los criterios de inclusión de la población como participantes a:	66
Como criterios de exclusión se establecen:	67
Operacionalización de las variables	67
Técnicas e instrumento para recolección de datos	68
Capítulo VI	69
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS	70
Parte I de la entrevista: preguntas personales	70
Según género	70
Cuadro # 1	70
Gráfico #1	71
Según edad	72
Cuadro # 2	72
Gráfica #2	73
Parte II de la entrevista: conceptos generales	74
Ser y quehacer de la Enfermería	74
Cuadro # 3	74
Gráfica #3	75
Cuidado Paliativo	78
Cuadro #4	78
Gráfico #4	79
Parte III de la entrevista: desarrollo	81
Espiritualidad y Religiosidad	81
Cuadro #5	81
Gráfica #5	82
Gráfico #6	82

Diferencia entre Espiritualidad y Religiosidad	85
Cuadro #6	85
Gráfica #7	86
Importancia del Cuidado Espiritual	88
Cuadro #7	88
Gráfica #8	89
Hacia quien o quienes debe ir enfocados los C.E.	92
Cuadro #8	92
Gráfica #9	93
Papel que desempeña un enfermero en el C.E.	95
Cuadro #9	95
Gráfica #10	95
Experiencia al tratar con un paciente en F.T. o con una E.C.	98
Cuadro #10	98
Gráfica #11	99
Obstáculos para abordar el C.E.	104
Cuadro #11	104
Gráfica #12	105
Curso brindado por la universidad	107
Cuadro #12	107
Gráfica #13	108
CAPÍTULO VII	109
Conclusiones	110
Recomendaciones	112
Lista de Acrónimos	113
Bibliografía	114
ANEXOS	120
Anexo #1: Instrumento de Recolección de Datos	121
Anexo #2: Respuestas de los estudiantes entrevistados	125
Anexo #3: Cronograma de trabajo	145
CARTAS	146
Carta #1: Aprobación del anteproyecto por parte de la Escuela de Enfermería	147
Carta #2: Aprobación de tesis para ser revisada por los lectores, por parte de la tutora	148

Carta #3: Aprobación de tesis para ser revisada por el (la) filólogo(a), por parte de la tutora _____	148
Carta #4: Aprobación de tesis, por parte del (de la) filólogo(a) _____	150
Carta #5: Aprobación de tesis para ser defendida, por parte de la tutora _____	151
Carta #6: Conclusión de correcciones dadas en la defensa, por parte de la tutora _____	152

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Esta investigación aborda el tema del cuidado espiritual en las personas que se encuentran en fase terminal y en sus respectivas familias, desde la concepción que tienen los estudiantes de tercer año de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América al respecto. Según el Ministerio de Salud (2011), la segunda causa de muerte en Costa Rica se debe a los tumores, por lo que se detona la importancia de un cuidado holístico para las personas y los familiares que atraviesan esta dura etapa de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) manifiesta que la Enfermería abarca la atención autónoma -y en colaboración dispensada- dirigida a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no y en todas las circunstancias. Además, comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

El problema con Enfermería es que se ha olvidado que el cuidado y la espiritualidad son un complemento exclusivamente humano y, en ocasiones críticas de la enfermedad, este se convierte un estimulador para seguir viviendo; aunque las fuerzas vitales sean inherente a esto. (Cabarcas *et al.*, 2016, p. 28)

Por esta razón es necesario que los profesionales en Enfermería comiencen a mirar lo espiritual como una herramienta facilitadora para el cuidado de los pacientes en su práctica diaria, de manera que ayude a comprender el estado de salud del ser humano, así como las circunstancias de la vida, aunque estas no lleguen a afectar de manera directa.

Por consiguiente, esta investigación pretende identificar la importancia del abordaje espiritual en las personas que atraviesan la fase terminal y en sus familias y, también, determinar el papel que desempeña el estudiante de Enfermería en el abordaje espiritual. Antes que nada, conviene reconocer las situaciones que podrían influir en caso de no abordar el cuidado espiritual por parte de un estudiante de Enfermería que posteriormente se convertirá en un profesional a cargo de estas personas, como por ejemplo, la falta de conocimiento o interés sobre el tema o la confusión que se tiende a dar entre la religiosidad y la espiritualidad.

ANTECEDENTES

Luego de una exhaustiva búsqueda sobre la atención espiritual en personas que se atraviesan la fase terminal y en sus familias, se encontraron varias publicaciones tanto nacionales como internacionales al respecto.

Al considerar la plenitud del cuidado, Castanheira *et al.* (2016), en su investigación *Atención a las necesidades espirituales en la práctica clínica de enfermeros*, explican la importancia de la sistematización del cuidado espiritual por parte del personal en Enfermería y la propagación de las intervenciones en esta dimensión hacia sus pacientes.

Para ello se requirió analizar el nivel de comprensión de estos profesionales en torno al cuidado espiritual y su propia experiencia en cuanto a la promoción de este cuidado a los pacientes durante la ejecución de la práctica clínica.

Como resultado, el personal identificó la necesidad de intervenir en la dimensión espiritual de sus pacientes, por lo que se consideró importante atender a este requerimiento; sin embargo, se presentaron dificultades al momento de procurar brindar dicho cuidado. Esto se debe a la falta de conocimiento y organización del proceso de trabajo. Incluso, se trató de dificultades citadas sobre la no realización del cuidado espiritual y la priorización de los cuidados físicos. No obstante, se descubrió que al ofrecer el cuidado espiritual, no fue posible su sistematización.

Consecuentemente, esta propuesta presenta gran potencial para despertar discusiones en cuanto a la formación del enfermero para el ofrecimiento del cuidado espiritual. Además, demuestra sus dificultades y facilidades para la ejecución de tal cuidado en la cotidianidad del trabajo de Enfermería.

Orozco *et al.* (2013), en su investigación *Experiencias y conocimientos de los estudiantes de Enfermería ante la muerte del paciente hospitalizado*, identifican conocimientos y experiencias de estudiantes de Licenciatura en Enfermería sobre la muerte de pacientes hospitalizados. Los resultados demostraron que el 85 % de los alumnos han experimentado un proceso de muerte de algún familiar o amigo y, el 75 %, de un paciente (en la práctica hospitalaria). El 46 % no se considera preparado para vivir esta experiencia y el 37,7 % considera que el personal de las instituciones no está preparado para "manejar" la muerte de los pacientes. Cabe agregar que existen opiniones divididas sobre el temor hacia este fenómeno. Por su parte, los alumnos comprenden qué es la tanatología y qué es el duelo, aunque no se sienten competentes en el tema.

Sin duda, es importante sensibilizar al futuro profesional de Enfermería en competencias que permitan dar un trato digno al paciente, con base en conocimientos sólidos en tanatología.

De igual manera, Bermejo, Lozano, Villaceros y Gil (2013), en su investigación *Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios*, explican la importancia de la atención de las necesidades espirituales de los pacientes y sus familiares para vivir un proceso de final de la calidad de vida.

El objetivo del estudio es evaluar cómo perciben los pacientes y los cuidadores principales de una Unidad de Cuidados Paliativos la atención espiritual recibida y, consecuentemente, compararla entre grupos: paciente, cuidador durante ingreso y cuidador en seguimiento.

Como parte de los resultados, se destacó que la atención espiritual ayuda al 88 % de los pacientes a sentirse esperanzados, el 83 % se mostraron confortados, al 79,1 % de ellos a encontrar significado y al 73,4 % a comprender el sentido.

Al final de la investigación identificaron que, aunque el intento de cuantificar la atención espiritual reduce sustancialmente su valor, los datos apoyan la hipótesis de que una atención espiritual adecuada mejora la calidad de la vivencia de la fase terminal y el afrontamiento de la muerte, de manera que esto influye de forma positiva sobre el paciente y sus familiares.

Por otra parte, Payás *et al.* (2008), en su investigación *¿Cómo perciben los profesionales de paliativos las necesidades espirituales del paciente al final de la vida?*, presentan datos empíricos sobre la detección y atención de las necesidades espirituales en las Unidades de Cuidados Paliativos españolas.

Fue por medio de los resultados que determinaron que el *ratio* de retorno ha sido de un 17 %. De los 202 cuestionarios analizados, el 31 % de los participantes manifestó tener bastante o mucha dificultad a la hora de identificar las expresiones de necesidades espirituales por parte de sus pacientes. Luego, el 28 % expresó que todos o la mayoría de sus pacientes suelen exteriorizar preocupaciones espirituales y, por último, el 56 % afirmó que solo una minoría de sus pacientes lo hace.

Por su parte, el 40 % de los profesionales señaló sentirse con pocos o escasos recursos para responder a aquellas situaciones en las que el enfermo suele expresar sufrimiento de origen espiritual. También, un 23 % declaró que los aspectos espirituales son tratados regularmente dentro de las sesiones de trabajo del equipo multidisciplinar, mientras que el 63 % dijo que esto no se aborda nunca o prácticamente nunca durante las sesiones clínicas del equipo.

Ahora bien, el 39 % de los participantes confesó que siempre o casi siempre habla de la muerte con sus pacientes; sin embargo, el 43 % indicó no hacerlo nunca o prácticamente nunca.

Por consiguiente, del análisis cualitativo, se propone una taxonomía con 12 tipos de necesidades existenciales espirituales, basadas en las 463 expresiones textuales de los propios pacientes, tal y como fueron recogidas por sus cuidadores. Esta categorización empírica ofrece pistas para estructurar la dimensión espiritual de los pacientes al final de la vida.

Schmidt *et al.* (2012), en su investigación *Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte*, evalúan el efecto de un programa de formación en cuidados paliativos dirigido a estudiantes de Ciencias de la Salud, mediante el uso de la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte.

En la investigación, de los 87 participantes, el 74 % son mujeres y, el resto, hombres. La edad media fue de 21,35 años. La mayoría de los participantes estudian Enfermería (64 %), seguidos por aquellos de Terapia Ocupacional (23,6 %), Psicología (5,6 %) y, por último, Medicina y Fisioterapia (2,2 %). Cabe señalar que se encontraron diferencias significativas respecto al afrontamiento de la muerte tras el programa formativo ($p = 0,000$).

Anteriormente, la media era de $121,46 \pm 19,7$ y, después del curso, fue de $158,16 \pm 20,6$. En esta escala, la puntuación mínima es de 30 y la máxima de 210; valores inferiores a 105 puntos (percentil 50) indican un afrontamiento inadecuado y valores superiores a 147 (percentil 70) indican un afrontamiento adecuado.

A la vista de los resultados, se concluyó que se trata de un programa de formación que mejora considerablemente el afrontamiento ante la muerte por parte de los futuros profesionales de Ciencias de la Salud.

Según la bibliografía consultada, un mejor afrontamiento de la muerte permite a los profesionales sanitarios desarrollar un incremento de la calidad asistencial en los procesos de fin de vida.

Entre las investigaciones realizadas en el plano nacional, Cotto, Chávez y Aguilar (2013) en su investigación *Análisis de caso de adulto migrante portador de cáncer de próstata en fase terminal y privado de libertad, atendido en la unidad de cuidados paliativos de Alajuela durante la práctica profesional supervisada* tienen como objetivo identificar las condiciones de atención para la persona con cáncer en fase terminal dentro del sistema penitenciario.

Posteriormente, se concluyó que para sobrellevar una enfermedad en fase terminal es de gran importancia la función médica dentro del abordaje del dolor y en el control de síntomas. Sin embargo, es de gran importancia separar el paradigma biologista de la atención paliativa. Por medio de este proceso se procura trascender en la atención integral, fundamentada en el concepto de dolor total y sus componentes: biológico, psicológico, social, espiritual. Conviene agregar que la atención integrada de estos elementos busca mejorar la dignidad de vida de la persona.

Como función propia de los cuidados paliativos, no solo se debe intentar garantizar una muerte digna, sino una vida adecuada (hasta donde sea posible). Por ello, las acciones de promoción y prevención de la salud son aplicables a toda patología, más aún en función de prevenir complicaciones sobre agregadas a la patología de fondo que pueda llegar a presentar el paciente.

También, Pichardo y Zúñiga (2012), en su investigación *Atención de Enfermería brindada a jóvenes en dos centros de salud comparado con la Teoría de Watson*, presentan los resultados de un estudio comparado entre la teoría de Jean Watson y la atención que brinda la enfermera o el enfermero a los adultos jóvenes en la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo y en el Servicio de Onco-hematología del Hospital Max Peralta, en Cartago.

Al finalizar la investigación, se encontró que los diez postulados que conforman la *Teoría del Cuidado Humano* son aplicables en la atención proporcionada por el personal de Enfermería a pacientes con procesos mórbidos de salud y condiciones de dolor crónico.

La atención de Enfermería se enfocó, principalmente, en el favorecimiento de la calidad de vida, a partir de un proceso de enseñanza-aprendizaje y manejo del dolor. Así, la población adulta joven percibe un trato enfermero cálido, cordial y humano.

Se concluyó que el personal de Enfermería agrega en su atención diaria elementos de la propuesta teórica de Jean Watson, incluso cuando refiere no conocerla.

Por último, Franco (2011), en su investigación *Estudio sobre la valoración y efectos del cuidado espiritual del paciente en estado terminal brindado por los cuidadores y familiares del Hospicio Los Ángeles*, analizó el cuidado espiritual que recibían aquellos en etapa terminal por parte de sus cuidadores y familiares, para que, en caso necesario, se implementaran medidas correctivas, y, así, proporcionar a los pacientes una muerte digna.

Al realizar el análisis, se determinó que los pacientes consideraron el punto espiritual como un tema un poco temerario, dado que, de alguna forma, han tenido una etapa de duelo, posiblemente una primera impresión de negación de la realidad o no saber manejar dicho duelo. La mayoría de quienes aceptaron participar demostró una actitud bastante serena ante la situación, no se sintieron inválidos, sino que se intentaron expresar en la oportunidad que se les proporcionó.

Finalmente, se concluyó que en realidad es importante reconocer que todos los pacientes en etapa terminal necesitan atención espiritual. Por ello, es comprensible que los cuidadores, en muchas ocasiones, se lleguen a sentir agotados, en vista de que es una situación que demanda esfuerzos físicos, emocionales, sentimentales, psicológicos y espirituales, y debido a su papel de cuidadores y familiares, les recae dicho cuidado.

Por lo tanto, los alumnos de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América necesitan ser más conscientes de estas necesidades, saber identificarlas y abordarlas, tanto en los pacientes como en los familiares que ven semanalmente.

ESTADO DEL ARTE

La OMS (2002) define los cuidados paliativos como:

El enfoque que mejora la calidad de la vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la pronta identificación y correcta valoración, tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales. (p. 16)

Muchas veces, este es un área de la Enfermería que se tiende a descuidar por varias razones y, como consecuencia, los pacientes en estado paliativo y sus familiares llegan a estar desconsolados, sienten temor y angustia. Como menciona García (2008), donde quiera que se vaya o lo que se alcance a leer, se confirma que se muere en aislamiento, en silencio, negados en la condición de moribundos, con mucho miedo y sufrimiento. En otras palabras; se alcanza la muerte en soledad y no de buena manera.

Ya no se le da atención especial a hablar con los pacientes y sus familias. La humanización se ha perdido en gran medida. No se toma en cuenta la importancia de esta atención, como se le da a la administración un medicamento o realización de un procedimiento. Como consecuencia, muchos pacientes fallecen sufriendo, sin esperanza ni paz.

Las actitudes ante la muerte, de acuerdo con García (2008), incluyen sentimientos acerca de la dependencia, el dolor, el aislamiento, la soledad, el posible rechazo de los demás, el abandono, la finalidad de la muerte, las creencias en una vida posterior o en el destino del cuerpo, entre otros.

No obstante, tal y como explica Waldow (2014), “todo ser humano debería tener el derecho a una muerte digna y para aquellos que son conscientes de la proximidad de su muerte, deberían ser ayudados para el proceso de morir” (p. 236). Si es posible formar parte de este proceso, tanto el paciente como su familiar serán beneficiados.

Recuérdese que es un derecho morir con dignidad, pero, tal y como lo manifiesta la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2014) “el proceso de la muerte y la muerte en sí llegan a causar un efecto psicológico que, como consecuencia, de una forma directa o indirecta evita la comunicación con el paciente y la familia”. (p. 33)

Sin embargo, no es fácil tener una comunicación acerca de la muerte con estas personas, aunque se debe tener consciencia de que la comunicación es:

Una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. También, permite la imprescindible coordinación entre el equipo cuidador, la familia y el paciente. (Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL], 2014, p. 33)

García (2008), en Méndez (2003), argumenta que la etapa agonizante es un proceso de muerte donde la persona abandona su lugar en la sociedad que le vio vivir. También se enfrenta a un proceso de desprendimiento de su familia y de los seres amados que le rodean, en donde la muerte es asociada con la idea de que el alma retorna a Dios y se pasa a un estado de inmortalidad, pues se cree que se va al cielo. Asimismo, hay quienes mantienen la esperanza de la resurrección, fundamentada en la obediencia a Dios, creyendo en el momento en el que Jesús venga por segunda vez.

Según Waldow (2014), en Torralba (1998), “morir es despedirse, es cortar las ataduras, es desligarse de los vínculos que uno ha tejido lentamente a lo largo de su biografía. Este desate es el aspecto más dramático de la muerte, no solo para el que se va, sino fundamentalmente para el que se queda” (p.15). Por esta razón es necesario preparar al paciente en todas las áreas, con el objetivo de que se despida de sus familiares.

Debido a lo anterior, al atender al paciente y darle cuidado espiritual, es de suma importancia tomar en cuenta a sus familiares. La mayoría de las ocasiones, el apoyo por parte de los familiares brinda al paciente más seguridad y aceptación de su estado, en vista de que pueden percibir su tranquilidad y esperanza. Por el contrario, si los familiares tienen sentimientos de desesperanza, tristeza, e ira, repercutirá de manera negativa en quien agoniza.

JUSTIFICACIÓN

Se descubrió que los perfiles de mortalidad en Costa Rica se dan por las siguientes causas:

En primer lugar, por enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 11,9, seguido por los tumores con 9,7 y, en tercer lugar, las defunciones por causas externas, con un 4,7 por cada diez mil habitantes; en cuarto lugar las enfermedades del sistema respiratorio y, en quinto, las del sistema digestivo. (Ministerio de Salud, 2011, p.29)

Según la definición dada por la SECPAL (2014), las enfermedades terminales concurren con una serie de características importantes no solo en cuanto a su concepto, sino también a la hora de establecer adecuadamente la atención terapéutica.

Cabe agregar que los elementos fundamentales son:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico; todo muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a seis meses.

La muerte es una situación natural del ser humano por la que todos debemos pasar, pero, ¿quién está listo para morir o para ver a un ser querido muriendo?, más aún cuando antes de la llegada de ese momento final se atraviesa por una enfermedad crónica, degenerativa o terminal.

En seguida, Gómez (2005) expone que:

La experiencia de la enfermedad terminal es una tensión que comparten pacientes y familiares. Los moribundos expresan preocupación por la carga que recaerá sobre la familia y cómo le harán frente: los parientes comprenden al enfermo. Las preocupaciones de la familia tienen un foco importante: la angustia que aflige al enfermo. Los familiares de un paciente terminal no solo deben enfrentarse a la idea de la muerte en sí y de la ausencia definitiva del ser querido, sino tomar una serie de decisiones, adaptarse a diferentes exigencias, cumplir con una serie de tareas que resultan contradictorias y enfrentar reacciones emocionales, ambientales y perturbadoras, tanto para la familia como para el individuo. (p. 24)

Tanto el enfermo como su familia atraviesan momentos difíciles durante el transcurso de la enfermedad y, al igual que otro enfermo, necesita de una atención holística que ayude a enfrentar no solo la enfermedad, sino también los miedos y las dudas desarrolladas en el transcurso de la enfermedad. Es por este motivo que nacen los cuidados paliativos, tal y como se indica a continuación:

Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y continuada que comprende la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación avanzada y/o final de vida, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia.

Este grupo de profesionales altamente cualificados, y especialmente capacitados, donde prima el trabajo en equipo, combina sus fortalezas para anticipar y satisfacer las necesidades del paciente y familia en todos sus aspectos; el ámbito físico, psicológico, social y espiritual, dando más sentido a la filosofía de la profesión enfermera y su actividad fundamental, el cuidar. Esta acción de cuidar en cuidados paliativos, que va encaminada a mejorar, conservar o promover la calidad de vida de los pacientes con enfermedades en fase avanzada y/o final de vida, no se puede hacer de forma eficiente y eficaz sin un soporte científico, metodológico y formativo suficiente. (Monografías SECPAL, 2013, p. 10)

De acuerdo con Muñoz (2007), Cicely Saunders, pionera de los cuidados paliativos en el mundo, inició con una visión innovadora y una capacidad organizativa en el tema de los cuidados paliativos modernos, derivados de organizaciones caritativas de carácter religioso.

El Saint Christopher's Hospice ubicado en Inglaterra fue fundado en 1967 y fue reconocido como la primera Unidad de Cuidados Paliativos en el ámbito internacional. Posteriormente, la práctica de los cuidados paliativos comenzó a difundirse por Europa y el resto del mundo, en distintas modalidades, según su aplicación en el cuidado domiciliario o en el plano intrahospitalario.

Jean Watson es parte de la pequeña comunidad de teorizantes que hace énfasis en este tipo de cuidados, según Tomey y Alligood (1999). Ella hace hincapié en las cualidades interpersonales y transpersonales de la coherencia, empatía y calidez, similares a las de Carl Rogers.

La OMS (2016) describe que la Enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no y en todas las circunstancias. A su vez, comprende la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención dispensada a enfermos, personas con necesidades especiales y personas en situación terminal.

Dentro del grupo de profesionales encargados de brindar atención paliativa a estos pacientes se encuentra el personal de Enfermería.

Muñoz, Morales, Bermejo y Galán (2014) indican que tras un desarrollo especializado en habilidades, el profesional en Enfermería tiene la capacidad de valorar, diagnosticar y tratar el sufrimiento espiritual del ser humano. Esto se debe a que son los valores, las creencias y el sentido que el individuo da a la vida lo que le lleva a la felicidad, o bien, lo que la Enfermería conoce como NOC; la salud espiritual. En seguida se ejemplifica lo anterior:

Por su misma vocación a aliviar el sufrimiento humano, la Enfermería tiene una gran responsabilidad. A través de intervenciones como la escucha activa, la presencia o el contacto llevan a las personas que recurren a ellos, pero este término entendido no en el paradigma biologista, sino integral. (Muñoz, Morales, Bermejo y Galán, 2014, párr. 31)

Según Gómez (2005) a “los cuidados paliativos no se les suele prestar la atención que merecen. A veces parece como si se les considerara un tema de segundo nivel dentro de las prioridades del sector sanitario, cuando es derecho de todos los ciudadanos.” (p. 8)

De igual forma, Cabarcas et al. (2016) identificaron que:

El problema con Enfermería es que se ha olvidado que el cuidado y la espiritualidad son un complemento exclusivamente humano y, en ocasiones críticas de la enfermedad, este se convierte un estimulador para seguir viviendo; aunque las fuerzas vitales sean inherente a esto. (p. 28)

Por esta razón es necesario que los profesionales en Enfermería comiencen a mirar lo espiritual como una herramienta facilitadora del cuidado desde su práctica en el día a día, capaz de ayudar a comprender el estado del ser humano, así como entender las circunstancias de la vida.

Collado (2010) recuerda que la Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuidado del paciente. El profesional debe mostrar un alto nivel de conciencia en todos los aspectos del cuidado, tales como el espiritual, laboral, social y emocional.

Por su parte, Espinosa (2006) menciona que “la carencia de estos cuidados con el desconocimiento por parte de los profesionales de salud y falta de entrenamiento para tales fines.” (p.123)

DELIMITACIONES

- Este trabajo se llevará a cabo con estudiantes de tercer año de la Escuela de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América.
- Se realizará en el periodo de marzo a septiembre del 2016.
- La entrevista se hará de forma individual y será voluntaria.

LIMITACIONES

Durante el desarrollo de este trabajo, se presentarán elementos o circunstancias externas a las investigadoras. Como consecuencia, se puede alterar la obtención de los datos y los resultados deseados.

- El tiempo: el periodo establecido puede llevar a que no sea posible recopilar toda la información deseada.
- El proceso de la recopilación de datos con los estudiantes: ellos pueden aportar datos falsos, ya sea porque se sienten inseguros, desconocen del tema o, incluso, no han tenido una experiencia en esta área. Debido a esto, los resultados de la investigación podrían resultar ser incoherentes.

RECURSOS

Humanos

La población estudiantil seleccionada para desarrollar este proyecto de investigación.

Tecnológicos

Computadora: necesaria para el almacenamiento y la organización de los datos obtenidos.

Financieros

Factor necesario para la obtención de fotocopias sobre recursos bibliográficos, impresiones y empaste del documento, engargolados y pago del profesional en Filología.

Bibliográficos

Biblioteca e Internet: para la obtención de datos importantes que forman parte este trabajo de investigación.

CAPÍTULO II

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A raíz de la inquietud de las investigadoras por conocer la concepción de los estudiantes de Enfermería sobre el abordaje espiritual en las personas en fase terminal y sus familiares, se consideró necesario generar un cambio en la profesión desde la formación universitaria, dado que esta es una oportunidad para brindar un cuidado holístico al paciente, con base en la importancia de la parte espiritual de estas personas y de sus seres más cercanos.

Cabe decir que muchos no solo llegan a una Unidad de Cuidados Paliativos, sino también, a otros servicios del hospital en donde laboran o realizan sus prácticas clínicas. No obstante, como profesionales en salud es relevante que tengan un nivel de conocimiento del tema y que se practique el abordaje espiritual en los pacientes en general, así como en su núcleo familiar.

HIPÓTESIS

Existe un déficit de conocimiento sobre el cuidado espiritual por parte de los estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA.

OBJETIVO GENERAL

Describir la concepción de los estudiantes de tercer año de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América sobre el abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia, Alajuela, marzo-septiembre del 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia.
2. Determinar el papel que desempeña el estudiante de Enfermería en el cuidado espiritual del paciente con enfermedad terminal.
3. Dar a conocer la concepción de los estudiantes de tercer año de la escuela de Enfermería sobre el abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia.

CAPÍTULO III

MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo con el tema del abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia, es preciso definir algunos términos para comprender su contexto a través de la investigación. Conviene señalar que se destacaron las siguientes palabras claves: Enfermería, calidad de vida, cuidado espiritual, cuidado paliativo, enfermedad/fase terminal, necesidad espiritual y holístico.

Enfermería:

Enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. (Consejo Internacional de Enfermeras [CIE], 2015, párr. 1)

Por su parte, Smeltzer, Bare, Hinkle y Cheever (2013) argumentan que “uno de los papeles centrales de la enfermera es proveer atención holística a los pacientes y sus familias, tanto de manera independiente como por medio de la colaboración con otros profesionales de la atención de la salud”. (p.1)

Asimismo, luego de considerar el ser y quehacer de la Enfermería en torno a los cuidados paliativos, Barrera y Dárcangelis (2007) destacan que “la función de la enfermera que integra un servicio de cuidados paliativos es la de instruir y orientar al grupo familiar de aquel ser en estado terminal porque este momento de la vida está plagado de incertidumbres”. (p. 39)

Enfermedad / fase terminal:

Una enfermedad terminal consiste en la presencia de enfermedad grave, progresiva e incurable donde hay falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico. Se presenta numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes lo cual trae un gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte. Su pronóstico de vida es inferior a seis meses. (Lora, 2007, p. 50)

La expresión de enfermedad terminal conlleva connotaciones negativas de algo que se acaba y que, por tanto, no hay nada más que hacer o no tiene sentido hacer algo. Pero cuando se habla de enfermo en situación de enfermedad avanzada o terminal se hace referencia a una persona que está atravesando una situación concreta de su ciclo vital en la que existen diversos aspectos que forman este proceso avanzado de enfermedad. Por lo que, a pesar de la enfermedad, se puede prestar y proporcionar una asistencia digna y humana a la persona que todavía sigue existiendo y que tiene derecho de ser tratada como tal. (Colell, 2008, en Limonero, 1994, p. 21)

De igual manera, Colell (2008) define la fase avanzada y terminal en donde “la muerte es inevitable y el tratamiento pasa de ser curativo, es el momento en el que una persona está al final de su vida, pero en el que todavía se puede hacer mucho por ella”. (p. 21)

Cuidado:

Según Ortega, Ojeda, Ortiz y Guerrero (2016) en Boff (2002), “el cuidado surge cuando la existencia de alguien es importante para mí. Entonces esto significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención y delicadeza. El cuidado se lleva a cabo con cuidado y *esprit de finesse* (espíritu de gentileza), como corresponde a los aspectos espirituales” (p.8). No obstante:

Cuidar es más que un acto, es una actitud, y abarca más que un momento de atención, de celo y desvelo. Representa una actitud de ocupación, preocupación, responsabilidad y compromiso afectivo con el otro. “En cuanto a totalidad estructural original, el cuidado es existencialmente a priori, de toda posición y conducta táctil del ser ahí, es decir, se halla siempre en ella” (Ortega *et al.*, 2016 en Heidegger, 2005, p.8).

Cuidado espiritual:

Benito (2011) define el cuidado espiritual como “la atención y el acompañamiento de este proceso de recuperación de la propia integridad y, por tanto, de sanación por parte de profesionales expertos.” (p.21)

Bermejo, Lozano, Villaceros y Gil (2013) declaran que el cuidado espiritual es la “búsqueda de la nutrición del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, de donde se deduce su importancia como trabajo integrado de los cuidados paliativos”. (p.94)

Cuidado paliativo:

De acuerdo con Lora (2007), quien hace referencia a SECPAL, “se tiene como objetivo la atención integral del enfermo (aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales), incorporando a la familia en su estudio y estrategia, promocionando el principio de autonomía y dignidad de la persona enferma y promoviendo una atención individualizada y continua”. (p.50)

Los cuidados paliativos son el cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, valorando como primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es alcanzar la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias. (Colell, 2008 en La Organización Mundial de la Salud 1990, p.23)

También Colell (2008) destaca algunos aspectos que complementan esta definición, tales como:

- Afirmar la vida y contemplar la muerte como un proceso normal,
- no adelantar ni retardar la muerte,
- proporcionar alivio al dolor y a otros síntomas,

- ofrecer apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte y,
- dar apoyo a la familia para ayudarle a afrontar la enfermedad del paciente y en su elaboración del duelo.

Necesidades espirituales:

Benito, Barbero y Payás (2014) mencionan que las necesidades espirituales:

No deben ser consideradas como un residuo religioso que se intenta enganchar de forma artificiosa a un mundo laico, sino un rasgo antropológico universal, extensible a todo ser humano, tenga o no creencias religiosas. (p. 49)

[...] No entendemos por necesidades espirituales únicamente la acepción de déficit, carencia o vacío no cubierto; también nos referimos a aquellas potencialidades aún no suficientemente desarrolladas o a aquellas expectativas no suficientemente cubiertas, pero sí deseadas, en el ámbito de lo espiritual. (p. 52)

Espiritualidad:

Lora (2007) explica que la espiritualidad “pertenece al dominio interior del hombre y a su conciencia o percepción de uno mismo en el universo. Este se llega desde la experiencia personal y a través de una conexión personal interior con un ámbito íntimo”. (p. 53)

La espiritualidad, de acuerdo con Benito *et al.* (2014), es “la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y de sentido a la existencia. Se asocia también al desarrollo de unas cualidades y valores que fomenten el amor y la paz”. (p. 59)

Religiosidad:

Espiritualidad no es sinónimo de religión, aunque la religión sí que es un vehículo para muchas personas idóneo de expresión de la espiritualidad. Por religión entendemos el conjunto de creencias que forman una cosmovisión específica, con un orden superior que da un significado concreto al sentido de la vida humana; se puede expresar en forma de ritos, filiaciones y determinadas normas éticas. La persona religiosa posee unas convicciones creenciales, aspira a mantener vínculos con la divinidad (si es personal) o con la realidad suprema (un estado del ser, un ideal), utiliza estrategias más o menos estandarizadas para llegar a ese vínculo (oración, ritos) y suele celebrar y compartir con los miembros de la comunidad que siguen el mismo sistema creencial. (Benito *et al.*, 2014: p. 58)

Calidad de vida:

La OMS, en referencia a la calidad de vida relacionada con la salud (CDVRS), señala que la calidad de vida está asociada con la percepción que el individuo tiene sobre su posición en la vida, su contexto cultural, el sistema de valores en el que vive, sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. (Pérez, 2006, p.12)

Holístico:

Barrera (2008) define el termino holístico como “la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, pues de esta forma se pueden apreciar interacciones, particularidades y procesos que, por lo regular, no se perciben si se estudian los aspectos que conforman el todo, por separado”. (p.1)

CAPÍTULO IV

MARCO TEÓRICO

Espiritualidad y Religiosidad

Antes de comprender lo que es cuidado espiritual, resulta trascendental definir espiritualidad y religiosidad, a fin de eliminar las inconsistencias y la confusión, lo que muchas veces se suele tener entre ambos. Sin duda, esto únicamente trastorna el abordaje hacia el paciente.

El abordaje es perturbador, dado que, en la mayoría de las ocasiones, debido al caos entre estos dos conceptos; por un lado, los pacientes se niegan a recibir este cuidado y, por otro, los profesionales de Enfermería no saben cómo acercarse a ellos. Se tiene la idea que puede haber un choque con las religiones y creencias de ambos, lo que provocaría incomodidad e, incluso, podría llegar a irritar al paciente.

Sin embargo, el Instituto Mexicano de Tanatología (2006) presenta la diferencia de ambos al explicar que:

La espiritualidad es eminentemente personal, es una interrogante espiritual del ser humano, es estar sin relación con su naturaleza física o material, más es una relación con la fuerza vital que nos guía; controla nuestras intuiciones y contiene valores morales, éticos y filosóficos. A diferencia, la religiosidad, implica prácticas rituales que exige el dogma de cada religión. Este es vinculado con la fe, consta de oraciones, lecturas de textos sagrados, sacramentos, prácticas de devoción y se acerca más al concepto de Dios. (p. 357)

Un artículo denominado *Salud y Bienestar* (Anónimo, 2016) menciona que la espiritualidad y la religiosidad son dos elementos totalmente distintos. Aunque son complementarios, no pueden ser equiparados, dado que la espiritualidad va más allá de los ritos que se suelen hacer. Esto se asocia a la conexión del ser interior con la fuerza superior en busca de respuestas de su propia vida. Como resultado se obtiene una transformación interior. Por esta razón, el artículo hace énfasis en que una persona, aunque sea espiritual, no necesariamente significa que sea religiosa.

Lora (2007) manifiesta al respecto:

Cuando la dimensión espiritual cristaliza en la profesión de un credo religioso; cuando el mundo de los valores, de las opciones fundamentales y las preguntas sobre el sentido último de la vida, cristalizan en una relación con Dios, entonces hablaríamos de dimensión religiosa, pero si no cristalizan en una relación con Dios, sino con otras realidades, podemos referirnos a la dimensión espiritual de la persona. (p. 107)

Por su parte, Sánchez (2004) agrega:

A pesar de la gran evidencia que asocia la religiosidad con la salud, ella no significa que la religión y la fe sean la fuente de la salud y de la vida. Los creyentes también experimentan el progresivo deterioro, debilitamiento, limitaciones y dificultades de todos los demás, pero se ha demostrado que no los sufren del mismo modo, pues la fe les brinda a muchos creyentes el impulso interior y la determinación necesaria para superar las inevitables dolencias físicas, proveyéndoles una adecuada capacidad de recuperación emocional. Para muchas personas en situación de enfermedad crónica y cercanía a la muerte, la espiritualidad es un elemento esencial para disfrutar la vida y hacerla productiva. (párr. 9)

Asimismo, en el artículo antes mencionado, *Salud y Bienestar* (Anónimo, 2016), se dice que “la espiritualidad [*sic*] ayuda a uno a enfocar su propósito en este planeta, justificar las causas de sus padecimientos, muestra una esperanza más allá de los sufrimientos padecidos y asegura un último viaje a la paz interior y la satisfacción”. (párr. 3)

Cabarcas *et al.* (2016), citado en Boff (2001), también identifica que la espiritualidad es lo que produce la transformación interior en el ser humano, de manera que se llega a producir un cambio en la comunidad, en la sociedad, en sus relaciones con la naturaleza y sobre todo, con Dios.

Sánchez (2004) declara que muchos logran encontrar alivio e, incluso, apoyo en su proceso cuando ponen su confianza, ya sea en Dios o en una fuerza superior o en la potencia de una relación con ellos mismos o con otros, donde la mayoría de las veces son los familiares o las personas cercanas quienes se tornan en sus aliados.

Cabe agregar que el paciente logra obtener muchas respuestas necesarias para darle sentido a la vida, al dolor, al sufrimiento humano y, principalmente, alcanza un crecimiento personal solo por medio del bienestar espiritual.

En su lugar, Benito (2011), en Grof C, y Grof S. (1995), señala que “el desarrollo espiritual es una capacidad del verdadero potencial de uno mismo. Y es tan común y natural como el nacimiento, el crecimiento físico y la muerte; es una parte integral de nuestra existencia”. (p. 2)

Cuidado espiritual / paliativo

Benito (2011) menciona que el cuidado espiritual consiste en la “atención y el acompañamiento del proceso de recuperación de la integridad y, a la vez, la sanación por parte de los profesionales expertos”. (p. 2)

El cuidado espiritual, por ende, es igualado a cuidados paliativos, en vista de que ambos tienen la misma finalidad: dar un trato holístico a los pacientes, con el objetivo de brindarles una “vida de calidad”, a pesar de la condición crítica en la que estén, sin dejar de lado a sus familiares.

Según la OMS (2012), la “vida de calidad” se define como:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. (párr.1)

Ahora bien, el cuidado paliativo, de acuerdo con el Instituto Mexicano de Tanatología (2006), que a su vez hace referencia a la definición dada por la OMS es:

Un cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a las medidas curativas, cuyo principal objetivo es el control del dolor y otros síntomas, así como los problemas sociales y espirituales. La meta del apoyo paliativo es ofrecer la más alta calidad de vida posible al paciente y a su familia. (p. 214)

Relacionado con esta definición, De Simone y Tripodoro (2004) enfatizan que estos cuidados buscan ser “un acceso entre los tratamientos agresivos o intensivos y la prolongación de la vida del paciente, que como resultado les ayuda a tener una vida digna hasta la muerte e, incluso, más que una muerte digna”. (p. 4)

El Grupo de Espiritualidad de SECPAL (2011) declara que “los cuidados paliativos deben abordar tanto los problemas biológicos, como atender a la crisis del cierre biográfico” (p. 1). El proceso de este cierre no es sencillo y si no se le da la importancia que merece y no es tratado con suficiente delicadeza, puede afectar la integridad de la persona.

Por esta razón, este proceso no se debe limitar solo a los pacientes oncológicos, sino a todos aquellos que se encuentren en la fase terminal de cualquier enfermedad. De igual manera, no se puede dar por visto como una segunda opción o algo que se realiza cuando ya no hay nada más que hacer en el servicio. Un cuidado paliativo merece la misma importancia que cualquier otro procedimiento, en vista de que estos ofrecen alternativas a los problemas de los pacientes.

Ahora bien, al brindar un cuidado tanto para atender sus incomodidades físicas como para las espirituales, se producirá en el paciente un sentido de alivio a su sufrimiento y se creará una forma de consolidación entre las relaciones con sus seres queridos, lo que a la vez reasegurará un consuelo para ellos.

Necesidades espirituales:

Barbero (2002), en su artículo *El apoyo espiritual en cuidados paliativos*, menciona que el término *necesidad* es muy confuso. Por lo tanto, explica que la expresión “*necesidad de* se refiere clásicamente a un objeto cuya falta puede ser *llenada* por el objeto mismo” (p. 2). Sin embargo:

No solo se habla de Necesidades Espirituales cuando hay que realizar cuidados paliativos, sino también cuando hablamos del dolor total del enfermo. Si el ser humano es tetradimensional, si no es solo una maquina averiada ni una biología que necesita recomponer o ajustar, para hablar del dolor total, necesitamos hablar del ser humano integral, esto es del individuo (in-diviso) compuesto por dimensiones o elementos somáticos, emocionales, sociales y espirituales. Baines M. señal que es imposible que se consiga aliviar el sufrimiento a menos que se aborde con éxito cada uno de estas dimensiones o elementos.” (Lora, 2007 p.87)

Las necesidades espirituales son un medio hacia las dimensiones biológicas, sociales y emocionales, lo que les da un motivo de ser a los enfermos. Debido a esto, la espiritualidad no debe ser excluida; sino que forma parte de los seres humanos. Por ejemplo, una persona puede tener la misma necesidad de socializar, de pertenecer en un grupo, de ser amada, de que se le suplan sus carencias biológicas, pero también puede tener necesidades espirituales. De acuerdo con Lora (2007), estas últimas consisten en:

1. Necesidad de ser reconocido como persona

En la actualidad, cuando una persona ingresa al hospital, sufre mucho por el hecho de que no es tomada como la persona que era. Los pacientes son despojados de todo; de sus papeles sociales, profesiones, responsabilidades y compromisos y pasan a ser una persona anónima y a sentir la ruda soledad. Ellos llegan a ser un paciente más; un caso clínico más, donde son clasificados en un área o un piso determinados y son, según Lora (2007), “fichados como un preso”. (p.108)

Los pacientes tienen el derecho de ser llamados por sus respectivos nombres y no simplemente por el número de su unidad. Al ser identificados de esta manera, llegan a pensar que pueden ser objetos de manipulación. Como consecuencia de la muerte de su propia identidad, ya no ven el sentido de curarse si verdaderamente “no existen” y esto los lleva a afrontar una muerte biológica más rápida.

Si los profesionales de la salud reconocieran a los pacientes como personas y dejaran de verlos como un caso clínico, esto les quitaría a todo sentimiento de abandono, soledad y nulidad. La necesidad de ser reconocidos como persona incluye ser amados hasta el final de la vida.

Por lo tanto, no cabe duda de que los agentes del área de salud deben brindar un trato más humanizado. Su deber no solo conlleva aplicar medicamentos y realizar acciones relacionadas, sino practicar una medicina de escucha ante la persona. También, se deben asegurar de que el paciente mantenga su valor y su estima alta, a pesar del estadio en el que se encuentren. En síntesis; no hay justificación para que sean desvalorizados.

2. Necesidad de volver a leer la vida

Cuando los pacientes se encuentran en estados críticos, suelen cuestionar sus vidas, buscándole el sentido. Algunos logran hacerlo, mientras que otros desearían borrar su historia.

El enfermo o accidentado, en estas situaciones, pueden pasar horas, días y noches e, incluso, semanas o meses repasando su vida. En ocasiones, suelen hacerlo junto a personas que desean pasar ese proceso de escucha, comprensión, mientras que no los juzgan.

Lora (2007) explica que “estos pacientes desean ser escuchados, atendidos, comprendidos y no solamente que le busquen una cura a su enfermedad; ellos anhelan que les ayuden a encontrar el sentido a su biografía humana rota por la enfermedad”. (p. 111)

Aquí es entonces donde el equipo profesional de Enfermería debe intervenir y ayudar al paciente, con el propósito de que la persona vuelva a leer su vida. Los pacientes en fase terminal tienen la necesidad de hablar de su pasado, para encontrar o recordar lo positivo de ella. Lo único que piden es que los del área de salud los escuchen y que les demuestren empatía, así como que les apoyen en la parte terapéutica. Al hacer esto, se les ayuda a comprender lo que les pesa, lo que tiene sentido y lo que los mantiene en la dura prueba de la enfermedad.

Los profesionales de la salud tienen la capacidad de hacer lo anterior, por lo que deben procurar que los pacientes tengan una visión positiva de sus propias vidas y que esto, incluso, les ayude a afrontar la muerte de una mejor manera. Al tener una concepción positiva de sí mismos, alcanzan el final de sus vidas con cierta aceptación e integración. También, logran escribir la última página de sus historias con un grado de paz y seguridad. Como los italianos lo manifiestan: “*caule vita* (nuestra manera de vivir natural y psicológicamente), *tale morte* (influencia del momento modo y condiciones de nuestra muerte).”

Si estos temas no se acompañan, o no se trabajan, o no se atienden, o no se escuchan, pueden volver al enfermo incapaz, indigno para él mismo, pudiéndole suscitar sentimientos de amargura, de rabia engendrando lo que se llama un sufrimiento espiritual, y por supuesto, añadido al sufrimiento biológico producido por la propia enfermedad o accidente grave. (Lora, 2007, p.112)

3. Necesidad de buscar el sentido a lo que estamos viviendo

Si se analiza el sentido de la vida desde una perspectiva psicológica, se identifica que no solamente es importante para vivir, sino para sobrevivir. Tal parece que el verdadero motivo de la vida se encuentra cuando, a pesar de las situaciones difíciles (en este caso, la enfermedad terminal o crónica) se puede hallar una razón para seguir viviendo.

El sentido de la vida se debe encontrar fundamentalmente en la fase terminal y no solo durante la vida, cuando todo está bien. Esto puede ser más fácil para aquellos que en el transcurso de sus vidas tuvieron un sentir, un motivo para vivir. Tal motivo llega a ser tan firme que al final de los días no se desvanece, sino que se fortalece. Pero ¿qué pasa con los pacientes que no buscan el sentido de sus vidas?

Es muy difícil hallar felicidad y ser optimistas en medio de una situación difícil de este calibre. Sin embargo, los agentes de la salud pueden procurar hacer todo lo posible para que el paciente tenga otra actitud ante su experiencia. Ciertamente, el sufrimiento es inevitable, pero esto se puede disminuir de forma gradual al eliminar todas las causas que lo producen; ya sean biológicas, psicológicas o sociales, etc.

En ciertos casos no se podrá evitar la muerte de los pacientes, aunque se puede lograr que encuentren el último sentido de su existencia. Lora (2007) enfatiza que “esta posible rectificación le dará sentido a su vida y le dará, también, seguridad ante la muerte”. (p. 118)

4. Necesidad de liberarnos de viejos sentimientos de culpa

Este estado de la vida puede causar mucha reflexión en el paciente. Conlleva sentimientos de culpabilidad e, incluso, algunas interrogantes que, en lugar de ayudarlos, los destruyen y les hacen creer que esa es la causa de su mal: un castigo.

Si la persona permanece abrazada a estos sentimientos de culpabilidad y sufrimiento, no podrá afrontar la muerte y se hundirá más en su dolor. Aquí es entonces donde el personal debe de intervenir y ayudar al paciente a volver a leer su vida.

Por medio de la escucha activa, los agentes de la salud lograrán identificar los sentimientos negativos que atan y bloquean a estos pacientes. Al ayudarles a aceptar el pasado y verlo desde una perspectiva diferente, desatarán en la persona lo que atormenta su consciencia y, de esta forma, apreciará el lado positivo de la situación, se reconciliará consigo misma y se recreará la esperanza.

5. Necesidad de reconciliarnos con nosotros mismos, con los demás y con Dios

La mayoría de los pacientes tienden a estar muy sensibles, por lo que expresan sus sentimientos y relatan parte de sus vidas. Paralelamente, los agentes de la salud pueden identificar que estas personas aún no se han reconciliado consigo mismas ni con quienes les rodean, gracias a su ojo clínico. Esto se debe a que al expresarse, lo hacen con sentimientos de rencor, odio y humillación.

En apego a sus habilidades, el personal debe ayudar al paciente, primero; escuchándole sin emitir juicios y, posteriormente, confrontándole con su realidad y que, de este modo, se logre reconciliar con los demás y con Dios. En caso de que el sujeto sea creyente, debe comenzar consigo mismo. Cuando haya logrado esto, podrá verbalizar un sentimiento de paz y tranquilidad.

Una vez realizado lo anterior, el paciente podrá comunicarse con más facilidad con sus familiares, resolver problemas con ellos y con cualquier otra persona. Posterior a este acto, es común que no sientan miedo de lo que vaya a suceder, pues tendrán la satisfacción de que todo quedará resuelto y en paz.

6. Necesidad de establecer la vida más allá de nosotros mismos

Luego de la atención biológica, psicológica y sociológica, el personal debe procurar que el paciente encuentre el camino que le permita la comunicación profunda, de manera que se descubra a sí mismo como único y, al mismo tiempo, que se vea cercano y semejante a los demás. Es aquí donde el amor toma un lugar importante para llenar de plenitud y sentido la vida de la persona. (Lora, 2007: p. 123)

Si el enfermo es creyente, el agente de la salud puede llegar a reconfortarlo mediante su religión y permitir que el paciente se exprese con respecto a su esperanza de fe. En caso que haya dudas, también se les puede procurar aclararlas.

En esta etapa de la vida existe mucha aflicción porque nadie quiere dejar de vivir. Tal y como lo menciona Lora (2007) “nadie quiere terminar y perderse en el polvo” (p. 124). Es por esta razón que si el individuo es creyente, mediante una comunicación estrecha, se le puede dar esperanza al explicarle que existe un Dios que murió por ellos y que vendrá por segunda vez a salvarlos. Explicarles que la muerte solo es una pausa en la vida, pero que hay un más allá a través de Cristo Jesús. No obstante, si el paciente no comparte esta misma creencia, se debe respetar y brindarle esperanza con la fe que acepte.

7. Necesidad de orden espacio – temporal

Resulta esencial acompañar al paciente para reducir su sufrimiento, aunque existen momentos en los que se les debe dar espacio. Esto no significa que se les abandone, sino que se brinda la oportunidad de ordenar acontecimientos y sus sentimientos.

En algunas instancias el paciente lo solicitará y esto se le debe respetar. Es necesario que ellos tengan un momento, un espacio para realizar un orden interior. Puede ser que tengan lo demás resuelto y lo único que les haga falta es aquel orden de tipo espiritual. Si es necesario, se les puede brindar atención especializada para ayudarles a reestructurar su propio mundo.

8. Necesidad de verdad

Muchas veces la verdad es muy difícil de aceptar, especialmente en estas situaciones de mayor complejidad, pero es preciso que el paciente sepa el estado en la que se encuentra su realidad. Esconderles tal cosa no es aceptable, dado que ellos se deben preparar para lo que han de afrontar, que en este caso es la separación de la vida y de sus seres queridos.

En ocasiones, la persona se negará a saberlo y no hay duda de que para estos tipos de noticias nadie está preparado. Como menciona Lora (2007), citado en Torralba I Roselló, “algunas veces, el propio sujeto no quiere conocer la verdad y, por eso, él mismo se protege, por miedo a lo que la verdad pueda revelar” (p. 125). Por ende, se debe respetar esta solicitud y comprender al paciente, aunque se debe buscar el momento adecuado para aceptarlo.

Como agentes de salud y compañeros de quienes agonizan, no se les puede ocultar tal cosa. El deber del personal es identificar, poco a poco, las barreras y el miedo. Ellos deben indagar al paciente y así, ayudarlo a vencer el miedo y enfrentar la realidad. Esta verdad la deben conocer también sus familiares, con el objeto de que ambos se preparen para aceptar la realidad en el momento en que se le es comunicado.

9. Necesidad de libertad

Una enfermedad limita al paciente para actuar libremente o como desearía su naturaleza, pero dependerá de la persona liberarse de las fijaciones internas. Cuando el personal atiende el cuidado espiritual del individuo, la persona alcanza una sensación de libertad.

Al hacer referencia a lo anterior, no se trata exactamente de la libertad física, sino de la liberación de todas las ataduras del ego, según San Agustín. En el momento en que el paciente se despoje de todos los prejuicios y sentimientos acumulados, podrá apreciar y enfrentar su realidad de otra manera.

10. Necesidad de arraigo

El ser humano tiene una necesidad innata de arraigo, esto es; querer pertenecer a un grupo social. Las personas en fase terminal buscan la sensación y satisfacción de ser parte de algo y que son apreciadas. A lo largo de sus vidas, crean una cantidad significativa de lazos y vínculos; sin embargo, al estar atadas a una enfermedad, se sienten abandonadas. Es en este punto en el que surge dicha necesidad. (Lora, 2007: p. 126)

Debido a que en muchas ocasiones no podrán estar con sus familiares y amistades, los agentes de la salud deben acompañar a los pacientes o, al menos, brindarles un simple gesto de empatía. Quizás no se requiera estar en todo momento con ellos, pero basta con ofrecerles una sonrisa, un saludo amable y una palabra pacífica, con el objetivo de satisfacer la necesidad de pertenencia. Tal y como lo explica Lora (2007), citado en Torralba I Roselló, “esta necesidad no solo es de orden psicológico o social, sino, también espiritual, porque afecta a lo más hondo e intangible del ser humano”. (p.126)

11. Necesidad de soledad-silencio

Una vez más, se enfatiza la necesidad de la soledad, pero en este caso, se alude al silencio para que puedan reflexionar, leer sus vidas, reconciliarse consigo mismos y con Dios -en caso de que la persona sea creyente. Por ética, se le debe conceder esta petición al enfermo, si así lo desea. Ciertamente, existirán momentos en los que el personal de la salud les acompañará y aconsejará, pero es necesario que en ocasiones cuenten con un espacio para ellos mismos.

12. Necesidad de finalizar temas inconclusos

Para cumplir con esta necesidad, es necesario que el agente de la salud se asegure de que el paciente conoce la verdad de su estado. Cuando haya aceptado dicha situación, el siguiente paso es valorar si existen temas inconclusos. Estos pueden incluir: pedir disculpas, reconciliaciones (ya sea con la familia o con conocidos), transmitir responsabilidades, dar y recibir agradecimientos, entre otros.

Este paso es indispensable, pues si el paciente no logra superarlo, no logrará partir en paz, de modo que tendrá la sensación de que estos asuntos quedaron inconclusos o pendientes. Por ende, si el afectado otorga el permiso, se podría contactar a las personas indicadas para resolver el dilema y, de esta manera, quitarle un peso de encima a la persona.

13. Necesidad de gratitud

Comúnmente, en la última fase de la vida, el paciente llega a ver la necesidad de agradecer a sus seres queridos, amigos y a todos quienes le hayan brindado apoyo hasta el último momento. Ahora bien, en caso de que esto no se presente, los agentes de la salud deben tomar la iniciativa de hacerlo, luego de realizar una escucha activa con el sujeto.

Lo anterior se logra al resaltar sus valores y recordarle cuán importantes y valiosas han sido sus obras y cuán agradecidos están sus seres cercanos por ello. Esto, sin duda, animará a la persona.

14. Necesidad de abrirnos a la trascendencia

Como se mencionó *supra*, existe una incertidumbre muy grande de saber lo que pasará luego de la partida de la persona. Nótese que la necesidad anterior se enfocó en el temor que el paciente tiene de lo que le sucederá después, pero en esta fase, el agonizante manifiesta angustia respecto a lo que dejará atrás, ya sean asuntos políticos, familiares o religiosos, entre otros.

Algunos necesitarán dejar todo distribuido con las respectivas personas en quienes confían, mientras que otros suplirán esta necesidad mediante palabras alentadoras e, incluso, mostrando o comunicando sus pasos en torno a experiencias fuertes cercanas a la muerte. También, algunos encontrarán tranquilidad por medio de su fe, con base en el conocimiento de que puede haber continuidad de su historia posterior a la resurrección. (Lora, 2007, p.128)

Sea lo que sea, los agentes de la salud deben prestar atención y permitir que el paciente se exprese y desahogue. Así, será más fácil ayudarlo a encontrar una solución a sus problemas.

Con respecto a los temas religiosos y sus creencias, el personal debe mantenerse neutro y no causar conflicto en la creencia de la persona. Si esta encuentra esperanza en una fe distinta, no se le debe contradecir o forzar para que crea algo diferente, pues sus decisiones merecen respeto.

15. Necesidad de conectar pasado y futuro con el presente para vivir este intensamente

Aquí se observa la necesidad de que la persona aprecie su pasado, vuelva a leer su historia y se vea a sí misma como la protagonista de su vida. También, debe contemplar su futuro. Al inicio, esto le podría llegar a causar angustia y frustración, pero si logra tener un sentido positivo al respecto, logrará vivirlo de una manera más serena y, de este modo, abrirse a la trascendencia.

Como se manifestó *supra*, es común que los pacientes tiendan a relatar sus historias. Por medio de esto, los agentes pueden ayudarles a que su presente sea distinto, a través de la creación de nuevos valores que lleven, también, a que su futuro sea más significativo. Al motivarlos, tendrán el deseo de renovar sus relaciones tanto con su familia como con Dios (en caso de que sea creyente).

16. Necesidad de expresar religiosamente estas necesidades espirituales de los creyentes de cualquier religión

Todas las necesidades mencionadas anteriormente son esenciales en la vida del paciente. No obstante, no se debe dar por alto que muchas de estas personas son religiosas o tienen ciertas creencias espirituales, las cuales también deben ser reforzadas. Es por esto que resulta imperante que cuando los agentes de la salud se comuniquen con ellos identifiquen este factor.

Esto puede ser un poco difícil, en vista de que no todos tienen la misma creencia e, incluso, aunque algunos no sean creyentes, no debe significar una barrera para tener la oportunidad de brindar un cuidado espiritual. Tanto los pacientes como sus familiares necesitan de estos cuidados, y como agentes de la salud, deben de cumplir con esta responsabilidad. Tal como lo enfatiza Lora (2007) “lo que verdaderamente nos debería de importar es la persona y su dignidad”. (p. 130)

Es más que evidente que cuando una persona se encuentra en estado crítico, la fe, la esperanza y la creencia son puestas a prueba. Tanto los pacientes como los familiares tienden a ser rebeldes y guardar rencor hacia su dios y, como resultado, se niegan a escuchar al respecto. Tratar esta situación es muy complicado para el personal; sin embargo, deben hacer todo lo posible para ayudarles a salir de ese túnel de crisis.

Por medio de la compañía, de la relación entre sujetos, entre creyentes, con encuentros de oraciones tanto de tipo personal como comunitaria y desde la escucha activa, con comprensión y empatía, se ayudará a la persona y a sus familiares a incorporar gradualmente sus interrogantes y esperanzas.

Barreras que impiden el abordaje espiritual

Sánchez (2004) hace énfasis en el lema “hacer visible lo invisible, señalado así una asociación entre la espiritualidad y la salud, lo cual no debe ser negable” (párr.7). Si esto afirma que el cuidado espiritual/ paliativo es esencial junto con los demás cuidados terapéuticos y farmacológicos, ¿por qué, entonces, la Enfermería evita abordar a un paciente con estos cuidados?

De acuerdo con Sánchez (2004), la mayoría de los profesionales de Enfermería declaran no lograr brindar un cuidado espiritual, pues existe una idea ambigua sobre la gran herramienta que puede llegar a ser la espiritualidad y que consiste en ayudar a una persona en la fase terminal de una determinada enfermedad.

Muchos podrán haber brindado inconscientemente un cuidado espiritual, pero no se trata de eso, sino de “un cuidado de calidad que refleje una consciencia expandida, con intenciones para actuar, para buscar y generar un espacio de crecimiento humano mutuo entre el profesional y el usuario”, (párr.12) y sobre todo, brindarles paz y esperanza.

El cuidado espiritual no es una tarea fácil de realizar y, como consecuencia, muchas veces se excluye de los cuidados diarios de la Enfermería. Esto es, tal y como lo explica Cabarcas *et al.* (2016) en Sánchez (2004):

La espiritualidad conlleva en sí un nivel de complejidad que se caracteriza por su naturaleza intangible y variable. Por la variedad de formas como la experimentan las personas en los distintos momentos y por las múltiples expresiones que presenta, como el pensamiento, sentimientos, juicios, creatividad y su relación con los aspectos no materiales de la vida, los cuales explican en parte esa percepción. (p. 2)

Bases terapéuticas y objetivos de los cuidados espirituales

Como resultado de lo anterior, el Instituto Mexicano de Tanatología (2006) estableció que los cuidados paliativos tienen como base terapéutica:

- Brindar una atención integral,
- el enfermo y la familia son la unidad a tratar,
- ofrecer la promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo,
- tener una concepción terapéutica activa y,
- dar importancia del ambiente.

A su vez, establecieron que los cuidados paliativos tienen como objetivo:

- Dar alivio al dolor y los otros síntomas,
- no alargar ni acortar la vida,
- dar apoyo psicológico, social y espiritual,
- reafirmar la importancia de la vida,
- considerar la muerte como algo normal,
- proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible y,
- dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

Importancia de la comunicación

Para realizar o alcanzar la mayoría de los objetivos antes expuestos, si no es que todos, es necesaria la comunicación. Mediante la comunicación verbal -o no verbal-, el paciente y su familia logrará sentir el apoyo o el desprecio por parte del equipo profesional. Por ende, se debe tener mucha precaución al expresarse.

De Simone y Tripodoro (2004) mencionan que la comunicación es necesaria en los cuidados paliativos, dado que reduce las inseguridades, aumenta la relación con el paciente y brinda al paciente y a su familia una dirección hacia dónde dirigirse. En el fondo, el mensaje básico que un paciente quisiera escuchar es: “No importa lo que te suceda, no te abandonaremos o, aunque estés muriendo, seguirás siendo importante para nosotros” (p.12), lo que les demostraría una forma de aceptación y afirmación.

Solo una parte de este mensaje, según De Simone y Tripodoro (2004), puede ser dicho en palabras: “podemos aliviar tu dolor y hacer más llevaderos la mayoría de tus síntomas; quisiera verte regularmente; uno de nosotros estará siempre disponible; trabajaremos al máximo posible para ayudarte a ti y a tu familia” (p. 12), mientras una gran parte del mensaje está expresado en lenguaje no verbal.

Estas expresiones no verbales consisten, especialmente, en expresiones faciales y corporales, en general (mirada, posturas -de pie o sentado, con la cara a la altura del paciente-, el tono de la voz -inflexiones, secuencia, ritmo y cadencias de las palabras- y el tacto).

El Instituto Mexicano en Tanatología (2006) ilustra este ejemplo:

“Doctor, la enfermera es amable, los aparatos funcionan bien... pero lo que quiero es que se sienta aquí, a mi lado. Necesito saber que le importo. Puedo preguntar por qué me sucede esto, pero no espero realmente una respuesta. No se vaya, espere. Sólo quiero saber que habrá alguien para sostener mi mano cuando lo necesite. Tal vez, entonces, no será tan duro estar aquí en un hospital... Porque tendré un amigo cerca.” (p. 214)

Este paciente lo único que deseaba era la presencia de alguien; sentir que era importante y valioso. Esto demuestra que aunque no tengamos las palabras exactas para ellos, el hecho de estar a su lado, darles un toque en el hombro y escucharlos les resulta muy significativo.

El Instituto Mexicano en Tanatología (2006) hace referencia a Oliver Holmes con la siguiente cita: “Curar a veces, aliviar a menudo, confortar siempre,” lo que significa que los cuidados físicos no son lo único que necesitan los pacientes.

Los profesionales de la salud deben ser muy cuidados y conscientes del cuidado que les dan a los pacientes. Un trato muy deshumano y rudo puede hacer pensar al paciente que su estadía será sola y poco amena. Por ende, De Simone y Tripodoro (2004) exhortan a que “el compromiso de que no se abandonará al paciente y de que se le brindará todo el apoyo debe ser el mensaje que ha de quedar y no solamente el diagnóstico/ pronóstico fatal”. (p. 16)

El paciente en fase terminal necesita atención y apoyo en todo momento y no solo cuando presente un dolor físico. Como se mencionó previamente, estas personas tienen muchas necesidades espirituales que necesitan ser suplidas. En todo caso, la única forma de conocerlas es mediante una estrecha comunicación con ellas.

La ética del cuidado en la pedagogía saludable, asume como procesos fundamentales la escucha y el silencio.

La importancia del silencio en el espacio de la comunicación es fundamental. Él me permite, por un lado, al escuchar el habla comunicante de alguien, como sujeto y no como objeto, procurar entrar en el movimiento interno de su pensamiento, volviéndome lenguaje; por el otro, torna posible a quien habla, realmente comprometido con comunicar y no con hacer comunicados, escuchar la indagación, la duda, la creación de quien escuchó. Fuera de eso, la comunicación perece. (Freire, 2006, p. 113)

Ambos elementos; la escucha y el silencio, se han dejado de lado. Ya no se suele escuchar lo que el paciente tiene o quiere decir; sus sentimientos muchas veces son ignorados e, incluso, negados.

Lamentablemente, el personal de la salud siempre está ocupado con diferentes responsabilidades y se olvidan de que los sentimientos del enfermo tienen igual importancia y que ellos también tienen otras necesidades, aparte de las biológicas.

De Simone y Tripodoro (2004), en Lichter I. (1987), declaran que “el problema de la comunicación en el cuidado del paciente con enfermedad terminal no consiste en decirlo o no la verdad de su condición, sino en establecer una buena o mala comunicación con él”. (p. 14)

Muchos enfrentan este dilema y presentan ansiedad y temor en el momento de dar una mala noticia, pero esto se debe al hecho de que estamos en una sociedad donde no se logra aceptar la muerte como parte del proceso de vida. Como consecuencia de no tener una preparación óptima al respecto, una barrera es levantada entre ellos y los pacientes y sus familiares. El resultado es que ellos llegan a ser aislados. (De Simone y Tripodoro, 2004)

Asistir a un paciente terminal implica en muchas ocasiones, enfrentar situaciones de incertidumbre frente a las cuales ni el médico ni el paciente tiene la respuesta. También existen el temor y la dificultad para aceptar la impotencia ante la muerte, el inmenso dolor al reconocer que no hay nada para ofrecerle al paciente para curarlo, y que no es posible evitar que se enfrente a un problema sin solución. (De Simone y Tripodoro, 2004, en Gómez, 2003, p. 14)

Por este motivo, la forma en la que se transmita la información, como explican De Simone y Tripodoro (2004), será determinada por la capacidad que el paciente tenga para soportarla. Esto se logra identificar por medio de la observación; el paciente es quien demuestra cuánto y cuándo quiere saber. Empero, es indispensable aplicar dos principios de forma paralela: nunca mentirles y evitar una sinceridad desaprensiva.

Astudillo y Mendinueta (2005) mencionan que “el desarrollo de una comunicación adecuada es el elemento clave para la detección de las necesidades del enfermo en fase terminal y orientar el trabajo que se realice para mantener su calidad de vida”. (p. 2)

Cabe mencionar la existencia de algunos aspectos que, de acuerdo con De Simone y Tripodoro (2004), se deben tomar en cuenta en el momento de comunicarse con los pacientes:

- Tener un ambiente adecuado: privado, tranquilo y sin apuros,
- respetar el deseo del paciente de conversar,
- escuchar cuidadosamente- repetir sus palabras,
- personalizar al paciente por lo irrepetible del ser humano,
- dosificar la información: verdad soportable y progresiva,
- asegurarse que el paciente haya comprendido: información clara y precisa,
- ser cuidadoso con el uso de estadística: son estudios pasados en poblaciones y no en casos individuales,
- permitir la expresión de los sentimientos: los propios y los del paciente, lo que estimula acercamiento y,
- mantener la continuidad en la relación establecida.

Estos aspectos son vitales y se incluyen a los familiares, ya que ellos también deben afrontar la situación crítica de su ser querido. Como menciona el Instituto Mexicano de Tanatología (2006), buscan “proteger a su familiar ya sea filtrando, rechazando y elaborando la información del exterior” (p. 299). Sin embargo, ellos mismos también pueden conectar a todos y a su medio ambiente.

La familia

Se ha mencionado la importancia del cuidado espiritual en los pacientes de fase terminal, pero no se puede dejar de lado a la familia. En ocasiones, ellos suelen ser ignorados, ya que todos los cuidados se centran en la recuperación del paciente. No obstante, si los agentes de la salud tomaran a los familiares como un punto de referencia, se notaría más rápido el cambio en el paciente. Esto se explica a continuación:

La familia es un elemento activo en el proceso terapéutico que requiere también cuidados exquisitos y delicados para que a su vez ella, con sus medios, pueda cuidar al enfermo. Por tanto, si mejorar el cuidado familiar, significa mejorar el cuidado del enfermo, nos toca a los Agentes de la Salud crear un espacio donde podamos hacer cargo de ella no como una carga sino como una necesidad. (Lora, 2007: p. 351)

Lora (2007) aclara que tanto el paciente como la familia necesitan de la ayuda de los agentes de la salud. Ellos requerirán de su apoyo y disponibilidad en todo el proceso; desde el momento en que se les da el diagnóstico de la enfermedad, durante todo el desarrollo evolutivo y hasta el final.

No es una situación fácil para los familiares; no se puede soportar ver a un ser querido en estado delicado. Por esta razón, no se debe dejar a este grupo de personas de lado. Conviene tener presente que la familia es parte del paciente; por ende, si la persona percibe que sus seres queridos están decaídos, desanimados, alterados y, sobre todo, sin esperanza, es probable que esto se transmita al afectado también. Tal y como se mencionó *supra*; si el enfermo no se encuentra espiritualmente bien, puede seguir decayendo.

Posterior a una noticia atroz, la familia no tiende a ser la misma; ellos quedan “contaminados” por esta experiencia y necesitan iniciar también un largo camino hasta lograr la adaptación, de acuerdo con lo que expone Lora (2007).

Por esta razón, los agentes de la salud deben brindarles un cuidado espiritual, de modo que logren no solamente adaptarse a la situación, sino, también, reorganizarse y ayudar a su ser querido a salir adelante:

No solamente los pacientes terminales no reciben la ayuda necesaria por parte del sistema de salud para aliviar su sufrimiento. Las familias tampoco son atendidas y apoyadas de manera suficiente, ya que no se valora el gran peso físico que acarrea el cuidado, la sobrecarga afectiva por la toma de decisiones, la incertidumbre sobre el futuro y la afectación espiritual que sobrellevan, pudiendo claudicar en el momento más inesperado o padecer importantes secuelas que deterioren su estado de salud y su calidad de vida. (López y Zenarutzabeitia, 2004, párr.9)

CAPÍTULO V

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo busca recopilar información para describir el concepto de los estudiantes de tercer año de la Escuela de Enfermería de la UNADECA, respecto al abordaje espiritual de la persona en fase terminal y su familia, por lo que se plantea una propuesta de investigación mediante el uso del método científico, lo que en seguida se describirá con detalle.

Tipo de investigación

Esta investigación es de enfoque mixto; es decir: es cualitativa y cuantitativa. Considera las cualidades, opiniones y acciones de los sujetos de estudio, lo que hace referencia a una investigación cualitativa y, al tomar en cuenta valores absolutos y relativos, se arrojan resultados de tipo cuantitativos.

“Cuantitativo, utiliza la metodología empírico-analítica y se sirve de la estadística para el análisis de datos. Cualitativo, estudia, especialmente, los significados de las acciones humanas y la vida social. Utiliza la metodología interpretativa y se centra en el descubrimiento del conocimiento.” (Barrantes, 2012: p.64-65)

Alcance temporal de la investigación

Según el alcance temporal, esta investigación obedece a un estudio transversal (sincrónico), que se define por Barrantes (2012) como el encargado de “estudiar aspectos de desarrollo de los sujetos en un momento dado”. (p. 64)

Asimismo, Hernández, Fernández y Baptista (2010) exponen que “una investigación descriptiva, busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”. (p. 80)

Según lo señalado por Hernández *et al.* (2010), el alcance temporal que desean obtener las investigadoras es descriptivo, pues pretenden dar a conocer la concepción de los estudiantes con respecto al fenómeno de estudio.

Marco donde tiene lugar la investigación

Según el marco en el que tiene lugar la investigación es de campo, ya que los estudios “se realizan en situaciones naturales y [...] permiten con mayor libertad generalizar los resultados a situaciones afines”. (Barrantes, 2012, p. 65)

Ubicación de la investigación

El proyecto de investigación se realizó en la Universidad Adventista de Centro América, ubicada 1,5 Km al Norte del Tribunal de Justicia de Alajuela, Costa Rica.

Profundidad de la investigación

Su profundidad es de tipo exploratoria, dado que se realizó con el propósito de obtener un primer conocimiento de la situación y, de este modo, describirla posteriormente, en vista de que se trata del primer estudio con este enfoque realizado en esta población. Al respecto, Barrantes (2012) indica que “se realiza para obtener un primer conocimiento de una situación para luego realizar una posterior más profunda, por eso se dice que tiene un carácter provisional. Por lo general, es descriptiva, pero puede llegar a ser explicativa”. (p. 64)

Recolección de datos

Para la recolección de los datos se plantea una entrevista guiada que, según Hernández, Fernández y Baptista (2014), es una herramienta para recolectar datos cualitativos y se suele emplear cuando el problema de estudio no se observa o es muy difícil hacerlo, ya sea por ética o por su nivel de complejidad.

Objeto de estudio

El objeto del estudio de este trabajo será la concepción y el abordaje del cuidado espiritual que presentan los estudiantes de Enfermería de la UNADECA.

Universo y muestra

La población actual de la Escuela de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América es de 63 personas. Cantidad que está dividida en cinco subgrupos, según su tiempo de estudio en la institución. De ellos, las investigadoras optaron seleccionar una muestra al azar del grupo de tercer año, el cual se conforma por una población de diez estudiantes.

Descripción de los sujetos de la investigación

Los sujetos de estudio son los estudiantes del tercer año de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América. Ellos han aprobado las siete prácticas correspondientes al nivel de la carrera en el que se encuentran y oscilan en edades entre los 18 y los 26 años.

Se utiliza una muestra a conveniencia, por lo que se seleccionaron cinco estudiantes de tercer año de la Escuela de Enfermería, quienes cumplen con los criterios de inclusión establecidos por las investigadoras. Según Hernández *et al.* (2014), los estudios cualitativos permiten al investigador trabajar con muestras pequeñas, lo que favorece la profundización en el objeto de estudio a través de la subjetividad.

Se establecen entre los criterios de inclusión de la población como participantes a:

- Estudiantes de Enfermería,
- pertenecer al tercer año de carrera,
- haber cumplido con al menos siete prácticas clínicas,
- ser mayor de edad y,

- que desee participar en la investigación.

Como criterios de exclusión se establecen:

- Estudiantes de la universidad que no pertenezcan a la escuela de Enfermería.
- Ser estudiante de Enfermería de primer nivel; primer, segundo o cuarto año.
- Ser estudiantes de tercer año de Enfermería pero de otra universidad.

Operacionalización de las variables

Variable de estudio	Indicadores	Definición conceptual	Definición instrumental
Estudiantes de tercer año de Enfermería	Edad Género Prácticas clínicas cursadas	<ul style="list-style-type: none"> • 18-33 años de edad • Femenino, Masculino • 7-9 prácticas clínicas 	Entrevista preguntas 1-3 (primera parte)
Abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia	Abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia	<ul style="list-style-type: none"> • Suplir necesidades espirituales. • Enfermedad grave progresiva, incurable. • Vínculo de apoyo 	Entrevista preguntas 1-11 (segunda y tercera parte)
Papel que desempeña el estudiante de Enfermería en el cuidado espiritual del paciente con enfermedad terminal	Papel que desempeña el estudiante de Enfermería en el cuidado espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades en el área laboral 	Entrevista preguntas 1-11 (segunda y tercera parte)
Concepción de los estudiantes tercer año de la escuela de Enfermería de sobre el abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia	Concepción de los estudiantes sobre el abordaje espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Idea o pensamiento sobre dicho tema 	Entrevista preguntas 1-11 (segunda y tercera parte)

Técnicas e instrumento para recolección de datos

La recolección de datos se realizó por medio de una entrevista guiada de forma individual a cada uno de los integrantes de la muestra seleccionada del grupo de tercer año de Enfermería de la UNADECA, cuyo objetivo es obtener datos conforme a su experiencia tanto en la universidad, como en sus prácticas clínicas.

La entrevista consta de tres partes: la primera se conforma por dos preguntas cerradas de carácter personal. La segunda contiene dos preguntas abiertas de conceptos generales y, la tercera tiene nueve preguntas de desarrollo, de las cuales cuatro son abiertas, una es cerrada y cuatro son mixtas.

Cabe señalar que la entrevista fue avalada por los siguientes expertos:

Msc. Jessica Carvajal Hurtado; quien labora como enfermera en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes, y le colabora a la UNADECA como instructora de campo clínico.

Msc. Luvinia Welch; quien labora como enfermera en la UNADECA y como profesora de la misma institución.

Lic. Miguel Moreno Mora; profesor en la UNADECA y profesor de español en el ICA.

Lic. Abigail Catacho; quien labora como enfermera paliativa en una institución privada y como profesora en la UNADECA.

Capítulo VI

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

En este capítulo se presentarán los resultados mediante cuadros elaborados con palabras claves extraídas de las respuestas dadas por los estudiantes entrevistados. Luego, se mostrarán las gráficas montadas a partir de la misma información. Posteriormente, se dará un análisis de los datos obtenidos.

Dentro del análisis de datos se encuentran respuestas dadas por los estudiantes entrevistados. Cabe decir que a las mujeres se les identificará como “sujetos X” y a los hombres como “sujetos Y”. Además, el número que le suceda representa el orden en que la persona fue entrevistada.

Parte I de la entrevista: preguntas personales

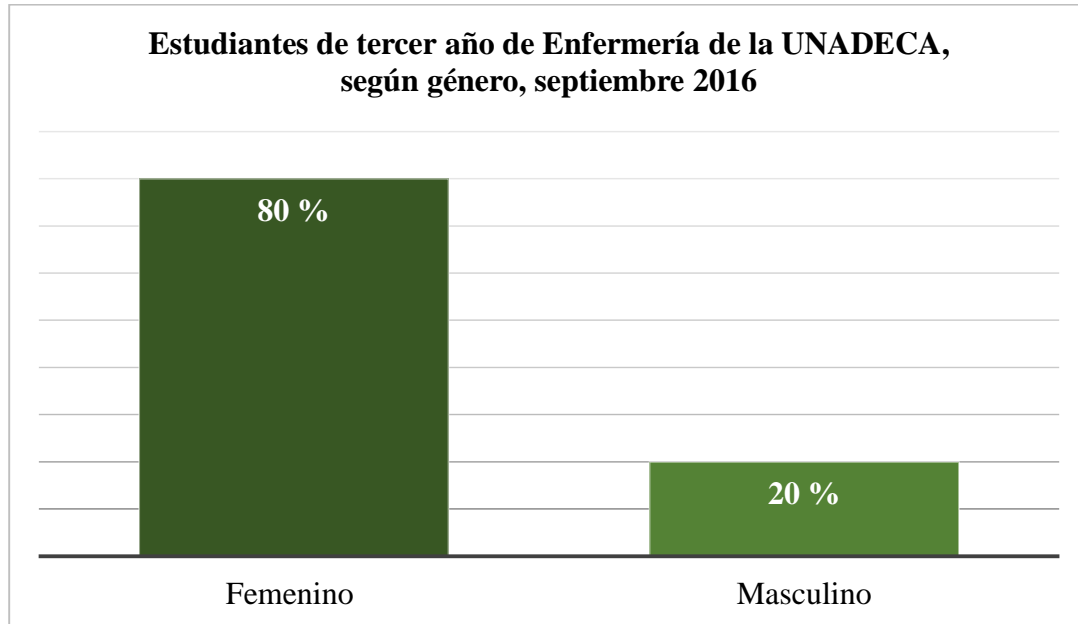
Según género

Cuadro # 1

Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, según género, septiembre 2016.

Género	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Femenino	4	80 %
Masculino	1	20 %
Total	5	100 %

Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016.

Gráfico #1

Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #1.

Análisis

De acuerdo con el cuadro y la gráfica #1; del 100 % de la población entrevistada, prevalece el género femenino en un 80 %, mientras que el masculino en un 20 %.

A lo largo de la historia, la Enfermería ha sido una carrera confinada a las mujeres, razón por la cual prevalece el género femenino en la investigación. Esto se refleja en la siguiente cita:

En 1963 la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, abrió sus puertas a los estudiantes del sexo masculino, se matriculan 2 hombres, se retiró 1 al inicio del curso por razones personales. El primer varón se graduó de Enfermero en 1966. Para 1972 habrían matriculado 11 varones, en la actualidad hay 571 hombres y 4869 mujeres inscritas (os) como enfermeras (os) en el Colegio de Enfermeras. (Colegio de Enfermeras de Costa Rica, 2014, párr.9)

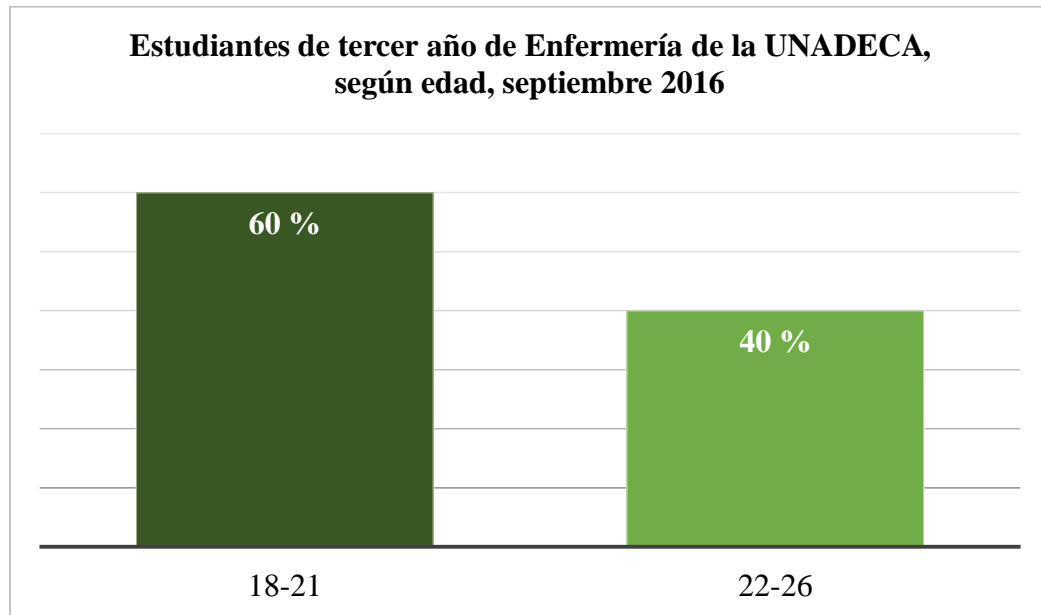
Actualmente, la Escuela de Enfermería de la UNADECA está constituida por una población total de 63 estudiantes, de los cuales 10 son de género masculino y 53 de género femenino.

Según edad**Cuadro # 2****Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, según edad, septiembre 2016.**

Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
18-21	3	60 %
22-26	2	40 %
Total	5	100 %

Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016.

Gráfica #2



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #2.

Análisis

De acuerdo con el cuadro y la gráfica #2; del 100 % de la población entrevistada, el rango de edad que prevalece es de 18 a 21 años, lo que equivale al 60 % de la población, seguido de un 40 % entre los 22 y 26 años de edad.

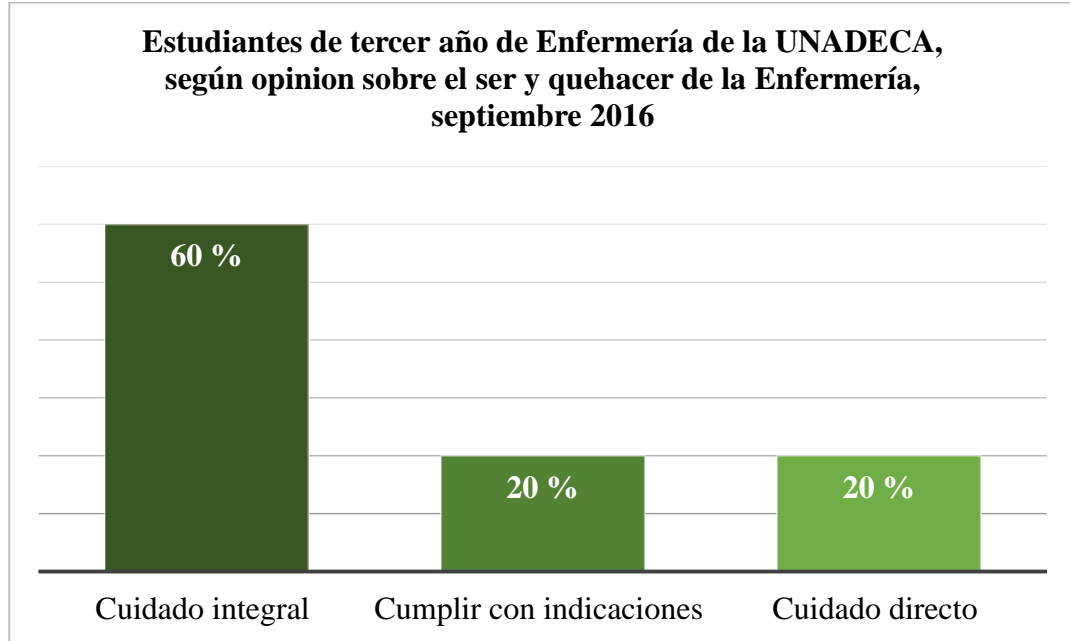
Parte II de la entrevista: conceptos generales**Ser y quehacer de la Enfermería****Cuadro # 3**

Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, según opinión sobre el ser y que hacer de la Enfermería, septiembre 2016.

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Cuidado integral	3	60 %
Cumplir con indicaciones	1	20 %
Cuidado directo	1	20 %
Total	5	100 %

Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016.

Gráfica #3



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #3.

Análisis

De acuerdo con el cuadro y la gráfica #3; del 100 % de la población entrevistada, el 60 % coincide en que el ser y quehacer de la Enfermería es brindar un cuidado integral, seguido por un 20 % que considera que es cumplir con las indicaciones médicas y otro 20 % que opina que es el cuidado directo al paciente.

Vásquez (2001), en su artículo *El cuidado de Enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante*, menciona que la “Enfermería trabaja con el concepto de un ser humano integral, indicando que la condición humano es a la vez físico, psíquica, cultural, social, espiritual e histórico. Pero nuestro trabajo práctico; sin embargo, no es tan integral como nuestro discurso”. (p. 50)

Con el transcurso del tiempo, se ha olvidado paulatinamente la esencia de la Enfermería, así como conocer cuál es en realidad el ser y quehacer. Incluso, se ha vuelto como una acción monótona, en la que solamente se cumplen indicaciones de los médicos y se tratan las necesidades biológicas de los pacientes.

Como menciona el sujeto X-2; “el hacer es, digamos, cumplir con, con indicaciones, cumplir con los, algo que presente el paciente y nosotros lo podemos lograrlo y que pueda seguir evolucionando bien”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Por su parte, Quintero (2000), en Drummond (1991), menciona que “hay nueve componentes básicos del amor: delicadeza, entrega, tolerancia, respeto, paciencia, bondad, generosidad, humildad y desprendimiento; que a través de la historia han tenido y aún tienen una gran relevancia desde la mirada humanística del quehacer de Enfermería”. (p. 190)

Estos autores, también, reconocen que “el ser humano es un ser esencialmente afectivo y espiritual, un ser trascendente, por lo cual recomiendan que la Enfermería debe partir desde la perspectiva de la integralidad del ser, creando vínculos en cada una de sus acciones, para brindar un cuidado holístico”. (p. 190)

Al respecto, el Sujeto X-1 manifestó “[...] brindar una atención integral al paciente. Nosotros no solo tenemos que ver el área física, sino también lo psicológico, lo emocional y lo espiritual, para poder dar una atención adecuada”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Por su parte, el Sujeto X-4 aludió al “[...] cuidado del paciente de una manera integral, que eso incluye: espiritualidad, eeh, emocionalidad, estar en apoyándolo y no solamente darle su, como los cuidados por lo que se caracteriza Enfermería que sería: alimentación, baño en cama, etcétera”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

También, el Sujeto Y-1 agregó:

“[...] el ser de Enfermería, creo que es muy completo. Porque más allá de, de simples cuidados o indicaciones que cumplir (es la persona), somos más bien los que estamos eeh a lado de los pacientes y su familia. Entonces el ser es más que todo, más que, que eeh mecánico, también es este (pausa) emocional y educación”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Los tres sujetos anteriormente citados presentaron similitud al responder que el ser y el quehacer de la Enfermería implica brindar una atención integral tanto al paciente como a su familia. Opinión que coincide con lo referido por Collado (2010), quien recuerda que “la Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuidado al paciente. El profesional debe mostrar un alto nivel de conciencia en todos los aspectos del cuidado como el cuidado espiritual, laboral, social como emocional”. (p. 1)

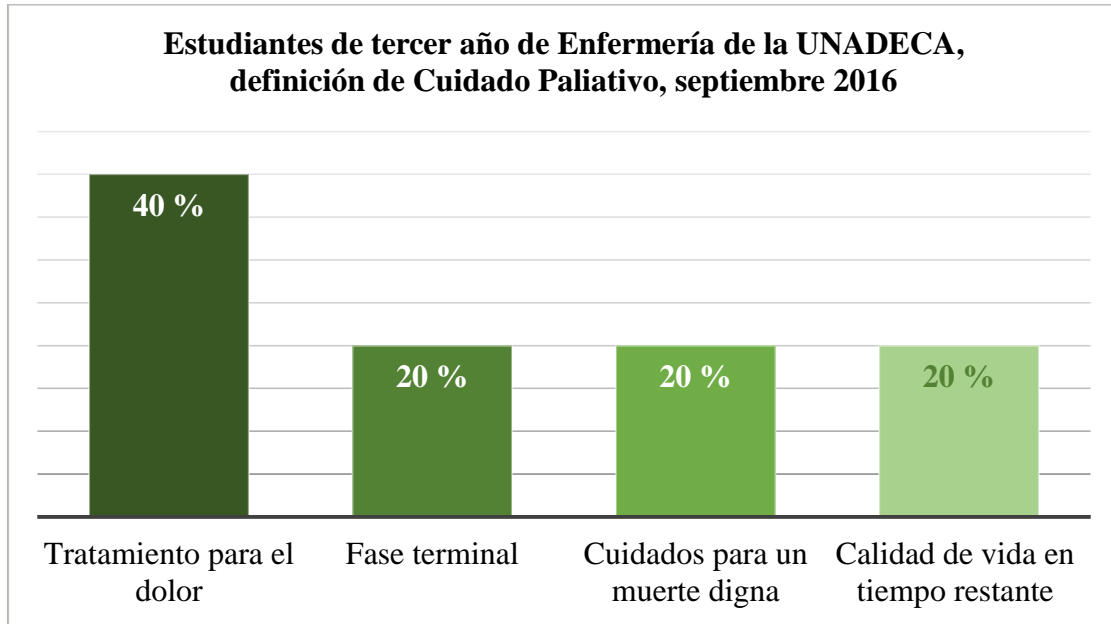
Cuidado Paliativo**Cuadro #4**

Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, definición de Cuidado Paliativo, septiembre 2016

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Tratamiento para el dolor	2	40 %
Fase terminal	1	20 %
Cuidados para un muerte digna	1	20 %
Cuidados para una calidad de vida en tiempo restante	1	20 %
Total	5	100 %

Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016.

Gráfico #4



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #4.

Análisis

Según el cuadro y la gráfica #4; del 100 % de la población entrevistada, el 40 % considera que se trata de brindar un tratamiento para reducir el dolor, seguido por el 20 % que mencionó que el cuidado paliativo es un fase terminal, mientras que otro 20 % declaró que es una serie de cuidados para que el paciente tenga una muerte digna. Finalmente, el 20 % restante lo definió como cuidados al paciente para brindarle una calidad de vida en el tiempo restante.

El cuidado paliativo se da en la etapa final de la vida, pero va más allá de eso. Con estos cuidados se logrará que el paciente sufra menos dolor y, a la vez, que alcance paz interior, así como con los demás para alcanzar una muerte tranquila.

Los cuidados paliativos son el cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, valorando como primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es alcanzar la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias. (Colell, 2008, en La OMS 1990, p. 23)

Los estudiantes entrevistados coinciden con lo antes mencionado por Colell (2008). Al respecto, el Sujeto X-1 dice que “es el proceso que la persona [...] La persona está pasando por un momento terminal, entonces nosotros vamos a brindar nada más como atención para poder pasar ese, ese proceso sin dolor” (Comunicación personal, entrevista, 2016). Asimismo, otro entrevistado comentó “[...] valga la redundancia, los cuidados que uno brinda a una persona, a un paciente, y no solo a él sino también a su familia. Es la forma en la que la persona, eh (pausa), lo que se intenta más bien en esa etapa o esos cuidados es que esa persona tenga una muerte digna [...] que la persona pueda tener un descanso con los mayores cuidados por parte de Enfermería” (Sujeto Y-1, Comunicación personal, entrevista, 2016). El Sujeto X-2 expresó que “[...] es prácticamente no para curar la enfermedad, sino para tratarla; o sea, para tratar el dolor, prácticamente”. (Comunicación personal, entrevista, 2016).

Por último, el Sujeto X-3 respondió que se trata de “[...] brindar cuidados, ya sea integral a la persona desde, eeh, una mejor calidad de vida durante el tiempo que resta”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Parte III de la entrevista: desarrollo

Espiritualidad y Religiosidad

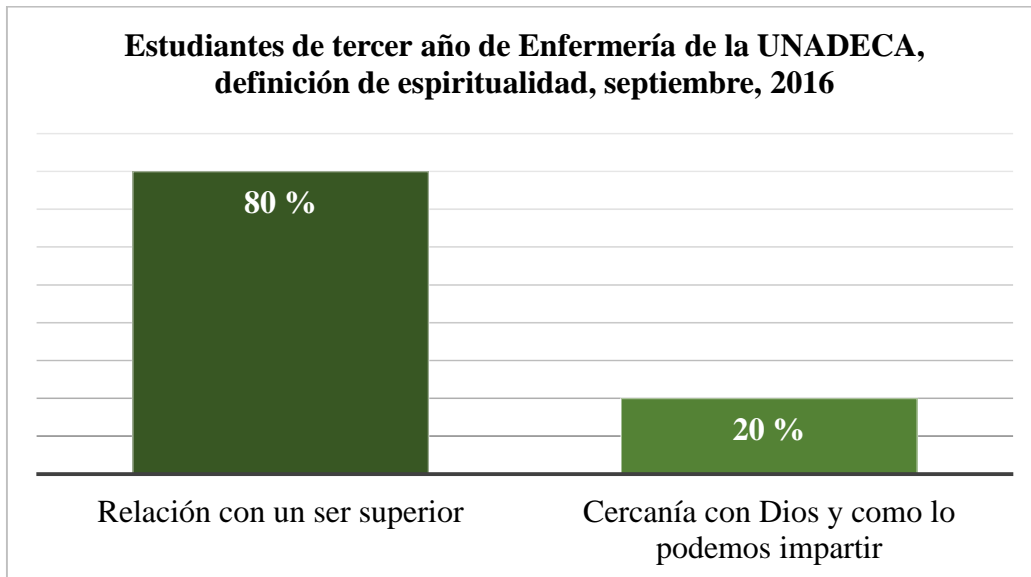
Cuadro #5

Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, definición de Espiritualidad y Religiosidad, septiembre 2016.

Opinión de Espiritualidad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Relación con un ser superior	4	80 %
Cercanía con Dios y como lo podemos impartir	1	20 %
Total	5	100 %
Opinión de Religiosidad		
Religión	2	40 %
Una costumbre	1	20 %
Creencia	1	20 %
Creer en algo/ en un ser superior	1	20 %
Total	5	100 %

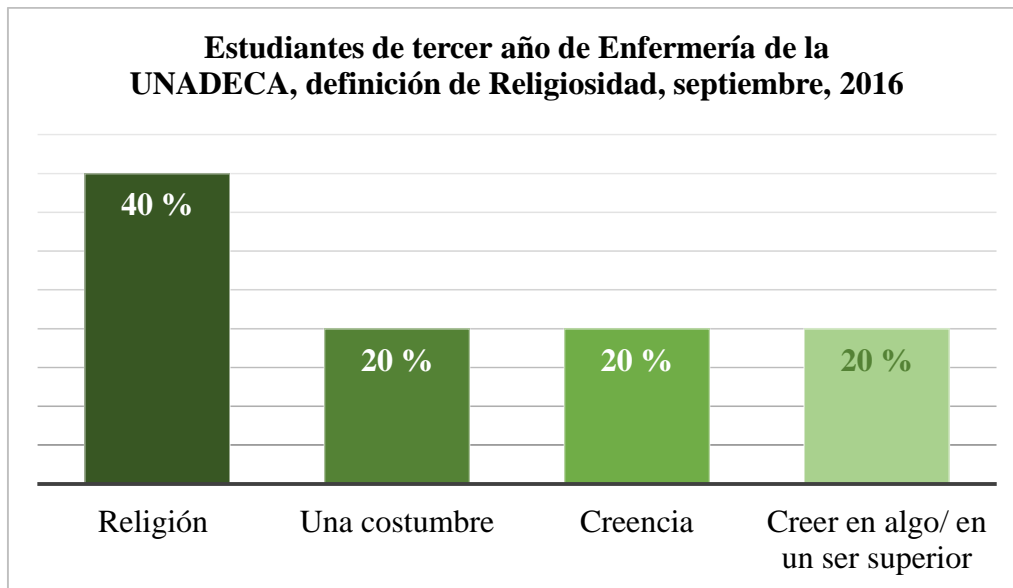
Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016.

Gráfica #5



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #5.

Gráfico #6



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #5.

Análisis

De acuerdo con el cuadro #5 y la gráfico #5; del 100 % de la población entrevistada, un 80 % afirmó que espiritualidad es la relación con un ser superior, mientras que el 20 % declaró que la espiritualidad consiste en la cercanía con Dios y cómo lo podemos impartir con los demás.

Por su parte, tal y como se evidencia en el cuadro #5 y en el gráfico #6, al definir la religiosidad, un 40 % la asoció a la religión, seguido de un 20 %, quien respondió que es una costumbre. Luego, el 20 % declaró que es una creencia y, posteriormente, otro 20 % lo definió como el creer en algo/ en un ser superior.

Lora (2007) explica que la dimensión espiritual y la religiosa en muchas ocasiones han sido denominadas sin una clara diferenciación, dato que se corroboró al analizar las siguientes respuestas de los estudiantes: “Oh bueno, espiritualidad para mí es una persona que tiene una relación estrecha con Dios, de que pone en práctica muchas cosas como: leer la palabra u orar. Y para mí lo personal religioso es aquella persona que solo va a una iglesia y solamente.” (Sujeto X-1, Comunicación personal, entrevista, 2016)

También, el Sujeto Y-1 respondió que:

[...] Eeh religiosidad más que todo va como una costumbre que uno tiene de, de hacer algo, por ejemplo, eh orar. Entonces todos los días hago lo mismo y oro casi que lo mismo. Eso o ir a la iglesia [...] En cambio espiritualidad, es una relación o una comunión eh con un ser superior en el que mis oraciones son diferentes cada día, cada momento, a pesar de que sea por lo mismo [...], es como más de relación, más como una unión, puede ser, si se puede decir así, entre nosotros los humanos y Dios, que en este caso es él ser superior. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Luego, el Sujeto X-2 señaló que “religiosidad es, prácticamente, emm, la religión en la que creo; o sea adventista, católico, todo, verdad, ya el estándar verdad, podemos decir: espiritual es la manera de cómo nosotros, este, tenemos una cercanía, este, digamos con Dios y, así, cómo nosotros lo podemos impartir a las demás personas”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Por su parte, el Sujeto X-3 comentó: “Bueno, espiritualidad ya sea, eeh, lo veo como mi consagración con Dios o cuan [...] eeh, cuánto creo yo; o sea, cuanta conexión hay entre el ser superior y mi persona y religiosidad, eeh, siento que es la, eeh, la parte o mi creencia”.

(Comunicación personal, entrevista, 2016)

Finalmente, el Sujeto X-4 dijo: “Bueno religiosidad para mi es, creer, yo creer en algo. Como yo creer en un ser superior, por ejemplo nosotros como cristianos creemos en Dios, los budistas creen en Buda, para mí eso es espiritualidad, creer, perdón religiosidad, creer en algo, en un ser superior a nosotros. Y espiritualidad es la relación que yo tengo con ese ser”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Lora (2007) explica que “ambas están íntimamente relacionadas, pero no tienen por qué ser coincidentes [...]. La dimensión espiritual abarca la dimensión religiosa y la supera al mismo tiempo”. (p. 106-107)

Benito *et al.* (2014) argumentan que “la espiritualidad no es sinónimo de religión, aunque la religión sí que es un vehículo para muchas personas idóneo de expresión de la espiritualidad”. (p. 58)

Por esta razón, estos dos términos suelen traer confusión, por lo que pueden afectar incluso el área laboral. Los agentes de la salud llegan a creer que se entrometerán en las creencias de los pacientes y causarán conflictos. De igual manera, el paciente y su familia, al escuchar espiritualidad o cuidado espiritual, lo primero que hacen es relacionarlo con religión y rechazan el tratamiento.

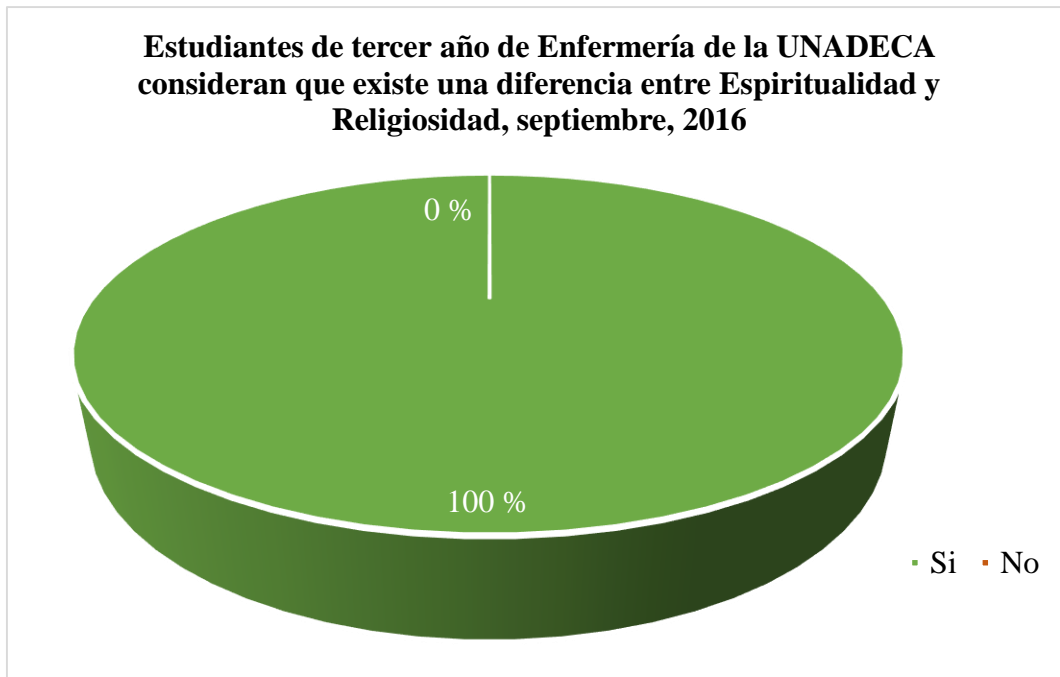
Diferencia entre Espiritualidad y Religiosidad**Cuadro #6**

Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, consideran que existe una diferencia entre Espiritualidad y Religiosidad, septiembre 2016.

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sí	5	100 %
No	0	0 %
Total	5	100 %

Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016.

Gráfica #7



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #6.

Análisis

De acuerdo con el cuadro #6 y la gráfica #7; del 100 % de la población entrevistada, el porcentaje total afirmó que, en efecto, existe una diferencia entre espiritualidad y religiosidad. Se identifica confusión y diversas opiniones entre los estudiantes al argumentar la diferencia entre ambos términos, mismos que se comparan a continuación, tal y como lo indica el Sujeto X-1; “sí, porque una persona espiritual se va a ver en su forma de actuar, va a ser siempre como la misma; una persona religiosa es como por momentos”. (Comunicación personal, entrevista, 2016).

Después, el Sujeto Y-1 planteó; “Sí [...] Este, emm, la religiosidad es como más monótona; o sea, no hay como (pausa), eh, ya es como seguir haciendo lo mismo. En cambio, la espiritualidad va más como [...] mm (pausa) [...] diay es que es un poco diferente, no sé cómo

pueda decirlo en este momento, pero sí hay una gran diferencia”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Al respecto, el Sujeto X-3 coincidió al decir que “sí, porque yo pienso que hay personas de que, en momentos pueden, pueden creer, pero no la pueden impartir. Entonces, eeh hay, ese es como muy variante”. (Comunicación personal, entrevista, 2016). Luego, el Sujeto X-2 comentó “si, bueno si hay diferencias porque yo no puede que eeh siento que no sea religioso o sea que no esté involucrado en una religión pero esto no significa que mi espiritualidad, mi conexión con Dios no este”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Asimismo, el Sujeto X-4 añadió; “sí, sí porque, posiblemente, eh religiosidad, como ya te dije, religiosidad es creer en algo, pero yo puedo tener espiritualidad creyendo en mi misma”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Lora (2007) afirma esta confusión entre ambos términos. No obstante, el artículo *Salud y Bientestar* (Anónimo, 2016) explica que “la espiritualidad y la religiosidad son distintas, pueden complementarse en dado caso, pero no pueden ser equiparadas, ya que una persona puede ser espiritual pero no religiosa.” (párr.3)

Así también, El Instituto Mexicano de Tanatología (2006) presenta esta diferencia declarando que:

La espiritualidad es eminentemente personal, es un interrogante espiritual del ser humano, es estar sin relación con su naturaleza física o material, más es una relación con la fuerza vital que nos guía; controla nuestras intuiciones y contiene valores morales, éticos y filosóficos. A diferencia, religiosidad, implica prácticas rituales que exige el dogma de cada religión. Este es vinculado con la fe, consta de oraciones, lecturas de textos sagrados, sacramentos, prácticas de devoción y se acerca más al concepto de Dios. (p. 357)

Si estos términos no son claramente distinguidos, puede causar un obstáculo en el momento de abordar al paciente y sus familias, queriendo brindar un cuidado espiritual.

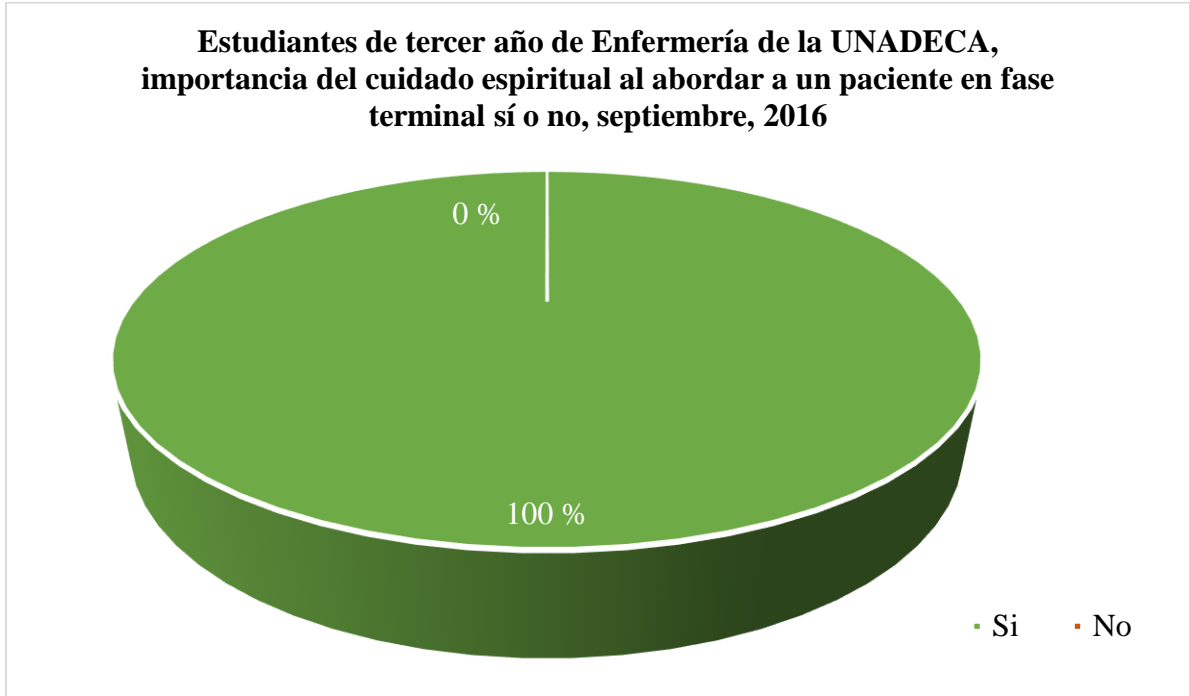
Importancia del Cuidado Espiritual**Cuadro #7**

Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, importancia del cuidado espiritual al abordar a un paciente en fase terminal, septiembre 2016.

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	5	100 %
No	0	0 %
Total	5	100 %

Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016.

Gráfica #8



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #7.

Análisis

Según el cuadro #7 y la gráfica #8; del 100 % de la población entrevistada, el 100 % declaró que sí es importante que el cuidado espiritual sea brindado al paciente en la fase terminal.

Los entrevistados argumentaron sus afirmaciones de la siguiente forma: “sí, si es muy importante porque estamos viendo que en esa etapa ya la persona está más cerca deee, de la muerte y necesita tener como esa reconciliación con Dios o poner todo eeh de una manera adecuada con Dios y con sus familiares, entonces es importante esa parte”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

De igual manera, el siguiente entrevistado dijo:

Sí, es muy importante, porque si lo vemos del punto de vista espiritual y no religioso, eh las personas son valiosas ante los ojos de Dios, entonces al igual que esa persona que está allí en esa cama, al igual que yo, necesitan de un salvador y es la etapa, como estamos comentando, eh es la última etapa de su vida o de su eeh, si de su estadía en esta tierra. Entonces, de eso va a depender si la persona puede llegar a alcanzar misericordia ante los ojos de Dios o pueda que se pierda. Entonces creo que es demasiado importante. (Sujeto Y-1, Comunicación personal, entrevista, 2016)

También, el Sujeto X-2 apuntó a lo siguiente:

“Sí, si porque pienso de queee, este el paciente o la persona, este deben irse con una mente positiva o deben quedarse con una mente positiva al saber de qué hay un Dios de que a pesar de todo lo que haya pasado siempre estuvo con ellos, en cualquier fase verdad de sus vidas y que claro, va a ser un poco más difícil el abordaje sobre ello pero hacerle saber de qué en cualquier momento Dios estuvo con ellos y que fue por algo que permitió que pasara”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

El Sujeto X-3 dijo; “sí, porque en ese momento el paciente eeh esta con miedo esta con temor y siento que es muy importante que la persona sepa pueda encontrar o hallar esa paz que necesita para entrar al descanso”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sí, Porque posiblemente este paciente esté necesitando un tipo de intervención diferente. Eh, tal vez necesite ser escuchado y eh necesita palabras de apoyo que posiblemente nosotros no la podemos dar sino por medio de una oración o de eh una palabra de la biblia o dependiendo del tipo de religión al que él, que él crea o el tipo de creencia que él tenga. (Sujeto X-4, entrevista 2016)

Cada una de sus respuestas se asocia con lo que mencionan Bermejo *et al.* (2013) respecto al cuidado espiritual, pues, para ellos es la “búsqueda de la nutrición del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, de donde se deduce su importancia como trabajo integrado de los cuidados paliativos” (p. 94)

Cuando la persona se encuentra en esta fase de su vida, en la que no hay nada más que hacer por su salud, los cuidados espirituales ayudan a que el paciente pueda tener una muerte indolora, sin angustia ni temor. Estos cuidados permiten que tenga un encuentro consigo mismo y tengan paz al partir; es decir, una muerte digna. Por esta razón, los cuidados forman parte de las acciones de Enfermería y aún más en el servicio de cuidados paliativos.

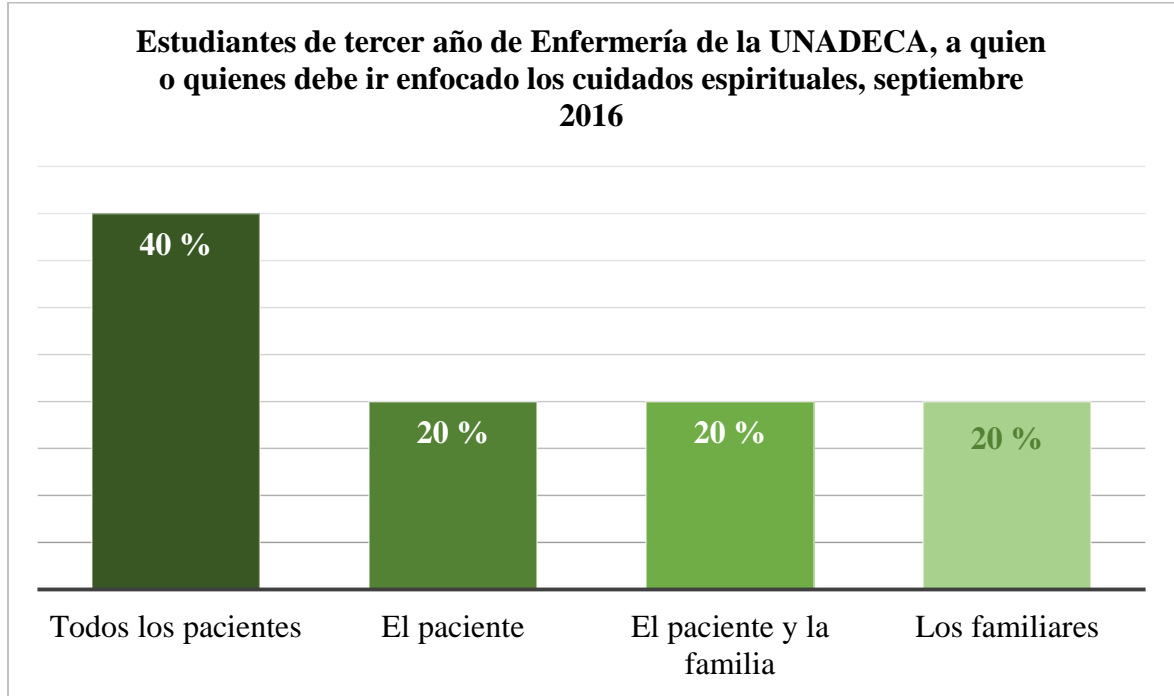
Hacia quien o quienes debe ir enfocados los C.E.**Cuadro #8**

Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, a quien o quienes debe ir enfocado los cuidados espirituales, septiembre 2016.

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Todos los pacientes	2	40 %
El paciente	1	20 %
El paciente y la familia	1	20 %
Los familiares	1	20 %
Total	5	100 %

Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016.

Gráfica #9



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #8.

Análisis

De acuerdo con el cuadro #8 y la gráfica #9; del 100 % de la población entrevistada, un 40 % expresó que todos los pacientes necesitan de los cuidados espirituales; es decir, no solo los que reciben cuidados paliativos, sino que los demás enfermos también necesitan de un consuelo espiritual, seguido de un 20 % que declaró que, sin duda, el paciente es el receptor, ya que es quien está en el estado delicado y necesita ser guiado hacia el Salvador.

Posteriormente, un 20 % de la población afirmó que estos cuidados deben ser tanto para el paciente como para los familiares. La persona necesita estar tranquila y tener paz consigo misma, mientras que sus seres más cercanos necesitan consuelo, ya que ellos que permanecen devastados. Por último, el restante 20 % manifestó que los cuidados espirituales deben dirigirse a los familiares, dado que ellos pueden entrar en confusión y molestarse con Dios.

Se reconoce que no se debe descuidar la parte espiritual de ningún paciente, pero en la última fase de su vida, tanto la persona como su familia necesitan estos cuidados con más delicadeza aún. Lora (2007) explica que:

Necesitamos proveer de apoyo emocional no solo al enfermo sino también a su familia. Ambos se enfrentan a su propio dolor y al dolor de la unidad familiar, intentan mantener el funcionamiento cotidiano, pero quizá solos e individualmente se encuentren sin fuerzas para tan ardua tarea. (p. 352)

En estos cuidados, la atención y el cuidado debe dirigirse a los pacientes de forma prioritaria, en vista de que ellos son quienes sufren tanto su dolor como su partida. Además, no se debe dejar de lado que tienen ya muchas angustias y temores, entre otras necesidades, que deben ser resueltas y suplidas antes de fallecer. De esta manera, podrán tener paz consigo mismos, con su familia y con su dios -si la persona es un creyente-.

No obstante, los familiares no deben ser excluidos. Ciertamente, con la muerte el sufrimiento del afectado cesa, pero sus seres queridos aún guardarán muchos recuerdos y deberán continuar sobrellevando la pérdida de su familiar. Cabe agregar que los cuidados espirituales no sustituirán a la persona, pero se podrá aliviar el dolor, pues también, quienes le acompañaron en su agonía pueden alcanzar un pensamiento positivo, de manera que encuentren también paz.

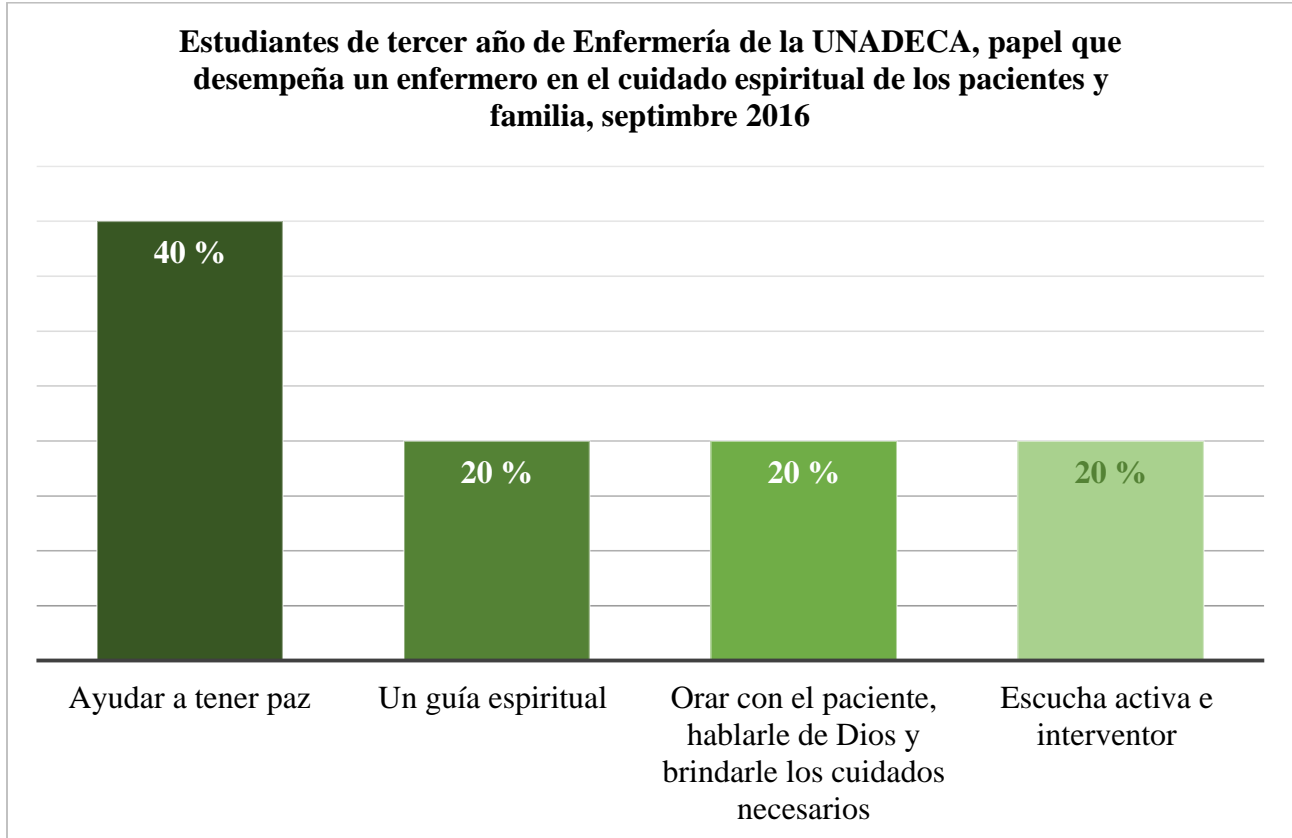
Papel que desempeña un enfermero en el C.E.**Cuadro #9**

Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, papel que desempeña un enfermero en el cuidado espiritual de los pacientes y familia, septiembre 2016.

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Ayudar a tener paz	2	40 %
Un guía espiritual	1	20 %
Orar con el paciente, hablarle de Dios y brindarle los cuidados necesarios	1	20 %
Escucha activa e interventor	1	20 %
Total	5	100 %

Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016.

Gráfica #10



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #9.

Análisis

De acuerdo con el cuadro #9 y la gráfica #10; del 100 % de la población entrevistada, un 40 % afirmó que el papel que desempeña un profesional en Enfermería en el cuidado espiritual de los pacientes y su familia se basa en ayudarlos a tener paz, seguido de un 20 % que considera que su papel debería ser como el de un guía espiritual. Posteriormente, un 20 % considera que su función debe centrarse en orar con el paciente, hablar de Dios, con él y brindarle los cuidados necesarios. Por último, el restante 20 % opina que debe practicar la escucha activa de los conflictos y, a la vez, ser interventor.

Como mencionan Ortega, Ortiz y Guerrero (2016), en Berman (2008), “aunque las creencias religiosas pueden influir en los estilos de vida, actitudes, sentimientos acerca de la enfermedad y la muerte; el cuidado espiritual no solo concierne a los miembros de entidades religiosas, sino también forma parte del cuidado de Enfermería” (p. 910). Esta cita denota la importancia de que el personal de Enfermería tome parte activa del cuidado espiritual de los pacientes.

Quintero (2000) argumenta que la necesidad espiritual se entiende como la necesidad que siente la persona de mantener, fortalecer o recuperar creencias y fe; de encontrar respuestas al sentido y finalidad de la vida. Por ende, el personal de Enfermería debe ser como un “guía espiritual,” tal y como lo menciona el Sujeto X-1 y, de esta forma, sea posible suplir la necesidad espiritual del afectado. Al respecto, el Sujeto X-1 respondió “[...] nosotros trabajamos como intercesores de Dios aquí en la tierra para ayudar a la persona que esta afrontado una situación difícil a tener paz en Dios” (Comunicación personal, entrevista, 2016).

Cabe agregar que Quintero, (2000) explica sobre este tema que:

[...] la enfermera debe asegurar la confianza y el bienestar a través del cuidado, creando una atmósfera de afectividad y empatía donde el paciente sienta confianza y logre exteriorizar sus necesidades espirituales; debe estar "ahí" en el momento indicado, escuchar, tender una mano, demostrando preocupación y deseo de ayudar. (p. 188)

Esta declaración hace referencia a lo que Barrera y Dárcangelis (2007) explican “la función de la enfermera que integra un servicio de cuidados paliativos es la de instruir y orientar al grupo familiar de aquél ser en estado terminal, porque este momento de la vida está plagado de incertidumbres” (p. 39). Esta declaración coincide con la mayoría de afirmaciones brindadas por los entrevistados.

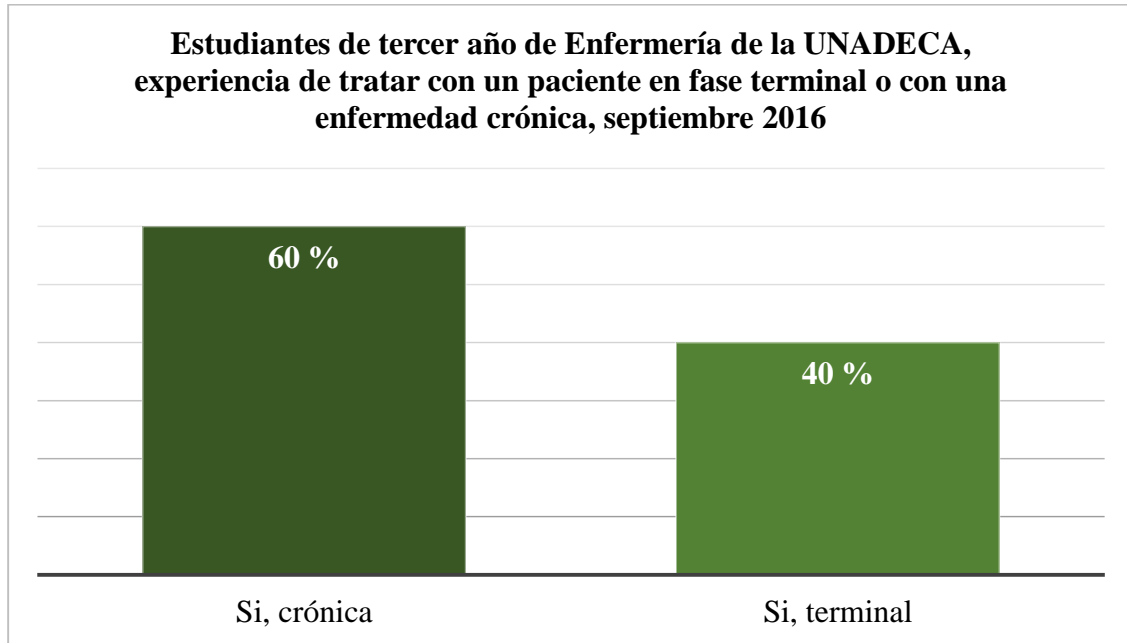
Experiencia al tratar con un paciente en F.T. o con una E.C.**Cuadro #10**

Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, experiencia de tratar con un paciente en fase terminal o con una enfermedad crónica, septiembre 2016.

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si, terminal	2	40 %
Si, crónica	3	60 %
Total	5	100 %

Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016.

Gráfica #11



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #10.

Análisis

Según el cuadro #10 y la gráfica #11; del 100 % de la población entrevistada, el 60 % exteriorizó haber tenido la experiencia de tratar con personas con enfermedades crónicas y un 40 % con pacientes con enfermedades terminales.

Buigues, Torres, Mas, Femenía y Baydal (2010) explican que “aunque inicialmente los cuidados paliativos se desarrollaron para asistir a los pacientes con enfermedades terminales neoplásicas, existen numerosos enfermos con patologías crónicas no cancerosas en situación avanzada que pueden beneficiarse de la aplicación de cuidados paliativos”. (p. 2)

En la siguiente pregunta se le solicitó a los entrevistados que narraran brevemente una experiencia que los haya marcado al tratar con uno de estos pacientes.

En la experiencia contada por el Sujeto X-1, toma el papel de un familiar, con lo cual se logró identificar la angustia espiritual que enfrentan algunos de los familiares en la fase terminal, según narra a continuación:

[...] fue con un familiar, la situación si fue un poco compleja porque ver el dolor de una persona no es fácil y saber de qué esa persona no se va a recuperar, sino que cada avance que tiene va a ser para morir. Y muchas veces, eeh, uno deja de creer en Dios porque uno ve eso y dice como Dios permite verdad, que esa persona esté sufriendo, emm y más que todo, en lo personal, yo me he alejado mucho de Dios, por esa situación, porque no comprendía el propósito de por qué mi familia estaba pasando por esa situación. (Sujeto X-1, Comunicación personal, entrevista, 2016)

El enfrentar una amenaza eminente de muerte puede generar un debate en el interior tanto de la persona que lo vive como de quienes le rodean:

La enfermedad y la amenaza de la muerte generan una crisis acerca del significado de la vida, determinando interrogantes sobre las creencias espirituales y religiosas. Es lo que se conoce como "estrés espiritual", caracterizado por situaciones de crisis y de conflicto, por la búsqueda del sentido del dolor, del sufrimiento, de las pérdidas y de la muerte (indicadores del estrés espiritual). (Quintero, 2000, p. 188)

La experiencia del Sujeto Y-1 narra la historia de una joven de 17 años con una enfermedad crónica y un pronóstico negativo, a quien acompañó en parte de su proceso de enfermedad. El Sujeto Y-1 comentó haber tenido la oportunidad de entregarle una revista (con contenido Cristocéntrico) y brindarle palabras de ánimo y algunos otros cuidados.

También, narra que hace unos días atrás, en un centro comercial, se encontró con esta paciente:

[...] yo estaba entregando volantes y llegó una muchacha y se paró en frente de mí y me dice: usted se acuerda de mí y yo le dije no y ella me dice véame bien y yo no me acordaba sinceramente [...] me dice, yo soy la muchacha que estuvo en el Hospital México y ustedes me atendieron, me dice, y en ese momento yo recordé que ella había sido la paciente [...] me contó que, gracias a Dios el trasplante fue todo un éxito [...] Y pues, Dios definitivamente hizo la obra en ella. Entonces creo que muchas veces uno subestima a veces las cosas que los médicos pueden decir o la Ciencia, en este caso, pero Dios tiene la capacidad para restaurar a esas personas. Entonces creo que ha sido una de las experiencias más bonitas que he experimentado por lo menos en esta área. (Sujeto Y-1, Comunicación personal, entrevista, 2016)

Se puede observar el interés que mostró el estudiante de Enfermería a esta joven, quien logró salir adelante de su condición física y no dudó en agradecer la atención holística que recibió. Quintero (2000) menciona que “una enfermera comprometida en este abordaje espiritual dispone el tiempo y la actitud necesarios para reafirmar su propia perspectiva espiritual. Deberá fortalecer y buscar ayuda para renovar su espiritualidad”. (p. 188)

El campo del cuidado de la Enfermería ha sido invadido y desplazado por el desarrollo de la ciencia y de la técnica. Como lo señala M. F. Colliere en su libro *Promover la vida*, "la Enfermería ha sido desbordada por la práctica médica". Vivimos un presente cultural en el que palabras como afecto, ternura, amor y espiritualidad aparecen desde distintas ópticas y planteamientos que nos llevan a una reflexión de nuestro ser y quehacer cotidiano. ¿Resultan pertinentes estas palabras al interior de una realidad enmarcada fundamentalmente en un mundo multicultural y altamente tecnificado? La cultura occidental separa cuerpo y alma, como si fueran elementos en oposición, elementos excluyentes, olvidando que la persona es una totalidad, una unidad dinámica del ser y el hacer. (Quintero, 2000, p. 186)

Con el Sujeto X-2 se identificó que aun cuando el tiempo que se pase con el paciente no sea muy extenso por las diversas circunstancias y actividades diarias, siempre es posible sacar unos minutos para brindar un par de cuidados espirituales a quienes lo necesitan. Esto se ejemplifica así: “Estuvimos uno o dos días, pero no fue de que todo el tiempo, verdad. Pero si hablamos con, oramos con el paciente, le dimos ánimo a la familia, bueno no era a la familia; era un hermano, el solo tenía un hermano. (Sujeto X-2, Comunicación personal, entrevista, 2016)

El Sujeto X-3 menciona que aunque esta anécdota fue de uno de los primeros pacientes con los que trató, marcó mucho su vida.

[...] fue una bonita experiencia hablar con él, porque más bien siento que también me benefició mucho a mí porque él decía que sí le gustaría regresar el tiempo para no hacer las cosas que él hacía antes, como fumaba demasiado [...] y no miraba que afectaba también a su familia, entonces uno de los abordajes espirituales fue que era eee que miraba el EPOC como el pecado, como el pecado que ya no hay reversión, pero si puede haber tratamiento para eso, pero el pecado no puede haber cura; ya somos así, pero lo que podemos hacer es tratar. La medicina para el pecado es orar, tener fe en Dios, leer la Biblia, orar, entonces fue algo que me impacto a mí y conversamos los dos juntos, entonces fue como una aplicación con la enfermedad y con el área espiritual. (Sujeto X-3, Comunicación personal, entrevista, 2016)

La importancia de intentar colocarse aunque sea un poco “en los zapatos de otro”, no solo permite ayudar a la persona, sino que contribuye al crecimiento personal.

Virginia Henderson, pionera en incorporar una filosofía humanista y trascendental a los cuidados de Enfermería, dice que "cuidar es ponerse en el lugar del otro; es ocupar la piel del otro", proceso que implica un gran compromiso afectivo. Este enfoque humanístico en el acto de cuidar requiere sentimientos, deseos y valores alrededor de una gran generosidad, infundiendo fe y esperanza en la persona. (Quintero, 2000, p. 186)

Al respecto, el sujeto X-4 cuenta su experiencia relacionada con un paciente con el que pudo estar recientemente y que, debido a su enfermedad, se encontraba en fase terminal:

[...] fue un paciente entubado, estaba; ya era un adulto mayor, muy, muy mayor y él estaba bajo efecto de sedo analgesia, entonces, y estaba de fibrilado; o sea, ya tenía los signos y síntomas de una persona que ya iba por fallecer. Y en nuestro grupo de práctica, en ese momento lo que hicimos fue, con obviamente con permiso de la instructora y con el permiso del familiar, fue orar por él. Entonces, nosotros sabíamos que él no nos podía contestar, pero sí oramos por él, porque sabíamos que él nos estaba escuchando. (Sujeto X-4, Comunicación personal, entrevista, 2016)

Según Quintero (2000) “en ocasiones, la persona no manifiesta preocupaciones o necesidades espirituales; sin embargo, la enfermera deberá estar atenta a observar sus comportamientos, actitudes y respuestas que brindan la información necesaria para el cuidado”. (p. 189)

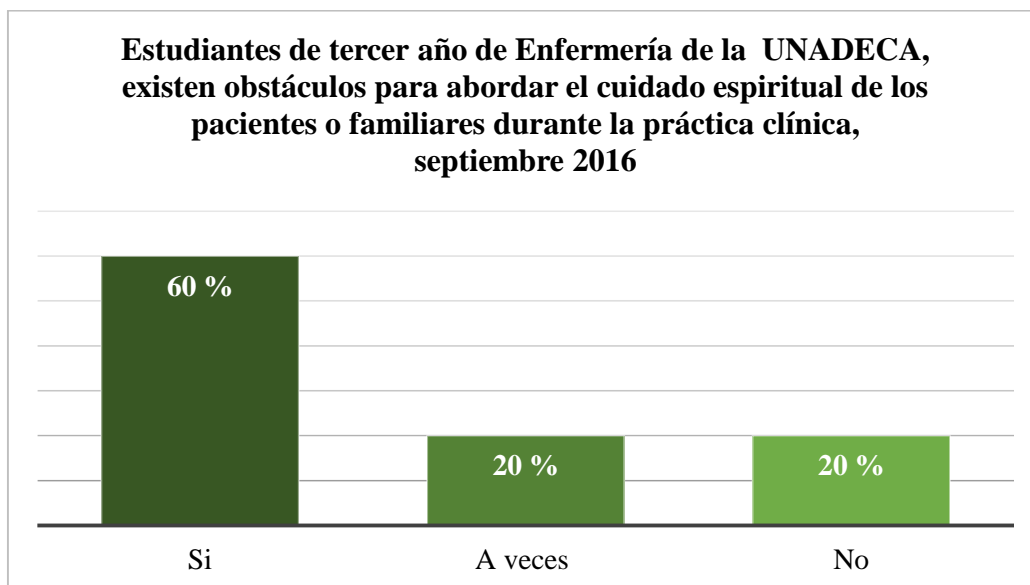
Obstáculos para abordar el C.E.**Cuadro #11**

Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, obstáculos para abordar el cuidado espiritual de los pacientes o familiares durante la práctica clínica, septiembre 2016.

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sí	3	60 %
A veces	1	20 %
No	1	20 %
Total	5	100 %

Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016

Gráfica #12



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #11.

Análisis

Con base en el cuadro #11 y la gráfica #12 del; 100 % de la población entrevistada, un 60 % afirmó que existen obstáculos para abordar el cuidado espiritual de los pacientes o familiares durante la práctica clínica, seguido por un 20 % que considera que solo “a veces” existen obstáculos y el 20 % restante considera que no existen del todo.

Vinculado con esta pregunta, se solicitó a los entrevistados que justificaran su respuesta por medio de ejemplos. Consecuentemente, el 60 % de la población, conjunto que representa el “Sí”, indicó:

- “El testimonio. Para uno llegar a hablar a una persona de Dios, debe de tener, por lo menos, una buena presentación”.
- “No presentarse al llegar, hacer algún tipo de comentarios o bromas inapropiadas”.
- “No respetar sus creencias y querer anteponer las nuestras”.
- “El tiempo. No hay tiempo suficiente para poder hacer todo lo que uno quiere”.

- “Por centrarnos en la atención al paciente que lo ayude a sentirse mejor y recuperar su estado de salud”.
- “Por restricciones de otras personas o el instructor”.
- “Que los pacientes en esos momentos en lo que menos creen es en Dios por enojo”.

Luego, el 20 % que representa el “a veces” justificó su respuesta así:

- “Porque hay personas que son muy abiertas a recibir esa parte y hay personas que están muy arraigadas a lo que ellos han creído, que cuesta mucho darles un abordaje en ese aspecto”.

Finalmente, el restante 20 % de quienes representan el “No” hizo alusión a que:

- “He brindado ese cuidado y nunca me ha dicho la profesora que no puedo hacerlo. Siento que es algo que la Enfermería lo debería hacer y nosotros, como estudiantes, también. Si hay familiares y pacientes que dicen que no y ahí va el respeto”.

No obstante, Sánchez (2004) declara que la mayoría de los profesionales en Enfermería no logran brindar un cuidado espiritual, puesto que existe una idea ambigua respecto a la espiritualidad y sobre lo que se trata ayudar a una persona que atraviesa la fase terminal por una determinada enfermedad.

Además, Cabarcas (2016), citado en Sánchez (2004), explica que la espiritualidad conlleva en sí un nivel de complejidad que se caracteriza por su naturaleza intangible y variable. Esta, por lo tanto, es una de las principales causas de los obstáculos.

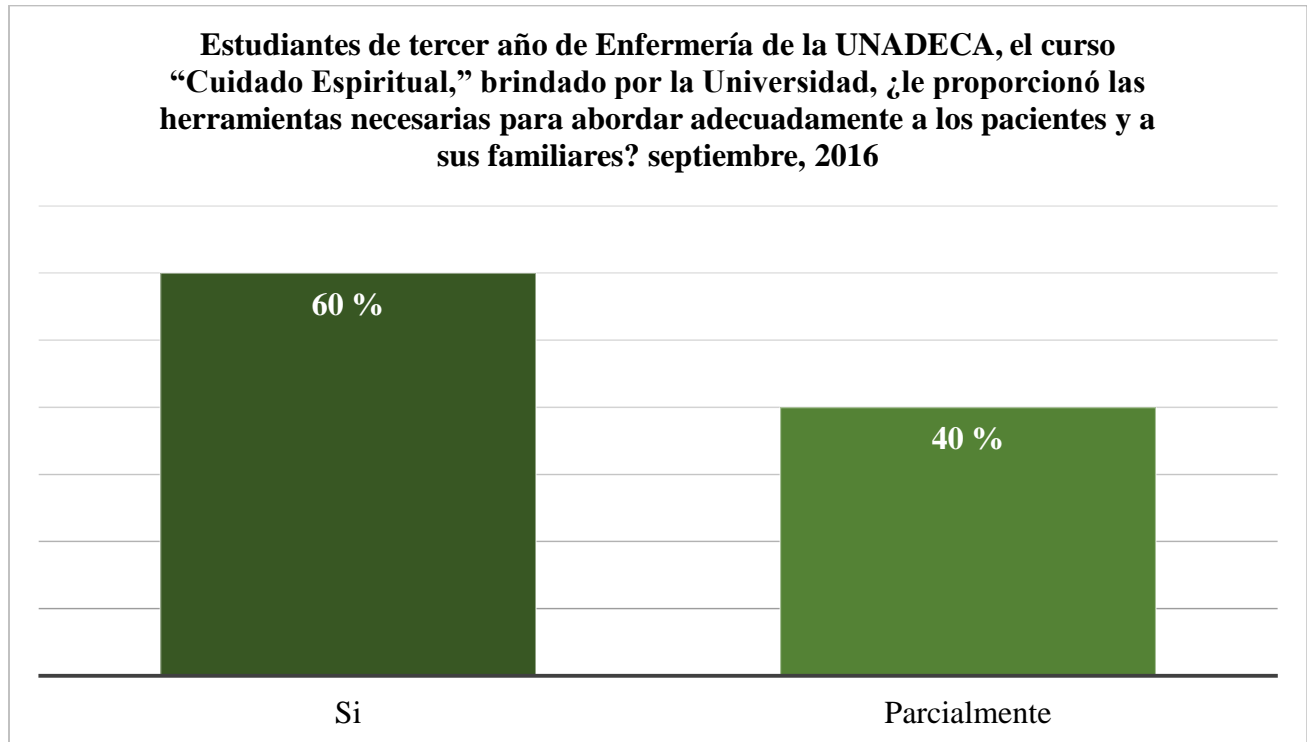
Curso brindado por la universidad**Cuadro #12**

Estudiantes de tercer año de Enfermería de la UNADECA, el curso “Cuidado Espiritual”, brindado por la Universidad, ¿le proporcionó las herramientas necesarias para abordar adecuadamente a los pacientes y a sus familiares? septiembre, 2016.

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sí	3	60 %
Parcialmente	2	40 %
Total	5	100 %

Fuente: elaboración propia, con base en la entrevista aplicada, 2016.

Gráfica #13



Fuente: elaboración propia, con base en cuadro #12.

Análisis

De acuerdo con el cuadro #12 y la gráfica #13; del 100 % de la población entrevistada, un 60 % afirmó que el curso brindado por la universidad les brindó las herramientas necesarias. No obstante, el restante 40 % consideró que el curso lo hizo parcialmente.

CAPÍTULO VII

Conclusiones

Al realizar el análisis acerca de la concepción de los estudiantes de tercer año de la Escuela de Enfermería de la UNADECA sobre el abordaje espiritual en la persona que se encuentra en fase terminal y su familia, se concluye lo siguiente:

- La espiritualidad del paciente debe ser tan importante como cualquier otro tipo de atención brindada por los profesionales de Enfermería o los agentes de la salud. La Enfermería no solamente debe atender y suplir las necesidades físicas o biológicas de una persona, sino que también, debe tener un “buen ojo clínico” para otras necesidades de tipo emocional, social y, en especial, espiritual.
- Los agentes de Enfermería tienen un papel muy importante en el proceso final del paciente, pues ellos son los únicos que pueden fortalecer a la persona en esos momentos de mayor tensión.
- Luego de dejar atrás las diferencias entre las distintas religiones, los profesionales de Enfermería que presentan la habilidad de la comunicación estrecha pueden amortiguar el dolor y brindar a ambas partes esperanza. Una acción de comprensión, compasión, amor y amabilidad disminuirá cualquier dolor, de manera que ambos se puedan desahogar y disminuir el sufrimiento. Por consiguiente; tal y como se desprende de lo expresado por algunos estudiantes; “los enfermeros son un guía espiritual” y, a la vez, “tienen un papel de interventores”.

- Los pacientes deben ser atendidos de manera integral; son seres holísticos y por esto no debe darse por sentado que este ámbito es menos importante. Mediante los cuidados paliativos es posible cumplir con este deber, dado que se trata tanto el dolor como el sufrimiento físico del paciente y se busca la forma en que el paciente tenga una mejor calidad de vida.
- La familia no debe ser excluida de los cuidados espirituales, pues ella también sufre ante el dolor y el padecimiento de su ser querido.
- La enfermedad y la muerte son dos estadios de la vida que nadie suele estar preparado para enfrentar. Se les tiene miedo porque, tanto el paciente como el familiar, no saben cómo hacerlo. Por ende, el agente de la salud debe procurar que el temor y la angustia disminuyan y se conviertan en sentimientos de paz, tranquilidad y esperanza.
- De acuerdo con las entrevistas realizadas, el 100 % de la población afirmó con certeza que el cuidado espiritual sí es importante a la hora de abordar a un paciente en fase terminal, así como a su familia. A pesar de que fueron muy pocas las experiencias que manifestaron tener, declararon que; sin duda, forma una parte esencial de la Enfermería.
- También, el conocimiento de los estudiantes sobre los cuidados espirituales se mezcla e iguala con la concepción que tienen de la religiosidad.
- Se reconoce que no es una tarea fácil de realizar, pero si se prepara al estudiante mediante la enseñanza de las diferentes estrategias para afrontar y tratar situaciones, no se sentirán ignorantes al llegar al campo hospitalario.

Recomendaciones

- Se recomienda a la Universidad Adventista de Centro América ampliar el curso de “Cuidado espiritual” con un campo clínico en una institución no gubernamental y especialistas en atención en personas con enfermedad en fase terminal.
- También, se sugiere a la Escuela de Enfermería de la UNADECA incluir en la rúbrica de las prácticas clínicas la evaluación de los cuidados espirituales. Esto permitirá que los estudiantes se desenvuelvan y pierdan el miedo y la vergüenza de hablar y abordar a los pacientes y a la familia de una manera espiritual (así como lo mencionó el estudiante Y-1 al ser entrevistado).
- Se exhorta a todos los instructores de campo clínico a proporcionar a los estudiantes vivencias supervisadas de la atención espiritual.
- Dentro del currículo de los estudiantes de cuarto año de Enfermería, se propone incluir un curso de “Cuidados paliativos” que serviría como refuerzo de la clase de “Cuidado Espiritual”.
- Como parte de las cualidades profesionales del profesional en Enfermería, se debe incluir la atención espiritual, a fin de cumplir con el cuidado holístico requerido.
- Se recomienda a los estudiantes mantener siempre en cuenta que la atención espiritual no se debe imponer con la religiosidad para lograr el éxito en sus intervenciones.

Lista de Acrónimos

C. E.: Cuidado(s) espiritual (es).

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras.

E.C.: Enfermedad crónica.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

F.T.: Fase terminal.

ICA: Instituto Centroamericano Adventista.

NOC: Nursing Outcome Classification (Clasificación de resultados en enfermería).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

UNADECA: Universidad Adventista de Centro América.

Bibliografía

- Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2005). Necesidades de los Enfermos en el final de la vida. *Revista de ciencias médicas: ARS Médica*, 34(2), pág. 2. Obtenido de: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/viewFile/210/143>
- Barbero, J. (2002). (2002). *El apoyo espiritual en cuidados paliativos*. Obtenido de: <http://sanitarioscristianos.com/documentos/308.pdf>
- Barrantes Echavarría, R. (2012). *Paradigmas de la Investigación Científica*. En *Un enfoque cualitativo y cuantitativo* (Págs. 64-65). San José, Costa Rica: EUNED.
- Barrera Morales, M (2008). *Holística*. Obtenido de: <http://www.telurium.net/PDF/holistica.pdf>
- Barrera, Z., & Dárcangelis, S. (2007). *Rol de Enfermería: Desde la Enfermería*, pág. 39. Obtenido de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8461/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Benito, E. (2011). Los cuidados espirituales: Entraña de los cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 18(1), Págs. 2, 21. Obtenido de: https://www.researchgate.net/profile/Enric_Benito/publication/257502693_Los_cuidados_espirituales_entraa_de_los_cuidados_paliativos/links/54b7f2ef0cf28faced60f0de.pdf
- Benito, E., Barbero, J., & Payás, A. (2014). *El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*. Obtenido de: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CArchivo_9.pdf
- Bermejo Higuera, J., Lozano González, B., Villacieros Durbán, M., & Gil Vela, M. (julio-septiembre de 2013). Atención espiritual en Cuidados Paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Medicina Paliativa*, 20(3) Págs. 93-103. Obtenido de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-atencion-espiritual-cuidados-paliativos-valoracion-S1134248X12000559>
- Buigues, Torres, Mas, Femenía y Baydal (2010). Paciente Terminal. Guía de Actuación Clínica en A.P. *Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal. Salut Publica*. Obtenido de: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>
- Buigues Mengual, F., Torres Pérez, J., Mas Sesé, G., Femenía Pérez, M., & Baydal Cardona, R. (2014). Prácticas de la Espiritualidad en el Cuidado de Enfermería en Área de Hospitalización. *Revista Salud en Movimiento*, 6(1), Págs. 2, 28. Obtenido de: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/saludmov/article/view/1271>

- Cabarcas Rodríguez, C., Moreno Álvarez, L., Rojas Palencia, M., Consuegra, N., Payares H, O., & Missath D, S. (2016). *Atención a las necesidades espirituales en la práctica clínica de enfermeros*. Universidad de La Sabana, Aquichan. Obtenido de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4404>
- Castanheira Nascimento, L., Santos de Oliveira, F., Moreira Santos, T., Pan, R., Flória-Santos, M., Andrade Alvarenga, W., & Melo Rocha, S. (enero-junio de 2015). La ética del cuidado en la Pedagogía Saludabl. *Universidad de Costa Rica. Portal de Revistas Académicas*, 39(1), pág. 110. Obtenido de: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/17768/17275>
- Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (10 de junio de 2014). *Historia*. Obtenido de: <http://www.enfermeria.cr/index.php/cole/historia>
- Colell Brunet, R. (2008). El proceso de morir. En *Enfermería y cuidados paliativos*. Págs. 21, 23. *Servei de Publicacions*. Obtenido de: https://books.google.es/books?id=xRII2eUZ0CgC&pg=PA21&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false
- Collado Martínez, R. (2010). Cuidado espiritual, labor del profesional de Enfermería. *Revista Virtual 360 Universidad Interamericana de Puerto Rico - Recinto de Ponce*, pág. 1. Obtenido de: http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/_Archivo%20Ciencias/Ciencias%20de%20la%20Salud/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf
- Consejo Internacional de Enfermeras (4 de diciembre de 2015). *La definición de Enfermería*. Obtenido de <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- Cotto, Chávez y Aguilar (2013). *Tesis: Análisis de caso de adulto migrante portador de cáncer de próstata en fase terminal privado de libertad, atendido en la unidad de cuidados paliativos de Alajuela durante la práctica profesional supervisada*. Alajuela, Costa Rica.
- De Simone, G., & Tripodoro, V. (2004). Comunicación y aspectos psicosociales. En *Fundamentos de Cuidados Paliativos y Contro de Síntomas* (Págs. 4, 12-16). Buenos Aires: Pallium Latinoamerica. Obtenido de <http://www.portalsida.org/repos/1.FUNDAMENTOS%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS-manual.pdf>
- Espinosa Roca, A., & Espinosa Brito, A. (2006). Cuidados Paliativos a Enfermos Adultos Terminales en la Atención Primaria de Salud. En *Tesis para optar por el grado de Doctor en Ciencias Médicas - Instituto Superior de Ciencias Médicas Villa Clara* (pág. 123). Instituto Superior de Ciencias Médicas Villa Clara. Obtenido de <http://tesis.repo.sld.cu/116/1/EspinosaRoca.pdf>
- Franco. (2011). *Tesis: Estudio sobre la valoración y efectos del cuidado espiritual del paciente en estado terminal brindado por los cuidadores y familiares del Hospicio Los Ángeles*.

- Freire, P. (2006). Enseñar exige saber escuchar. En *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa* (pág. 113). México: Siglo XXI editores S.A. Obtenido de https://books.google.co.cr/books?id=OYK4bZG6hxC&pg=PA113&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
- García Caro, M. (2008). Pensar en Paliativo. En *Tesis Doctoral - UNIVERSIDAD DE GRANADA* (pág. 13). Obtenido de <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t93.pdf>
- Gómez Sancho, M. (2005). En *Morir con Dignidad* (Págs. 8, 24). Madrid, España: ARÁN.
- González Platas, M. (2012). *Módulo4. Calidad de vida*. Obtenido de Neurodidacta: <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/esclerosis/esclerosis-multiple/calidad-vida-esclerosis-multiple/definician>
- Grupo de Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2011). Los cuidados espirituales, entraña de los cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 18(1), pág. 1. Obtenido de http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_12.pdf
- Guerras Frías, M., & Peña Alfaro González, S. R. (2010). Un trabajo de múltiples autores. En *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (págs. 175-177). México: Manual Moderno.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio: p. (2010). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En *Metodología de la investigación* (5ta ed., pág. 80). México: McGraw-Hill. Obtenido de https://www.academia.edu/6399195/Metodologia_de_la_investigacion_5ta_Edicion_Sampieri
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio: p. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). México: McGraw-Hill.
- Instituto Mexicano de Tanatología. (2006). La Muerte y las Religiones. En Tinajero, Gómez, Paredes, Elizondo, Solís, Sánchez, . . . Artigas., *Cómo Enfrentar la Muerte-Tanatología* (Págs. 214-216, 299, 357). México: Trillas.
- López Rey, M., & Zenarutzabeitia Pikatza, A. (2004). Atención al paciente inmovilizado, al terminal y a su familia. *Revista El Médico y el Médico Interactivo*, párr. 9. Obtenido de http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema16/herramientass6.php
- Lora González, R. (2007). En *Cuidado Paliativo, Su Dimensión Espiritual. Manual para su Abordaje Clínico* (Págs. 50, 53, 87, 106-112, 118, 123-130, 351-352). España: Toromítico.

- Ministerio de salud. (2011). Análisis y Determinantes Sociales de la Situación de Salud. En *Memorias Institucionales* (pág. 29). Costa Rica. Obtenido de https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2012/UMI_memoria_institucional_2011.pdf
- Monografías SECPAL. (Marzo de 2013). *Competencias enfermeras en cuidados paliativos*. Obtenido de SECPAL: <http://www.secpal.com/Documentos/Blog/MONOGRAFIA%203.pdf>
- Muñoz Devesa, A., Morales Moreno, I., Bermejo Higuera, J., & Galán González Serna, J. (Julio-Septiembre de 2014). La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index de Enfermería*, 22(3), párr. 31. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014002200008
- Muñoz, E. (2007). Evaluación de programas y servicios de cuidados paliativos. *MEDWAVE Revista Biomédica Revisada por Pares*, 7(7). Obtenido de <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/ACHED2007/3/2563>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Cuidados Paliativos: necesidades y derechos de las personas mayores y de sus familias. En World Health Organization, *Mejores Cuidados Paliativos para Personas Mayores* (pág. 16). Obtenido de http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est5.pdf.pdf
- Orozco González, M., Tello Sánchez, G., Sierra Aguillón, R., Gallegos Torres, M., Xequé Morales, A., Reyes Rocha, B., & Zamora Mendoza, A. (Enero-Marzo de 2013). Experiencias y conocimientos de los estudiantes de Enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado. *Enfermería Universitaria*, 10(1). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632013000100003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Ortega Jiménez, M., Ojeda Vargas, M., Ortiz Domínguez, A., & Guerrero Castañeda, R. (2016). Espiritualidad y cuidado de Enfermería. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas (RICSH)*(10), págs. 8-9. Obtenido de <http://www.ricsh.org.mx/index.php/RICSH/article/view/86/450>

- Payás Puigarnau, A. B., Bayés Sopena, R., Benito Oliver, E., Giró Paris, R., Maté Méndez, J., Rodeles Del Pozo, R., & Tomás Bravo, C. (Julio de 2008). ¿Cómo perciben los profesionales de paliativos las necesidades espirituales del paciente al final de la vida? *Medicina Paliativa*, 15(4). Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Enric_Benito/publication/287118822_How_do_palliative_care_professionals_perceive_the_spiritual_needs_of_patients_at_the_end_of_life/links/56d4c0b508aed6a7b275cb84.pdf
- Pérez Peñaranda, A. (Mayo de 2006). *El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental*. Obtenido de Red Iberoamericana de expertos en la convención de los derechos de las personas con discapacidad (Red CDPD): http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/781/Tes_PerezPenarandaA_CuidadorPrimarioFamiliares_2006.pdf?sequence=1
- Pichardo Meza, M., & Zúñiga Rodríguez, M. (2012). Atención de Enfermería brindada a jóvenes en dos centros de salud comparado con la Teoría de Watson. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica* (23). Obtenido de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/2963>
- Quintero Laverde, M. (2000). Espiritualidad y afecto en el cuidado de Enfermería. En N. Pinto Afanador, *Cuidado y práctica de Enfermería* (Págs. 184-191). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
- Salud y Bienestar. (2016). El papel de la espiritualidad en la Enfermería. *Salud y Bienestar/Medicina alternativa*, párr.3. Obtenido de <http://lasaludi.info/el-papel-de-la-espiritualidad-en-enfermeria.html>
- Sánchez Herrera, B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. *SciELO/Aquichán*, 4(1), párr. 9 y 12. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972004000100002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Schmidt Rio Valle, J., Montoya Juarez, R., Campos Calderon, C., García Caro, M., Prados Peña, D., & Cruz Quintana, F. (Julio-Septiembre de 2012). Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Medicina Paliativa*, 19(3), Págs. 113-120. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X11000127>
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2013). La enfermera como clínica. En *Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica* (12 ed., pág. 1 (vii)). Wolters Kluwer. Obtenido de http://www1.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2013/02/brunner_enfermeria_12a_ed.pdf
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. (2014). Obtenido de <http://www.secpal.com/>

- Tomey, A., & Alligood, M. (1999). Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad. En *Modelos y teorías en Enfermería* (4ta ed., Págs. 439-462). Madrid, España: Harcourt Brace.
- Vásquez Truissi, M. (2001). El cuidado de Enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. *Universidad de Antioquia/Investigación y Educación en Enfermería*, pág. 50. Obtenido de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16835/14576>
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*, 23(4), Págs. 15, 236. Obtenido de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>

ANEXOS

Anexo #1: Instrumento de Recolección de Datos



UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTROAMÉRICA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



Esta entrevista tiene como objetivo determinar el conocimiento que poseen los estudiantes de tercer año sobre el cuidado espiritual, con el fin de cumplir con la investigación para optar por el título de Licenciatura en Enfermería.

Tema: Concepción de los estudiantes de tercer año de la Escuela de Enfermería de la Universidad Adventista de Centroamérica sobre el abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia, Alajuela, marzo-septiembre del 2016.

Esta entrevista será grabada; se mantendrá la confidencialidad y el anonimato en todo momento.

Los datos obtenidos serán utilizados con fines educativos, únicamente para el desarrollo de la investigación. Las investigadoras no obtendrán ninguna remuneración con la realización de este proyecto.

La siguiente entrevista consta de tres partes, con preguntas abiertas y cerradas. Se les solicita responder cada pregunta de forma veraz y clara.

Muchas gracias por su colaboración.

I Parte: Datos personales, marque con “x” según corresponda.

1. Edad

18 - 21 ()

22 - 26 ()

27 - 31 ()

32 - más ()

2. Género

F ()

M ()

II Parte: Conceptos generales

1. De acuerdo con su opinión ¿cuál es el ser y el quehacer de Enfermería?

2. Defina, de forma personal ¿qué es cuidado paliativo?

III Parte: Desarrollo

3. Defina con sus palabras ¿qué es espiritualidad y qué es religiosidad?

4. Considera que existen diferencias entre ambos términos. Justifique su respuesta.

Sí () No ()

5. Considera que el cuidado espiritual es importante a la hora de abordar un paciente en fase terminal. ¿Por qué?

Sí () No ()

6. ¿Hacia quién o quiénes considera que debe o deben ir enfocados los cuidados espirituales y por qué?

7. ¿Cuál es el papel que desempeña un enfermero en el cuidado espiritual de los pacientes y su familia?

8. Como estudiante de Enfermería, ¿ha tenido la experiencia de tratar con un paciente en fase terminal o con una enfermedad crónica?

Sí () No () Especifique _____

Si la respuesta anterior fue “No”, avance a la pregunta número 10.

9. Narre, brevemente, cuál fue su experiencia y cómo abordó a esta persona.

10. Como estudiante de Enfermería, ¿considera que existen obstáculos para abordar el cuidado espiritual de los pacientes o familiares durante las prácticas clínicas?

Ejemplifique.

Sí () A veces () No ()

11. ¿Considera que el curso *Cuidado Espiritual*, brindado por la Universidad, le proporcionó las herramientas necesarias para abordar adecuadamente a los pacientes y a sus familiares?

Sí () Parcialmente () No ()

Anexo #2: Respuestas de los estudiantes entrevistados

Segunda parte: conceptos generales

De acuerdo con su opinión ¿cuál es el ser y quehacer de Enfermería?

Sujeto X-1

“Bueno, para mí, eeh, nosotros como enfermeras, para poder brindar una atención integral al paciente, nosotros no solo tenemos que ver el área física, sino también lo psicológico, lo emocional y lo espiritual, para poder dar una atención adecuada. Entonces nosotros somos como un apoyo para ese paciente durante su proceso de salud y enfermedad”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto Y-1

“Bueno, el ser de Enfermería creo que es muy completo. Porque más allá de, de simples cuidados o indicaciones que cumplir, es la persona, somos más bien los que estamos, eeh, a lado de los pacientes y su familia. Entonces el ser es más que todo, más que, que eh mecánico, también es este (pausa) emocional y educación y el hacer también implica muchas cosa; entre ellas, bueno, eh, velar porque las cosas que hacemos brinden buenos resultados. Al mismo tiempo, una vocación muy amplia, quizás un enfermero también es un educador. Y, emm, más allá, eso debe eh mostrar empatía en lo que hace por sus pacientes y entrega también”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-2

“El ser y que hacer (pausa)...El ser es como en sí, nosotros el deseo de hacer las cosas, el deseo de participar en la recuperación del paciente y el hacer es digamos cumplir con, con indicaciones, cumplir con los...algo que presente el paciente y nosotros lo podemos lograrlo y que pueda seguir evolucionando bien”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-3

“Bueno, para mí Enfermería es un profesional encargado para el cuidado de una persona; o sea, directamente con él y su familia”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-4

“El ser y quehacer de Enfermería, en mi opinión, es cada uno de los puntos que nosotros debemos de tratar. Desde el cuidado del paciente de una manera integral, que eso incluye: espiritualidad, eh emocionalidad, estar...emm...apoyándolo y no solamente darle su...como los cuidados por lo que se caracteriza Enfermería que sería: alimentación, baño en cama, etcétera. Entonces para mí el ser y quehacer de Enfermería es darle un, un, una, un tratamiento, un ¿cómo se dice?, una atención integral al paciente”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Defina, de forma personal ¿qué es cuidado paliativo?

Sujeto X-1

“Emm...cuidado paliativo...emm...ese es, es el proceso que la persona... La persona está pasando por un momento terminal, entonces nosotros vamos a brindar nada más como atención para poder pasar ese, ese proceso sin dolor”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto Y-1

“Bueno, a mi parecer, cuidado paliativo es...unnn...son los, valga la redundancia, los cuidados que uno brinda a una persona, a un paciente y no solo a él, sino también a su familia. Es la forma en la que la persona, eh... (pausa), lo que se intenta más bien en esa etapa o esos cuidados es que esa persona tenga una muerte digna. Se sabe que muchas veces se sale de nuestras manos a nivel humano, ya hay cosas que no se pueden tratar, entonces lo que se quiere o lo que se busca es que la persona pueda tener un descanso con los mayores cuidados por parte de Enfermería”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-2

“El cuidado paliativo, en sí, es prácticamente no para curar la enfermedad, sino para tratarla; o sea, para tratar el dolor, prácticamente”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-3

“Bueno, es...eeh...sería como brindar cuidados, ya sea integral a la persona desde...eee...una mejor calidad de vida durante el tiempo que resta”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-4

“Bueno, cuidado paliativo es el que se le da al paciente cuando ya está en fase terminal o tiene alguna patología que no, que no va a, que no puede ser curada”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Tercera parte: desarrollo

Defina con sus palabras ¿qué es espiritualidad y qué es religiosidad?

Sujeto X-1

“Oh bueno, espiritualidad para mí es una persona que tiene una relación estrecha con Dios, de que pone en práctica muchas cosas como leer la palabra u orar. Y, para mí, lo personal religioso es aquella persona que solo va a una iglesia y solamente”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto Y-1

“Bueno, creo que allí si ya es un poco más amplio. Eh religiosidad más que todo va como una costumbre que uno tiene de, de hacer algo, por ejemplo...eh orar. Entonces todos los días hago lo mismo y oro casi que lo mismo. Eso o ir a la iglesia todos los días, todos los sábados, todos los domingos o los miércoles, entonces se vuelve como una costumbre, que ya estoy acostumbrado a hacerlo y que, pues, puede que en muchos casos no produzcan ningún, ninguna alegría alguna. En cambio, espiritualidad es una relación o una comunión...eh...con un ser superior en el que mis oraciones son diferentes cada día, cada momento, a pesar de que sea por lo mismo. Por ejemplo; por la comida, no todos los días...eh...voy a decir lo mismo, sino que es más...emmm...es como más de relación, más como una unión, puede ser, si se puede decir así, entre nosotros los humanos y Dios, que en este caso es el ser superior”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-2

“Religiosidad es, prácticamente...emm...la religión en la que creo; o sea, adventista, católico, todo verdad, ya el estándar verdad, podemos decir. Espiritual es la manera de cómo nosotros...este...tenemos una cercanía...estee...digamos con Dios y, así, cómo nosotros lo podemos impartir a las demás personas”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-3

“Bueno, espiritualidad ya sea...eee...lo veo como mi consagración con Dios o cuan...eee...cuanto creo yo; o sea, cuánta conexión hay entre el ser superior y mi persona y religiosidad...eee...siento que es la...eee...la parte o mi creencia”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-4

“Bueno religiosidad para mí es creer, yo creer en algo. Como yo, creer en un ser superior, por ejemplo; nosotros como cristianos creemos en Dios, los budistas creen en Buda, para mí eso es espiritualidad, creer, perdón, religiosidad, creer en algo, en un ser superior a nosotros. Y espiritualidad es la relación que yo tengo con ese ser” (Comunicación personal, entrevista, 2016)

¿Considera que existen diferencias entre ambos términos? Justifique su respuesta. Sí/No

Sujeto X-1

“Sí, porque una persona espiritual se va a ver en su forma de actuar, va a ser siempre como la misma; una persona religiosa es como por momentos”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto Y-1

“Sí, eh bueno, creo que sí, porque a pesar de las diferentes religiones que existen, muchas personas tienden a confundir el término eh espiritualidad con religiosidad. Este...em...la religiosidad es como más monótona; o sea, no hay como (pausa)...eh...ya es como seguir haciendo lo mismo. En cambio, la espiritualidad va más como...mmm (pausa)...diay, es que es un poco diferente, no sé cómo pueda decirlo en este momento, pero sí hay una gran diferencia. Lo primero es muy monótono y lo otro es algo más espontáneo, algo que te nace, por así decirlo”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-2

“Sí, porque yo pienso que hay personas de que en momentos pueden, pueden creer, pero no la pueden impartir. Entonces...eh...hay, ese es como muy variante”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-3

“Sí y, bueno, sí hay diferencias porque yo no puede que...eee...siento que no sea religioso; o sea, que no esté involucrado en una religión, pero esto no significa que mi espiritualidad, mi conexión con Dios no esté”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-4

”Sí, sí, porque, posiblemente...eh...religiosidad, como ya te dije, religiosidad es creer en algo, pero yo puedo tener espiritualidad creyendo en mí misma”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

¿Considera que el cuidado espiritual es importante a la hora de abordar un paciente en fase terminal? Sí/No ¿Por qué?

Sujeto X-1

“Sí, sí es muy importante porque estamos viendo que en esa etapa ya la persona está más cerca deeee...de la muerte y necesita tener como esa reconciliación con Dios o poner todo...ehh...de una manera adecuada con Dios y con sus familiares, entonces es importante esa parte”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto Y-1

“Sí, es muy importante, porque si lo vemos del punto de vista espiritual y no religioso...eh...las personas son valiosas ante los ojos de Dios, entonces al igual que esa persona que está allí en esa cama, al igual que yo, necesitan de un salvador y es la etapa, como estamos comentando...eh...es la última etapa de su vida o de su...ehh...si de su estadía en esta tierra. Entonces, de eso va a depender si la persona puede llegar a alcanzar misericordia ante los ojos de Dios o pueda que se pierda. Entonces creo que es demasiado importante”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-2

“Sí, sí, porque pienso de queee...este, el paciente o la persona, este, deben irse con una mente positiva o deben quedarse con una mente positiva al saber de que hay un Dios de que, a pesar de todo lo que haya pasado, siempre estuvo con ellos, en cualquier fase, ¿verdad?, de sus vidas y que claro, va a ser un poco más difícil el abordaje sobre ello, pero hacerle saber de que en cualquier momento Dios estuvo con ellos y que fue por algo que permitió que pasara”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-3

“Sí, porque en ese momento el paciente...eee...está con miedo, está con temor y siento que es muy importante que la persona sepa...pueda encontrar o hallar esa paz que necesita para entrar al descanso”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-4

“Sí, porque, posiblemente, este paciente esté necesitando un tipo de intervención diferente. Eh, tal vez necesite ser escuchado y...eh...necesita palabras de apoyo que posiblemente nosotros no la podemos dar, sino por medio de una oración o de...eh...una palabra de la Biblia o dependiendo del tipo de religión al que él, que él crea o el tipo de creencia que él tenga”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

¿Hacia quién o quiénes considera que debe o deben ir enfocados los cuidados espirituales y por qué?

Sujeto X-1

“¡A los familiares! Porque, muchas veces, cuando ven que su familiar que está falleciendo, lo primero que hacen es ponerse contra de Dios, ¿verdad?, porque a veces uno dice “tal vez la persona fue muy bueno y ¿por qué le está pasando a mi familiar?”. Entonces, yo siento que ellos necesitan mucho para no desviarse...deeee...como del objetivo. Entonces, yo siento que es muy importante para los familiares (pausa) el apoyo espiritual”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto Y-1

“Bueno, primeramente al paciente ¿verdad?, que es el que se encuentra en ese estado de salud. Él tiene que tener claro -y no por religión, ni por querer convencerlo de cosas extrañas- simplemente llevarlo o guiarlo hacia el Salvador que es Jesús y, después de eso, si lo que él acepta y él cree puede ayudar a su familia, entonces también estaría muy bien, pero el mayor enfoque sería hacia él, que es el que más lo necesita en ese momento”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-2

“(Silencio) Umm...todas las..., no, no necesariamente al paciente que está en cuidados paliativos, sino que a todos. Ese cuidado, el deseo de hablarles, el deseo de decirles”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-3

“Bueno, yo creo que hacia el paciente y la familia. Uno; el paciente para que pueda, anteriormente, -como lo he dicho- para que pueda entrar al descanso, hallar una paz consigo mismo y estar tranquilo, siento que, también...eee...debería ser un cuidado directo hacia él, pero también nuestra parte como Enfermería nos toca la familia, porque somos...tenemos que darle consuelo a ellos, porque los que quedan más devastados es la familia, porque la persona, al morir, ya no sabe nada, ya sabemos que ya no hay conciencia; no hay nada y los que quedan devastados y dolidos es la familia, entonces al terminar mi *rol* con el paciente, mi enfoque es la familia”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-4

“Aquí, para mí sería...el cuidado espiritual debe estar enfocado para todos nuestros pacientes. Porque, a veces, no solamente el paciente que está en un...estado terminal necesita lo espiritualidad. A veces, nuestro mismo paciente del día en día, tal vez un paciente de emergencias necesite algún tipo de consuelo espiritual”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

¿Cuál es el papel que desempeña un enfermero en el cuidado espiritual de los pacientes y la familia?

Sujeto X-1

“Siento que nosotros trabajamos como intercesores de Dios aquí en la Tierra para ayudar a la persona que esta afrontado una situación difícil a tener paz en Dios”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto Y-1

“Bueno, el *rol* que desempeña un enfermero...em (pausa)...va más allá de, de querer entrar en controversia por la doctrina. Uno tiene que respetar las creencias de cada paciente. Entonces, si me encuentro con un paciente evangélico, católico, testigo de Jehová o cualquier otra denominación, no puedo meter en ningún momento religiosidad, porque eso puede presentar que la persona de una vez, este, se niegue o de primera entrada ya rechace esa parte. Entonces, hay que ser muy sutil, el *rol* del enfermero en ese momento tiene que ser guiado por Dios, preferiblemente, y de una manera en que sea lo más Cristo-céntrico posible. Entonces...eh...aparte de la...se puede decir que un, uno de los roles más importante es como de (pausa)...em...si es un guía espiritual en el ámbito de que puedo guiar a esa persona que acepte a Jesús y tratar de que esa persona entienda de que, si entrega su vida a Jesús, puede tener eh asegurada la salvación”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-2

“El *rol* (pausa)...puede ser la manera en que (pausa). Yo pienso que el papel en ese entonces de Enfermería sería...porque hay muchas personas que no creen, ¿verdad?, y que no va a nacer de ellos ir y hablar, sino que de la mayor forma que sea posible, avisarles y decirles, este; oremos por tal paciente que está un poco delicado y, si no quieren, si hay otras personas que no desean hacerlo ¿por qué no hacerlo yo? O sea, ir con el paciente y orar con él, hablarle de Dios, este, brindarle los cuidados necesarios, así me estoy incluyendo yo, que es, puedo ser yo la jefa y puedo decir; ok, si nadie lo puede hacer y nadie tiene el deseo, yo lo voy a hacer porque yo sé cómo se hace”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-3

“Mmmm...bueno...eee...¿cómo?...es que no sé; siento que se repite que voy a decir lo mismo de nuevo, bueno...eee...siento que uno de los papeles en Enfermería no solo es el abordaje físico, sino que también, el espiritual es muy importante, porque eso hace que...ah...que el paciente también tenga una mejor calidad de vida, porque va encontrar...eee...una paz en su interior que eso me hace que...eee...que el paciente llegue a morir de una manera digna, que se sienta mejor hasta en los últimos días de su vida y de la familia...eee...Siento que es importante también tomar en cuenta esa parte porque Enfermería es, este, también trabaja para la familia; o sea, que al estar en esa parte podemos decir...lo emocional puede provocar que uno de la familia pueda entrar en un conflicto o malestar físico y se supone que lo que tenemos que evitar que la familiar de él venga a hospitalizarse...eee...no sé, eso es un enredo...ay”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-4

“Este, el *rol* que desempeña Enfermería, en este caso sería como un interventor. A veces nuestros pacientes tienen como “conflictos” entre sus mismos familiares y...eh...necesitan ser escuchados y nosotros también necesitamos escuchar a la familia para poder así darle un mejor cuidado espiritual a ellos. O sea, nuestro papel es, digamos, que muy importante en este, en este caso”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Como estudiante de Enfermería, ¿ha tenido la experiencia de tratar con un paciente en fase terminal o con una enfermedad crónica?

“Sí, terminal”. (Sujeto X-1, Comunicación personal, entrevista, 2016)

“Sí, crónico”. (Sujeto Y-1, Comunicación personal, entrevista, 2016)

“Sí, crónico”. (Sujeto X-2, Comunicación personal, entrevista, 2016)

“Sí, crónico”. (Sujeto X-3, Comunicación personal, entrevista, 2016)

“Sí, terminal”. (Sujeto X-4, Comunicación personal, entrevista, 2016)

Narre, brevemente, cuál fue su experiencia y cómo abordó a esta persona.

Sujeto X-1

“Ok, fue un familiar, entonces eh la situación si fue un poco compleja porque ver el dolor de una persona no es fácil y saber de que esa persona no se va a recuperar, sino que cada avance que tiene va a ser para morir. Y muchas veces...eh...uno deja de creer en Dios porque uno ve eso y dice ¿cómo Dios permite, verdad?, que esa persona esté sufriendo...emm...y más que todo, en lo personal yo me he alejado mucho de Dios, por esa situación, porque no comprendía el propósito de por qué mi familia estaba pasando por esa situación”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto Y-1

“La verdad es que con varios y les...ahora aprovecho para contar esto. En la segunda práctica que tuve -y fue en el Hospital México-, nos encontramos con una joven de diecisiete años entonces, que tenía una enfermedad llama Linfoma de Hodgkin. Se veía muy mal, los diagnósticos y todo lo que aparecía en su expediente era, pues triste y, hasta cierto punto, negativo. Eh...nosotros...nos asignaron esos pacientes, bueno, tuve la oportunidad de darle algunos cuidados y...eh...cuando nosotros estudiamos acerca del caso, ella necesitaba un trasplante de médula ósea. Eso requería un poco de tiempo, donadores y era un proceso que a la vista de los humanos y a los médicos... (incluso, nuestra instructora en ese momento...nos dijeron que esa persona no se iba, no se iba a salvar). Eh, nosotros en ese entonces llevábamos revistas y las entregábamos a los pacientes de piso y ella tuvo una revista en su mano. Bueno, la semana pasada, andaba en City Mall y andábamos en una campaña de la universidad; una feria educativa que había allí. Entonces, yo estaba entregando volantes y llegó una muchacha y se paró enfrente de mí y me dice: ¿usted se acuerda de mí? y yo le dije; no, y ella me dice; véame bien, y yo no me acordaba, sinceramente. Entonces yo, yo no me acuerdo y me dice; yo soy la muchacha que estuvo en el Hospital México y ustedes atendieron, me dice, y en ese momento yo recordé que ella había sido la paciente de este, después de tanto tiempo, casi dos años después, ella nos cuenta, o me contó que, gracias a Dios el trasplante fue todo un éxito. Ya tiene veintiún años o veinte y estudia y, pues, Dios definitivamente hizo la obra en ella.

Entonces, creo que muchas veces uno subestima a veces las cosas que los médicos pueden decir o la Ciencia, en este caso, pero Dios tiene la capacidad para restaurar a esas personas. Entonces creo que ha sido una de las experiencias más bonitas que he experimentado, por lo menos en esta área”.
(Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-2

“No estuvimos todo el tiempo con él ¿verdad?, ya eso sí. Estuvimos uno, dos días, pero no fue de que todo el tiempo ¿verdad? Pero sí hablamos con, oramos con el paciente, le dimos ánimo a la familia, bueno, no era a la familia; era un hermano, él solo tenía un hermano”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-3

“Ammm...bueno, es un paciente, fue de los primeros, mi primera práctica, era EPOC, la de verdad, que fue una bonita experiencia hablar con él porque, más bien, siento que también me benefició mucho a mí porque él decía que sí le gustaría regresar el tiempo para no hacer las cosas que él hacía antes...como fumaba demasiado y no miraba que afectaba también a su familia. Entonces, uno de los abordajes espirituales fue que era...eee...que miraba el EPOC como el pecado, como el pecado que ya no hay reversión, pero sí puede haber tratamiento para eso, para el pecado no puede haber cura; ya somos así, pero podemos hacer es...tratar: la medicina para el pecado es orar, tener fe en Dios, leer la Biblia, orar, entonces fue algo que me impactó a mí y conversamos los dos juntos, entonces fue como una aplicación con la enfermedad y con el área espiritual”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-4

“Esta experiencia fue, de hecho el “cuatri” antepasado...eh...fue un paciente entubado, estaba, ya era un adulto mayor, muy, muy, muy mayor y él estaba bajo efecto de sedoanalgesia, entonces y estaba desfibrilado; o sea, ya tenía los signos y síntomas de una persona que ya iba por fallecer. Y en nuestro grupo de práctica, en ese momento lo que hicimos fue, con...obviamente con permiso de la instructora y con el permiso del familiar, fue orar por él. Entonces, nosotros sabíamos que él no nos podía contestar, pero si oramos por él, porque sabíamos que él nos estaba escuchando”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Como estudiante de Enfermería, ¿considera que existen obstáculos para abordar el cuidado espiritual de los pacientes o familiares durante las prácticas clínicas? Ejemplifique.

Sujeto X-1

“Emm...eso es... yo siento que más o menos, porque hay personas que son muy abiertas a recibir esa parte y hay personas que están muy arraigadas a lo que ellos han creído, que cuesta mucho darles un abordaje en ese aspecto. Emm...quizás...emm...cuando nosotros quisimos darle promesas, debido una de esas personas que tal vez algún familiar iba a una cirugía o es paciente que ha estado en observación, digamos del hospital México, que estaba muy delicado cuando uno quería darles, la personas decían: -no, es que la verdad yo no creo- o -muchas gracias, pero yo no quiero aceptar eso-, entonces, a veces es como muy complejo; no tanto solo hablar, sino también a la hora de uno querer alguna cosa, con ref...que tenga con referencia y eso es muy, es muy complejo”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto Y-1

“Bueno, creo que obstáculos sí pueden haber. Primero, o uno de ellos puede ser el testimonio. Para una llegar a hablar a una persona de Dios, debe de tener, por lo menos, una buena presentación en algún momento hacia ese paciente. Por ejemplo, desde que usted llega, usted lo saluda con mucho respeto, este, hasta la medida posible sabemos que tratar con pacientes es un privilegio, por lo tanto, hay cosas que no se pueden hacer, algunos comentarios, algunas bromas, se deben evitar. Este, creo que uno de los mayores obstáculos también es entrar por la parte de la religión y respetar -como dije hace un momento- lo que la persona piensa o cree, si la persona tiene ya una imagen en su cubículo, entonces respetar y no hablar o intentar hablar sobre ese tema. Pero los obstáculos si aparecerán. Lo que debemos tener en cuenta es la manera o el método que Cristo también usaba para poder llegar hacia las personas. Él no llegaba de primer impacto a, a abrirle la Biblia, sino que Él trataba de acercárseles con hacerles el bien, Él mostraba simpatía, después trataba de ver sus necesidades o de suplir sus necesidades y ganaba su confianza y después podía. Entonces, creo que, que podíamos tomar en cuenta ese modelo o ese ejemplo para que nosotros también tengamos éxitos en nuestros contactos.” (Comunicación personal, entrevista 2016)

Sujeto X-2

“No, porque...bueno, las veces que lo he hecho o le he ayudado, le he dado palabras de ánimo, orar; no hay un profesor que diga: -usted no puede hacer eso- o que nos digan: -nunca haga eso con el paciente u otras personas-, no. Porque siento que es algo que Enfermería lo debería hacer y nosotros como estudiantes también y es algo que hemos aprendido.

Si, si, hay familiares que sí y pacientes también ¿verdad?, pero en ese caso, si uno no, no puede exceder a... porque si ya ellos no quieren tal vez, también allí va el respeto.” (Comunicación personal, entrevista 2016)

Sujeto X-2

“Bueno, siento que sí hay obstáculo, por, a veces, es el tiempo, no hay tiempo suficiente para poder hacer todo lo que uno quiere, porque lo restringen, sale otra persona o el mismo instructor a veces no deja porque, porque dice que veces...eee...a veces el paciente lo que menos cree es en Dios en esos momentos, porque está tan enojado con Dios, que si uno llega más bien sería como un *shock* para él; un choque y no va a dejar ese cuidado, pero hay personas que sí, al contrario, a veces hay tanto, tanta negatividad que también no lo permite abordar esa parte, pero sí creo que hay obstáculos”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-3

“Sí, este, porque a veces, dependiendo del familiar o del mismo paciente, a veces ellos no quieren escuchar lo que uno les tiene que decir o, a veces, porque estamos muy saturados por las cosas que tenemos que hacer, no nos enfocamos en esto, sino que le damos prioridad a otras cosas y es importante darle la aten...este tipo de atención al paciente, porque a veces es que necesitan otro tipo de apoyo para poder ellos sentirse mejor y poder, así, recuperarse su estado de salud”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

¿Considera que el curso *Cuidado espiritual*, brindado por la Universidad, le proporcionó las herramientas necesarias para abordar adecuadamente a los pacientes y a sus familiares?

Sujeto X-1

“Bueno, es un poco complejo, porque esa clase se dividió en dos partes: la primera parte, siento que fue muy bonita, porque no todo fue solo la clase, sino que nos, eh, nos pusieron como tarea ir a darle promesas a las diferentes personas. Esa parte fue muy bonita, pero ya, después, la otra parte, eh...siento que, que no estuvo muy bien o muy completa porque todo era clase, clase, clase y allí uno solo necesita, eh, irse más como a la carrera de uno, las cosas que uno puede ver; tal vez habla muy general, pero no tan específico como para nuestra carrera”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto Y-1

“Bueno, este creo que sí, que este curso es de ayuda. Tal vez no es que solo el curso, creo que allí va más el hecho de poder estar en una universidad adventista y más que adventista; una universidad con principios y valores bien, bien estructurados. Entonces, la clase de cuidado espiritual eh, el enfoque es ese. Pero creo que eso se adquiere también en otras carrera... en otras materias, en otros cursos y, lo más importante, a la hora de la práctica ¿verdad?, que es donde tenemos que perder ese...el miedo o la vergüenza o lo que podamos llamarle, para poder, este, brindar ese cuidado hacia los pacientes y su familias”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-2

“Sí” (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-3

“Tampoco es que aprendí mucho, pero tampoco es que no aprendí nada, eee...ha...hubieron [sic] cosas o casos que abordamos en clases...eee...que sí me sirvieron en algunas prácticas, pero creo que faltó un poco más. Siento de, eee, más casos o más ejemplos o aplicar práctica, no sé, lo teórico, hacer dramatizaciones como...no algo así, porque la clase no fue, no sé, así como muuuy útil”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Sujeto X-4

“Sí, este, porque aquí nos enseñaron diferentes cuidados que uno puede hacer con el paciente y no nos enseñaron únicamente con...emm...cómo tratar con un...pacientes que sean cristianos para darles un enfoque espiritual, sino, no necesariamente tiene que ser cristianos o creer en un Dios para nosotros poderles ayudar en este tipo de situación”. (Comunicación personal, entrevista, 2016)

Anexo #3: Cronograma de trabajo

Meses	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.
Actividades									
Selección de tema									
Elaboración y aprobación del anteproyecto									
Antecedentes, Estado de Arte y Justificación									
Marco conceptual y teórico									
Marco metodológico y entrevista									
Análisis de datos y tabulación									
Conclusiones y Recomendaciones									
Revisión de tesis por lectores									
Realización de correcciones y observaciones									
Revisión de tesis por filólogo y tutora									
Realización de correcciones y observaciones									
Segunda revisión del filólogo									
Ultimas Correcciones									
Defensa de tesis									
Entrega de tesis									

CARTAS

Carta #1: Aprobación del anteproyecto por parte de la Escuela de Enfermería



Alajuela, 23 de Junio del 2016

Saludos Cordiales:

Por éste medio queremos desearles las más ricas bendiciones de nuestro Dios.

Queremos comunicarles que la Comisión de Tesis de la Escuela de Enfermería, se reunió y revisó en conjunto el anteproyecto de tesis de las BACHILLERES REGGIANNE ELAINE CIMA Y ARIAGNE DENISE REYES BROWN, y acordó aprobar el anteproyecto:

“CONCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE TERCER AÑO DE LA UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO AMÉRICA SOBRE EL ABORDAJE ESPIRITUAL EN LA PERSONA EN FASE TERMINAL Y SU FAMILIA, ALAJUELA, MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2016”

Deben incluir en el anteproyecto en conjunto con su tutora las sugerencias anotadas en la primera hoja del mismo, y las sugerencias anotadas en todo el documento si las hay.

El tutor asignado por la Comisión de Tesis es la: Master Diana Rodríguez Chaves, pueden comunicarse con ella al número Tel. 8817-4919 o correo electrónico dianarch2@gmail.com

Estamos adjuntando las fechas del cronograma establecido de acuerdo al reglamento de tesis institucional y la fecha de la defensa. Es muy importante que se respeten al pie de la letra las fechas, con el objetivo de estar listo para la defensa.

Desde ya le deseamos éxito en el desarrollo de la tesis.

Agradecemos la atención a las pautas a seguir en el proceso.

Atentamente,


Dra. J. Elena Ortiz R.,
Directora,
Escuela de Enfermería



Tu Futuro...
NUESTRO COMPROMISO

Tel: (506) 2436-3300

Fax: (506) 2441-3465 / 2443-1702

1.5 km. al Norte de los Tribunales de Justicia, La Ceiba, Alajuela

Apertado: 138-4050 Alajuela, Costa Rica

www.unadeca.net

Carta #2: Aprobación de tesis para ser revisada por los lectores, por parte de la tutora

Alajuela 16 de setiembre del 2016

Dra. J.Elena Ortiz. R
Directora
Escuela de Enfermería
Universidad Adventista de Centroamérica

Estimada Dra. Ortiz,

Es un gusto saludarle y a la vez hacerle constar, en calidad de tutora de tesis de las estudiantes Bach. Reggianne Elaine Cima N°130002 y Bach. Ariagne Denise Reyes Brown N°120090, que a lo largo del periodo en curso desarrollaron su proyecto de graduación bajo el título *"Concepción de los estudiantes de la escuela de enfermería de tercer año de la Universidad Adventista de Centroamérica sobre el abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia, Alajuela, marzo-setiembre del 2016"*, el mismo se encuentra listo para ser revisado por las personas lectoras correspondientes

Se despide



Msc. Diana Rodríguez Chaves

E-9194

Carta #3: Aprobación de tesis para ser revisada por el (la) filólogo(a), por parte de la tutora

Alajuela 10 de octubre del 2016

Dra. J.Elena Ortiz. R
Directora
Escuela de Enfermería
Universidad Adventista de Centroamérica

Estimada Dra. Ortiz,

Es un gusto saludarle y a la vez hacerle constar, en mi calidad de tutora de tesis de las estudiantes Bach. Reggianne Elaine Cima N°130002 y Bach. Ariagne Denise Reyes Brown N°120090, a lo largo del periodo en curso; las estudiantes han realizado los cambios sugeridos por las personas lectoras con respecto a su proyecto de graduación bajo el título *"Concepción de los estudiantes de la escuela de enfermería de tercer año de la Universidad Adventista de Centroamérica sobre el abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia, Alajuela, marzo-setiembre del 2016"*, el mismo se encuentra listo para continuar con las etapas necesarias.

Sin más se despide



Msc Diana Rodríguez Chaves

Carta #4: Aprobación de tesis por parte del (de la) filólogo(a)

CARTA REVISIÓN FILOLÓGICA

2 de noviembre de 2016

Señores(as)
Universidad Adventista de Centro América
Facultad de Enfermería
S.M.

Estimados(as) señores(as):

Luego de un respetuoso saludo, hago de su conocimiento que he recibido de las estudiantes Reggianne Elaine Cima, cédula P0185247 y, Ariagne Denise Reyes Brown, cédula 2-0718-0037, la Memoria de Investigación que lleva por nombre: *Concepción de los estudiantes de la Escuela de Enfermería de tercer año de la Universidad Adventista de Centro América sobre el abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia, Alajuela, marzo-septiembre del 2016*, para su respectiva revisión filológica.

Añado que he procedido a revisar los aspectos de forma, redacción, estilo y otros vicios del lenguaje encontrados en el texto.

Por lo tanto, una vez incorporadas las correcciones por parte de las interesadas, expido esta carta de aprobación filológica, pues el documento se encuentra listo para ser presentado a la Universidad Adventista de Centro América para lo correspondiente.

Atentamente,


A. Gabriela Pacheco P.
ACFIL: 128
U.C.B.

Filóloga
Licda. A. Gabriela Pacheco Padilla
Carné N.º 0128
Acfil

Carta #5: Aprobación de tesis para ser defendida, por parte de la tutora

Alajuela, 8 de noviembre 2016

Señora
Dra Julia Elena Ortiz Rivera
Directora
Escuela de Enfermería
Universidad Adventista de Centroamericana

Estimada Dra. Ortiz

Por este medio me permito certificar en mi calidad de tutora de la tesis "*Concepción de los estudiantes de la escuela de enfermería de tercer año de la Universidad Adventista de Centroamérica sobre el abordaje espiritual en personas en fase terminal y su familia, Alajuela, marzo-setiembre del 2016*" presentado por Reggianne Elaine Cima N° 130002 y Ariagne Denise Reyes Brown N°120090, cumple con los requisitos de la Universidad y está lista para ser defendida

Sin otro particular


Msc. Gladys Rodríguez Chaves
Ced: 1-13330694

Carta #6: Conclusión de correcciones dadas en la defensa, por parte de la tutora

Alajuela 25 noviembre del 2016

Dra. J.Elena Ortiz. R
Directora
Escuela de Enfermería
Universidad Adventista de Centroamérica

Estimada Dra. Ortiz,

Es un gusto saludarle y a la vez hacerle constar, en mi calidad de tutora de tesis de las estudiantes Bach. Reggianne Elaine Cima N°130002 y Bach. Ariagne Denise Reyes Brown N°120090, bajo el título *"Concepción de los estudiantes de la escuela de enfermería de tercer año de la Universidad Adventista de Centroamérica sobre el abordaje espiritual en la persona en fase terminal y su familia, Alajuela, marzo-setiembre del 2016"*, el mismo se encuentra con las correcciones realizadas por el tribunal examinador durante la defensa de tesis.

Se despide



Msc. Diana Rodríguez Chaves

Ced 1-13330694