

# LA ATENCIÓN ESPIRITUAL Y RELIGIOSA EN LOS ENFERMOS PALIATIVOS

**Gabino Gorostieta Ilundain**

*Hospital San Juan de Dios, Pamplona*

## INTRODUCCIÓN

Tanto desde la reflexión como desde la praxis vemos con claridad la importancia que tiene la atención espiritual y religiosa en el cuidado de los enfermos, en este caso, del enfermo paliativo.

Observamos cómo las ciencias de la salud y especialmente las técnicas médicas, diagnósticas y terapéuticas, avanzan a gran velocidad abriendo permanentemente nuevas esperanzas para la humanidad; aunque no con el mismo ritmo, pero sí con paso firme, asistimos también a la incorporación de la dimensión espiritual y religiosa en la atención al enfermo, algo fundamental para conseguir una atención integral, ya que de lo contrario se corre el riesgo de parcializar al ser humano, de verlo como un objeto y en definitiva de deshumanizarlo, cosa que ocurre con frecuencia.

## 1. LA ASISTENCIA INTEGRAL

En los proyectos asistenciales de todas las instituciones sanitarias, socio-sanitarias y sociales se indica prácticamente como primer principio la asistencial integral; sucede lo mismo en la gran mayoría de los profesionales del mundo de la salud.

No obstante, la realidad muchas veces no es ésta, dista de acercarse a tal objetivo por distintas causas, sobre todo estructurales y de formación.

Sin embargo, se trata de un principio fundamental que debemos mantener y trabajar para hacerlo realidad.

La atención integral exige primero una clarificación de tipo antropológico. ¿Cómo concebimos al ser humano? Ciertamente no es este el momento ni el lugar para desarrollar este tema (véase los capítulos anteriores de esta monografía), pero sí lo es al menos para señalar que entendemos al ser humano como una estructura perfectamente formada y dotada básicamente de las dimensiones biológica, psicológica, social, religiosa y espiritual. Todas estas dimensiones están interrelacionadas entre sí de tal manera, que si una de ellas sufre, toda la persona sufre y todas sus dimensiones quedan afectadas.

Igualmente hay que decir, que todas contribuyen al bienestar de la persona y en situación de sufrimiento todas pueden ayudar en la recuperación de la salud, siendo por lo tanto fuente terapéutica al servicio del enfermo.

De lo dicho en el párrafo anterior se deriva, que la asistencia integral no puede realizarse de forma parcial, atendiendo solamente aquella dimensión que se presenta enferma, normalmente física, por muchos y buenos aparatos y técnicas que existan.

Se debe y debemos realizar un plan asistencial global, que cuide todo lo que rodea al enfermo, incluyendo de modo especial la dimensión espiritual, fuente de mucho sufrimiento e instrumento de gran valor terapéutico, por cuanto es el centro integrador de los valores y convicciones que dan sentido a la vida de las personas.

Comenta F. Torralba a este respecto:

*“Lentamente se está introduciendo en el contexto cultural norteamericano lo que ya se ha denominado el paradigma de lo espiritual. La cuestión del espíritu está adquiriendo un peso específico en la reflexión en torno al cuidar, pues ha puesto de relieve, que el ejercicio de cuidar no puede referirse exclusivamente a la exterioridad del ser humano, sino que requiere, también, una atención a su realidad espiritual, es decir, a lo invisible del ser humano. Inclusive en una cultura de carácter pragmático y utilitarista como la norteamericana, la cuestión del espíritu está adquiriendo una cierta trascendencia, lo que parece socavar sus fundamentos antropológicos tradicionales” (1).*

Especialmente importante resulta la atención espiritual a los enfermos paliativos, ayudándoles a responder a los interrogantes que tantas veces producen angustia y sufrimiento, en ocasiones mayor que el dolor físico, ayudándoles a reconciliarse consigo mismo, con los demás y con Dios si fuera creyente, en definitiva acompañándoles en el último tramo de sus vidas para que puedan vivirlo en paz y el máximo nivel de bienestar posible; lógicamente trabajando en equi-

po interdisciplinar. De todo ello participa la filosofía de las Unidades de Cuidados Paliativos y seguramente de toda la asistencia.

Sin embargo, queda mucho camino por hacer. Es necesario promover con más ahínco esta cultura asistencial de equipo interdisciplinar y de atención integral. Se requiere mayor formación, sobre todo una formación más holística.

## 2. FUNDAMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL A LOS ENFERMOS

Todos los profesionales de la salud, incluidos los de la atención espiritual, deben responder a las “necesidades espirituales” del enfermo, porque el gran beneficiado, en primer lugar, es el mismo enfermo, situación de enfermedad en la que todos los seres humanos podemos vernos en cualquier momento.

La importancia de la atención espiritual de los enfermos en general y de los enfermos paliativos en particular, está fundamentada y acreditada no solo por autores o instituciones religiosas.

Las razones y fundamentos expuestos hasta el momento vienen avalados por la práctica diaria de los profesionales de la salud y por instituciones y autores de prestigio que valoran la necesidad de potenciar esta realidad, cada vez más presente en la sociedad en general.

Veamos algunos de ellos:

- Como ya se ha indicado la OMS definió en 1947 la salud como: “*el estado de perfecto bienestar físico, psicológico y social y no sólo la ausencia de lesión o enfermedad*”. Más adelante en 1990, dada su importancia incorporó el término espiritual, precisamente en un informe relativo a los Cuidados Paliativos dice:

*“Lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales” (2).*

- V. Henderson a la que agradecemos la expresión “necesidad espiritual”, en sus principios fundamentales de la asistencia a los enfermos paliativos, fue quien propuso una primera definición: practicar su religión o actuar según su concepción del bien y del mal (3).

Se encuentra un gran número de autores que comparten este punto de vista, entre ellos hay que mencionar a C. Saunders, que habla de la dimensión espiritual y define el dolor espiritual:

*“Como sufrimiento que aparece y se intensifica entre los enfermos de quienes las necesidades espirituales no han sido atendidas” (4).*

- El “Comité de Expertos de la OMS” dice a este respecto:

*“El paciente tiene derecho a esperar que sus experiencias espirituales sean escuchadas y respetadas con atención” (5).*

- La práctica totalidad de los “Códigos Deontológicos” de los profesionales de la salud incorporan la necesidad de respetar y cuidar la dimensión espiritual de los enfermos.

Voy a citar, a modo de ejemplo, el Código Deontológico del Colegio de Enfermería de Barcelona en su artículo 10, que dice así:

*“Al proporcionar los cuidados al enfermo, el profesional de Enfermería debería contemplarlo en sus dimensiones biológica, psicológica, social, religiosa o ideológica”.*

- La Sociedad Catalana-Balear de Cuidados Paliativos en su artículo 7 contempla el derecho de los enfermos a mantener y expresar su fe:

*“Los profesionales sanitarios reconocen y valoran la importancia de la atención de la dimensión espiritual, al mismo tiempo que reconocen que no suele ponerse demasiado énfasis en ello. Es frecuente comprobar que los profesionales sanitarios no ponen mucho interés en la dimensión espiritual del enfermo, quizá porque no es muy científico o es difícil de medir o cuantificar y, sin embargo, la espiritualidad se suele identificar como el factor importante que ayuda a lograr el equilibrio necesario para mantener la salud, el bienestar y afrontar la enfermedad” (6).*

- El Papa Juan Pablo II, en la encíclica *Salvifici Dolores*, al hablar de la distinción entre el sufrimiento físico y moral toma como fundamento la doble dimensión del ser humano, y señala el elemento corporal y espiritual como el inmediato o directo sujeto del sufrimiento (7).

- En el libro “La asistencia religiosa en el hospital” se afirma:

*“Jesús cura-sana-salva a toda la persona. Ofrece en la curación corporal la sanación interior de la persona, le libera de la culpa y le reconcilia con Dios...” (8).*

- En la *Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios* se destaca como uno de los principios fundamentales que orientan y caracterizan la asistencia:

*“Defendemos el derecho a morir con dignidad y a que se respeten y atiendan los justos deseos y las necesidades espirituales de quienes están en trance de muerte, sabiendo que la vida humana tiene un término temporal y que está llamada a la plenitud en Cristo” (9).*

### 3. DIMENSIÓN ESPIRITUAL Y DIMENSIÓN RELIGIOSA

Se han presentado sólo una muestra de la casi unanimidad de propuestas que existen en la línea de abogar por una adecuada atención espiritual a los enfermos.

Se hace especial hincapié en ello cuando nos referimos a los enfermos en la etapa final de sus vidas.

La Organización Mundial de la Salud desde 1990 incluye la necesidad de dicha atención en sus informes. Por ejemplo, en uno de ellos, redactado en el 2005, sobre la prevención y control del cáncer subraya:

*“La mayoría de los pacientes de cáncer necesitan atención paliativa. Esto incluye no solo el alivio del dolor, sino también el apoyo espiritual y psicológico a los pacientes y sus familias durante todo el proceso de la enfermedad, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y el duelo”* (10).

Mostrada, por tanto, la solidez de la necesidad de la atención espiritual y religiosa, es necesario dedicar un espacio al contenido de ambos aspectos. Sabemos que son importantes, pero hemos de conocer a qué se refieren, hasta dónde alcanzan y cuáles son sus contenidos.

Por otra parte, hemos de analizar cuáles son sus relaciones. Conocer mejor todo ello nos ayudará a una buena atención al enfermo. La realidad es que existe cierta confusión, cuando menos terminológica entre espiritualidad y religiosidad. Se habla de ellas bastante confusamente y no siempre significan lo mismo; aunque lo espiritual siempre incluye a lo religioso. A continuación me voy a referir a los términos espiritual y religioso, por ser los que nos interesan en este momento.

#### 3.1. LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL

Constituida por las preguntas sobre el sentido de la vida, creencias de la persona... incluye lo religioso, pero no lo agota, es más amplia.

La dimensión espiritual está presente en todas las personas y hace referencia a los valores y actitudes frente a la vida. Viene definida por la búsqueda de sentido de la propia vida sobre el amor, la felicidad, la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, abarca el mundo de los valores y el ámbito de lo trascendente.

En las Unidades de Cuidados Paliativos se contempla dicha dimensión como un objetivo, que debe ser atendido conjuntamente.

W. Astudillo, médico neurólogo y miembro destacado de la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, ofrece un esclarecedor testimonio en una de sus numerosas publicaciones sobre el enfermo en situación terminal. Refiere que un joven estudiante de medicina, que hacía sus prácticas en un *hospice* inglés, encontró

que un paciente, al poco tiempo de su ingreso en la Unidad de Paliativos, al ser preguntado por diez causas de su malestar, manifestó que ocho eran de carácter físico y las dos restantes de naturaleza emocional. Cinco días más tarde, resulta que cinco eran de carácter físico y otras cinco de origen emocional. A los diez días de ingreso, la mayoría de las quejas fueron de naturaleza espiritual y raramente mencionaba problemas físicos, a pesar de que no se le habían aliviado completamente. Esto se debía a que en ese momento se sentía más libre para expresar otras necesidades y para abrir su corazón a los que le atendían (11).

De forma sintética, el contenido de la vida espiritual de las personas hace referencia a los siguientes aspectos:

- Al sentido de la vida: especialmente a las grandes preguntas y respuestas sobre el sentido de la misma, de la muerte, del sufrimiento, del gozo, del trabajo, de las opciones que se toman en la vida.

El sentido de las realidades que dan peso específico a nuestra vida: ¿Por qué a mí? ¿Después de la muerte existe algo? ¿Qué será de los míos? ¿Tiene sentido vivir sufriendo? ¿Estoy satisfecho con mi vida? y otros muchos que cada persona se hace en su momento.

- A los valores: aquellos que definitivamente motivan el sentido de nuestra vida y hacen que tomemos una opción, decisión, conducta o tomemos otra. En base a ellos se constituye la escala de valores. En efecto, los valores son lo que de verdad estimamos en la vida y de lo que tratamos de hacernos virtuosos con la práctica habitual en nuestra vida. Son las puntas de lanza que mueven al ser humano en su vida. Los hay de muchos tipos y clases y en función de ellos vivimos, vivimos también la enfermedad y se afronta el proceso de la muerte.
- Las creencias: que todo ser humano tiene y de las que está convencido. Pueden ser de muchos tipos, pero en aras a la síntesis citamos aquellas que abren a la persona a la trascendencia divina (Dios, que puede tener muchos nombres) y las que tienen una orientación existencialista y humana (ciencia, cultura, familia, política, deporte...). En la asistencia a todos los enfermos y en concreto a los enfermos paliativos resulta de capital importancia estar atentos a este aspecto, que será en muchas ocasiones la llave para afrontar adecuadamente su enfermedad.

### 3.2. LA DIMENSIÓN RELIGIOSA

Comprende la disposición y vivencia de la persona en sus relaciones con Dios, dentro del grupo al que pertenece como creyente y en sintonía con los modos concretos de expresar su fe a través del credo que profesa. Se manifiesta

y se vive con frecuencia en la oración, en las celebraciones religiosas, en los sacramentos.

Los rasgos básicos y de manera sintética son:

- Exige la fe en Dios: acto libre y voluntario.
- Una comunidad: no hay religión sin comunidad, asamblea, iglesia.

#### 4. RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL Y LA DIMENSIÓN RELIGIOSA

J. C. Bermejo explica la relación entre ambas dimensiones de la siguiente manera:

*“La dimensión espiritual y la dimensión religiosa, íntimamente relacionadas e incluyentes, no son necesariamente coincidentes entre sí. Mientras que la dimensión religiosa comprende la disposición y vivencia de la persona de sus relaciones con Dios dentro del grupo al que pertenece como creyente y en sintonía con el modo concreto de expresar la fe y las relaciones, la dimensión espiritual abarca la dimensión religiosa y la incluye en parte.*

*En la dimensión espiritual podemos considerar como elementos fundamentales todo el complejo mundo de los valores, la pregunta por el sentido último de las cosas, las opciones fundamentales de la vida. Cuando la dimensión espiritual llega a cristalizar en la profesión de un Credo religioso; cuando el mundo de los valores, de las opciones fundamentales y la pregunta por el sentido cristalizan en una relación con Dios, entonces, hablamos de dimensión religiosa.*

*Muchos elementos pertenecen pues, a la dimensión espiritual, irrenunciable para toda persona, pero no todos los individuos dan el paso de la fe: la relación con Dios, la profesión de un Credo, la adhesión a un grupo que comparte y celebra el misterio de lo que cree” (12).*

#### 5. NECESIDADES ESPIRITUALES DEL ENFERMO PALIATIVO

C. Jomain define las necesidades espirituales del enfermo paliativo en un sentido amplio:

*“Necesidades de las personas creyentes o no, a la búsqueda de un crecimiento del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o que están todavía deseando transmitir un mensaje al final de su vida” (13).*

Ante una enfermedad grave el enfermo entra en crisis existencial y manifiesta unas necesidades espirituales que adquieren una importancia decisiva al final de la vida. Estas necesidades espirituales, sin ánimo de ser exhaustivos, son:

### 5.1. NECESIDAD DE SER RECONOCIDO COMO PERSONA

Desde su entrada en el hospital, el enfermo puede experimentar el sentimiento de estar despersonalizado. Fuera es alguien, en el hospital, tal vez, solo un número. Ve como se le despoja de sus ropas, las que expresan su personalidad y es revestido del pijama del hospital. Se siente sumergido en el anonimato e identificado con su enfermedad. De esta manera, la necesidad de ser reconocido como persona se expresa en la necesidad de ser nombrado por su nombre más que por el tumor o número de su habitación.

La privación de los roles sociales y de sus compromisos le amenazan también en su identidad y aviva su soledad. El deber de ser reconocido como persona con sus ideologías, su fe, es una necesidad; el no tenerlo en cuenta es mortal. Ser reconocido como persona es también, sentirse realmente asociado a las decisiones terapéuticas.

### 5.2. NECESIDAD DE RELEER SU VIDA

Se trata de un mirar al pasado como un recorrido. El enfermo tiene necesidad de hablar de lo que ha sido su vida, de lo positivo realizado y surge el deseo de ser reconocido en lo mejor de sí mismo. Necesita vivir desde los valores y realiza una jerarquía de los mismos.

Evidentemente, existe también el riesgo de morir sin haber dicho sí a la propia vida, cuando el balance es negativo.

La enfermedad y la proximidad de la muerte casi siempre suponen una ruptura biográfica que, debidamente integrada, con una relectura positiva de su vida, puede llevar al enfermo a firmar el epitafio nerudiano “confieso que he vivido bien”.

Se trata de la necesidad de un balance positivo y significativo, de cerrar el ciclo vital-biográfico de manera armoniosa y serena: “Mi vida mereció la pena vivirla como la viví” manifestaba un enfermo paliativo en la entrevista que le realizamos para un estudio de investigación en relación con las necesidades espirituales de los enfermos paliativos (14).

### 5.3. NECESIDAD DE ENCONTRAR SENTIDO A LA EXISTENCIA Y SU DEVENIR

Para J. Pillot la aproximación a la muerte se presenta como la última crisis existencial del hombre (15). La pregunta por el sentido es una búsqueda a veces dolorosa que conducirá a algunos enfermos a un proceso difícil, pero creativo, lleno de renunciaciones y de nuevos compromisos.



#### 5.4. NECESIDAD DE LIBERARSE DE CULPABILIDAD, PERDONAR

En ocasiones, la vida pasada del enfermo genera muchas culpabilidades que pueden provenir de dos fuentes: una, del deseo de encontrar una explicación al mal, otra, relacionada con el dolor espiritual.

Se busca una explicación al sentido de su enfermedad y algunos la encuentran viviendo la enfermedad como un castigo de Dios o de la misma vida. Con frecuencia, los enfermos dicen: “Dios me ha castigado dándome la enfermedad”. La satisfacción de esta necesidad está muy vinculada a la siguiente (16).

#### 5.5. NECESIDAD DE RECONCILIACIÓN, DE SER PERDONADO

Todos hemos tenido alguna vez la sensación de habernos hecho daño a nosotros mismos u a otros. De aquí, que la reconciliación con los demás sea importante, pero fundamental con uno mismo.

Hay enfermos que expresan sentimientos de culpabilidad y necesidad de reconciliación con las personas a las que han hecho sufrir, así lo manifestaba un enfermo: “más que nada quiero poder arreglar el mal que he podido hacer a los otros”.

La reconciliación es muy importante al final de la vida, ya que el enfermo se queda en paz y en paz va cerrando su vida: “Me siento aun culpable, culpable de las cosas que hice...pero me estoy reconciliando”, manifestaba una persona enferma en su entrevista. Solo pudiendo reconciliarse, se puede decir adiós en paz (17).

#### 5.6. NECESIDAD DE DEPOSITAR SU VIDA EN ALGO MÁS ALLÁ DE SI MISMO

Se trata de trascender los límites de la pura supervivencia. Se puede entender: como algo que va más allá de uno mismo (descendientes, obras, arte, ideales...) y como creencias (inmortalidad, resurrección, reencarnación).

Obviamente, no tienen por qué ser excluyentes. El siguiente testimonio así lo manifiesta: “porque para mí morir es seguir viviendo, pero de otra manera...va a ser el encuentro con Dios y con muchas gentes que llevo en mi mente”.

Otra persona manifiesta su reflexión sobre este tema en un sentido completamente antagónico al anterior: “creo que mueres y terminas... hemos terminado en la tierra y en la tierra nos quedamos”.

No siempre estos pensamientos van unidos con ser ateo, el testimonio anterior se trata de un enfermo creyente, sus creencias le fueron transmitidas desde

la infancia, aunque, tal vez, no realizó un proceso de búsqueda y replanteamiento posterior (18).

#### 5.7. NECESIDAD DE AUTÉNTICA ESPERANZA, NO DE ILUSIONES FALSAS

Esta necesidad es más bien de tipo religioso y está en relación con el credo religioso de cada enfermo, de su fe.

La esperanza suele nacer también de las experiencias positivas que se hacen en la vida, aunque sea en medio del sufrimiento. También la esperanza en el más allá nace de las experiencias positivas del más acá, teñidas de solidaridad, de acercamiento, de afecto.

La esperanza es esencial sobre todo para las personas creyentes, desde la fe tienen la certeza de que la muerte no es el final de sus vidas. En ocasiones la única cosa que persiste en ellos es la esperanza como deseo de que todo tenga un sentido y se objetiva a veces, en esperanzas muy concretas: que todo sea un sueño, que se descubra una medicina nueva para su enfermedad, que no muera en medio de dolores atroces, o abandonado en la soledad e indiferencia. Un enfermo al ser entrevistado, lo expresaba de esta forma: “vivo con esperanza y la fe sobre todo en Dios”. Otro, afirmaba: “tengo una buena esperanza en la curación... me estoy curando”.

Según F. Torralba, la esperanza es la confianza extendida hacia el futuro, pero sin perder de referencia lo que hemos sido en el pasado (19). La esperanza en Dios es también punto de apoyo para las personas creyentes. Un enfermo lo expresaba de esta manera: “vivo con la esperanza y la fe sobre todo en Dios”.

A modo de conclusión: escuchar, atender y dar respuesta a las necesidades espirituales del enfermo es parte de la acción terapéutica esencial en las Unidades de Cuidados Paliativos.

Hay que tener en cuenta, que no existen fronteras diáfanas entre el contenido de las diferentes necesidades enunciadas. Se da cierta relación entre ellas. Por ejemplo, la necesidad de releer la vida está condicionada por la búsqueda de sentido; el sentimiento de culpabilidad se articula en la relectura de la propia vida y en el deseo de reconciliación; la necesidad de depositar la vida en un más allá de sí mismo es distinta, pero dependiente del sentido encontrado y de la apertura a la trascendencia.

## 6. ACTITUDES DE LOS AGENTES DE PASTORAL EN PALIATIVOS

Paso a detallar las actitudes de los de los agentes de pastoral ante las necesidades del enfermo paliativo:

- *Autenticidad*: es elemental intentar ser uno mismo, para entrar en una buena armonía con el paciente atendido, llegando a una comunicación sincera que facilite la expresión de lo que el paciente necesita en su mundo espiritual.
- *Empatía*: es aquella actitud o disposición del agente de pastoral que le permite captar, incluso desde los sentimientos, la realidad de la persona atendida. Es lo que más ayuda a una buena comunicación entre enfermo y acompañante.
- *Capacidad de escucha*: el enfermo se siente débil y a veces se minusvaloran sus expresiones o se comienza a hablarle sin permitirle concluir lo que desea comunicar. La experiencia nos dice que esto es demasiado común en los hospitales.
- *Acogida*: esta actitud debe comenzar desde la primera aproximación al enfermo. Acoger no sólo en el sentido material de la palabra, sino también en el más profundo de hacerle parte del equipo que le atiende.
- *Con relación a la individualidad*: cada persona y si cabe más cada enfermo es un ser concreto, con su carácter, cultura forma de manifestarse propias. No podemos tener fórmulas y recetas iguales para todos. Si se quiere entrar en la intimidad del paciente hay que cuidar su individualidad. Vinculada íntimamente a esta actitud es el respeto a la libertad del paciente que subraya la no utilización de la debilidad del enfermo para menoscabar su libertad o para imponerle nuevas cargas.
- *Clima de confianza*: para conseguir este clima lo mejor es intentar llevar a la práctica las actitudes mencionadas.

## 7. CUALIDADES DEL PERSONAL ASISTENCIAL

- Atreverse a compartir los valores espirituales con el enfermo.
- Ser consciente de su propia espiritualidad, sea religiosa o no.
- No imponer los propios valores al enfermo.
- Aceptar las actitudes religiosas del enfermo en un momento de crisis.
- Ser uno mismo, apoyado en el interior del equipo interdisciplinar.

De estas cualidades se deduce:

- Que el apoyo espiritual es asunto de todas las personas que se relacionan con el enfermo, cada una a su nivel.
- Que la ayuda espiritual al enfermo paliativo no es sólo ni principalmente sacramental.

- Que la acción sacramental no es sólo ni principalmente para el último momento de la vida del enfermo, o para cuando ya no tiene posibilidades de respuesta personal.

## 8. CONCLUSIONES

1. Los aspectos espirituales son una dimensión de la persona que no podemos obviar en una atención integral.
2. La atención espiritual consiste, no tanto en “hacer para” sino en “estar con” la persona, respetando su ritmo y su camino.
3. Es responsabilidad de todos los profesionales.
4. Debe ser identificada y registrada en la historia clínica o documentación del paciente.
5. La atención espiritual necesita de un lenguaje común que facilite la comunicación entre profesionales.
6. Debe ser evaluada a través de los resultados obtenidos en el paciente con el objetivo de mejora de calidad.
7. La atención espiritual ayuda a los pacientes a afrontar la enfermedad y el deterioro con dosis de paz y serenidad.
8. Y como último punto que resume los anteriores, la atención espiritual es: hospitalidad.

Termino con el lema de Cuidados Paliativos: “*Curar a veces, mejorar a menudo y cuidar siempre*”.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Torralba, F. “Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar”, *Labor Hospitalaria*, 1999, 253, p. 267.
- (2) WHO. *Cancer Pain Relief and Palliative Care*, Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 804, Geneva, 1990.
- (3) Coll, M. *et al.* “Cuidados enfermeros según Virginia Henderson”, *ROL de enfermería*, 2007, 3, pp. 53-56.
- (4) Saunders, C. “Spiritual Pain Journal of palliative”, *Care*, 1988, 4, p. 3.
- (5) Comité de Expertos de la OMS. *Informe: Alivio del dolor y tratamiento paliativo*, 1990.
- (6) Sociedad Catalana-Balear de Paliativos. “Derechos del enfermo Terminal”, *Labor Hospitalaria*, 1999, 216, pp. 107-109.

- (7) Juan Pablo II. *Salvifici Doloris*. Carta Apostólica sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano, 11 de febrero de 1984.
- (8) Comisión Episcopal de Pastoral. *La Asistencia Religiosa en el hospital*, Madrid, 1987, p. 20.
- (9) Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. *Carta de Identidad*, Fundación Juan Ciudad, Madrid, 1999.
- (10) OMS. “Prevención y control del cáncer”, Informe de la Secretaría, *58º Asamblea Mundial de la Salud*, 2005, Punto 9.
- (11) Astudillo, W. *et al. Cuidados del enfermo en fase Terminal y atención a su familia*, Eunsa, Pamplona, 1995, p. 123.
- (12) Bermejo, J. C. “El acompañamiento espiritual, Necesidades Espirituales de la persona Enferma”, *Labor Hospitalaria*, 2005, 278, p. 22.
- (13) Jomain, C. *Morir en la ternura*, San Pablo, Madrid, 1987, pp. 163-165.
- (14) Los testimonios que se transcriben en las diversas Necesidades Espirituales son de enfermos entrevistados.
- (15) Pillot, J. “Les aspects psychologiques de la Souffrance chez les malades en fin de vie”, en Shaerer, R. *Soins palliatifs en Cancérologie et a la phase terminale*, Paris, 1987, p. 178.
- (16) Thieffrey, J. H. “Necesidades espirituales del enfermo terminal”, *Labor Hospitalaria*, 1992, 225-226, p. 229.
- (17) Idem.
- (18) Idem, p. 230.
- (19) Torralba, F. “Necesidades espirituales del ser humano”, *Labor Hospitalaria*, 2004, 27, pp. 8-16; Barbero, J. “El apoyo espiritual en cuidados paliativos”, *Labor Hospitalaria*, 2002, 263, pp. 5-24.