

ESCALA NUMERICA PARA EVALUAR SINTOMAS ESPIRITUALES **EN CUIDADOS PALIATIVOS**

MARIA MARGARITA REYES, Institución de Cuidados Paliativos, Clínica Familia;
PAULINA TABOADA, Centro Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile.;
LUIS VILLARROEL, Departamento Salud Publica Pontificia Universidad Católica de Chile;
JUAN DE DIOS VIAL, Pontificia Universidad Católica de Chile;
LILIANA DE LIMA, Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos;
FLAVIO NERVI, Departamento de Cuidados Paliativos Pontificia Universidad Católica de Chile;
OSCAR BLANCO, Institución de Cuidados Paliativos Clínica Familia;
GONZÁLEZ R. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile y
COLABORADORES. Clínica Familia, Santiago de Chile, 2008

RESUMEN

Ante la dificultad de cuantificar los síntomas espirituales en Cuidados Paliativos que fuese estadísticamente confiable, se diseño un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y metodología cuantitativa y que cumpla con el objetivo de diseñar y validar el instrumento ENESE, a través de la revisión bibliográfica, juicio experto, focus groups y dos pruebas de validación.

La primera, para observar reproductibilidad y la segunda para evaluar consistencia interna, con una muestra de 70 enfermos hospitalizados en Cuidados Paliativos.

El resultado de reproductibilidad fue $p = 0.94$ y el análisis de consistencia interna del instrumento, con las siete variables o síntomas arrojó un Alfa de Cronbach igual a 0.74. El análisis factorial identificó dos grupos de síntomas al interior del instrumento.

Luego, el estudio muestra la validación del instrumento ENESE diseñada y usada en una unidad de cuidados paliativos, que considera siete síntomas espirituales, comprobándose la hipótesis del estudio, lo que puede contribuir a la evaluación, intervención, bienestar del enfermos terminales, docencia y asimismo, servir para estudios posteriores.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente ha existido una mirada integral del ser humano y preocupación por el control de síntomas en el área de cuidados paliativos. La Organización Mundial de Salud los define como: “el cuidado activo y total de los pacientes portadores de enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales, es primordial...” [1]. Esta y otras definiciones han realzado la importancia dada al aspecto espiritual. Aún así, la literatura relacionada con la medición de estos aspectos es limitada al tiempo que se valora el bienestar espiritual contra la depresión, desesperanza y deseo de morir [2]. Observándose, estudios sobre la necesidad de valorar la espiritualidad [3] [4] [5].

La espiritualidad está asociada a lo ético, a la moral y a los valores, es una unidad de totalidad que puede penetrar todo en la vida de una persona; guiará el comportamiento para el manejo de la enfermedad en el cuidado físico y psicológico [6]. Los pacientes necesitan compartir, explorar y encontrar significado ante su próxima muerte.

La bibliografía revisada contempla el pensamiento filosófico, teológico y psíquico en cuanto a conceptos de espiritualidad y control de síntomas en Cuidados Paliativos. La necesidad de búsqueda y satisfacción espiritual está presente en todo ser humano, sin embargo, dicha necesidad puede verse obstaculizada por la presencia de algún problema que requiera ser intervenido [7]. En sus veinte años de experiencia en el trato con problemas espirituales, ya descritos, principalmente en la literatura inglesa, en Clínica Familia se ha observado confusiones con los síntomas síquicos, dificultad en la intervención y la docencia, lo que pareciera reflejar una menor preocupación por este aspecto durante la atención del enfermo.

Esta situación lleva a **construir un instrumento** en base a: la revisión bibliográfica; el juicio de seis expertos en los temas de investigación, Bioética, Acompañamiento Espiritual y Psíquico, y trabajo con un grupo focal compuesto por seis enfermos terminales. Como resultado se identificaron y definieron siete síntomas espirituales, en una escala numérica simple de 0 – 3, donde cero es la ausencia del síntoma y 3 su mayor intensidad.

La dificultad para cuantificar los síntomas espirituales con un instrumento valido motivó este estudio con el objetivo de construir y validar un instrumento de tamizaje en síntomas espirituales escala numérica para evaluar síntomas espirituales, diseñado en el centro de cuidados paliativos y cuyo propósito es contribuir al bienestar espiritual de dichos enfermos.

Esto, permitirá aportar con una herramienta estadísticamente valida que cuantifique algunos síntomas espirituales. Los **principios éticos** que guiaron la investigación fueron: la beneficencia, la justicia, proporcionalidad terapéutica y la autonomía, resguardada a través del proceso de consentimiento informado, [8] [9].

El principio de la beneficencia pide que las acciones de salud causen un bien al paciente visto como un todo. En el desarrollo del proyecto se ofrece cuantificar los síntomas espirituales con lo que se contribuiría a objetivizar las dificultades espirituales, que forman parte de la atención integral al paciente en los cuidados paliativos, que esta estudiadas como algo necesario para el bienestar del enfermo con enfermedades incurables, como el cáncer, y que mejoran su calidad de vida. Por otra parte, contar con una herramienta específica que evalúe los síntomas espirituales ayudaría al cuidado efectivo e intervención interdisciplinaria que se debe otorgar a las personas en situación de terminalidad.

Se entiende por Autonomía el derecho que tiene cada persona de tomar decisiones informadas respecto de las posibles intervenciones. Se a velado por la autonomía de los participantes a través del proceso de consentimiento informado, mediante el cual se ha explicitado del propósito del estudio, los beneficios que puede reportar, del carácter voluntario de su participación y aspectos necesarios para que tome una decisión libre e informada y de la libertad que la persona tienen de retirarse en el momento que lo estime conveniente y que no afectara su atención. Considerando el momento vivencial del enfermo, ante la proximidad de su muerte, se proveen intervenciones de contención u otra intervención por profesionales del mismo equipo de cuidados paliativos. Planteando que dada la naturaleza del estudio, no se consideran riesgo para las personas, ya que sólo evalúa aspectos incorporados en la intervención habitual de un enfermo en cuidados paliativos, con preguntas definidas y que no requiere identificar a cada paciente.

El principio de justicia se refiere a que todos los seres humanos tienen iguales derechos para alcanzar lo necesario para su pleno desarrollo, es decir que como personas humanas tienen los mismos derechos para satisfacer sus necesidades. Todas las personas tienen necesidad espiritual, que adquieren gran relevancia al enfrentar la enfermedad y el proceso de morir, expresada en dificultades, sentimientos o síntomas espirituales. Contar con una herramienta que ayude a cuantificar los síntomas ayudaría a satisfacer dicha necesidad, en forma más objetiva dentro de la atención profesional en los cuidados paliativos

Proporcionalidad terapéutica, existe la obligación moral de implementar solo aquellas medidas que guarden una relación en la debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. En cuidados paliativos se han descritos los beneficios que tiene el dar cuidados espirituales para el enfermo y su familia ya contribuyen a vivir una muerte digna considerando los valores del enfermo y su familia. Los medios usados en la interacción con el enfermo pueden ser beneficiados con una herramienta que evalúe los síntomas existentes para orientar la intervención a lo que el paciente requiere.

Consideraciones teóricas

Los aspectos espirituales tienen un elemento subjetivo que los hace difícil de cuantificar, esto adquiere mayor importancia en los enfermos incurables. La **espiritualidad** concierne a hechos universales sobre el propósito y significado de la vida, y a los valores humanos trascendentales [10]. La religión como “un sistema particular de fe y culto” no debería separarse de la espiritualidad...” [11]. Algunos autores describen la espiritualidad como “la habilidad de trascender lo material”, para otros es “la dimensión que conciernen los fines últimos y los valores”, “necesidad de encontrar respuestas a preguntas finales acerca del significado de la vida, enfermedad y muerte”[12]. El mayor entendimiento del mundo espiritual es en relación a la búsqueda de un significado existencial dentro de una experiencia de vida, [11]. Una forma de filosofía que se origina desde la cultura, educación y experiencia personal, es individual e innata, permite el conocimiento y creación interior. Luego, la espiritualidad es una unidad de totalidad que puede penetrar todo en la vida de una persona [6].

Estudios sobre el impacto de la creencia religiosa en los enfermos terminales, muestran una relación consistente e inversa entre bienestar espiritual y ansiedad producida por su estado. En los más religiosos, existió menos depresión, ansiedad y frustración [13]. Otro estudio muestra que el bienestar espiritual esta asociado a menor depresión, y no a prácticas religiosas o religiosidad extrínseca [12]. Esto puede relacionarse con una dificultad psíquica en el control en sí mismo y no con un problema de religión, lo que muestra la dificultad de distinguir entre lo psicológico y lo espiritual, expresiones frecuentes en el contexto de los hospicios. La necesidad de clarificar los conceptos, diferenciar entre el mundo religioso y el espiritual, que son entidades distintas pero complementarias, muestra la dinámica relación entre los distintos aspectos del ser humano: espiritual (ético, moral y los valores), psicológico (mente) y físico (cuerpo) en una unidad [2].

La psiquis, esta relacionada con la mente; luego la psicología tiene que ver con los procesos mentales y la psiquiatría con los desordenes mentales. Sin embargo, la psiquis no puede resolver los problemas éticos, morales ni religiosos que en si pertenecen al reino de la espiritualidad [6] .

El **control de síntomas** en salud contribuye al bienestar del paciente y su familia, siendo importante buscar y registrar aquellos que se refieren al paciente, evaluar la real necesidad de tratar en función de sus repercusiones y controlar en la forma más objetiva posible las intervenciones del tratamiento. Luego, los objetivos de la evaluación de síntomas en los Cuidados Paliativos son múltiples: Identificar, cuantificar, registrar, tomar decisiones clínicas, monitoreo del tratamiento y resultados, evaluación epidemiológica, control de calidad, organización e investigación.[14]. En el proceso evaluativo se distinguen dos fases: Inicial y de resultados, la primera define la situación basal, establece diagnóstico y permite diseñar estrategias de intervención. Mientras la segunda evalúa el tratamiento aplicado y eventuales cambios en la intervención.

Debido a que los síntomas tienen un componente subjetivo y existen factores que intervienen su percepción por los enfermos y por quien lo observa, es necesario evaluar en base a instrumentos estructurados o semi-estructurados, que ayuden a objetivarlos.

Entre los distintos **sistemas de evaluación** encontrados en la literatura, existen varias formas de cuantificar los síntomas, descrito principalmente para síntomas físicos y psíquicos [14]. En relación a la espiritualidad, se describen algunos instrumentos para medir dimensiones espirituales [15], orientación religiosa, historia, valoración de necesidades espirituales, y bienestar [16]. Junto a

los problemas espirituales descritos principalmente en la literatura inglesa, que requieren de intervención en cuidados paliativo, ayudan a identificar síntomas espirituales [7].

- Culpabilidad, se observa en el enfermo un sentimiento de culpa que puede ser hacia si mismo, otros y a Dios, relacionado con su comportamiento y que puede acompañarse con un sentimiento de vergüenza, expresiones como “no quiero visitas”, podrían reflejar dicho sentimiento. También se relaciona con la incapacidad de perdonar, y ser perdonado, es decir la auto condenación.
- Desconfianza, en sí mismo, en otros como la familia o el personal y ante Dios o en su creencia “si confié en Dios puedo confiar en el doctor”.
- La necesidad de búsqueda espiritual proyectada en otros o en un síntoma... pacientes muy demandantes con la familia o el personal y que expresen rabia u otro sentimiento sin causa psíquica. Por deficiencias de recursos internos. “no les dejen que me olviden aun no estoy muerto”.
- Angustia Espiritual, perciben que su sufrimiento es absurdo, insentido y sin significado.
 - o Vida: es insentido, truncada, con proyectos inacabados. (no logra dar un significado a su vida como proyecto realizado)
 - o Enfermedad: es absurda, insentido, injusta, castigo. (sin un significado como oportunidad de crecer, realizarse...).
 - o Muerte: angustia, un castigo, una desgracia, todo se termina. (no percibe un significado de la muerte como inevitable, parte de la vida, en paz y esperanza de resurrección, un medio para la vida plena)
- Desesperanza de restauración física, de amar y ser amado o reconciliación, de encontrar un significado a la muerte y a la vida.
- Apego a familiares, amigos y al propio cuerpo.
- Falta de fe, de creencia religiosa Dios como ausente, que lo pone a prueba, que lo castiga.

En consecuencia a lo anterior y a la experiencia clínica con los problemas espirituales en los Cuidados Paliativos, se revisan contenidos sobre siete síntomas espirituales.

En el **dolor espiritual**, el termino dolor es entendido como sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, sentimiento de pena y congoja, y lo espiritual es referido al ser inmaterial y dotado de razón, alma racional. [17]. Desde la teología, es una sensación

desagradable como consecuencia de un mal corporal o bien de un estado de profunda infelicidad debida a la imposibilidad de satisfacer las necesidades y las aspiraciones personales, o a la privación de lo que procura placer, o a las desventuras que caen sobre una persona. El dolor mueve a mirar cara a cara la propia situación existencial para asentir a ella y asumir con el propio consentimiento libre el destino mortal. El dolor puede conducir a la desesperación, pero puede convertirse también en algo privilegiado por la pedagogía de vida para una profunda comprensión de sí mismo y de los demás. Se descubre el valor purificador y de aprendizaje del sufrimiento [18].

Se debe sospechar de un dolor espiritual cuando los síntomas físicos del paciente son inexplicables o confusos y no responden a intervenciones efectivas y agresivas. [10]

Aunque, hasta un cierto punto, “sufrimiento” y “dolor” pueden usarse como sinónimos, el *sufrimiento físico* da cuenta del “dolor del cuerpo”, mientras que el *sufrimiento moral* del “dolor del alma”. Se trata, en efecto, del *dolor de tipo espiritual*, y no sólo de la dimensión psíquica o “dolor psíquico”, que acompaña tanto al sufrimiento moral como al físico. La extensión y la multiformidad del sufrimiento moral no son ciertamente menores que las del físico; pero a la vez aparece como menos identificado y menos alcanzable por la terapéutica.[19]

Para responder al por qué del sufrimiento, se pone de relieve su *carácter creador*, con una particular fuerza. El fruto no es sólo el hecho de que el hombre descubre su sentido sino que a través del sufrimiento puede llegar a ser un hombre completamente nuevo.[20] [19]

En relación al **autocastigo**, que significa ejecutar algún castigo en un culpable por una falta cometida y la culpa, descrita como un falta más o menos grave, cometida a sabiendas y voluntariamente... [17]. La culpa y el sentimiento de culpa tienen una acepción amplia en el pensamiento ético, jurídico, religioso y psicológico; Puede designar un estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto considera reprensible, que invoque remordimientos o auto reproches, o también un sentimiento difuso de indignidad personal sin relación con un acto preciso del que el sujeto pudiera acusarse. [21]

El sentimiento de culpabilidad desde la literatura psicoanalítica es un sistema de motivaciones inconscientes que explican comportamientos de fracaso, conductas delictivas, sufrimientos que se inflige el sujeto, etc. En este sentido, la palabra sentimiento sólo puede utilizarse

con reservas, ya que el sujeto puede no sentirse culpable a nivel de la experiencia consciente [22]. Es por definición un sentimiento subjetivo, que puede existir en una persona aunque no haya cometido falta alguna.

Tanto el aspecto consciente como el inconsciente de la culpa estarían unidos por una misma lógica, hay un impulso de un sentimiento de culpa inconsciente que puede derivar en una culpa objetiva, real y consciente, que a su vez puede ser la causa del sentimiento de culpa. Freud pensaba que los mismos factores que producen el sentimiento de culpa consciente pueden operar más allá de la conciencia. También el autor, propone sustituirlo por “necesidad de castigo”, que respeta los hechos observables con igual precisión y destacó la relación psíquica interna entre Superyó y el Yo. El Superyó sería la estructura responsable del sentimiento de culpa, que se formaría en torno a los cinco años de edad. Mientras Melanie, Klein lo sitúa más temprano y para sentirse culpable haría falta haber alcanzado cierta “madurez”. Ambos autores asocian el sentimiento de culpa a la agresividad, es decir, de un modo u otro, cada vez que sentimos culpa ésta se ha activado por nuestra agresividad destructiva. Se comienza a sentir culpa cuando se logra comprender que el sufrimiento ocasionado a la persona amada está causado – en la fantasía o en la realidad – por los propios impulsos agresivos. El deseo de reparación de este daño nace de dicha toma de conciencia, por eso la culpa depresiva se ha identificado con el motor que impulsa la reparación.

En toda religión el sentimiento de culpa y el pecado, nacen de la desobediencia a los mandamientos prescritos, ambos generan sufrimiento y angustia. Algunos “pecados” son síntomas de síndromes psicopatológicos; como la pereza en la depresión o la gula en la bulimia. Una vez aceptado que en el inconsciente puede conservarse un excesivo sentimiento de culpa de carácter infantil e irracional, el elevado valor espiritual atribuido a los sentimientos y creencias religiosas debe en gran parte su importancia al hecho de que “satisface anhelos profundos de la psique humana y proporciona una cierta paz a la culpa moral inconsciente” [23].

El pecado se configura de manera peculiar como un acto humano, con una calificación moral negativa. En nuestra época parece ser que, mientras se va perdiendo el sentido del pecado, se acrecienta el sentido de la culpa, fenómeno que podría interpretarse como una consecuencia de la pérdida de sentido que se deriva de la secularización de la vivencia existencial y la liberación del pecado [18]. También el aumento de la culpa se ha asociado al desarrollo de la civilización... “el precio que pagamos por el progreso es la pérdida de la felicidad por el aumento del sentimiento de

culpa” [24]. Incluye reacciones emocionales relacionadas con la vergüenza, que nacen de un evento interno o externo como la alteración de la apariencia física.

El ser humano tiene dentro de sus necesidades la búsqueda espiritual, necesidad que significa especial riesgo o peligro que se padece, y en que se necesita pronto auxilio [17]. Ante la necesidad humana de bienestar espiritual, es posible que la experiencia de vida, de familia, de enfermedad, su situación límite y estructura psicológica pueden influir en que dicha necesidad no se exprese directamente y se observe su **búsqueda espiritual proyectada** en otras personas o síntomas.

La palabra proyección tiene un uso muy extenso. En el sentido psíquico, es la operación por medio de la cual la persona expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso objetos, que no reconoce o que rechaza de sí mismo, y que en su interior son motivos de displacer. Una defensa de origen arcaico, que se ve particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamiento “normales”, como la superstición y como representación inconsciente, se relaciona con la desconfianza, también puede intervenir en la transferencia. Una forma de desconocimiento, que tiene por contrapartida el reconocimiento en otra persona, de lo que precisamente se desconoce dentro del sujeto, “un no querer ser”. [22]

Un paciente ante la muerte próxima, puede no tener conocimiento consciente de su necesidad de búsqueda espiritual o no desear reconocerla y puede exigir la atención del personal, de su familia e incluso exacerbar otros síntomas físicos, se trata de poner afuera lo que no se desea reconocer o ser en sí mismo “que el otro este pendiente de mi muerte no yo”. Proyecta lo que él es, pero también lo que no quiere ser, es decir, necesita vincularse con lo espiritual y a la vez no quiere, por estar asociada a algo que le provoca displacer, como ser culpable, ser castigo o no amado. En consecuencia, desde la intervención se requiere elaborar la situación displacentera, aquí el apoyo espiritual se complementa con el psíquico.

El término **angustia**, se relaciona con aflicción, congoja, ansiedad, dolor o sufrimiento [17]. Tiene múltiples usos, se describen diferentes tipos: señal de angustia, angustia automática y angustia ante un peligro real. Definida como la reacción del individuo sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar. Como fenómeno automático y como señal de alarma, la angustia debe considerarse el estado de desamparo psíquico del lactante, que evidentemente constituye la contrapartida de su estado de desamparo biológico. Posteriormente, se describe la angustia ante un peligro exterior que constituye para el individuo una amenaza real

[25]. Para fines del presente instrumento se considerará la angustia en relación al significado de la vida, la enfermedad y la muerte.

La vida, como fuerza o actividad interna sustancial, mediante la que obra el ser que la posee, unión del alma y del cuerpo. Suele tener una definición limitada a través del tiempo “Espacio de tiempo que transcurre desde el nacimiento de un animal o un vegetal hasta su muerte”. La vida espiritual es la vida según el espíritu, la existencia humana conducida por la parte más noble del ser humano. Para el creyente en la vida eterna, la vida en la tierra queda relativizada, el dolor y la muerte puede hacerla penosa, pero la vida siempre es un don que se desarrolla mediante las virtudes teologales (fe, esperanza y caridad) [26].

La enfermedad, referida a una alteración más o menos grave de la salud, pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual y por enfermedad avanzada, la que ha alcanzado un cierto grado de irreversibilidad [17]. Es un estado patológico debido a la alteración de la función de un órgano o de todo el organismo que tiene un carácter espiritual, psíquico y físico. Sin embargo, el dinamismo de la vida prosigue intensamente en la enfermedad soportada espiritualmente y las creencias pueden ayudar a vivir de forma positiva la enfermedad. [26]. Por otra parte, la incertidumbre que moviliza angustia es fuente de aprendizaje para la familia y el enfermo, dando espacio a la educación valórica que ayuda a vivir la enfermedad como una forma de crecer y trascender.[27]

La muerte, entendida como cesación o término de la vida, en el pensamiento tradicional, separación del cuerpo y el alma [17]. La muerte es la conclusión de la existencia terrena e historia del hombre, símbolo de la finitud humana, sufrida de forma impotente y pasiva. Con ella terminan los procesos biológicos y las relaciones sociales, un acontecimiento que afecta a todo el ser del hombre.

La tensión interna expresada en angustia ante la muerte inminente ha sido descrita por distintas líneas de pensamiento; Físicamente conlleva una limitación de la pulsión de muerte al retornar el cuerpo a lo inerte, y la pulsión de vida puede continuar con mayor empuje o ambas pulsiones continuarían complementadas más adelante “Y más allá del reino de los vivos” como dice Freud, en esquema de psicoanálisis (1938), donde la pulsión de vida dominaría, como antes lo hizo la pulsión de muerte. También el paciente establecería una relación distinta en su creencia, desde la teoría relacional, descritas en S. MITCHELL, (1988). La oposición frecuentemente admitida, entre el miedo que produciría un objeto determinado, y la angustia, que se define por la ausencia de objeto, suelen usarse indistintamente en relación ante el peligro real a la muerte. [28], [29]

En la cultura contemporánea es posible observar una doble actitud: el intento por apartar la muerte del contexto de la vida humana, mientras, para la filosofía y las ciencias es el núcleo de sus reflexiones. Teológicamente, es un enigma que encuentra respuesta en el misterio de la salvación. Desde el punto de vista antropológico, la teología ha descifrado el acontecimiento de la muerte como la separación de los dos elementos que constituyen la unidad del hombre: el cuerpo y el alma, y con la muerte el alma alcanza su estado definitivo. La muerte entendida en este sentido no es, por consiguiente, el fin del hombre entero, sino el comienzo de una condición nueva de existencia. [26].

La **incredulidad**, se entiende por quien no cree con facilidad y a la ligera, que no tiene fe. Conjunto de creencias de alguien, de un grupo o de una multitud de personas. Confianza, buen concepto que se tiene de alguien o de algo. *Tener fe en el médico*. Creencia que se da a algo por la autoridad de quien lo dice o por la fama pública. Palabra que se da o promesa que se hace a alguien con cierta solemnidad o publicidad [17]. La fe como los valores forman parte del superyó que en el niño se forma a imagen del superyó de los padre y posteriormente se enriquece con las exigencias sociales y culturales, como educación, religión y moralidad [22].

La fe es una forma de conocimiento personal y de existencia personal, similar a la esperanza se conjugan con el amor y se expresa en el amor gratuito, que requiere por su naturaleza ser libre, también la incredulidad – que constituye su forma opuesta – se sitúa en la misma pretensión de una opción hecha a la luz de la libertad. [26]. La incredulidad expresa la ausencia o rechazo de la fe por falta o no de conocimiento. Ha tenido diversas expresiones en la historia de la humanidad; se manifiesta a nivel filosófico, político, social y cultural. En algunos momentos se ha convertido en críticas de la religiones; en otros, en sistemas de pensamientos [26]

No encontrar respuesta a pregunta como ¿Qué he hecho para merecer esto? Puede provocar sentimiento de ser abandonado por su creencia, particularmente las personas religiosas pueden verse presionadas de no mostrar dudas o culpas porque su fe no es suficiente. De la misma manera, el perder la fe en medio de una crisis es una gran pérdida y lleva a un sentimiento de culpa y abandono. Situaciones que requieren de valor para “aceptar que somos aceptados como inaceptables” con dudas y cuestionamientos [11].

La falta de confianza se relaciona con la falta de fe, cuando el enfermo se pregunta “Por qué yo,...”, oculta un sentimiento de injusticia y que le han abandonado. Esto, puede llevar a que sea difícil creer o confiar en los demás ya que su propia experiencia les ha mostrado que su creencia, no

les ha dado la inmunidad que creen necesaria. Para todos religiosos y no religiosos, es importante establecer la verdad. El sentido de ausencia de su creencia y la posibilidad que todo quede fuera de control puede llevar a otros síntomas como al miedo, la impotencia y el sentimiento de vacío.

El término esperanza, se refiere al estado del ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos. La falta de esperanza es la **desesperanza** o el estado de ánimo en el cual se presenta como imposible lo que se desea. [17]

En el pensamiento psicológico, se entiende la desesperanza como la creencia que no se puede satisfacer las necesidades, ni obtener lo que se desea [30]. Tradicionalmente, la esperanza se asocia a la actitud del hombre o de la sociedad que espera obtener en el futuro un bien precioso, difícil, del que depende su gozo o su felicidad, se trata de vivir en el presente proyectados hacia el futuro, portador de superación, mayor felicidad, plenitud y trascendencia. En la historia de la esperanza se le atribuye la tarea de introducir una proyección en el dinamismo ético que le permite soportar las tribulaciones y arrostrar con coraje la ardua batalla de la vida, como una enfermedad o la muerte...[26]

La desesperanza suele ser expresada como desconfianza, ya que el término confiar, se define como la esperanza firme que se tiene de alguien o algo, fe, seguridad que alguien tiene en sí mismo [17]. Es decir, la confianza tendría relación con la esperanza y la fe.

El predominio de la confianza contribuye al desarrollo de la virtud de la esperanza. Luego, es posible observar una relación directa entre desconfianza y desesperanza. Si predomina la desconfianza los niños tienden a ver un mundo hostil e impredecible, y con dificultades para establecer relaciones cercanas. La madre es muy importante para el logro de dicha confianza [30].

El término amor, tiene múltiples definiciones: Sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser. Sentimiento hacia otra persona que naturalmente nos atrae y que, procurando reciprocidad en el deseo de unión, nos completa, alegra y da energía para convivir, comunicarnos y crear. Sentimiento de afecto, inclinación y entrega a alguien o algo, la falta de este sentimiento es el **desamor**. [17]

Los términos “amor” y “odio” psicoanalíticamente se usarían para designar las relaciones del yo total con los objetos y la ternura como actitud que reproduce el primer modo de relación amorosa del niño, donde el placer se apoya en la satisfacción de las pulsiones de auto conservación [22]. Es

decir, estaría asociado a la existencia de la vida misma, mientras la agresión tiene sustrato en la pulsión destructiva. Por otra parte, el sentimiento de no ser amado es asociado al sentimiento de inferioridad, por la tensión entre el yo y el superyó que lo condena.

Los creyentes en la virtud del amor, son amados, pueden superar dificultades y vencer incluso al enemigo último, la muerte. Sólo cuando se accede al amor en el horizonte del ser amado es posible comprender que también uno está en disposición de amar.[26]. El amor se presenta como la norma y como el fundamento de la fe. [31, 32]

METODOLOGIA

Se contempla la construcción del instrumento y dos prueba de validación del instrumento:

Construcción del Instrumento:

Revisión bibliográfica, sobre el pensamiento filosófico, teológico, psíquico y control de síntomas en Cuidados Paliativos. Para profundizar algunos síntomas espirituales fáciles de identificar y frecuentes en la clínica de los enfermos terminales, validez teórica.

Juicio experto: Seis expertos en los temas: investigación en Cuidados Paliativos, Bioética, acompañamiento espiritual y psíquico (Dr. Juan de Dios Vial, Dra. Gloria Uribe, Ps. María Ignacia Del Río, Dra. Paulina Taboada, Dr. Carlos José Carlos Bermejo y el Padre Oscar Blanco), validez externa.

Focus groups: Seis enfermos terminales conversaron sobre la espiritualidad relacionada con su experiencia de enfermedad, con el fin de reproducir el discurso sobre contenidos o síntomas espirituales, deseos, resistencias y temores conscientes e inconscientes. En presencia de un moderador y un observador.

Con la hipótesis de que se pueden cuantificar los síntomas espirituales de enfermos terminales, en forma estadísticamente confiable, se diseñó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, con una metodología cuantitativa que valide estadísticamente el instrumento ENESE, Cuadro N°1. Contempla dos pruebas de validación en una población de enfermos terminales, que cumplieran los siguientes criterios:

- Diagnóstico de enfermedad terminal, al ser hospitalizado en cuidados paliativos.
- Conoce de la información médica de su diagnóstico, pronóstico y gravedad.
- Presenta problemas espirituales al ingreso
- Se encuentra consciente y orientado, lo que permite establecer un diálogo; sin alteración o levemente alterado según los instrumentos Método de diagnóstico de confusión (CAM) y de delirio y demencia (MINIMENTAL ABREVIADO). [33] [34]

Prueba 1 del instrumento. Se aplicó a una muestra reducida de dieciocho enfermos con el objetivo de detectar errores de redacción e interpretación, identificar una forma adecuada de aplicación de la escala, valorar la certeza y reproducibilidad del instrumento. En esta etapa participaron tres enfermeras capacitadas e informadas de la investigación.

Prueba 2 del instrumento. Es la prueba definitiva de validez y consistencia interna del instrumento, También fue aplicado por enfermeras, con un instructivo, que incluye la solicitud de consentimiento informado.

Metodología Estadística. El tamaño de la muestra se estimó en 70 pacientes, y se determinó mediante la fórmula clásica de Freeman (29), según el número de preguntas o ítems a evaluar.

Para el análisis de datos se usó el programa estadístico SPSS 17.0 para Windows, aplicando los siguientes métodos estadísticos:

Se usó test chi-cuadrado para comparar proporciones entre grupos de interés y se utilizó Alfa de Cronbach [35] [36] [37], para medir la confiabilidad y consistencia interna del instrumento. Para que el instrumento sea confiable, se espera que esté sobre 0.7. Se utilizó análisis factorial para determinar posibles dimensiones o subescalas al interior del instrumento.

RESULTADOS

Se muestran los resultados de las dos pruebas de validez y el instrumento construido con la bibliografía, juicio de expertos y focus groups (Cuadro N° 1).

Prueba 1 del Instrumento:

Durante este primer proceso de aplicación del instrumento, se reformularon las preguntas en cuatro síntomas, obteniéndose un instrumento mejorado y una pauta de definición de los síntomas (estandarización). Con las preguntas de cada síntoma se construye una escala, que varía entre 0 y 21 puntos.

El análisis de reproducibilidad de este instrumento mejorado arrojó un $p = 0.94$. Observándose una alta reproducibilidad (o agreement) en este instrumento, al comparar la evaluación de tres observadores hechas a 18 pacientes, medida a través del Índice Kappa y análisis de la varianza para medidas repetidas. Esto significa que el instrumento puede ser aplicado por distintos evaluadores esperándose resultados muy similares entre ellos.

Prueba 2 del Instrumento, validez y consistencia interna definitiva.

Con una muestra de 70 enfermos hospitalizados en Cuidados Paliativos que cumplieran los criterios establecidos, el análisis de consistencia interna del instrumento, con las siete variables o síntomas arrojó un Alfa de Cronbach igual a 0.74. El análisis factorial identificó dos grupos de síntomas al interior del instrumento: Proyección de la búsqueda espiritual con la desesperanza y otro grupo con los cinco síntomas restantes del instrumento.

El 58% de los pacientes son de sexo femenino, la edad promedio es de 58.7 años, con una desviación estándar de 16.8 años (rango entre 31 y 97 años).

La Tabla N°1 muestra una descripción de la presencia de síntomas espirituales, todos presentan una alta frecuencia, siendo la angustia espiritual el síntoma más frecuente (91.4%) y la incredulidad el menos frecuente (67.1%).

Por otra parte, en la evaluación de algunos síntomas se observaron expresiones repetidas: en el dolor espiritual “el dolor ayuda a crecer”, y en el desamor “sensación de vacío interno”, ambas con diferencias significativas entre las categorías $p. <0.001$ En la angustia se observó frecuentemente el dicho “ayuda a aprender” no siendo significativas las diferencias entre las categorías. $p. 0.06$

Tabla N°1. Frecuencia y porcentaje por síntoma

SINTOMA	AUSENCIA		PRESENCIA	
	N°	%	N°	%
Dolor espiritual	8	11.4	62	88.6
Autocastigo	16	22.9	54	77.1
Proyección búsqueda espiritual	10	14.3	60	85.7
Angustia espiritual	6	8.6	64	91.4
Incredulidad	23	32.9	47	67.1
Desesperanza	21	30.0	49	70.0
Desamor	16	22.9	54	77.1

*Presencia consideras las evaluaciones en categorías 3, 2 y 1 de la Escala; de mayor a menor presencia del síntoma, respectivamente.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran la construcción y validación del instrumento ENESE, diseñado y usado en una unidad de cuidados paliativos, que considera siete síntomas espirituales, comprobándose la hipótesis de estudio. Sin embargo no se midió especificidad, ya que la escala solo se aplicó a pacientes que traían dificultades espirituales.

Con la primera prueba de validez se estandarizó el instrumento en una escala de 0-21 puntos, con alta reproducibilidad, al no encontrar diferencias significativas entre los distintos evaluadores quienes habían sido previamente capacitados y familiarizados en el tema.

La alta frecuencia de los síntomas definidos en el instrumento, observada en la segunda prueba de validación, da cuenta de su presencia en los enfermos terminales y su importancia reflejada en la literatura revisada. Esto puede ayudar al equipo de salud a tener un lenguaje común y al logro de los objetivos del control de síntomas espirituales de los enfermos.

Por otra parte el análisis factorial identificó un grupo o subescala de síntoma al interior del instrumento, *proyección de la búsqueda espiritual y desesperanza*. El primero es una necesidad no identificada directamente por el enfermo, lo que podría ser un factor más que puede influir en la presencia del síntoma de la desesperanza.

Un aspecto no considerado en este estudio fue el hallazgo de expresiones frecuentes en algunos síntomas, tales como: “el dolor ayuda a crecer”, “la angustia ayuda a aprender” y “el desamor es como una sensación de vacío interno”, las que podrían servir para otras investigaciones.

Tener un instrumento validado para evaluar síntomas espirituales puede contribuir a la evaluación, intervención, y bienestar de los enfermos terminales. Así como también, puede convertirse en una herramienta que puede facilitar la docencia, aprendizaje y servir de base para estudios posteriores.

Cuadro N°1 ESCALA NUMERICA PARA EVALUAR SINTOMAS ESPIRITUALES, ENESE

Síntomas	Preguntas	3	2	1	0
Dolor espiritual	¿Usted siente dolor de adentro...del alma... como desagrado o infelicidad... (R. Positiva) eso lo aflige...lo desespera...?	Sensación de infelicidad o desagrado interno, con desesperación.	Sensación de infelicidad o desagrado interno, con angustia.	Sensación de infelicidad o desagrado interno.	Sensación de bienestar interno. Puede identificar algún crecimiento
Auto castigo	¿En ocasiones se aísla...o no cumple su tratamiento... (R. Positiva) puede que con eso se dañe o castigue... siente falta...? ¿Un apoyo espiritual le ayudaría...lo ha buscado?	Se daña aislándose, o no cumpliendo tratamientos... Puede no estar conciente de su falta.	Se daña... por sentirse en falta o ser pecador. Duda del apoyo y/o perdón.	Se daña... por sentirse en falta o ser pecador. Busca apoyo y/o perdón.	Conciencia de imperfección humana, ser perdonado por sí mismo y su creencia.
Búsqueda Proyectada	¿Espera cambios para sentir alivio interno... lo exige... en quien... y tiene algún síntoma persistente...disminuye con su tratamiento...?	Exige cambios en otras personas (demandante) y/o síntomas para sentir alivio interno.	Espera cambios en otras personas y síntomas para sentir un alivio interno.	Espera cambios en otras personas o síntomas para sentir alivio interno.	Proceso conciente de búsqueda espiritual en sí mismo y acoge el apoyo.
Angustia espiritual	¿Percibe algo positivo en su historia de vida...en su enfermedad... y en la muerte... esto lo percibe con angustia o tranquilo?	Con aflicción no encuentra significado positivo a las 3 (vida, enfermedad y muerte)	Con aflicción no encuentra significado positivo a 2 de 3 (vida, enfermedad y muerte)	Con aflicción no encuentra significado positivo a 1 de 3 (vida, enfermedad y muerte)	Tranquilo encuentra un significado positivo en su vida, enfermedad y muerte. Logra aprendizajes
Incredulidad	¿Cree en usted...en otros personas como su familia, su medico... y en su creencia...?	Duda o rechaza creer en los 3 (sí mismo, otros y su creencia)	Duda o rechaza creer en 2 de 3 (sí mismo, otros y su creencia)	Duda o rechaza creer en 1 de 3 (sí mismo, otros y su creencia).	Cree en sí mismo, los demás y su creencia.
Desesperanza	¿Admite o espera algo bueno para más adelante... para usted...para otros... confiado o afligido?	Se aflige por no admitir un bien futuro para sí mismo ni para su familia u otros.	Se aflige por no admitir un bien futuro para sí mismo.	Se aflige por no admitir un bien futuro para su familia u otros	Espera confiado un bien futuro deseado para sí mismo, su familia u otros.
Desamor	¿Siente molestia o indiferencia o rabia hacia usted... a otros... a su creencia...como un vacío interno?	Siente molestias o indiferencia o rabia a los 3 (sí mismo, otros y su creencia)	Siente molestias o indiferencia o rabia a 2 de 3 (sí mismo, otros y su creencia)	Siente molestias o indiferencia o rabia a 1 de 3 (sí mismo, otros y su creencia)	Siente amor a sí mismo, otros y su creencia.

DEFINICIONES DE SINTOMAS ESPIRITUALES, PARA ENESE.

1. Dolor espiritual: Sensación de **infelicidad o desagrado interior** por su situación de terminalidad o existencial, puede acompañarse de otros síntomas espirituales (angustia, desesperanza...) y otros síntomas confusos que no responden a intervenciones clínicas habituales. Por ejemplo: me siento mal, fracasado, infeliz, el dolor no se me pasa, por qué tanto sufrimiento, por qué esto me pasa a mí... Responde afirmativamente al preguntar si es un dolor de adentro... del alma. En ausencia se esperaría que el paciente manifieste bienestar interno, independiente de la existencia de otros síntomas. Puede identificar algún crecimiento personal, “un hombre nuevo”, en su experiencia de sufrimiento.

2. Auto castigo: Expresión de **daño a si mismo por una falta o pecado no perdonado** (por sí mismo y su creencia) y sin reparación, asociado a un sentimiento de culpa, genera angustia y sufrimiento en la persona. Por ejemplo: aislarse, no cumplir indicaciones de su tratamiento, no comer, entre otras expresiones. En ausencia de dicho síntoma se esperaría observar en el paciente conciencia de la fragilidad e imperfección humana, de faltas cometidas y ser redimido por sí mismo y en su creencia, asociado al sentimiento de amor y misericordia de Dios en el creyente.

3. Búsqueda espiritual proyectada: La **necesidad espiritual no es reconocida conscientemente y se proyecta en otra persona u otro síntoma**, por desconocimiento de algo que esta asociado a un evento displacentero y puede ser manifestado en exigencias a su familia, al personal y exacerbación de síntomas físicos, sin otra causa aparente. Genera angustia, inquietud y sufrimiento en el enfermo e impotencia en el personal y familiares. Por ejemplo: llama insistentemente (por acciones realizadas) para que le acomoden cama, que el médico lo examine... las náuseas no se pasan... Sin manifestar necesidad de trabajo espiritual. En ausencia de dicho síntoma se esperaría observar en el paciente un proceso de búsqueda espiritual en sí mismo, valore su experiencia, exprese bienestar y acoge el apoyo.

4. Angustia espiritual, para fines de este instrumento se considera la aflicción en relación al significado o sentido que se atribuye a la vida, la enfermedad y la muerte:

Ante la vida: Expresión de **aflicción por no encontrar un significado satisfactorio o positivo en su historia de vida**, en lo que ha realizado o no, e incapaz de controlar. Por ejemplo: mi vida es negativa, sin sentido, trunca, con proyectos inacabados... En ausencia del síntoma se esperaría observar un paciente tranquilo que valora satisfactoriamente su historia de vida e incorpore aspectos agradables y desagradables, que puede identificar como aprendizajes.

Ante la enfermedad. Expresión de **aflicción por una percepción negativa en la experiencia de enfermedad** y que es incapaz de controlar. Por ejemplo: la enfermedad sólo ha sido sufrimiento, absurda, sin sentido, injusta, un castigo... En ausencia del síntoma se esperaría observar un paciente tranquilo, que desde sus limitaciones descubre y valore aspectos positivos en su vivencia de enfermedad, que puede identificar como aprendizaje.

Ante la muerte. Expresión de **aflicción ante la muerte próxima que es percibida negativamente**, como un peligro real, una pérdida, inevitable, incontrolable, desconocida, en ocasiones con miedo y desamparo. Por ejemplo: la muerte es una desgracia, sin sentido, un castigo, injusta... En ausencia del síntoma se esperaría que el paciente perciba la muerte en paz, como parte de la vida y en el creyente con esperanza de resurrección. Puede descubrir aprendizaje y valores en su vivencia ante la muerte próxima.

5. Incredulidad. La **ausencia de creencia o fe en sí mismo, en los demás y su creencia.** Asociada a dificultad en acoger su existencia personal y a la desconfianza. Por ejemplo: no tengo fe en los médicos, ni en Dios, para qué existe uno, yo no confié en mi mismo, no creo... En ausencia de este síntoma, se esperaría que el paciente exprese creencia en sí mismo, en los demás y su creencia, que la acoge en su existencia personal.

6. Desesperanza. Estado de ánimo en el cual se presenta como **imposible obtener lo que se desea “un bien futuro”**, con la creencia que no se puede satisfacer las necesidades, acompañado de aflicción ante un peligro real de pérdida, inevitable, incontrolable, desconocido, en ocasiones con actitudes hostiles y asociado a la desconfianza. Por ejemplo: la muerte la acepto pero quiero que me sanen del tumor, ustedes no me entienden, no confío, no me sirven, no se que hacer, todos es negativo... En ausencia de este síntoma se esperaría que el paciente viva su enfermedad, en sus aspectos negativos y positivos, esperando confiado un bien futuro deseado para sí mismo y los demás.

7. Desamor Sentimiento de **molestia en la vida, con indiferencia por falta de entrega afectuosa a sí mismo, a otras personas y a su creencia,** puede acompañarse de un sentir insatisfecho, que no puede superar sus dificultades y sensación de **vació interno.** Por ejemplo: no se que importancia tienen los sentimientos, quiero que sufran con mi muerte, los odio, la vida no me ha dado nada... y ustedes tampoco, tengo rabia... En ausencia de este síntoma se esperaría que el paciente exprese un sentimiento de satisfacción en su vida, afecto a sí mismo, a los demás como a su creencia, y siente tener recursos internos para superar sus dificultades.

VIII. REFERENCIAS

1. DOYLE, D., D. HANKS, and N. MACDONALD, *Introduction*, in *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, O.U. Press, Editor. 1999: Oxford UK. p. 3 -11.
2. HARVEY, M.B., J., *Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying*. *Journal of Palliative Medicine*, 2005. **8**: p. 103-115.
3. O'CONNELL, K. and S. SKEVINGTON, *Reviewing the assessment of spirituality and religion in health-related quality of life*. *Chronic Illn*, 2007. **3 (1)**: p. 77-87.
4. NELSON-BECKER, H., M. NAKASHIMA, and E. CANDIA, *Spiritual assessment in aging: a framework for clinicians*. *Gerontol Soc Work*, 2007. **48 (3-4)**: p. 331-347.
5. WHITFORD, H., I. OLVER, and M. PETERSON, *Spirituality as a core domain in assessment of quality of life in oncology*. *Psychooncology*, 2008. **Nov; 17 (11)**: p. 1121-1128.
6. MING-SHIUM, T., *Illnes: An Opportunity for Spiritual Growth*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2006. **12, Number 10**: p. 1029-1033.
7. SPECK, P., *Spiritual issues in palliative care*, in *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 1999, Oxford University Press: Oxford UK. p. 805-814.
8. LOLAS, F., *Los principios fundamentales*, in *Bioética "El dialogo moral en las ciencias de la vida"*. 2001, Edi. Mediterraneo 2º Edición: Santiago de Chile. p. 63-71.
9. VÉLEZ, L.A., *Principios Éticos*, in *Etica medica Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*. 1996, Edi Corporación para las investigaciones biológica, 2º edición: Medellín Colombia. p. 20-24.
10. ROUSSEAU, P., *The art of oncology: When the tumor is not target. Spirituality and the Dying Patient*. *Clinical Oncology*, 2000. **18, N° 9**: p. 2000-2002.
11. SPECK, P., *Spiritual issues in palliative care*, in *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2003, Oxford University Press: Oxford UK. p. 805-814.
12. NELSON, C.R., B.; BREITBART, W.; GALIETA, M., *Spirituality, Religion and Depression in the Terminally III*. *Psychosomatics*, 2002. **43:3**: p. 213-220.
13. DOYLE, D., D. HANKS, and N. MACDONALD, *The emotional problems of the patient*, in *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, O.U. Press, Editor. 2003: Oxford, UK. p. 903.
14. LÓPEZ, R., F. NERVI, and P. TABOADA, *Manual de Medicina Paliativa*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina. ed. 2005, Santiago de Chile.

15. KREITZER, M., et al., *The Brief Serenity Scale: A Psychometric Analysis of a Measure of Spirituality and Well-Being*, in *J Holist Nurs*. 2009: Minnesota.
16. YONG, J., et al., *Development and validation of a scale assessing spiritual needs for Korean*. *Journal of Palliative Care*, 2008. **24:4**: p. 240-246.
17. R.A.E. *Real Academia Española. Diccionario de la lengua Española - Vigésima segunda edición*. Acceso noviembre - 2007 [cited 2007 09-Noviembre].
18. PACOMIO, L., et al., *Pecado, Pecado original. Dolor*, in *Diccionario Teológico Enciclopédico*. 2003: Navarra. p. 750 - 753, 278-279.
19. JUAN PABLO II, *Salvifici Doloris*, in *Carta Apostólica*. 1984: Vaticano.
20. BARBAGLIO, G. *Nuevo Diccionario de Teología*. 1986 [cited 27-03-08]; Available from:
http://books.google.cl/books?id=_pdqfk9hh_cC&dq=salvif%C3%ADco+diccionario&source=gb_s_summary_s&cad=0.
21. R.A.E., *Castigar*, in *Diccionario de la Lengua Española*. 1994: Madrid. p. 435.
22. LAPLANCHE, J. and J. PONTALIS, *Sentimiento de culpabilidad, Proyección, Objeto, Ternura, Superyó.*, in *Diccionario de Psicoanálisis*. 1997: Buenos Aires. p. 258-262, 306-312, 397-398, 411-421, 430.
23. SPEZIALE-BAGLIACCA, R., *La culpa. Consideraciones sobre el remordimiento, la venganza y la responsabilidad*. Asociación Psicoanalítica de Madrid. Biblioteca Nueva, S.L. ed. 2002, Madrid.
24. FREUD, S., *El malestar de la cultura*, in *Sigmund Freud Obras Completas*. 1929: Buenos Aires.
25. LAPLANCHE, J. and J. PONTALIS, *Angustia*, in *Diccionario de psicoanálisis*. 1997: Buenos Aires. p. 27-28.
26. PACOMIO, L., et al., *Enfermedad, Muerte, Vida, Vida Espiritual, Esperanza, fe, Amor*, in *Diccionario Teológico Enciclopédico*. 2003: Navarra. p. 37-41, 304, 325-328, 382-386, 666-668, 1021-1023.
27. REYES, M., *Formación en valores a familias de enfermos terminales*, in *Educación*. 2003, Sevilla: Santiago de Chile. p. 153.
28. FREUD, S., *Esquema del psicoanálisis (1937-1939) "Doctrina de las pulsiones" (1938) O.C. XXIII*, in *Sigmund Freud Obras Completas*. 1991: Buenos Aires. p. 146 - 147.
29. MITCHELL, S., *Conceptos relacionales en psicoanálisis, una integración.*, in *Las pulsiones y la matriz relacional*, S. veintiuno, Editor. 1988. p. 78.
30. CONSUEGRA, N. *Diccionario de Psicología, Confianza versus desconfianza, esperanza*. 2004, pp 156-157 [cited 2008 10 de Mayo].

31. JUAN.PABLO.II, *Dives in Misericordia*, ed. Vaticano. 1980, Vaticano.
32. BENEDICTO.XVI, *Caritas in Veritate*, ed. L.E. Vaticana. 2009, Vaticano.
33. INOUYE, S.K., *The confusion assessment method*. Ann Inter Med, 1990. **113**: p. 941-948.
34. QUIROGA, P., C. ALBALA, and G. KLAASEN, *Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile*. Revista Médica de Chile, 2004. **132- 4**: p. 467-478.
35. CRONBACH, L.J., *Coefficient alpha and the internal structure of the tests*, in *Psychometrika*. 1951. p. 297-334.
36. CORTINA, J.M., *What is Coefficient Alpha. An examination of theory and applications*. Applied psychology, 1993. **78**: p. 98-104.
37. FELDT, L.W., D.J., *Statistical inference for Coefficient Alpha*. Applied Psychological Measurement, 1987. **11**: p. 93-103.