

México, D.F. a 17 de Mayo del 2012.

DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION
MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.
PRESENTE.

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentaron:

- Lilia Marcela Faydella López y Verónica Mozo Mirafuentes.

Alumnas de la Generación 2011-2012.

El nombre de la Tesina es: “Intervención tanatológica de calidad en la interacción del dolor físico y el dolor emocional.”

A T E N T A M E N T E .

Lic. María de la Soledad Escamilla Cejudo.



Agradecimientos.

Principalmente a Dios porque gracias a Él hoy estoy de nuevo de pie y mejor que nunca. A mis hermanas, a mis Papás por su apoyo con mi hijo y a ti hijo mío por tu comprensión. Recordándote que te amo. Vero

Doy gracias a mi destino porque me encontré con todo un abanico de dolor; el cual me ayudó a aprender, a crecer y a saber el porqué y para qué de mi vida. Pero sobre todo agradecida con mi Creador por mi existencia; con su amor incondicional y su pronto auxilio en mis tribulaciones siempre está ahí... mostrándome que lo mejor para mi bien; aún está todavía por suceder. Marce

° **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Cuando la visión de la interacción del dolor físico y del dolor emocional es separada, se dificulta la atención tanatológica de calidad.

° **JUSTIFICACIÓN.**

La atención de calidad al paciente tanatológico, implica una visión integral de la interacción del dolor físico y del dolor emocional.

° **OBJETIVO GENERAL.**

Mostrar que la visión de la interacción del dolor físico y del dolor emocional, permite dar una atención tanatológica de calidad.

° **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- 1.- Reconocer las características del dolor tisular.
- 2.- Determinar que es el dolor emocional.
- 3.- Observar la interacción del dolor físico y el dolor emocional del paciente hospitalizado.
- 4.- Conocer la importancia de la espiritualidad.

ÍNDICE

• INTRODUCCIÓN.....	5
1. EL DOLOR.....	8
1.1 DOLOR TISULAR.....	9
1.2 DOLOR EMOCIONAL.....	14
2. INVESTIGACIÓN DE CAMPO. ENTREVISTA AL MÉDICO ALGÓLOGO.....	18
2.1 PERFIL DE LOS PACIENTES QUE SE ENTREVISTARON PARA LA ENCUESTA... ..	20
3. CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA ESPIRITUALIDAD.....	38
4. CONCLUSIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

INTRODUCCIÓN.

El dolor es una sensación noiceptiva del medio externo hacia nosotros, por definición es una experiencia sensorial y emocional desagradable. Por tanto, es difícil vivir cuando la pérdida de la salud se presenta causando estragos en la vida personal, laboral y en el núcleo familiar. Ya que implica modificar varias situaciones personales. Haciendo notar la importancia al diagnóstico médico lo cual sería relevante hacer caso a las indicaciones y/o tratamientos que indique el especialista para obtener un mejor pronóstico.

En la primera parte encontraremos las diferentes características que se pueden presentar cuando hay dolor a causa de alguna enfermedad. Observando también dentro de este primer capítulo el dolor tisular y el dolor emocional haciendo realce de este último, porque es de suma importancia se tome en cuenta en los pacientes, para que su tratamiento tenga avances favorables. Porque el dolor emocional se hace presente en el espíritu de cada ser humano cuando pasa por situaciones que le son difíciles de manejar, como es el estar con dolor intenso, ahí es donde la persona se vuelve vulnerable, y en ocasiones lo pueden tomar como castigo, dependiendo de las creencias de cada persona.

Encontramos que las emociones destructivas siguen vivas en una persona cuando no las ha tratado de una forma adecuada con ayuda

de algún especialista; aunque ella piense que las dio por muertas, pero sus emociones están enterradas vivas como lo menciona uno de los autores médico el Dr. Don Colbert y en situaciones tan serias como la pérdida de la salud esas emociones encuentran salida.

En el segundo capítulo veremos que el tiempo de la enfermedad puede ser variado en los pacientes hospitalizados cuando se ha complicado la recuperación, el dolor tisular llega a ser insoportable en estos casos. Como lo encontramos en la investigación de campo que se realizó en el Hospital General de Zona 1-A Venados en pacientes que presentaron una Escala Analógica Visual (EVA) mayor a 3 y que estando controlado su dolor físico accedieron a contestar la entrevista. Con la que se observó que el dolor físico puede llegar a deformar la personalidad de cada paciente y que al mismo tiempo puede interactuar con el dolor emocional provocando el aumento o intensidad del mismo.

En el último capítulo se habla de la importancia de poder encontrar la habilidad para desarrollar una espiritualidad en los seres humanos consiguiendo ser mejores personas, y así tener herramientas disponibles en el manejo de las emociones cuando se presentan situaciones difíciles, como es la presencia de una enfermedad inesperada con deterioro en corto tiempo o de tratamientos largos e incómodos; ambos generan en los pacientes alteraciones emocionales importantes que van a retrasar la recuperación ya que el sistema inmunológico se deprimirá más.

Aprender a ser espirituales no quiere decir que busquemos o aumentemos una religiosidad, sino que se trata de buscar en primer lugar dentro de uno mismo, observando que es lo que nos molesta, lo que esta incomodando o interfiriendo con el actuar diario. Averiguar lo que nos tensa día a día que no permite actuar favorablemente a nuestro bienestar, crear nuevas perspectivas, ponerse a explorar nuevas actividades.

Cuando se empieza a obtener ese crecimiento espiritual, da una satisfacción personal. Porque se obtiene una sensación de tranquilidad, que hace sentirse bien, con paz en el interior. Se aprende a disfrutar de uno mismo, de lo que nos rodea, de los seres queridos, de las relaciones personales y hasta de las pequeñas cosas que uno encuentra en su camino.

“El ser humano sufre cuando tiene una experiencia desagradable que cree que no tendrá fin.” Friedrich Nietzsche

1. **EL DOLOR.**

El dolor es una señal de alarma de una posible lesión o enfermedad. Las terminaciones nerviosas que transmiten las sensaciones de dolor al cerebro están distribuidas por toda la superficie exterior del cuerpo y de los órganos internos. El estímulo doloroso, recogido por estas terminaciones nerviosas en el punto del organismo afectado, recorre el nervio sensitivo, sube por las fibras sensitivas de la médula espinal y llega a la corteza cerebral, en donde es percibido. Cada individuo tiene una sensibilidad diferente al dolor. (1)

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) señala que es una desagradable experiencia sensitiva y emocional que se asocia a una lesión real o potencial de los tejidos. Dicha experiencia es siempre “subjetiva”, de tal modo que debemos admitir y creer que la intensidad del dolor es lo que el paciente exprese. (2)

1.1 DOLOR TISULAR.

Según su etiología, el dolor nociceptivo también denominado dolor normal o fisiológico es conceptualizado como el mecanismo más frecuente en las algias agudas y que se genera por estimulación de los nociceptores, periféricos o profundos (situados a nivel visceral), transmitiéndose por la vía nerviosa específicas del dolor hasta alcanzar el tálamo y la corteza cerebral. (3)

La categoría nociceptiva, como específica Derasari (2002) comprende tanto el dolor somático (heridas, artritis, dolor postraumático, quemaduras, tendinitis y dolor muscular), como el visceral (apendicitis, cólico biliar, dolor canceroso, pancreático y dolor pleural). Prácticamente el dolor somático se transmite a lo largo de fibras sensoriales, mientras que el dolor visceral puede ser transportado por fibras autonómicas (del sistema nervioso simpático). (4)

Puede considerarse también una experiencia subjetiva integrada por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas, incluyendo la emoción desagradable que da entrada a un conjunto de sentimientos entre los que se encuentran el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación. (3,4)

El dolor de tipo patogénico, se pueden clasificar según la:

- A) Cronología: duración / temporalidad. (Dolor incidental).
- B) Topografía: localización. (Dolor somático y dolor visceral).
- C) Patogenia: causa desencadenante (Dolor nociceptivo, dolor neurogénico / neuropático, dolor psicógeno). (5)

Se debe diferenciar entre el dolor agudo, donde éste es un síntoma de enfermedad, y el dolor crónico, donde el propio dolor es la enfermedad.

Para ello hay que utilizar la dosis o el tipo de medicamento por la intensidad del dolor manifestado, y tomar en cuenta la interacción psicológica que se vive en ese momento por que puede alterar la percepción del dolor; en estos casos los medicamentos llamados adyuvantes para el dolor toman importancia; muchos de ellos tienen efectos antidepresivos, lo cual favorece ambos aspectos; el control del dolor y el aspecto psicológico involucrado.

El control y manejo del dolor es prioritario en los enfermos, por que tiene efectos catastróficos, no sólo en el enfermo, sino también en la familia y en el equipo de profesionales de la salud. El manejo del dolor es y debe ser una prioridad, la falta del manejo debe considerarse como negligencia médica.” (6)

Según el Dr. González Barón la vivencia dolorosa consta de dos experiencias, subjetivas y simultáneas.

° Dimensión senso-discriminativa, cualidades sensoriales del dolor, elemento básico de la sensación dolorosa, permite precisar localización, intensidad y modificación temporal y su capacidad de soportarla (Algognosia).

° Dimensión afectivo-emocional (umbral de dolor) que se representa con carácter desagradable, en ésta confluyen, entre otros, deseos, temores, un sustrato morfofuncional en el Sistema Nervioso Central.

Desencadena modificaciones motoras, posturales o hábitos que conducen a rechazar la sensación dolorosa. A veces puede dar lugar a reacciones depresivas, ansiedad o aislamiento. (7,8,9)

° *El dolor en pacientes con enfermedades que requieren cirugía.*

- Puede ser ilimitado en su duración.
- Persiste después de la lesión que la originó.
- Adverso, destructor y pernicioso para el individuo.
- Carece de misión protectora.
- Frecuente depresión y alteraciones del estado de ánimo.
- Agotamiento físico.
- La causa del dolor es el dolor en sí mismo.
- Se favorece por plasticidad del sistema nervioso.

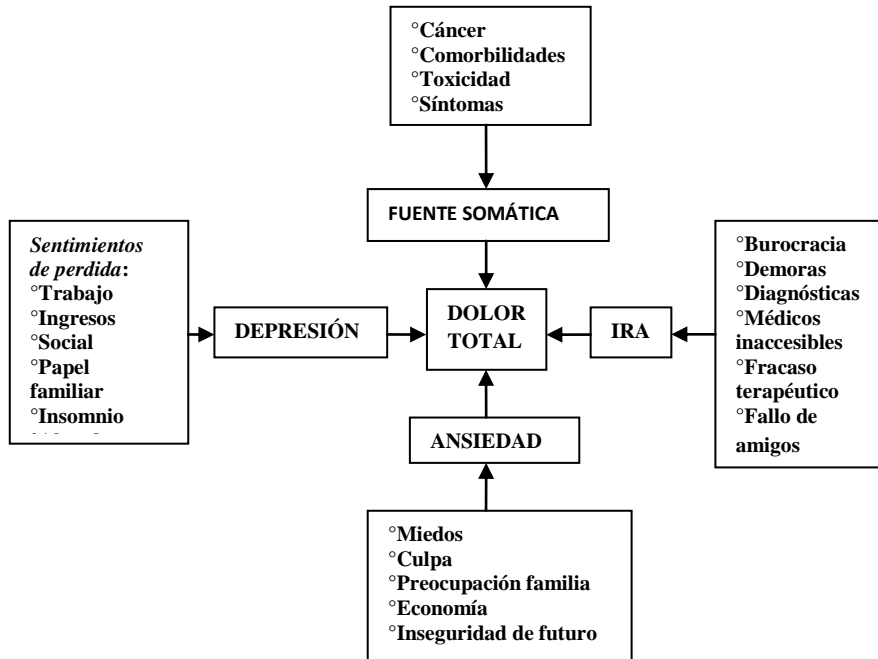
Se debe tratar el propio síndrome álgido. Habrá que valorar además aspectos psicológicos, emocionales y socio-familiares. (10,11,12) (ver tablas p.13)

Actualmente se considera al dolor crónico como un síndrome grave, que se acompaña de alteraciones psicológicas de distinta severidad, que con tratamiento el paciente solo consigue alivio y adaptación, raramente la curación. Requiere cuidados continuos con enfoque multidisciplinario. (13, 14)

El paciente es la persona que busca ayuda, o asesoría profesional sobre su salud, la identificamos como paciente. "Patior", palabra de origen latino que significa "*el que soporta sufrimiento o dolor*". (15,16)

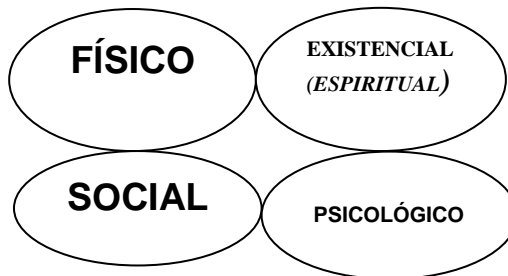
A su vez, ambas palabras están correlacionadas en gran parte de enfermos *con dolor*, pero la diferencia está en que el sufrimiento, o dolor total, interviene la memoria, la imaginación y la inteligencia, incluye el pasado y el futuro, lo físicamente ausente pero presente al espíritu. Existe pues la posibilidad de percibir y aumentar el dolor real.

TABLA 1: Esquema de Twycross. DOLOR TOTAL



Gándara del Castillo A, González Barón M. Introducción al dolor oncológico. En: Dolor y Cáncer. Hacia una oncología sin dolor. Ed. Médica Panamericana S.A. Madrid 2003. 1-5

TABLA 2: Componentes del SUFRIMIENTO (Cassell EJ; Saunders C.)



Wenk R: Sufrimiento existencial en el final de la vida. La perspectiva de un médico. Med Pal 2008; Vol. 15: 48-50.

*“No quiero pensar porque no quiero que el dolor del corazón se una al dolor del pensamiento.”
Emilio Castelar*

1.2 DOLOR EMOCIONAL.

El profesor John Preston como doctor en psicología y profesor asociado de la Universidad Internacional Alliant en Sacramento, California en Estados Unidos. Es un prestigioso neuropsicólogo.

En su libro *“Superar el Dolor Emocional”*, el Dr. John Preston parte de la asunción básica de que la vida en ciertas ocasiones es dura. En las situaciones donde sobreviene el dolor emocional, la tarea según el autor, no es sencillamente sobrevivir, sino también pasar los momentos difíciles y emerger con el deseo de continuar viviendo y seguir creciendo. Afirma que la gente tiende a negar los sucesos emocionalmente traumáticos. Por lo tanto el autor propone que el primer paso para comenzar la curación emocional es caer en la cuenta. Él comenta *“Todos estos sentimientos son algo humano... se que no nos gustan, pero que son reales, y por lo tanto es normal que nos preocupen.”*

En las situaciones de dolor emocional el encontrarse dentro de una red social que niega la realidad de nuestro dolor no nos ayuda a superarlo. Por el contrario obtenemos una mayor sensación de alienación y soledad. Así todo sufrimiento emocional es

apreciablemente más intenso cuando se tiene que experimentar a solas. (17)

En las visitas al médico se descubrieron por estadísticas que son relacionadas por cuestiones del estrés.

“Entre el 75 y el 90 por ciento de todas las visitas a médicos clínicos son por desordenes relacionados con el estrés.” (18,p.18)

El Dr. Don Colbert, comenta que lo que uno siente emocionalmente se convierte en lo que sentimos físicamente (psicosomático). Muchas de las veces se manifiestan a causa del estrés que vamos acumulando y este se refleja en nuestro organismo.

“Es lo que hace la mayoría de las personas. La primera manifestación del estrés suele ser el dolor de cabeza por tensión, los problemas digestivos (estómago, intestino, etc.), o erupción cutánea. Todas estas dolencias, claro está, agregan más estrés. Si no tratamos el estrés inicial, de raíz, estos síntomas pueden volverse crónicos. Y pueden aparecer síntomas nuevos y más profundos: Insomnio, pérdida o aumento de peso, dolor muscular especialmente en la espalda y en las piernas, letargo generalizado o sensación de agotamiento, lentitud para pensar, falta de ambición y energía..... Si seguimos ignorando el estrés que está en la raíz, los síntomas pueden convertirse en una enfermedad declarada del tipo que requiere cirugía, quimioterapia y radioterapia, medicación más fuerte.

Las reacciones ante el estrés son los modos en que nuestros cuerpos procesan y liberan tanto las emociones como los elementos físicos negativos que vivimos a lo largo de la vida.” (18, p.19)

El Dr. Candace Pert, pionero en la investigación del estrés; hizo estudios, suponiendo al empezar dicha investigación que las emociones se encontraban tan solo en el cerebro; cual fue su sorpresa cuando descubrió que las emociones están en el cuerpo. (18, p.21)

Siendo las emociones básicas: el enojo, el miedo, la tristeza y la alegría.

El enojo puede llevar a una ira; el miedo mal manejado termina en ansiedad, la tristeza que en extremo lleva a la depresión y la alegría siendo en exceso se convierte en una euforia.

Se ha demostrado por profesionales que han estudiado las emociones que la relación entre la mente y el cuerpo dan origen a una potente o explosiva emoción cuando está reprimida por un largo lapso de tiempo en su vida.

“La ira o enojo extremo que reprimimos a veces escapa de la mente inconsciente,....” (18, p.69)

Las emociones destructivas siguen vivas en una persona cuando no las ha tratado de una forma confrontativa con ayuda de algún especialista; aunque ella piense que las da por muertas. Pero sus emociones están enterradas vivas.

“Las emociones que quedan atrapadas dentro de la persona buscan resolución y expresión. Esto forma parte de la naturaleza de las emociones, porque deben sentirse y expresarse. Si nos negamos a dejar que salgan a la luz, las emociones se esforzarán por lograrlo.” (18, p.70)

Observando lo anterior se quiso comprobar de forma directa con personas hospitalizadas que están presentando dolor; para ello se realizó una investigación de campo, con la que se comprueba el impacto que causan las emociones mal manejadas en las enfermedades presentes en estas personas.

Apoyada en una entrevista realizada a la Dra. Elizabeth Gachuz Ortega Médico Algóloga, explicando un poco más el dolor vivido en sus pacientes y el manejo del mismo.

“Quiero tener algún día el privilegio de llegar hasta lo más alto donde el espíritu tiene su fortaleza y nuestra fe su razón de ser.” Jorge Luis Borges

2. INVESTIGACION DE CAMPO.

Entrevista realizada a la Dra. Elizabeth Gachuz Ortega. Algóloga* del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Realizada el 02 de Diciembre del 2011 por Marcela Faydella y Verónica Mozo.

La Dra. Elizabeth es *anestesióloga* desde hace dieciocho años e hizo la *subespecialidad de algología*. Trabaja con pacientes oncológicos en el área de “cuidados paliativos” con diferentes atenciones y a la vez siendo integrales una con la otra, como son “medicina del dolor”, apoyo psicológico (contando con una psicóloga, siendo parte del equipo de la Dra. Gachuz), “terapias alternativas (tanatología y reflexología)”.

-¿Dra. Elizabeth como observa la Algología en México?

- Ya existe en nuestro país, aún no aparece en el organigrama de los hospitales, pero cada vez se está haciendo presente en la comunidad médica. Se necesita una reforma a nivel institucional; puedo darme cuenta por la

**Algología: Rama de la medicina que se ocupa del estudio del dolor. (19)*

consulta que la población vieja ya nos está rebasando en general y es insuficiente con lo que ofrece hoy día la asistencia en las Instituciones Nacionales de Salud. Sin dejar de mencionar la población en general también con enfermedades degenerativas o pacientes terminales como con insuficiencia renal, neurológicas o cardíacas que necesita de Cuidados Paliativos.

La Algología en México se inicia con el Dr. García Olivares hace 30 años en el Hospital Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. De la institución del ISSSTE solo existe en este Hospital López Mateos el servicio de Algología.

-¿Los derechohabientes y sus familiares exigen atención para control del dolor de la persona con las complicaciones que le aquejan en su enfermedad?

-Si ya lo hace, hay conciencia. Yo trabajo en dos Hospitales, aquí en el ISSSTE y otro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (el Hospital Juárez). Aquí en el López Mateos los derechohabientes son de clase media, profesionistas o con carreras técnicas. Y hacen respetar y exigir sus derechos. En el otro Hospital lo hacen pero en menor cantidad.

-¿En sus años de profesionista, como médico, cómo definiría en una palabra o frase lo que hace falta en México dentro de la comunidad médica?

- ¡HUMANIZACION!

- ¿Algo más que quiera agregar Dra. Elizabeth?

- *Si; aún no hay plaza como Algóloga. Tengo el mismo sueldo de anestesióloga aún haciendo las dos profesiones; pero la satisfacción de hacer lo que hago es el 100%*

2.1 PERFIL DE LOS PACIENTES QUE SE ENTREVISTARON PARA LA ENCUESTA.

Son pacientes del sexo femenino y masculino, con edad de 40 a 50, 51 a 60 y 70 a 80 años, con diagnósticos que requieren cirugía o pos-operatorios, en los pacientes provocan una Escala Analógica Visual (EVA) de más de 3 a un máximo de 10. Todos del servicio de cirugía general del turno nocturno del Hospital General de Zona 1- A José Ma. Vertiz “Venados”. Encuesta elaborada del 14 de Noviembre del 2011 al 14 de Enero del 2012, por Marcela Faydella y Verónica Mozo.

OBJETIVO

Mostrar cómo la interacción del dolor físico y del dolor emocional, y si dificultan la atención tanatológica.

ENCUESTA DESCRIPTIVA Y OBSERVACIONAL

En un universo de 50 pacientes del Hospital General de Zona 1- A José Ma. Vertiz “Venados”. Del servicio de cirugía general hospitalización del turno nocturno, durante el periodo del 14 de Noviembre del 2011 al 14 de Enero del 2012.

Se aplicó una encuesta de tres preguntas abiertas, previo a la aplicación se le informo al paciente si desea o no participar en el estudio, en los casos que aceptaron se les mencionó que es de carácter confidencial y se les agradeció por su valiosa participación.

LAS VARIABLES

Que se tomaron en cuenta; edad, estado civil, ocupación y el grado de dolor cuantificado con la Escala Analógica Visual (EVA), descrita más abajo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- .-Pacientes con un EVA mayor de 3 la mayor parte del tiempo.
- .-Pacientes con EVA elevado o controlado pero que aceptaban hablar sin complicaciones.
- .-Pacientes hombres y mujeres que requerían analgésico antes del horario indicado.

.-Pacientes con dolor desde su ingreso al piso y con varios días de hospitalización.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

.-Pacientes con un eva mínimo pero no aceptaban hablar o contestar las preguntas.

.-Pacientes que no aceptaron terminar la encuesta.

ENCUESTA

1. *Si pudieras parar tu dolor ¿cómo lo harías?*
2. *¿Por qué?*
3. *¿En qué lugar te gustaría estar en este instante?*

LA ESCALA ANALOGICA VISUAL (EVA)







La Escala Analógica Visual (EVA) es el instrumento que nos ayuda a cuantificar la intensidad del dolor que el paciente está sintiendo. Su forma técnica para calificar es:

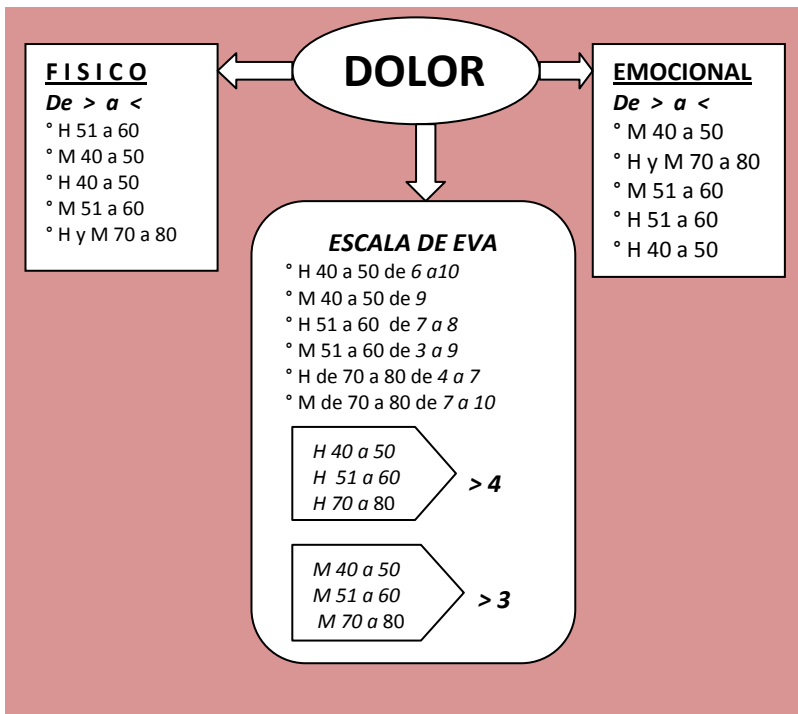
- El cero es igual muy contento o sin dolor.
- El dos es igual a que siente un poquito de dolor.
- El cuatro es igual a que siente un poco más dolor.
- El seis es igual a que siente aún más dolor.

- El ocho es igual a que siente mucho dolor.
- El diez es igual a que siente un dolor peor al que puede imaginarse. Es casi insoportable.

La escala de EVA es una medida de ayuda para poder entender al paciente como es su dolor, ya que a veces les cuesta trabajo manifestarlo con palabras exactas, así se les da opciones del 1 al 10 explicándole en qué consiste.

A continuación se observa un cuadro que explica la escala de EVA:

					
0 Muy contento; sin dolor	2 Siente sólo un poquito de dolor	4 Siente un poco más de dolor	6 Siente aún más dolor	8 Siente mucho dolor	10 El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte



ENCUESTA DEL DOLOR FISICO Y EMOCIONAL POR SEXO Y EDAD, con ESCALA de EVA.

H= HOMBRE. M= MUJER. > MAYOR QUE, < MENOR QUE.

Investigación México, D.F. 2011-2012 M. Faydella y V. Mozo ©

EDAD	MUJER	HOMBRE	ESCALA DE EVA	
			M	H
40 a 50 AÑOS			4 a 9	6 a 10
51 a 60 AÑOS			3 a 9	7 a 8
70 a 80 AÑOS			7 a 10	4 a 7

RESULTADOS.

La mayoría de los pacientes de 40 a 50 años son mujeres con una escala máxima de EVA de 9 casi todas cuentan con un trabajo solo algunas son amas de casa. Haciéndoles la primera pregunta: Si pudieras parar tu dolor ¿cómo lo harías? en esta pregunta más del 90% mostraban sentimientos de culpa, por no haberse atendido a tiempo. Justificándose porque se preocupaban más por otras cosas, como la atención de su familia que darse el tiempo para ellas incluyendo su salud.

La mayoría tienen diagnóstico de cáncer de mama, colon y endometrio; las otras son heridas abiertas por que se infectaron. Su respuesta fue en el 80% - *“ojalá pudiera regresar el tiempo”* y la otra respuesta en el 20% era el interés por empezar y terminar los tratamientos ya que muchas interrumpieron este; ellas comentan que eran demasiados estudios, quimios según el caso y les fue doloroso.

Al hacerles la segunda pregunta *¿Por qué?* Confesaban –*“si hubiese continuado en el momento no tendría que estar pasando este dolor también ahora; la verdad me arrepiento de no haberlo continuado en su momento”*.

En algunos casos ya no recibían el apoyo incondicional de sus familiares, se notaban malos tratos de parte de ellos. Compartían la incomprensión del dolor que sentían cuando la escala de EVA era más alta y eso las hacía sentir peor.

La tercera pregunta ¿en qué lugar te gustaría estar en este instante? De acuerdo a la encuesta realizada en la pregunta el más del 80% prefiere estar en casa o en un lugar lejano pero con su familia. Sólo en donde el dolor es de 9 prefieren quedarse en el hospital por el analgésico y tratamiento.

En los hombres de 40 a 50 años el 95% se mantuvo con una escala de EVA de 6 y el otro 5% con una escala de EVA 10. Todos eran casados, los papás proveedores, tenían a sus padres que los apoyaban moralmente, siendo las cuidadoras primarias principalmente sus esposas. Los diagnósticos de ellos fueron apendicetomías, insuficiencia venosa celulitis y safenectomías o sea operado por varices (en las apendisectomías se complicaron por infección posterior al regreso a su domicilio y tuvieron que regresar al hospital tres de los pacientes).

En este grupo de varones el demostrar dolor físico con su familia nuclear, ellos sentían que era signo de poca valentía así que la mayoría aguantaba su dolor; pero estando solos expresaban un temor al dolor, junto con ansiedad, desesperación y hasta enojo manifestándolo con gritos e insultos, siendo el causante el intenso dolor físico. En los casos que llegó a 10 la escala de EVA.

En la pregunta si pudieras parar tu dolor ¿cómo lo harías? En el 20% quisieran que les aumentaran las dosis de analgésico y seguir el tratamiento indicado. El otro 80% con lo anterior mencionado más el que les explicaran con detalle lo que están presentando y porqué;

demuestran temor a que se complique y no puedan pronto ser dados de alta. En este porcentaje la mayoría tuvo un EVA de 8 a 10. Lo cual indica que su alteración emocional aumenta el dolor físico manifestado como intolerable para ellos.

En la segunda pregunta ¿porqué? Ninguno de ellos quiere sentir dolor ni el mínimo o máximo; así que están al pendiente de sus horarios de analgésico. Y por otra parte creen que es necesario saber de su tratamiento y evolución para estar más tranquilos.

Y en la pregunta ¿en qué lugar te gustaría estar en este instante? Todos contestaron – *“En mi casa”*, dada una respuesta como impulso, pero ya razonándolo; sobre todo aquellos con EVA de 8 a 10 prefieren estar en el hospital; ellos sienten que es más rápido quitar el dolor por vía intravenosa. Aunque no se sientan a gusto por estar ahí.

Este grupo manifiesta sus inquietudes, ansiedades y miedos; desean explicación minuciosa de lo que están pasando, el cómo y el porqué del dolor. Este disminuía considerablemente tan solo con escucharlos hablar o expresar lo que están sintiendo, aclarar sus dudas para disminuir el temor. (En ciertas ocasiones disminuía el dolor sin analgésico; aunque tocara el suministro de este) al expresarse –*“mencionan que les preocupa regresar lo más pronto posible a sus labores y no perder sus trabajos, no quieren sentir que son una carga para sus familias”*.

La mayoría de los pacientes de 51 a 60 años son hombres con una escala de EVA de 7 a 8. En su mayoría tienen hijos casados y son abuelos; se dedican al comercio o tienen algún oficio. Otros son jubilados. En este rango de edad los diagnósticos fueron cáncer faríngeo y de colon; en otra cirugía de vesícula en las cuales dos casos se complicaron por infección de herida quirúrgica y se tuvo que comenzar con curaciones dos veces al día; estas presentaban dolor intenso. Se tenía que administrar analgésico previo a la curación. También se encontraron pies diabéticos con complicaciones que tuvieron que ser amputados para mejor pronóstico del paciente; porque las curaciones no son suficientes en estos casos.

En la pregunta si pudieras parar tu dolor ¿cómo lo harías? El 90% haría lo que fuera por no sentir dolor; ellos comentaban: –*“Es algo que no puedes describir solo el que lo está sintiendo.”*; otros decían – *“Seguir el tratamiento y realizar todos los estudios sin peros”*; y otros más. –*“Buscar otras alternativas que me pudieran quitar esta enfermedad”*. El otro 10% contestaban: –*“Que me pudieran dar medicamento para mejor estar dormido, y no sentir dolor”*. Lo observado dado su respuesta fue que en ocasiones no tuvieron familiares que se pudieran quedar con ellos ya sea durante el día o la noche por varios días y preferían estar sedados para estar aislados de su realidad.

En la segunda pregunta ¿Porqué? Los del 90% su respuesta fue: - *“No me gusta verme como estoy actualmente, me siento impotente*

por no poderme mover de esta cama, necesito pensar que puede haber otra posibilidad de curación”; otra respuesta –“No quiero ser un inútil que tenga que depender de los demás”. Del otro 10% contestaban: -“quiero estar dormido; para no seguir pensando en mi desgracia”.

En la última pregunta ¿en qué lugar te gustaría estar en este instante? El 99% mencionó –“*En mi casa con mi familia no importa que tuviera que estar en cama; o tal vez un lugar lejano como provincia para poder ver los amaneceres*”. (Coincidió que ese día, al terminar la guardia se vio un precioso amanecer que pudimos contemplar por la ventana del hospital y justo con los pacientes que lo habían mencionado.) El 1% corresponde a un paciente que su respuesta fue –“*Quisiera estar en el panteón así estaría mejor, de todas formas estoy solo nadie viene a verme... y teniendo 6 hijos,...no quiero estar con dolor*”. El compartió su sentir: -“*Tengo un gran sentimiento de culpa por fallarle a mis hijos, ya que ellos no tienen la culpa de lo que hacen los padres*”. Mencionaba con una marcada ansiedad y desesperado por no saber qué hacer. Este varón calificaba su dolor físico con escala de EVA con 8 pero al interrogatorio y revisión de este, correspondía a un EVA de 4. El paciente después de hablar y expresar sus sentimientos y emociones manifestó que su dolor disminuyó.

En la mujeres con edad de 51 a 60 años con escalas de EVA de 3 a 9. Son amas de casa, algunas son jubiladas o cuidan a sus nietos

como apoyo o trabajo. Otras tienen negocio propio y también cuidan a sus padres; pudiendo ser uno o los dos. Los diagnósticos de estas pacientes fueron cáncer de colon y vesícula; en un caso se complicó por infección, permaneciendo más tiempo hospitalizada.

En la primera pregunta si pudieras parar tu dolor ¿cómo lo harías? el 70% respondió que con más medicamento; encontrar algo que pueda quitar el dolor. Buscar otras opiniones para el tratamiento por que a lo mejor no está siendo lo adecuado. El 20% contestó que no estaría hospitalizada porque se siente peor que como llegó; irían a otro lugar con quien las pudiera ayudar. El otro 10% hacer todo lo que el médico diga para poder sanar, y con los analgésicos para disminuir el dolor.

En la siguiente pregunta ¿porqué? Su contestación era –“*En muchas ocasiones no seguimos indicaciones y por eso avanza la enfermedad y nos va peor.*” Este fue del 10%. Del 20% su respuesta refiriéndose a las que no querían estar hospitalizada; decían: –“*Si de todas formas no se puede detener la enfermedad, es mejor no estar en donde te deprimes. No habiendo cura para el dolor que tengo... a lo mejor se puede encontrar otras opciones*”. Del 70% restante comentaban, –“*Estaría más tiempo sin dolor al menos para poder descansar o poder hablar con mis familiares que me vienen a visitar*”.

Tercer pregunta ¿En qué lugar te gustaría estar en este instante? La respuesta fue unánime todas quisieran estar en su casa con su

familia a pesar del dolor, como las que llegaron a 9 de acuerdo a la escala de EVA. Con una paciente en particular le causaba una importante desesperación estar hospitalizada a pesar de que eso era lo más benéfico para ella, por las curaciones de su herida infectada, mencionaba sentirse frustrada, impotente, angustiada y hasta enojada, lo demostraba en el tono de voz, porque ella quería seguir haciendo todo. Organizando su vida personal y la de los demás. Ella cuidaba de su mamá; no permitía que nadie más lo hiciera porque aseguraba que solo ella lo hace bien. En conclusión no se da tiempo para sí misma, no disfruta lo que hace en su vida cotidiana; por creerse que es su obligación. No cuidando su propia alimentación; pero si procurando la de su familia. El diagnóstico de esta paciente fue vesícula complicada; por no atenderse oportunamente.

La mayoría de los pacientes de 70 a 80 años hombres con una escala de EVA de 4 a 7. En su totalidad son jubilados de una profesión, y actualmente tienen una tienda de abarrotes o negocio ambulante. Algunos viven solos, otros todavía con su pareja y en algunos casos viven con ellos sus hijos casados. Los diagnósticos de ellos fueron oclusión intestinal, cierre de colostomía o colocación de colostomía.

En la primera pregunta si pudieras parar tu dolor ¿cómo lo harías? el 95% con la respuesta: *-“la verdad no sé como”; -“no pensé que no ir al baño fuera tan grave y doloroso; les pediría ayuda a mis*

familiares para que me dieran algo o medicamento”. El otro 5% comentaba: -“irme a mi casa no tener que soportar esto”.

En la segunda pregunta ¿por qué? del 95% decían: *-“No me hubiese gustado llegar a esto, tener una bolsa por donde eliminar las eses es muy incómodo me gustaría haber pedido ayuda. Porque a si no tendría dolor”. Del otro 5% respondían -“De todas formas de algo nos hemos de morir...pero estaría en mi casa... el dolor se puede quitar con medicamento o té”.*

Y última pregunta ¿en qué lugar te gustaría estar en este instante? El 50% su respuesta fue *-“Ya estoy aquí mejor aquí, hasta que esté bien”. El 30% -“En mi casa con mi familia... pero no hay nadie; entonces da igual”. El 20% -“En un lugar lejano como provincia donde vivía de niño todo era diferente y se disfrutaba más”.*

En el grupo de mujeres con edad de 70 a 80 años con un EVA de 7 a 10. El 100% son abuelas que viven con sus hijos quienes las cuidan y ellas apoyan viendo a sus nietos. Sus diagnósticos oclusión intestinal, un caso de fractura de brazo izquierdo, colocación de gastrostomía para alimentarla por sonda por cáncer de estómago y el último cáncer de endometrio.

En la primera pregunta si pudieras parar tu dolor ¿cómo lo harías? el 90% respondió: *-“con mucho medicamento estos dolores son insoportables”. El otro 10% -“Dormir todo el tiempo así no sentiría nada”.*

En la segunda pregunta ¿Por qué? Del 90% -“Es muy desagradable estar sintiendo dolor y a parte que tu familia lo esté viendo y no pueda hacer nada”. Del otro 10% contestó: -“A si solo pasarían los días más rápido sin tener que sentir dolor por que mi familia siento que no me cree cuanto realmente me está doliendo”.

En la tercera pregunta ¿en qué lugar te gustaría estar en este instante? El 100% comentaron -“En mi cama, en mi casa. Pero ya estoy aquí entonces hasta que me digan que ya me puedo ir y sobre todo porque es más fácil aplicar el analgésico y más rápido para quitar el dolor aunque dure poco tiempo el efecto”.

CONCLUSIONES.

Observando e investigando, el dolor físico de los pacientes hospitalizados era inminente, pero en gran medida es su dolor emocional el que incrementaba ese dolor físico.

En las mujeres de 40 a 50 años, es un rango complejo en algunos casos el trato por parte de los familiares muestran miedo e impotencia a no saber cómo reaccionar ante su diagnóstico. Quisieran ver a su enferma bien; la impotencia ante no poder ayudarles. En ocasiones se vuelven hostiles hacia con ellas. Se acrecientan los problemas originados en su casa, que siguen pendientes; pareciera una lona de luchadores con solo violencia psicológica o verbal; sin considerar a su familiar doliente. Y por parte de las enfermas hay un intenso sentimiento de culpa, en la mayoría

por no haber seguido un tratamiento o ni siquiera haberlo iniciado. Teniendo como consecuencia en algunos casos un presente con complicaciones en su salud; al grado de no tener una solución para bien. En el aspecto emocional; tienen la ilusión de regresar el tiempo y empezar de nuevo. Sobre todo cuando sienten que su familia no les apoya del todo o no comprenden que el dolor les es insoportable. Se sienten confundidas en sus emociones. No sabiendo como relacionarse asertivamente con sus familiares.

En los hombres de 40 a 50 años les preocupa mucho el cómo los ven sus esposas y sus hijos. Les angustia el pronóstico final de su tratamiento; tienen muchas dudas y preguntan todo, ¿por qué? y ¿para qué? Para ellos el tiempo es muy importante y el estar hospitalizados es motivo de angustia, acarreándoles un gran estrés porque pudiesen perder su trabajo. Intentan mostrar una imagen de persona fuerte ante los demás, aunque en su interior se enfrentan a una serie de emociones y sentimientos no antes experimentados por encontrarse enfermos al grado de ser dependientes desde el personal médico, hasta de sus seres queridos. Emocionalmente se encuentran alterados por no comprender del todo su situación. Haciendo el ejercicio con ellos de explicarles su sentir, se observó que la persona cambia de actitud para bien y se empezaba a dar otra atmósfera familiar, demostraba menos ansiedad y preocupación. Pero se reservaban sus sentimientos más profundos con sus familiares, detectando que no sabían expresarlos.

En la edad de 51 a 60 años hombres. Se observó que no les agrada lo que están percibiendo de ellos mismos. Harían lo que fuera por no sentir dolor. Les gustaría buscar otras posibilidades de curación o preferirían estar la mayor parte del tiempo dormidos para no sentir, por sentirse devaluados e inútiles. Recuerdan y les agrada hablar de su pasado de preferencia su infancia, compartiendo momentos agradables de ella. Cuando contaban su historia de vida en ese tiempo su rostro cambiaba totalmente su expresión de dolor en su rostro desaparecía y sus ojos brillaban. El sentirse escuchados y tomados en cuenta causaba un beneficio muy favorable a su salud. Sobre todo los que están solos, sin familiar o solo los ven en horarios de visita por un lapso de tiempo muy corto.

En las mujeres de 51 a 60 años, en ellas la mayor parte del tiempo presentaban dolor un EVA de 9 como máximo pero era también en los periodos que estaban más aprensivas o cuando la visita de sus familiares no había sido muy placentera o el estar angustiada por el “que están haciendo sin mí en la casa”. Se observo demasiada ansiedad, por falta de su codependencia casa-familia, siendo ella la controladora. También deseaban buscar otras alternativas que les fueran más fácil o menos dolorosas. Estaban intolerantes no tan solo con sus familiares, sino en general incluyendo al equipo hospitalario. Aquí también algunas de ellas se culpaban por no haber seguido indicaciones médicas o de prevención antes de que se complicara su diagnóstico. Como el caso de la paciente anteriormente mencionada de este grupo que se

complicó por haber pensado que no pasaría a mayores ya que primero era todo lo que tenía que controlar organizando todo incluyendo la vida de sus familiares. Sintiéndose indispensable para que todo funcione según su perspectiva. Se logró un avance de conciencia en su situación, al finalizar la entrevista. Observando que su dolor físico, bajo su escala de EVA casi a tres. Al encontrarse más tranquila pudo dormir ya que sufría de insomnio. Ella contaba con familiar de 24 horas, pero no era suficiente, porque era una paciente muy demandante. Los días siguientes estuvo menos demandante de mejor humor y se podía hablar con ella de forma más empática.

En los de 70 a 80 años hombres, en este grupo de edad son pacientes que tienen una gran necesidad de ser escuchados de expresarse, el hablar con alguien y sentirse acompañados les causa una profunda tranquilidad casi todos tuvieron problemas de insomnio y no precisamente por el dolor físico. Posterior a la entrevista, sin el analgésico pudieron dormir; siendo que ellos referían un eva de seis o siete. En general este grupo no les dan mucha importancia a sus problemas de salud cuando inician no le toman el debido interés que requiere. Se encuentran solos la mayoría del tiempo aún si viven con sus familiares. No los quieren molestar. Ellos dicen, *-“No quiero ser una carga o interrumpir sus trabajos o actividades”*. Y en otras si les piden ayuda pero no los llevan al médico, les ofrecen remedios caseros o algún analgésico que tengan a la mano entonces comentan, *-“para qué decirles”*. Son pacientes que requieren de

familiar las 24 horas y a veces se pasan el día solos o su familiar está pero no hablan con ellos; siendo su relación poco confortadora. Se comunican extrañamente mejor con personas desconocidas que con sus propios familiares.

En las mujeres de 70 a 80 años se presenta un sentimiento de soledad; a pesar de que no viven solas. También al igual que con los hombres de esta edad tienen la necesidad de ser escuchadas y poder expresarse sin críticas. Desean sentir apoyo o comprensión por parte de sus familiares. Con ellas los analgésicos más fuertes no tenían mucho efecto por el estado de ánimo en el que se encontraban. En ocasiones cuando se lograban relajar podían dormir un poco más de tiempo; como ocurrió posterior a las entrevistas, esto se pudo apreciar ampliamente. Hacían reflexión por lo que están viviendo; decaían un poco al hacer conciencia de su edad por todo lo que con lleva y bajaba su autoestima. Por otro lado les preocupaba que sus familiares estén cuidándolas, descuidando sus propias actividades. Cuando las atendían manifestaban que no les creían del todo su dolor; siendo que para ellas era realmente intenso.

“Tenme compasión, SEÑOR, que estoy angustiado; el dolor está acabando con mis ojos, con mi alma, ¡con mi cuerpo! La vida se me va en angustias y los años en lamentos; la tristeza está acabando con mis fuerzas, y mis huesos se van debilitando.” Salmo 31: 9-10 NVI

3. CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA ESPIRITUALIDAD.

Es un potencial exclusivo del ser humano; el modo de ver la vida desde un punto de vista que trasciende la materia y la búsqueda de la trascendencia, a través del conocimiento y el apego a la primera fuerza o motor de nuestra existencia. Desde hace varias docenas de miles de años, los seres humanos iniciaron la existencia con la práctica de la religión. Se sabe por todos los hallazgos que se han encontrado de una realidad superior a la humana, ha servido para definir y crear culturas. Es como el antídoto contra la fragilidad y el aparente fatalismo de la existencia humana.

El concepto de religión tiene su origen en el término latino *religiō*, se refiere al conjunto de creencias. La religiosidad implica sentimientos de veneración y temor hacia Dios o los dioses, influye en las normas morales para la conducta individual y social, donde se hacen prácticas con rituales, como los rezos, sacramentos y el sacrificio para darle culto. (20)

La espiritualidad se confunde a menudo por la religión, pero la religión y la espiritualidad no son la misma cosa. La espiritualidad puede ser una parte, un componente de la religión. Pero una persona

también puede tener ese componente fuera de la religión, como una relación directa con el espíritu (Dios, el Espíritu Santo, Buda, etc ...)

Si dividimos nuestro cuerpo en cuerpo físico, mental, emocional y espiritual, la espiritualidad está en relación con el último componente y corresponde nuestro espíritu. En el más simple sentido de la palabra, "espíritu" generalmente se refiere a la parte de un ser que no es materia. Según esta definición, la espiritualidad sería lo que se refiere a esa parte de nuestro ser que no es materia. Ahora bien, si vemos a la energía y la materia como la misma cosa, la única diferencia sería la densidad de una comparada con la otra. Bajo esta perspectiva, el espíritu sería la energía menos densa. Espiritualidad entonces, sería todas esas cosas que pertenecen a esta parte menos densa y más ligera de nosotros mismos. (21)

Podríamos decir también, una persona puede ser muy religiosa pero no espiritual o al revés muy espiritual y nada religioso. Probablemente encontraríamos ambas en una persona. Ser personas espirituales es lo que somos en esencia con la oportunidad de vivirlo cada día con conciencia, porque descubriendo nuestra espiritualidad se consigue una plenitud en nuestro diario andar. (22)

° ¿Qué es ser persona?

Persona es un ser con capacidades. Empleamos el término persona para referirnos al individuo del género humano, visto como una unidad bio-psico-social. El hombre como persona humana, tiene la facultad de sentirse como una unidad independiente del

mundo que lo rodea, pero con capacidades de conducirse dentro del mismo de acuerdo con impulsos diversos. Desde que nace, se inicia en el hombre la capacidad de integrar su conciencia en forma distinta a todos los demás y esto es lo que lo separa dentro de la naturaleza, siendo consciente de un Yo que actúa como ser pensante, en función de sí mismo, y cuando llega a conocer el mundo en forma reflexiva se convierte en el árbitro de su destino.

(23)

Ser persona es reconocer que actuamos equivocadamente en ciertas ocasiones, pero con la voluntad de que si uno tiene la posibilidad de corregirlas hacerlo; vivir con libertad para crecer desde adentro de ti mismo y sintiéndote libre será mejor y darás más porque expresas todas las emociones sin miedos, no tienes conflictos con las adversidades que te va poniendo la vida si no buscas caminos diferentes agradeciendo lo aprendido. Valoras cada instante lo que se te proporciona para existir y al mismo tiempo haces lo necesario para regresar mucho de lo que se te dio de una forma empática. El lograr la satisfacción en nuestra vida, depende en gran medida de lo que hacemos para poder lograrla. Empezando a localizar en nuestro interior esa fuerza que se siente, que en ocasiones es difícil describirla tan solo está ahí. Solo vez que tu vida da un nuevo y grandioso giro; vez lo que antes no veías en todos los aspectos de tu vida. Esa fuerza que se siente te impulsa a ser mejor cada día demostrándote a ti mismo que se pueden hacer cambios en el aspecto de mejorar nuestra calidad de vida. A veces por

comodidad o por miedos no nos atrevemos a decir *¡hasta aquí!* *¡Necesito y quiero algo diferente!* porque *¡siento que algo me falta y no sé que es!* En muchas ocasiones la respuesta a esa pregunta la tenemos enfrente, pero nosotros mismos la tapamos pareciera ser que nos ponemos un antifaz en los ojos. (24)

° Sugerencias para cultivar una mejor espiritualidad.

Se debe comenzar por buscar que es lo que nos hace sentir bien, reconocer las emociones o sentimientos que molestan o dañan, que no permiten tener una vida feliz; donde obstruyen el camino y no se avanza; te sientes estancado solo sabes que necesitas algo pero no sabes que es. Esa fuerza interior que te impulsa es la que si la dejas actuar probablemente ayudara a cambiar muchos de los aspectos que no te agradan de ti mismo y de cómo te relacionas con los demás. Alimentando tu espíritu puede suceder la oportunidad de crecer como persona. Obteniendo varios beneficios como una actitud deseable para tu bien. A veces creemos que con solo cuidar la salud física es suficiente y dejamos a un lado tanto lo emocional y lo espiritual. No dándole tanta importancia a esta última; pero la verdad es que si emocionalmente estamos mal nuestro cuerpo físico se enfermará. Por eso es que la espiritualidad nos ayuda a estar en paz y en armonía con nosotros mismos, con las demás personas, con nuestro entorno y con la vida. Nos ayuda a identificar nuestro ritmo y modificarlo, para estar en las mejores condiciones posibles en cada momento. (25, 26, 27)

Stella Resnick es psicóloga y miembro activo de la Asociación de Psicólogos de Estados Unidos, de la Sociedad para el Estudio Científico de la Sexualidad y de la Asociación para la Psicología Humanística. Sus trabajos se han publicado en numerosas revistas y publicaciones profesionales. Es una oradora muy solicitada en conferencias profesionales. A continuación compartimos con ustedes 10 maneras que la Dra. Stella Resnick recomienda en su libro *“Reencontrar el placer”* para llevar la espiritualidad a la práctica cotidiana. Diez experimentos personales:

1.- Practique periódicamente el control de la respiración a lo largo del día. Practique la respiración consciente, para conectarse con su yo más grande, su capacidad de inspirarse y sus principios más elevados. Haga unas cuantas respiraciones limpiadoras para expulsar la tensión y sus sensaciones corporales, alisar cualquier repliegue y centrar la mente. Suspire profundamente para sentir con mayor intensidad sus sensaciones y sentimientos. Haga cinco respiraciones jadeantes cuando necesite un poco de energía rápida.

2.- Medite un minuto unas cuantas veces al día, sobre todo cuando se sienta nervioso/a o tenso/a. Siéntese en postura alerta pero relajada, con la cabeza erguida, y observe su respiración sin controlarla, atento/a a la elevación y descenso del pecho cuando entra y sale el aire. Vea si logra abandonar sus pensamientos narrativos y ser simplemente un testigo imparcial de hechos, durante un minuto. Observe sus sensaciones corporales, los pensamientos

que surjan y los sonidos que perciba a su alrededor, sin hacer nada aparte de observarlo todo.

3.- En caso de duda, ore pidiendo orientación. No es necesario que crea en Dios para orar. Le basta con creer en un poder superior que está dentro de usted, una fuente de sabiduría e integridad que puede orientarlo/a hacia su verdad intuitiva.

4.- Pase algún tiempo a solas, en contacto con la naturaleza, para madurar y simplemente ser. Mantenga los sentidos despiertos y en el momento presente. Véase como una parte del todo.

5.- Escriba una carta de afecto y gratitud a una persona a quien ame. Escriba acerca de lo que más le gusta y aprecia de ella. Después léale la carta.

6.- Ayude a una persona necesitada, con actos, más que con dinero. Hágale de hermano/a mayor algún niño discapacitado; prepare algunas comidas para enfermos de sida o ancianos; sirva a los que no tienen hogar en una misión; enseñe a leer a un adulto; dé prioridad a dar apoyo a cualquier persona que acuda a usted en busca de consuelo.

7.- Con su pareja o con un/a amigo/a, ofrézcase a colaborar juntos como voluntarios en algún trabajo comunitario. Participe en un trabajo comunitario que se adapte a sus ideales.

8.- Comente sus creencias espirituales con su pareja o un/a amigo/a. Entre los temas que pueden comentar están: cuál es la finalidad de cada uno en su vida; qué le da más sentido a su vida actual; qué idea tienen de un poder superior; qué piensan de la muerte.

9.- Píenselo un poco y constrúyase una vida después de la muerte en la que pueda creer. Vea si estas nuevas convicciones le añaden potencia.

10.- Procure tomarse un tiempo cada día para disfrutar de las alegrías más sencillas de la vida y enriquecerse de ellas: un corazón cariñoso, una mente en paz y un cuerpo tranquilo y enérgico.

Existe otro punto interesante acerca de cómo conseguir el cultivar un crecimiento nutritivo espiritualmente y este se llama *el perdón*. Siendo este una cuestión de voluntad. Como lo refiere el Dr. Colbert:

“El perdón no requiere que la persona minimice la validez de su dolor, la cantidad de dolor que sufrió o la importancia de la experiencia dolorosa. Perdonar no significa que la persona diga: <<no importa >>, << no fue tan malo lo que me hicieron >>. No. Es decir: <<Elijo, ya no aferrarme a este sentimiento de rencor o falta de perdón hacia quien me lastimó >> .” (18, p.177)

La importancia de la espiritualidad que le dé la persona, es única porque es una relación íntima y personal con uno mismo.

4. CONCLUSIONES

Cuando se logra identificar la interacción del dolor físico y del dolor emocional, es posible tener una visión integral para saber cuál es la forma más adecuada para atender al paciente tanatológico.

La investigación que realizamos nos dio una idea clara de que en todos los casos tanto hombres y mujeres de las diferentes clasificaciones por edades presentan dolor emocional que interactúa con su dolor físico o viceversa, es decir el dolor físico hace que se manifieste su dolor emocional.

La importancia de desarrollar una espiritualidad en cada persona es para un crecimiento evolutivo, perteneciendo al proceso de evolucionar en ese sentido como persona; si se reconoce con humildad lo que dentro de uno puede haber, se encuentra la fuerza para adquirir seguridad; el cómo se siente vivir siendo libre de lo que aparentemente mantiene atado y si se aprende a hacer cambios en conductas nocivas en uno mismo se puede lograr. También disfrutar con plenitud el vivir en el entorno donde te toco vivir o el lugar o circunstancias que a veces no se puede modificar.

Es importante que reconozcas esa fuerza, ese impulso que a veces suele ser inexplicable su existencia pero sí que se encuentra, una motivación nueva, la causa por la que vivir cada día

te hará sentir mejor; impregnar los proyectos y compromisos de vida con una nueva energía.

Cuando se comparte diciendo que emociones, sentimientos y necesidades tenemos, hacen que se logre sanar hasta la herida más profunda. Teniendo como resultado la calma o mejoría al dolor. Si la persona se comunica de forma clara y precisa a su tiempo y circunstancias, tendrá mejores resultados tanto de empezar a tratar motivarse como de elaborar su duelo ante la pérdida, no olvidando que debe hacerse con ayuda de profesionistas especializados.

*“ No hay crecimientos sin cambios,
no hay cambios sin dolor,
no hay dolor sin pérdidas.”*

Anónimo.

La espiritualidad es la mejor de las herramientas para poder procesar el dolor. El conocer la importancia de aprender a desarrollar la habilidad de ser espiritual es un gran auxilio y pronta ayuda para que el tanatólogo logre dar una atención de calidad.

Bibliografías.

- 1.- IASP. Pain terms: A list with definitions and notes on usage- Pain . 1979; 14:205-208.
- 2.- Pain Assessment and Management: an Organizational Approach. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. USA 2000.
- 3.- Cerveró, F. y Laird J.M. A. Fisiología del dolor. En L. Aliaga, J.E. Baños C. de Barutell J. Molet, y A. Rodríguez de la Serna (Eds.), Tratamiento del dolor. Teoría y Práctica (2da ed., p.9-25), Barcelona: P. Permanyer, S. L. 2002.
- 4.- Derasari, M.D. Taxonomía de los síndromes dolorosos: clasificación de los síndromes del dolor crónico. En P. Prithvi Raj, Tratamiento práctico del dolor (p. 10-16) Madrid: EDIDE S.L. 2002
- 5.- Cassinello Espinosa J. El dolor. Definición, tipos patogénicos, formas de presentación y evaluación del dolor. En: Manual SEOM de Cuidados Continuos. Sociedad Española de Oncología Médica. Edt. Dispublic, S.L. 2004 (DL: M-41079-2004). 455-72.
- 6.- D´Hyver DC, Kraus AW. En O´Hyver C. y Gutiérrez Robledo /LM. Geriatria. /México: Editorial El Manual Moderno, 2006 pág.247
- 7.- González Barón S: Dolor, emoción y cognición. En: Mora AJ, Carpintero H, Delius J, Fierro A, González Barón S, León Carrión J, Martínez Freire J, Mayor J, Mora F, Muñoz Pérez J (Eds). Neuropsicología cognitiva. Algunos problemas actuales. Málaga. Ediciones Aljibe, 2001, p.151-173.
- 8.- González Barón M, Rodríguez López M: El dolor. Fisiopatología. Tipo. Clínica. Sistemas de medición. En: Tratado de Medicina Paliativa. M González Barón. Edt. Médica Panamericana, S.A. Madrid. 1996, p.437- 456.
- 9.- Sanz Ortiz J. El dolor y su tratamiento. Medicina Clínica (Barcelona) 1990; 95: p.214-216.
- 10.- Cassinello Espinosa J. El dolor. Definición, tipos patogénicos, formas de presentación y evaluación del dolor. En: Manual SEOM de Cuidados Continuos. Sociedad Española de Oncología Médica. Edt. Dispublic, S.L. 2004 (DL: M-41079-2004). 455-72.
- 11.- González Barón S, Rodríguez López M: El dolor: Fisiopatología. Clínica. Sistema de medición en: Dolor y Cáncer. Hacia una

- oncología sin dolor. Edt. Médica Panamericana S.A. Madrid 2003, p. 7-32.
- 12.- Bardina Pastor A, Marco Martínez J: Tipos de dolor. En: Manual práctico de dolor. Hosp. Univ. Príncipe de Asturias. Dir: Manuel Ruiz Castro. Edt. PBM, S.L. Madrid. 2003, p. 14-19.
- 13.- Wenk R: Sufrimiento existencial en el final de la vida. La perspectiva de un médico. Med Pal 2008: Vol. 15: p.48-50.
- 14.- Blinderman CD, Cherny NI. Existential issues do not necessarily result in existential suffering: Lessons from cancer patients in Israel. Palliat Med. 2005; 19: p. 371-380.
- 15.- Du Gas D. B., Tratado de Enfermería Práctica, edt. Interamericana, 4 ed.1986 p.755.
- 16.- Warfield C. A history of pain relief. Hosp. Pract., 1988; 7: p.121
- 17.- John Preston, "Superar el dolor emocional", Edt. Mensajero, Ed. 1998
- 18.- Dr. Don Colbert, Emociones que matan, edt. Betania/Gpo. Nelson, edc. 2006, Nashville, Tennessee, E.U.A.
- 19.- <http://diccionario.babylon.com/algología/>
- 20.- <http://definición.de/religión/>
- 21.-Stella Resnick, "Reencontrar el placer", edt. Urano, Ed.1998
- 22.- Comunicación Personal (*Clases del AMTAC del 05-Mayo-2011 Prof. Víctor Luna Calderón.*)
- 23.- Comunicación Personal (*Mtro. Emilio Rivas Bonifacio Lic. En Pedagogía especialidad en Psicología, Maestría en Ciencias de la Educación Familiar.*)
- 24.- Diccionario Enriquezca su vocabulario 1° edición 2002, grupo editorial Reader's Digest S.de R.L. de C.V. director Gonzalo Ang. Letra P.
- 25.-Enciclopedia temática del conocimiento edición 2004 del 3° milenio. Cultural librería Americana S.A. M.M. editorial Emmán, p. 11-14.
- 26.- Valores y actitudes 1° edición 2004 del 3° milenio. Monte Video Arquetipo. Impreso en Colombia Bogotá D.C. republica de Columbia S.A. p.3
- 27.- Sharma, Robin's, El monje que vendió su ferrari. Una fábula espiritual D.F. México, Edit. plaza janés.