

Módulo 5: Consideraciones culturales para la atención del final de la vida Material didáctico suplementario/Índice de las actividades de la sesión de capacitación

Cuadro 1	Selección de creencias y tradiciones religiosas	M5-41
Cuadro 2	Evaluación espiritual: FICA	M5-45
Cuadro 3	Evaluación espiritual	M5-46
Cuadro 4	Entrevista espiritual	M5-46
Cuadro 5	Angustia espiritual	M5-47
Cuadro 6	Ejemplos de intervenciones de atención espiritual	M5-48
Cuadro 7	Evaluación cultural breve: Modelo CONFHER	M5-49
Cuadro 8	Resultados multiculturales – Pautas para la competencia cultural	M5-50
Ilustración 1	Evaluación cultural de sí mismo	M5-51
Ilustración 2	Preguntas para la reflexión sobre sí mismo	M5-52

Módulo 5: Consideraciones culturales para la atención del final de la vida Material didáctico suplementario/Actividades de la sesión de capacitación

I

Module 5

Table 1: Selected Religious Beliefs and Traditions Regarding Death and Dying

<i>Faith</i>	<i>Faith leaders</i>	<i>Beliefs</i>	<i>Handling the body</i>	<i>Preparing the body</i>	<i>Viewing the body</i>
Buddhist	The family may ask for a teacher, a member of the Sangha, or a specific monk. Family may bring religious implements, incense, flowers, fruit, prayer beads, and images of Buddha.	No daily practices are dictated, but chanting, meditation, or rituals might help the person attain enlightenment.	Incense is lit in the room. Organ donation may not be permitted.	The family may choose to wash the body. Cremation is preferred.	The family may need significant time with the body.
Catholic	Families/patient may request visitation and the Eucharist. This can be accomplished by a priest, deacon, nun, monk, or Catholic lay persons.	The Sacrament of the Sick may be given only by a priest. This is viewed as mandatory by most Catholics. However, because of the current shortage of priests, this is not always possible. Families may feel abandoned and express frustration and anger when this request is denied. Chaplains, lay leaders, or	Treat the body with respect. Organ donation and autopsy are permitted.	The body is usually buried. However, cremation is acceptable.	Clinicians can make sure that the family and religious leaders are given privacy and quiet for prayer and/or administration of Sacraments. Most families would be pleased to have staff join them in a time of prayer.

<i>Faith</i>	<i>Faith leaders</i>	<i>Beliefs</i>	<i>Handling the body</i>	<i>Preparing the body</i>	<i>Viewing the body</i>
Hindu	Visitors may include a priest, family, and friends.	Amputation is a result of prior sin. Continual changing and prayers occur before and after death. Grief is visually displayed. A thread signifying a blessing may be tied around.	A bath is necessary every day. Organ donation and autopsy are acceptable.	The family may wash the body. Cremation is preferred, with ashes scattered in sacred rivers.	
Islam	Family and friends visit to provide emotional support. Prayer is said five times each day facing Mecca, following ritual washing. Confession takes place prior to death in the presence of the family. The Koran may be read as a person dies. The person reading should be Muslim		Treat the body with respect. After death, the body should be moved to face Mecca. Organ donation is acceptable. Autopsy is permissible only for legal or medical reasons.	To prepare the body for burial, it is ritually washed by a person of the same gender, dressed, and positioned toward Mecca. Burial takes place as soon as possible.	Clinicians should inquire which beliefs and practices are important to a specific family and provide privacy as they carry out those practices (prayer, ritual washing).

<i>Faith</i>	<i>Faith leaders</i> and be ritually clean.	<i>Beliefs</i>	<i>Handling the body</i>	<i>Preparing the body</i>	<i>Viewing the body</i>
Jewish	Visitors may include family, friends, the rabbi, and perhaps 10 men from the synagogue. Men may wear a <i>yarmulke</i> (cap) or use a <i>tallit</i> (prayer shawl); prayers for the sick are said.	The Sabbath is from sundown Friday until sundown Saturday. Orthodox and Conservative Jews do not work on the Sabbath. This includes working, driving a car, and cooking. Check with the patient/family for particular needs regarding holy days and dietary restrictions. Saving a life overrides most religious obligations.	Treat the body with respect. Autopsy is discouraged. Organ donation is an ethical dilemma that involves the Torah and Talmud and an interpretation of obligations, duties, and commitments.	The Ritual Burial Society may be called to wash the body. The body is buried as quickly as possible. Embalming is discouraged. Usually someone stays with the body. Cremation not appropriate.	Clinicians should provide privacy for ritual prayers and preparation of the body.
Native American	Leaders such as a medicine man/woman may be called cousins or uncles. They may be referred to as shaman healers and may practice traditional tribal practices as well as	“Creator” is a unifying term often used interchangeably with “God.” Sickness may mean being out of balance with nature. Ancestors may guide the		Preparation may be done by the family.	The body may be considered an empty shell. Some tribes view the body, and may believe the deceased has ancestors.

<i>Faith</i>	<i>Faith leaders</i>	<i>Beliefs</i>	<i>Handling the body</i>	<i>Preparing the body</i>	<i>Viewing the body</i>
	Christian practices. Chants, prayer, singing, and dancing are part of the tradition.	deceased. A medicine bag or prayer staff, rattle, feathers, cedar, sage, and pipe may help with rituals.			
Protestant	Ministers, elders, deacons, family, and friends may visit and offer prayer, read the Bible, offer communion, or anoint the body.	Health care decisions are usually the individual's responsibility.	Organ donations and autopsy are acceptable. Most protestants permit termination of extraordinary treatment.	Cremation of burial is appropriate.	Ministers and/or chaplains may design a ritual prayer incorporating specific practices.

These are generalizations. Individual members of a given religion may vary in their views and beliefs.

Reference:

Chambers, N. & Curtis, J.R. (2001). The interface of technology and spirituality in the ICU. In J.R. Curtis & G.D. Rubenfeld (Eds.), *Managing death in the intensive care unit: The transition from cure to comfort* (pp. 198-200). New York, NY: Oxford University Press.

Módulo 5

Cuadro 2: Evaluación espiritual: FICA—Cómo conocer una historia espiritual

La sigla inglesa FICA puede ayudar a los profesionales de la atención médica a formular preguntas para conocer la historia espiritual del paciente.

F = Fe y creencia

“¿Se considera usted una persona espiritual o religiosa?” O “¿Tiene creencias espirituales que le ayudan a enfrentar el estrés?”

SI el paciente responde “No,” el médico podría preguntar “¿Qué le da sentido a su vida?”

A veces, los pacientes responden cosas tales como la familia, la carrera o la naturaleza.

I = Importancia

“¿Qué importancia tiene su fe o creencia en su vida? ¿Han influido sus creencias en cómo usted se cuida a sí mismo en esta enfermedad? ¿Qué rol tienen sus creencias en la recuperación de su salud?”

C = Comunidad

“¿Es usted parte de una comunidad espiritual o religiosa? ¿Es esto un apoyo para usted? ¿De qué modo? ¿Existe un grupo de personas al que usted realmente ame o que sean importantes para usted?” Las comunidades tales como las iglesias, los templos y las mezquitas o los grupos de amigos con afinidad pueden servir como sistemas de apoyo fuerte para algunos pacientes.

A = Tratamiento de la atención médica

“¿Cómo quiere usted que yo, su proveedor de atención médica, trate estos temas en su atención médica?”

Fuente:

Adaptado con permiso de Puchalski, C. M., & Romer, A.L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129-137. Copyright, Christina M. Puchalski, MD, 1996.

Módulo 5

Cuadro 3: Evaluación espiritual

<u>Áreas clave de evaluación</u>	<u>Ejemplo de pregunta</u>
<ul style="list-style-type: none">• Concepto de Dios o deidad.	¿Son la religión o Dios importantes para usted? ¿Puede usted describir de qué modo?
<ul style="list-style-type: none">• Fuentes de esperanza y fortaleza.	¿A quién recurre usted cuando necesita ayuda? ¿Está disponible?
<ul style="list-style-type: none">• Prácticas religiosas importantes.	¿Existen prácticas religiosas que sean importantes para usted?
<ul style="list-style-type: none">• Relación entre las creencias espirituales y la salud.	¿Ha marcado la enfermedad alguna diferencia con respecto a sus sentimientos acerca de Dios o la práctica de su fe?

Fuente:

Highfield, M.E.F. (2000). Providing spiritual care to patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 4(3), 115-120. Reimpreso con autorización

Módulo 5

Cuadro 4: Entrevista espiritual

- S** Sistema de creencia espiritual (afiliación religiosa).
- P** Espiritualidad personal (creencias y prácticas de afiliación que el paciente/la familia aceptan).
- I** Integración con una comunidad espiritual (rol del grupo religioso/espiritual; rol individual en dicho grupo).
- R** Prácticas ritualizadas y restricciones (actividades de la atención médica que la fe del paciente/la familia fomentan o prohíben).
- I** Consecuencias para la atención médica (creencias de que los proveedores de atención médica deberían recordar durante la prestación de los servicios).
- T** Planificación de las situaciones terminales (impacto de las creencias en las directivas por adelantado, comunicación con el clérigo).

Fuente:

Highfield, M. E. F. (2000). Providing spiritual care to patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 4(3), 115-120. Reimpreso con autorización

Módulo 5
Cuadro 5: Angustia espiritual

Síntomas del paciente	Descripción	Respuesta
Abandono	De parte de la familia, los amigos, los profesionales de atención médica o la religión.	Presencia humana
Enojo	Con o sin destinatario.	Alentar la expresión y la aceptación del sentimiento.
Traición	“Castigo” de Dios.	Comunicarse con el clérigo si el paciente/familia están de acuerdo.
Desesperación	Sin esperanzas.	Comunicarse con el clérigo si el paciente/familia están de acuerdo.
Miedo	Al proceso de la muerte o a la muerte.	Explicar el proceso de la muerte.
Culpa	Preocupación por las fechorías.	Fomentar la búsqueda del perdón, comunicarse con el clérigo o trabajador social.
Sentido de la vida	La vida no tiene propósito.	Dar validez a los logros de la vida.
Arrepentimiento	Sueños no alcanzados.	Revisión y validación de la vida.
Tristeza/remordimiento	Tristeza profunda causada por la depresión aguda.	Fomentar la verbalización-validación de los sentimientos.
Depresión	El paciente voltea hacia la pared, posición fetal, no responde.	Hablar con el paciente para brindarle un vínculo con la humanidad.

Fuente:

Fausser, M., Lo, K., & Kelly, R. (1996). *Spiritual care. Trainer certification program* [Manual]. Largo, FL: Hospice Institute of the Florida Suncoast. Reimpreso con autorización.

Módulo 5

Cuadro 6: Ejemplos de intervenciones de atención espiritual

1. Renovación de votos/promesas.
2. Lecturas.
3. Reafirmación de la fe y consagraciones.
4. Revisión de la vida espiritual.
5. Meditación guiada.
6. Recepción de sacramentos.
7. Fomento de la esperanza.
8. Atención de los asuntos relacionados con el dolor espiritual.

Fuente:

Fauser, M., Lo, K., & Kelly, R. (1996). Spiritual care. In *Trainer certification program* [Manual]. Largo, FL: Hospice Institute of the Florida Suncoast. Reimpreso con autorización.

Módulo 5

Cuadro 7: Evaluación cultural breve: El modelo CONFHER

C=	<u>Comunicación</u> ¿Habla el paciente el idioma del lugar? ¿Comprende los términos comunes relacionados con la salud como dolor o fiebre? ¿Qué tipo de comunicación no verbal se utiliza?
O=	<u>Orientación</u> ¿Cuál es la identidad étnica del paciente, sus valores, orientación y aculturación? ¿Se identifica con un grupo o tribu específicos? ¿Dónde nació? ¿Por cuánto tiempo ha vivido allí?
N=	<u>Nutrición</u> Preferencias alimentarias y tabúes. La comida tiene un significado para la mayoría de las personas y es una fuente de consuelo. Es posible que la persona evite comer ciertos alimentos porque son un tabú en su grupo cultural.
F=	<u>Relaciones familiares</u> La estructura familiar es importante... ¿Cómo se define la familia y quiénes la integran? ¿Quién es el jefe del hogar? ¿Quién toma las decisiones en la familia? ¿Cuál es el rol de las mujeres y los niños? ¿Es importante que la familia esté presente cuando alguien está enfermo?
H=	<u>La salud y las creencias sobre la salud</u> No todos los grupos culturales consideran la teoría de que los gérmenes causan las enfermedades. Las enfermedades pueden ser el resultado de espíritus malignos o de algo que está desequilibrado. ¿Qué hace la persona para permanecer saludable? ¿A quién consultan por los problemas de salud? ¿Cómo explican las enfermedades?
E=	<u>Educación</u> ¿Cuál es el estilo de aprendizaje de la persona y su nivel de educación? ¿Cuál es el nivel de educación que la persona finalizó? ¿Cuál es su ocupación?
R=	<u>Religión</u> ¿Cuál es la preferencia de la persona? ¿Tiene el paciente alguna creencia o restricción religiosa que tenga un impacto sobre la atención de la salud y la enfermedad?

Referencia:

Fong, C. M (1985). Ethnicity and nursing practice. *Topics in Clinical Nursing*, 7(3), 1-10.

Módulo 5

Cuadro 8: Resultados multiculturales: Pautas para la competencia cultural

Resumen de los dominios de la cultura

Dominio	Descripción
Identidad étnica	País de origen, etnia/cultura con la que se identifica el grupo, residencia actual, razones para la migración, grado de aculturación/asimilación y nivel de orgullo cultural.
Comunicación	Idioma dominante y dialectos, volumen/tono del habla habitual, deseos de compartir sus pensamientos/sentimientos/ideas, significado del toque, uso del contacto visual, control de las expresiones y emociones, vocero/persona que toma decisiones en la familia.
Tiempo y espacio	Orientación con respecto al tiempo pasado, presente o futuro; preferencias del espacio y distancia personales.
Organización social	Estructura familiar, jefe del hogar, roles de los sexos, posición social/rol de las personas ancianas, roles de los niños, adolescentes, esposo/esposa, madre/padre, familia extendida, influencias en el proceso de la toma de decisiones, importancia de la organización y red social.
Asuntos laborales	Sostén económico primario, impacto de la enfermedad en el trabajo, transporte para las visitas a la clínica, seguro de salud, impacto financiero, importancia del trabajo.
Creencias sobre la salud, las prácticas y los profesionales de la salud.	Significado/causa del cáncer y la enfermedad/salud, vivir con una enfermedad que pone en peligro la vida, expectativas y uso del tratamiento occidental y del equipo de atención médica, creencias y prácticas religiosas/espirituales, uso de curanderos/médicos tradicionales, expectativas con respecto a los profesionales, pérdida de una parte del cuerpo/imagen corporal, aceptación de las transfusiones de sangre/donaciones de órganos, rol de la persona enferma y comportamientos para buscar la salud.
Nutrición	Significados de los alimentos y de los horarios de las comidas, preferencias y preparación de los alimentos, tabúes/rituales, influencias religiosas con respecto a las preferencias y preparación de los alimentos.
Variaciones biológicas	Color de la piel/membranas mucosas, variaciones físicas, metabolismo de los fármacos, resultados de laboratorio y variaciones genéticas específicamente relacionadas con los factores de riesgo y diferencias en la incidencia/supervivencia/mortalidad de cánceres específicos.
Sexualidad y miedos reproductivos	Creencias sobre sexualidad, reproducción y embarazo, tabúes, asuntos privados, interacción del diagnóstico de cáncer/tratamientos con las creencias relacionadas con la sexualidad.
Religión y espiritualidad	Religión dominante, creencias religiosas, rituales y ceremonias; uso de la plegaria, meditación y otras actividades simbólicas, significado de la vida, fuente de fuerzas.
La muerte y su proceso	Significado de morir, la muerte y la vida después de la muerte, creencia en el fatalismo, rituales, expectativas y prácticas de luto y duelo.

Fuente:

Oncology Nursing Society. (1999). *Oncology Nursing Society multicultural outcomes. Guidelines for cultural competence*. Pittsburgh, PA: Autor. Reimpreso con autorización.

Módulo 5

Ilustración 1: Evaluación cultural de sí mismo

1. ¿Dónde nació?
¿Si es un inmigrante, por cuánto tiempo ha vivido en este país?
¿Qué edad tenía usted cuando vino a este país?
¿Donde nacieron sus abuelos?
2. ¿Cuál es su afiliación étnica y cuán fuerte es su identidad étnica?
3. ¿Quiénes son las personas que le dan a usted el apoyo principal? ¿Miembros de la familia, amigos?
¿Vive usted en una comunidad étnica?
4. ¿Cómo afecta su cultura las decisiones relacionadas con su tratamiento médico?
¿Quién toma las decisiones? ¿Usted, su familia o un miembro de la familia designado?
¿Cuáles son las problemáticas relacionadas con ser hombre o mujer en su cultura y en la estructura de su familia?
5. ¿Cuál es su idioma primario y secundario y cuáles son sus capacidades de habla y lectura?
6. ¿Como definiría usted su estilo de comunicación no verbal?
7. ¿Cuál es su religión, su importancia en la vida diaria y sus prácticas actuales?
¿Es la religión una fuente importante de apoyo y consuelo?
8. ¿Cuáles son sus preferencias y prohibiciones alimentarias?
9. ¿Cuál es su situación económica? ¿Es el ingreso adecuado para satisfacer las necesidades de usted y su familia?
10. ¿Cuáles son sus creencias y prácticas con respecto a la salud y la enfermedad?
11. ¿Cuáles son sus costumbres y creencias con respecto a las transiciones tales como el nacimiento, la enfermedad y la muerte?
¿Cuáles son sus experiencias pasadas con respecto a la muerte y al duelo?
¿Cuánto desean usted y su familia saber con respecto a la enfermedad y al pronóstico?
¿Cuáles son sus creencias con respecto a la vida después de la muerte y los milagros?
¿Cuáles son sus creencias con respecto a la esperanza?

Una adaptación de:

Zoucha, R. (2000). The keys to culturally sensitive care. *American Journal of Nursing*, 100(2), 24GG-24II. Reimpreso con autorización.

Módulo 5

Ilustración 2: Preguntas para la reflexión sobre sí mismo

1. ¿Cómo se identifica usted con respecto a la raza, la etnia y la cultura?
2. ¿Cuándo tuvo conciencia por primera vez de su propia cultura?
3. ¿Cuál es su recuerdo más antiguo con respecto a la muerte de algún miembro de la familia?
4. ¿Cuáles fueron los rituales, las prácticas o los comportamientos que su familia observó en dicho momento?
5. ¿Qué aspectos de su antecedentes culturales usted siente que fortalecen el cuidado de los pacientes moribundos y de sus familias?

Fuente:

ACCESS to End-of-Life-Care: A community initiative (2000). Trainer's Guide (p.15). Para más información:
<http://access2eolcare.org> ; tomado el 19 de febrero de 2007.