



REVISIÓN

Intervenciones psicológicas en espiritualidad en cuidados paliativos: una revisión sistemática



David Rudilla^{a,*}, Ana Soto^b, María Antonia Pérez^b, Laura Galiana^b, Miguel Fombuena^c, Amparo Oliver^b y Pilar Barreto^b

^a Air Liquide Healthcare. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

^b Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España

^c Hospital Dr Moliner, Valencia, España

Recibido el 28 de abril de 2016; aceptado el 9 de octubre de 2016
Disponible en Internet el 1 de febrero de 2018

PALABRAS CLAVE

Espiritualidad;
Revisión;
Intervención
psicológica;
Cuidados paliativos

Resumen

Contexto: La espiritualidad puede entenderse como una condición fundamental del sentido de la persona. Se incluye dentro de los objetivos fundamentales de trabajo de los cuidados paliativos, considerándose que la calidad de vida del paciente no puede favorecerse en su conjunto si no se aborda la dimensión espiritual.

Objetivo: El objetivo de esta revisión sistemática es sintetizar la evidencia científica más reciente en espiritualidad en pacientes paliativos con enfermedad avanzada, atendiendo sobre todo a qué tipo de intervención que contemple la dimensión espiritual se ha llevado a cabo con ellos. Se recogen datos sobre el tipo de estudio y resultados estadísticos encontrados en cuanto a espiritualidad.

Método: Se llevó a cabo una búsqueda en la literatura científica siguiendo las guías PRISMA en 13 bases bibliográficas electrónicas, resultando 10 estudios experimentales o cuasiexperimentales (1.067 participantes) y 38 revisiones de intervenciones y conceptos teóricos en espiritualidad en cuidados paliativos. Los estudios fueron seleccionados en función del nivel de información que aportaban sobre la evidencia requerida en los objetivos del estudio y siguiendo los criterios de inclusión/exclusión.

Resultados: A diferencia de lo que sucede con otros conceptos como el distrés emocional o la dignidad, nuestros resultados sugieren que, aunque la espiritualidad es un aspecto que en cuidados paliativos se contempla de manera continuada, no existe todavía una metodología/protocolo consensuado de trabajo, concreto y sistematizado. La mejoría observada en algunos estudios en aspectos de la espiritualidad es obtenida de manera tangencial o colateral. En cuanto a los instrumentos, el FACIT-Sp es el instrumento más empleado para medir los resultados en espiritualidad.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: davrudilla@gmail.com, david.rudilla@airliquide.com (D. Rudilla).

Conclusión: Esta revisión se ha visto muy limitada por la amplia variabilidad de las características de los estudios. Existe una gran dificultad a la hora de seleccionar criterios de comparación, dado que el diseño de los estudios es muy diverso, así como las variables estudiadas y los instrumentos de evaluación. Aunque se han encontrado intervenciones que implican una mejora en la espiritualidad, estas no se centran en el trabajo concreto de esta dimensión. Todo esto dificulta la evaluación de la eficacia de los protocolos de actuación en espiritualidad, obstaculizando el acceso al conocimiento relativo a la atención, por parte de los profesionales de la salud, de las necesidades espirituales del paciente paliativo.

© 2017 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Spirituality;
Review;
Psychological
intervention;
Palliative care

Psychological interventions in spirituality: A systematic review in palliative care

Abstract

Context: Spirituality can be seen as a fundamental condition of a person's sense of being. It is included among the fundamental objectives of palliative care work, considering that the quality of life of patients cannot be enhanced as a whole if the spiritual dimension is not addressed.

Objective: The objective of this systematic review is to summarize the latest scientific evidence on spirituality in palliative patients with advanced disease, paying particular attention to the kind of intervention that addresses the spiritual dimension that has been used. Data on the type of study and statistical results regarding spirituality were collected.

Method: We conducted a search of the scientific literature following the PRISMA guidelines in 13 electronic bibliographic databases, resulting in 10 experimental or quasi-experimental studies (1,067 participants) and 38 reviews of interventions and theoretical concepts on spirituality in the hospice. The studies were selected based on the level of information they supplied for the evidence required in the study objectives and the criteria for inclusion/exclusion.

Results: Unlike with other concepts such as emotional distress or dignity, our results suggest that, while spirituality is an aspect that is continually contemplated in palliative care, there is still an agreed, specific and systematic methodology/protocol. The improvement observed in some studies on aspects of spirituality is obtained tangentially or collaterally. The FACIT-Sp is the instrument most used to measure results in spirituality.

Conclusion: This review has been severely limited by the wide variability of the characteristics of the studies. There is great difficulty in selecting benchmarks, since the design of the studies is very diverse, as well as the variables and testing instruments. Although interventions were found that implied an improvement in spirituality, they do not focus on the actual work on this element. All this makes an evaluation of the effectiveness of protocols on spirituality difficult and hinders access to knowledge concerning the care by health professionals of the spiritual needs of palliative patients.

© 2017 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En la vida de las personas, especialmente cuando se acerca su final, surgen inevitablemente cuestiones de naturaleza espiritual. Así, en el contexto de los cuidados paliativos es habitual que se desencadene una búsqueda de respuestas, un viaje espiritual¹.

Desde los inicios del movimiento Hospice la dimensión espiritual ha sido objetivo central de la atención en los cuidados paliativos². También las definiciones de cuidados paliativos de la Organización Mundial de la Salud³, así como las recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos^{4,5}, la contemplan como parte integral de estos cuidados. Sin embargo, hasta hace poco ha sido un área muy

poco investigada y sobre todo implementada en el contexto del final de la vida.

La elaboración efectiva de las necesidades espirituales ayudará a la persona al final de la vida a encontrar significado, mantener la esperanza y, en gran medida, aceptar la muerte⁶. La espiritualidad se ha relacionado con diversas variables relevantes para los pacientes en cuidados paliativos: las necesidades espirituales y su cobertura se relacionan íntimamente con el resto de necesidades de los pacientes, como son las emocionales, físicas y sociales⁷. Muchos trabajos recientes se han centrado en la relación de las necesidades espirituales y la calidad de vida de los pacientes de cuidados paliativos^{8,9}. La espiritualidad interacciona con aspectos del área física^{8,10-13}. Por ejemplo, en el estudio

de Hui et al.¹² se encontró malestar espiritual en el 44% de los 113 pacientes evaluados con cáncer avanzando. Además, este malestar se relacionó con mayor nivel de depresión y mal control del dolor. Kandasamy et al.¹³ y Fombuena et al.¹¹ también encontraron una relación entre el malestar espiritual y el mal control sintomático.

Las necesidades espirituales también se han relacionado con la vida afectiva en general¹⁴⁻¹⁶. McClain et al.¹⁷ encontraron evidencia de la relación entre la espiritualidad y menores deseos de morir y menor ideación suicida. En esta misma línea, Haugan⁸ encontró una relación negativa entre la espiritualidad y la depresión, y positiva con el buen funcionamiento emocional. Así pues, los trabajos científicos sugieren claramente que la espiritualidad es un claro indicador de bienestar y calidad de vida del paciente.

Los investigadores que han explorado los abordajes ligados a la espiritualidad hacen varias recomendaciones en cuanto a cómo podrían ponerse en práctica las intervenciones. La mayoría de ellos se centran en o incluyen un proceso de revisión de vida, o autoexamen¹⁸⁻²⁰. Así, tras el impacto generado por artículos como el de Butler²¹, muchos de los servicios de cuidados paliativos desarrollaron programas de revisión de la vida, incluyendo en sus protocolos el análisis de puntos como los siguientes²²:

- 1 las cosas, actividades o relaciones en la vida de una persona que son importantes y aportan significado;
- 2 si la vida ha tenido un propósito explícito;
- 3 el impacto de la enfermedad en la vida de la persona, en cuanto a aportar significado y/o propósito;
- 4 si la enfermedad dio lugar a una reevaluación del propósito o de las prioridades vitales.

Por otro lado, algunas intervenciones han sugerido enfoques que ayudan a aliviar la angustia espiritual, incluyendo proporcionar una presencia de apoyo; explorar temas de culpa, remordimiento, perdón y reconciliación; facilitar la expresión religiosa; reformular objetivos en los esfuerzos a corto plazo que se pueden realizar; y fomentar el uso de prácticas como la meditación, la visualización guiada, la música, la lectura, la poesía y el arte¹⁸.

Tradicionalmente, el sentido de sufrimiento ha estado vinculado a la experiencia de dolor «físico». De hecho, esta acepción es la más frecuente en la comunicación médico-paciente-familia. Sin embargo, en los últimos tiempos se ha hecho hincapié en la necesidad de ampliar esta exploración del sufrimiento, puesto que muchas veces se observaban signos de malestar intenso que no se justificaban por el dolor²³. A este respecto, la espiritualidad ha sido una dimensión que, en el final de la vida, ha cobrado un sentido importante, ayudando a explicar en gran medida el sufrimiento del paciente paliativo.

Por todo ello, ha surgido un creciente interés en el estudio de la espiritualidad en general y una amplia adopción de la misma por parte de algunos sectores de la profesión de la salud, tales como los cuidados paliativos. Por ejemplo, si accedemos a las bases de datos internacionales y realizamos una búsqueda empleando las palabras clave de «dolor» y «espiritualidad», observamos una tasa de publicación anual en constante aumento, pasando de menos de 10 publicaciones en el año 2000 a más de 50 publicaciones existentes en

2011 centradas en el desarrollo de estos conceptos (fig. 1A). Además, observando el número de citas anuales indexadas que refieren estos conceptos, vemos como se pasa de poco más de 100 en el año 2000 hasta alcanzarse casi 900 citas en 2011 y llegando a 1.000 en 2013 (fig. 1B). Esto representa una pequeña fracción (aproximadamente 0,1%) de la literatura publicada sobre dolor.

A pesar de esta relativa falta de atención por parte de la comunidad científica y clínica, existen autores que han abogado por la consideración del papel de la espiritualidad en la medicina del dolor, desde la adopción de un enfoque bio-psico-espiritual²⁴⁻²⁸.

Por último, señalar cómo la incorporación de lo espiritual dentro de un tratamiento a menudo se equipara con el uso de tratamientos «espirituales», siendo la identificación de estos tratamientos espirituales un área que está llena de dificultades metodológicas y prácticas. Por ejemplo, una búsqueda en MedLine sobre las palabras clave «espiritual» y «tratamiento» reflejará artículos que pueden hacer referencia a aspectos tan dispares como son: curanderos tradicionales africanos, meditación trascendental, yoga, meditación de atención plena, musicoterapia, hipnosis, oración y el tratamiento susto boliviano.

Objetivo

El objetivo de esta revisión sistemática es analizar y sintetizar la evidencia científica más reciente existente en el campo de la espiritualidad en pacientes paliativos oncológicos y con enfermedad avanzada, atendiendo sobre todo al tipo de intervenciones que se ha llevado a cabo. Se recogen datos referentes al tipo de estudio y los resultados estadísticos encontrados en las investigaciones relacionadas con el concepto de espiritualidad.

Método

La revisión siguió las directrices metodológicas descritas en los informes *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*²⁹. La búsqueda se realizó a partir de la herramienta Proquest Central, en el apartado ciencias de la salud, que incluye las siguientes 13 bases de datos especializadas internacionales: CBCA Complete: Health & Medicine, International Pharmaceutical Abstracts, Pharmaceutical News Index, PILOTS: Published International Literature On Traumatic Stress, ProQuest Career and Technical Education: Health & Medicine, ProQuest Dissertations & Theses A&I: Health & Medicine, ProQuest Family Health, ProQuest Health & Medical Complete, ProQuest Nursing & Allied Health Source, ProQuest Research Library: Health & Medicine, PsycARTICLES, PsycCRITIQUES y PsycINFO. Los criterios de búsqueda utilizados fueron:

- Tipo de fuente: revista científica.
- Tipo de documento: artículo.
- Palabras clave (en cualquier campo): «spirituality» and «palliative care» and «intervention».
- Fecha de publicación: desde el 1 de enero de 2005 hasta el 9 de marzo de 2015.

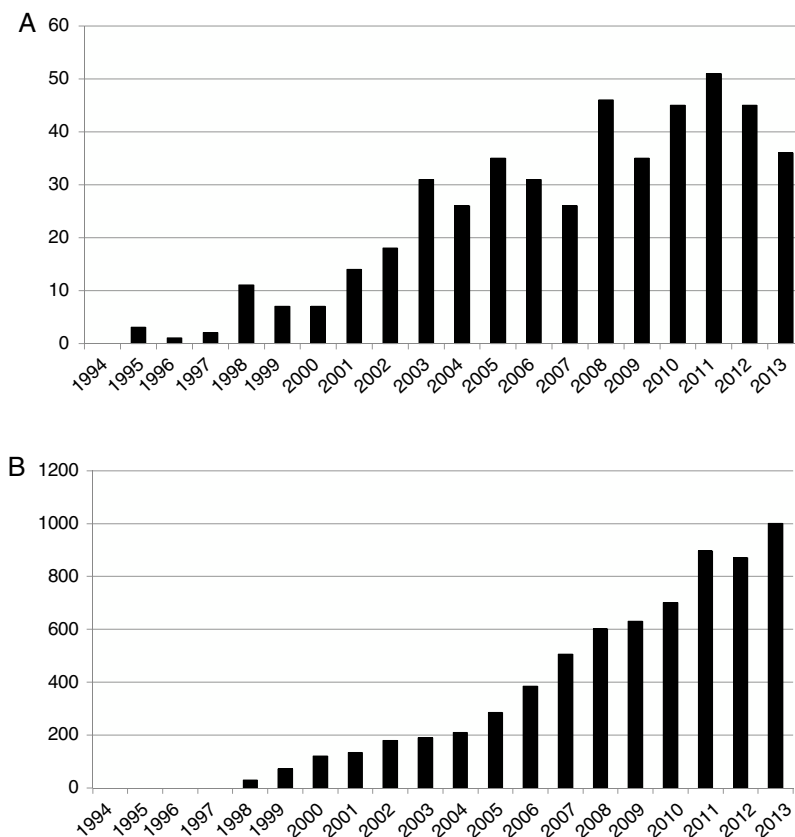


Figura 1 (A) Publicaciones anuales indexadas siguiendo la búsqueda de «dolor» y «espiritualidad» desde 1994 a 2013. (B) Citas anuales indexadas siguiendo la búsqueda de «dolor» y «espiritualidad» desde 1994 a 2013.

Fuente: Thomson Reuters Web of Science.

Los criterios de inclusión/exclusión para poder proceder al análisis de las fuentes documentales encontradas fueron: 1) artículos empíricos que presentaban datos cuantitativos longitudinales transversales o de referencia en relación con intervenciones en espiritualidad en cuidados paliativos, enfermedad progresiva y/o cáncer de poblaciones de pacientes; 2) estudios publicados entre 2005 y 2015 para proporcionar investigación reciente; 3) diagnóstico de los pacientes que recibían atención espiritual (señalar que cáncer no fue un criterio de inclusión específico, dado que se tuvieron en cuenta todas las enfermedades que conllevan la amenaza existencial, dentro de un diagnóstico de enfermedad progresiva o avanzada, dada la probabilidad que tienen de generar una dimensión existencial como parte de la experiencia del paciente; 4) no se impusieron restricciones de idioma; 5) no se rechazaron informes de casos, ni estudios cualitativos; 6) se accedió directa y adicionalmente también al análisis de otros trabajos y/o autores que con frecuencia eran referenciados en los estudios encontrados (estudios y autores de referencia en el área); 7) cuando en la búsqueda se encontraron varios trabajos del mismo autor que arrojaran los mismos resultados con mismas metodologías, se excluyeron del análisis todos menos uno; y, finalmente, 8) la medida/keyword de resultado principal fue la espiritualidad o falta de sentido y la desesperanza/desamparo/falta de propósito.

El protocolo de trabajo siguió la siguiente rutina: 7 revisores evaluaron de forma independiente los estudios

encontrados, analizando de una manera estandarizada la pertinencia de ser incorporados o no al objeto de estudio de este trabajo, en función de los criterios de inclusión/exclusión acordados. Los estudios fueron seleccionados inicialmente por el título y el resumen y, a continuación, se accedió y analizó el texto completo de los estudios elegibles. Una plantilla de criterios de elegibilidad se completó para cada artículo. Los conflictos en las decisiones de los revisores sobre la inclusión versus exclusión se resolvieron mediante discusión. Los detalles de cada estudio se extrajeron y se organizaron en una ficha que recogía los datos relevantes siguiendo los criterios de esta revisión. De esta manera se identificaron múltiples artículos con la misma metodología y se fueron agrupando a través de este proceso (considerando como un único estudio aquellos donde los datos aparecieran duplicados, dándose este hecho en 12 artículos). De cada estudio incluido en el análisis se extrajo la siguiente información:

- Autores/investigadores.
- País.
- Objetivo del estudio.
- Diseño del estudio, tipo y número de participantes.
- Rango de edad y/o media y DE.
- Intervención: estructurada vs. no estructurada
- Medida de espiritualidad.
- Resultados en espiritualidad.

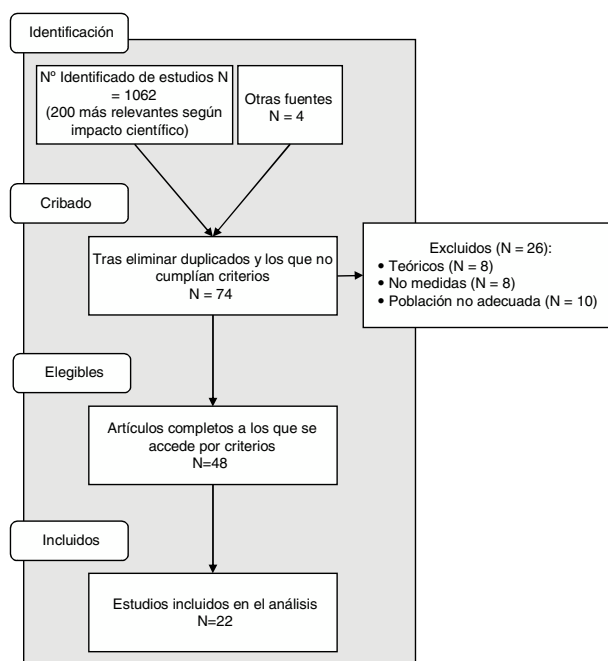


Figura 2 Diagrama de flujo de los artículos incluidos.

Resultados

La estrategia de búsqueda identificó 1.062 referencias bibliográficas, ordenadas por relevancia según su impacto científico. De estas, se tomaron para la presente revisión las 200 con mayor impacto científico, y se revisaron siguiendo los criterios antes mencionados.

De las 200 referencias bibliográficas más relevantes que se revisaron en esta investigación, se incluyeron 4 trabajos que venían referenciados como fundamentales de cara al objetivo de este trabajo: los de Chochinov et al.³⁰, Breitbart et al.³¹, Frankl³² y Benito et al.³³. Después de la eliminación de duplicados y de trabajos con muestras no adecuadas, 74 estudios se mantuvieron. Estos fueron seleccionados por el título y el resumen, y se excluyeron 26 estudios porque no cumplían con los criterios de elegibilidad: 8 eran teóricos y no aportaban datos sobre intervención, 8 no poseían ningún tipo de medida y 10 eran en pacientes no paliativos. Los textos completos de los 74 estudios restantes fueron evaluados para la elegibilidad, con un total de 22 estudios (48 artículos) incluidos en la revisión sistemática. Doce artículos fueron eliminados del análisis dado que presentaron datos que ya estaban referidos en otros estudios que habían sido incluidos. La figura 2 representa un diagrama de flujo de los estudios incluidos.

A la luz de los resultados obtenidos podemos observar que, si bien la medida de la espiritualidad es tenida en cuenta en la mayoría de los estudios que se llevan a cabo en cuidados paliativos, no se han encontrados trabajos que directamente lleven a cabo una intervención centrada en esta dimensión. De los estudios analizados, señalamos que todas las intervenciones que se llevan a cabo sobre la espiritualidad, aunque haya sido de manera indirecta, se han configurado desde:

- intervenciones psicológicas: cognitivo, emocional y comportamental;
- biológicas: dolor;
- social: familia, amigos, trabajo y comunidad;
- espiritual: sentido, propósito e identidad.

Las intervenciones sobre las que se han encontrado de manera indirecta beneficios en la dimensión espiritual de los pacientes trabajan aspectos como el sentido de la vida, la dignidad, las relaciones interpersonales y, además, aspectos relacionados con síntomas como la ansiedad o la depresión (tabla 1). Esto permite señalar especialmente la relación que la dimensión espiritual tiene con el paciente paliativo entendido en su conjunto.

Parece que para los profesionales de la salud resulta más sencillo identificar otro tipo de aspectos fundamentales para trabajar en cuidados paliativos (estado de ánimo, ansiedad, dignidad...), mientras que el abordaje de la dimensión espiritual resulta complicado. Esto no se debe solo a las dificultades que plantea la definición en sí, pues esta ha podido delimitarse gracias a trabajos como el llevado a cabo por el Grupo de Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), sino también, y de manera especial, a las dificultades que plantea el determinar la mejor manera de atender las necesidades espirituales. No se puede atribuir, atendiendo a esta revisión, a los motivos que pueden llevar a estos hallazgos, pero es evidente que existen causas que deberían ser estudiadas y tenidas en cuenta (p. ej., los conocimientos sobre la idea en espiritualidad en cuidados paliativos del propio clínico). Los trabajos incluidos en el presente estudio que llegan a delimitar la espiritualidad haciéndola más «práctica» no terminan de señalar cómo tratar este tipo de temas con un paciente. Incluso el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (NCI) reconoce que la dimensión espiritual se debe atender, pero que existen grandes dificultades. ¿Se plantea abiertamente al paciente? ¿Se espera a que el paciente presente alguna necesidad al respecto y se aborda? ¿Se administra un cuestionario y a partir de ahí, favoreciendo la estimulación de los ítems, el paciente trata estas necesidades? Es decir, se cuenta con metodologías más bien genéricas, y de prácticas clínicas que no se centran en espiritualidad pero que la benefician de una manera más bien indirecta.

Hay que señalar, no obstante, a la luz de los estudios analizados, que la espiritualidad es una dimensión que los profesionales tienen muy en cuenta, consideran fundamental, y existen trabajos en los que los propios profesionales trabajan dicha espiritualidad.

Con respecto a las medidas de espiritualidad, tal como se puede ver en la tabla 1, encontramos una gran heterogeneidad. Esto se debe a que cada instrumento está basado en un concepto propio, pero no sustentado por un modelo de espiritualidad definido. Así pues, encontramos una gran variedad de instrumentos para medir la dimensión espiritual. El instrumento más extendido es la Escala de Bienestar Espiritual, de la Evaluación Funcional de Terapia en Enfermedades Crónicas (FACIT-Sp, por sus siglas en inglés), mientras que el instrumento que presenta un modelo teórico muy definido del que parte su construcción es el Cuestionario de Espiritualidad del Grupo de Espiritualidad de la SECPAL (GES), validado solo en población española. Por otro lado, no hay

Tabla 1 Descripción de los trabajos encontrados

Fuente	País	Principales hipótesis de investigación	Diseño del estudio, tipo y número de participantes	Edad	Intervención estructurada	Medidas de espiritualidad	Principales resultados M / DT TE
Frankl ¹⁸	Estados Unidos	El sentido personal del sufrimiento personal da sentido y mejora el bienestar de la persona	ND	ND	Sí	ND	ND
Spira ¹⁹	Reino Unido	El desarrollo de la espiritualidad se lleva a cabo identificando los obstáculos y reorientando la actividad	ND	ND	Sí	ND	ND
Groves y Klausner ²⁰	Estados Unidos	El abordaje integral y desde diferentes áreas mejora la dimensión espiritual del paciente	Estudio piloto con pacientes con fallo cardiaco	ND	12 sesiones semanales	ND	Incremento en calidad de vida
Puchalski ²¹	Estados Unidos	El abordaje de la espiritualidad debe estar integrado dentro de la atención de los cuidados paliativos	ND	ND	ND	ND	ND
Delaney et al. ²²	Estados Unidos	Influencia de la intervención en espiritualidad en pacientes con trastorno cardiaco	ND	ND	ND	Ansiedad, depresión, calidad de vida	ND
Sinclair et al. ²³	Canadá	Abordaje de la espiritualidad en pacientes con cáncer avanzado	ND	ND	Semiestructurada y preguntas abiertas	ND	ND
Siddall y Lovell ²⁴	Australia	Repaso conceptual de intervenciones en espiritualidad	ND	ND	No estructurada	ND	ND
Lavretsky ²⁵	Estados Unidos	El trabajo de la espiritualidad no puede hacerse con cualquier paciente, señala algunos criterios de inclusión. El tratamiento debe adaptarse	ND	ND	ND	ND	ND
Lyon et al. ²⁶	Estados Unidos	Intervención en comunicación con pacientes paliativos y con sus familias	Cuasiexperimental n = 60 (30 adolescentes y 30 familiares)	14-21 años	Semiestructurada 3 meses	FACE BDI BAI PQLI SP-FACIT	Espiritualidad SP-FACIT: Paz: 27,6 (3,6) Fe: 13,2 (4,0) Total: 78,9 (13,1) No TE

Tabla 1 (continuación)

Fuente	País	Principales hipótesis de investigación	Diseño del estudio, tipo y número de participantes	Edad	Intervención estructurada	Medidas de espiritualidad	Principales resultados M / DT TE
Meredith ²⁷	Australia	Efecto de un programa de espiritualidad autoadministrado	Experimental n = 120	19-60 años		POWCS KCS DASS-21	Espiritualidad: 22,0-9 (2,33) Cuidados espiritual: 22,59 (2,56) Religiosidad: 4,62 (1,75) ND
Tanyi ²⁸	Estados Unidos	Propuesta de programa de entrenamiento para enfermeras sobre el trabajo dimensión espiritual	ND	ND	Estructurada	ND	ND
Williams ²⁹	Estados Unidos	Confirmar importancia de la espiritualidad en el final de la vida y poner de relieve los cambios en la salud espiritual que son posibles	Revisión meta-sumario	ND	ND	ND	ND
Chochinov et al. ³⁰	Canadá	Evidencias en la aplicación de la terapia de la dignidad	Experimental 3 grupos (TD, CCC, Control) n = 326	TD: 64,2 (14,6) CCC: 64,3 (14,3) Control: 66,7 (14,2)	Sí 5 pasos, protocolo 2 sesiones 1 h	IDP SISC ESAS MQOL FACIT HADS	FACIT Total: 33,969 (10,290) FACIT-Secular: 23,878 (6,269) FACIT-Faith: 10,091 (5,133)
Breitbart et al. ³¹	Estados Unidos	Evidencias de la terapia centrada en el sentido para reducir el distrés emocional y mejorar la espiritualidad en cáncer avanzado	Experimental 2 grupos: Terapia centrada en el sentido (TCS) Psicoterapia de apoyo grupal (AG) n = 253	TCS: 57,0 AG: 59,6	Sí 2 meses	HADS BDI SWB HAI MQOL MSAS-GDI SAHD	SWB: TCS: 33,83; 11,61; TE: 0,17 AG: 35,91; 9,65; TE: 0,22
Nakau et al. ³²	Japón	Tratamiento espiritual en pacientes con cáncer en entorno verde	Cuasiexperimental n = 22	Hombres 65,3 (2,6) Mujeres 56,6 (11,3)	Sí 12 sesiones, 1 semanal	FACIT-SP CFS POMS-SF STAI	FACIT: GP: 4,3 (5,5) GS: 26,1 (6,0) GE: 6,3 (3,3) GF: 22,7 (5,0) Sp: 25,8 (7,4)

Tabla 1 (continuación)

Fuente	País	Principales hipótesis de investigación	Diseño del estudio, tipo y número de participantes	Edad	Intervención estructurada	Medidas de espiritualidad	Principales resultados M / DT TE
Richardson ³³	Estados Unidos	Revisión de trabajos en enfermería en espiritualidad en cáncer. Revisión teórica e instrumentos	ND	ND	ND	ND	ND
Rubin et al. ³⁴	Estados Unidos	Trabajo de espiritualidad en adolescentes con cáncer	Experimental 2 grupos: Con cáncer (CC) Grupo control (GC) n = 152	CC: 16,95 (2,29) GC: 17,09 (2,15)	No hay intervención, solo se toman medidas en 3 tiempos	SWBS SIBS	TE: SIBS con SWB: 0,72 SIBS con RWB: 0,83 SIBS con EWB: 0,32
Ando et al. ³⁵	Japón	Trabajo de sentido y espiritualidad en pacientes paliativos	Cuasiexperimental n = 10	ND, solo mayores de 20 años	1 sesión de 60 min	FACIT-SP HADS	Resultados individuales, cualitativos
Ando et al. ³⁶	Japón	Efecto de <i>mindfulness</i> en pacientes con cáncer avanzado	No experimental n = 28	60,0 (9,2)	2 sesiones y práctica en su casa Usas versión modificada de MBSR	EVA de distrés	ND
Ando y Morita ³⁷	Japón	Eficacia de una entrevista de revisión vital en pacientes paliativos oncológicos	Estudio 1: n = 12 Estudio 2: n = 30	63 (rango 54-82)	Estructurada: 4 sesiones	QOL-SELT-M FACIT-Sp	SELT-M: Espiritualidad: 3,14 (DE = 2,25)
Rudilla et al. ³⁸	España	Intervención centrada en dignidad con <i>counselling</i> y terapia de la dignidad	Experimental Grupo <i>counselling</i> : n = 35 Terapia dignidad: n = 35	70,86 (11,88)	Estructurada: <i>Counselling</i> : 8-9 sesiones Terapia de la dignidad: 8-9 sesiones	HADS IDP GES Resiliencia CED-PAL DUKE-UNC QLQ	GES Intra: t (69) -10,578 Inter: t (69) -5,360 Trans: t (69) -8,939

BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; CED-PAL: Cuestionario Evaluación de la Dignidad en Cuidados Paliativos; CFS: Cancer Fatigue Scale; DASS-21: Depression Anxiety Stress Scale-21; DUKE-UNC: Cuestionario Apoyo Social Funcional; ESAS: Edmonton Symptom Assessment System; EVA: Escala Valoración Analógica; EWB: existential well-being; GES: Cuestionario Espiritualidad del Grupo de Espiritualidad de la SECPAL; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HAI: Hopelessness Assessment in Illness; IDP: Inventario Dignidad Paciente; KCS: Knowledge and Confidence Scale; MQOL: McGill Quality of Life Scale; MSAS-GDI: Memorial Symptom Assessment Scale Global Distress Index; ND: no determinado; POMS-SF: Profile of Mood States; POWCS: Perception of Workplace Change Schedule; PQLI: Pediatric Quality of Life Inventory 4.0; QLQ: Factor Salud Global de la Eortc QLQ-C30; QOL-SELT-M: Skalen zur Erfassung von Lebensqualität bei Tumorkranken-Modified Version; RWB: religious well-being; SAHD: Schedule of Attitudes toward Hastened Death; SIBS: Spiritual Involvement and Beliefs Scale; SISC: structured interview assessment of symptoms and concerns; SP-FACIT: Spiritual Well-Being Scale of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Version; STAI: Spielberger's the State- Trait Anxiety Inventory; SWB: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale; SWBS: Spirituality Well-Being Scale.

que olvidar que estos instrumentos están midiendo espiritualidad en intervenciones no específicamente diseñadas para la dimensión de espiritualidad.

Esta situación pone de manifiesto una gran carencia que no podemos ignorar. Por mucho que a través de otras intervenciones psicológicas encontremos resultados en espiritualidad, no podemos estar seguros de que la dimensión espiritual del paciente esté siendo atendida correctamente.

Hemos de actuar con ética y estar preparados para tratar adecuadamente la espiritualidad, saber cómo y en qué estamos interviniendo, y cuáles son las implicaciones terapéuticas de nuestra intervención, más allá del inicial efecto de cubrir una necesidad espiritual.

Discusión

Nuestros resultados van en la línea de lo encontrado en revisiones previas. Nuestra revisión sistemática sobre publicaciones científicas versadas en intervenciones psicológicas en espiritualidad en cuidados paliativos ha permitido encontrar evidencia empírica que señala, por una parte, la gran importancia de la espiritualidad^{1,6}, y por otra, que la atención a la espiritualidad es necesaria y totalmente recomendable, tal y como plantean los organismos internacionales³⁻⁵ y se ha mostrado en nuestros estudios previos¹¹.

Así mismo, los datos encontrados en la presente revisión reflejan lo que la literatura científica actual plantea: que la cobertura de las necesidades espirituales facilita el manejo de otras necesidades, físicas, emocionales y sociales^{7-9,11,15}.

Los componentes de las intervenciones en espiritualidad en el ámbito de los cuidados paliativos más relevantes y frecuentemente encontrados en esta revisión son, por una parte, la redefinición de vida y la búsqueda de sentido²² y, por otra, el alivio de la angustia espiritual con prácticas como la meditación y el arteterapia, entre otras¹⁹.

No obstante, al realizar la presente revisión, nos hemos encontrado con una carencia de datos relativos a intervenciones concretas sobre cómo abordar la espiritualidad en el ámbito de los cuidados paliativos. Si bien es cierto que los datos relativos a estudios relacionados con este tema han mostrado un aumento en los últimos años, consideramos que es necesaria la formulación de propuestas prácticas específicas encaminadas a mejorar la calidad de la intervención espiritual en cuidados paliativos. En este sentido, nuestro equipo de investigación ha desarrollado un protocolo de intervención en espiritualidad (protocolo KIBO) que empieza ya a mostrar resultados satisfactorios³⁴. Dicho protocolo se ha desarrollado a partir del modelo GES de espiritualidad, y consiste en una breve entrevista que cuenta con 9 preguntas centrales y otras accesorias que permiten al paciente explorar las 3 dimensiones de la espiritualidad. Incluye además una devolución al paciente³⁴.

Existe un claro y gran interés por el área, pero es muy necesario un proceso reflexivo para que no se acabe dividiendo en compartimentos levemente conectados toda la intervención del paciente paliativo en constructos como dignidad, ansiedad, depresión o espiritualidad. Parece evidente que la espiritualidad es más que la suma de todos estos constructos considerados por separado y aunque tiene un cuerpo propio, este no es independiente, como ya se había

encontrado en diferentes trabajos que relacionaban la espiritualidad con la dimensión social⁷, la calidad de vida^{8,9}, el área física^{8,10-13}, la vida afectiva en general¹⁴⁻¹⁶ y el control sintomático^{11,13}.

Este trabajo evidencia el camino aún por recorrer en relación con la detección de necesidades espirituales en un paciente y la atención directa de las mismas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Puchalski C, Ferrell B. Making health care whole. Integrating spirituality into patient care. West Conshohocken, PA: Templeton Press; 2010.
2. Saunders C. Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach. London: Edward Arnold; 1991.
3. OMS. Definition of palliative care; 2002 [consultado 10 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. Radbruch L, Payne S, Comité Directivo de la EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care: Part 1. Eur J Palliat Care. 2009;16:278-89.
5. Radbruch L, Payne S, Comité Directivo de la EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care: Part 2. Eur J Palliat Care. 2010;17:22-33.
6. Corr CA, Corr DM. Death and dying life and living. 7.ª ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2012.
7. Leget C. Implementing spiritual care at the end of life: The Netherlands. Eur J Palliat Care. 2012;19:191-2.
8. Haugan G. Meaning-in-life in nursing-homes patients: A correlate with physical and emotional symptoms. J Clin Nurs. 2014;23:1030-43.
9. Rajmohan V, Kumar KS. Psychiatric morbidity, pain perception, and functional status of chronic pain patients in palliative care. Indian J Palliat Care. 2013;19:146-51.
10. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, Govan K, de la Cruz M, Thorney S, et al. Spirituality, religiosity and spiritual pain in advanced cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2011;41:986-94.
11. Fombuena M, Galiana L, Barreto P, Oliver A, Pascual A, Soto-Rubio A. Spirituality in patients with advanced illness: The role of symptom control, resilience and social network. J Health Psychol. 2016;21:2765-74. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105315586213>.
12. Hui D, de la Cruz M, Thorney S, Parsons HA, Delgado-Guay M, Bruera E. The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. Am J Hosp Palliat Care. 2011;28:264-70.
13. Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. Indian J Cancer. 2011;48:55-9.
14. Breitbart W. Who needs the concept of spirituality? Human beings seem to! Palliat Support Care. 2007;5:105-6.
15. Krikorian A, Limonero JT. An integrated view of suffering in palliative care. J Palliat Care. 2012;28:41-9.
16. Powers DV, Cramer RJ, Grubka JM. Spirituality, life stress, and affective well-being. J Psychol Theol. 2007;35:235-43.
17. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet. 2003;361:1603-7.

18. Frankl V. *El hombre en búsqueda del sentido*. Barcelona: Herder; 1991.
19. Spira JL. Existencial psychotherapy in palliative care. In Chochinov HM, Breitbart W, eds. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 197-214.
20. Groves RF, Klauser HA. *The American book of dying: lessons in healing spiritual pain*. Berkeley: Celestial Arts; 2005.
21. Puchalski CM. Spirituality and medicine: curricula in medical education. *J Cancer Educ*. 2006;21:14-8.
22. Delaney C, Barrere C, Helming M. The influence of a spirituality-based intervention on quality of life, depression, and anxiety in community-dwelling adults with cardiovascular disease: a pilot study. *J Holist Nurs*. 2011;29:21-32.
23. Sinclair S, Mysak M, Hagen NA. What are the core elements of oncology spiritual care programs? *Palliat Support Care*. 2009;7:415-22. <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951509990423>.
24. Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R. Spirituality: what is its role in pain medicine? *Pain Med*. 2015;16(1):51-60. Doi: 10.1111/pme.12511. Epub 2014 Aug 26.
25. Lavretsky H. Spirituality and Aging. *Aging Health*. 2010;6(6):749-69.
26. Lyon ME, Jacobs S, Briggs L, Cheng YI, Wang J. A longitudinal, randomized, controlled trial of advance care planning for teens with cancer: anxiety, depression, quality of life, advance directives, spirituality. *J Adolesc Health*. 2014;54(6):710-7. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.10.206. Epub 2014 Jan 7.
27. Meredith P, Murray J, Wilson T, Mitchell G, Hutch R. Can spirituality be taught to health care professionals? *J Relig Health*. 2012;51:879-89. <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-010-9399-7>.
28. Tanyi RA. Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. *J Adv Nurs*. 2006;53:287-94.
29. Williams A. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliat Support Care*. 2006;4:407-17.
30. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23:5520-5.
31. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2015;33:749-54. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>.
32. Nakau M, Imanishi J, Imanishi J, Watanabe S, Imanishi A, Baba T, et al. Spiritual care of cancer patients by integrated medicine in urban green space: a pilot study. *Explore (NY)*. 2013;9:87-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2012.12.002>.
33. Richardson P. Assessment and implementation of spirituality and religiosity in cancer care: effects on patient outcomes. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16:E150-5. <http://dx.doi.org/10.1188/12.CJON.E150-E155>.
34. Rubin D, Dodd M, Desai N, Pollock B, Graham-Pole J. Spirituality in well and ill adolescents and their parents: the use of two assessment scales. *Pediatr Nurs*. 2009;35:37-42.
35. Ando M, Morita T, Lee V, Okamoto T. A pilot study of transformation, attributed meanings to the illness, and spiritual well-being for terminally ill cancer patients. *Palliat Support Care*. 2008;6:335-40. Doi: 10.1017/S1478951508000539.
36. Ando M, Morita T, Akechi T, Ifuku Y. A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. *Support Care Cancer*. 2011 Jul;19(7):929-33. doi: 10.1007/s00520-010-0901-2. Epub 2010 May 16.
37. Ando M, Morita T. Efficacy of the structured life review and the short-term life review on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Health*. 2010;2(4):342-6. Doi:10.4236/health.2010.24051.
38. Rudilla D, Galiana L, Oliver A, Barreto P. Comparing counseling and dignity therapies in home care patients: A pilot study. *Palliat Support Care*. 2016;14(4):321-9.