

Desarrollo de una intervención centrada en espiritualidad en pacientes con cáncer*

Building a Model of Spirituality-Centered Psychotherapy for Patients with Cancer.

Recibido: marzo 13 de 2013 | Revisado: abril 15 de 2014 | Aceptado: octubre 17 de 2014

SANDRA CAROLINA URREGO BARBOSA **

Instituto Nacional de Cancerología

FABIO ALEXANDER SIERRA MATAMOROS ***

Instituto Nacional de Cancerología

RICARDO SÁNCHEZ PEDRAZA ****

Instituto Nacional de Cancerología

doi:10.11144/Javeriana.upsy13-5.dice

Para citar este artículo: Urrego, S. C., Sierra, F. A., & Sánchez, R. (2015). Desarrollo de una intervención centrada en espiritualidad en pacientes con cáncer. *Universitas Psychologica*, 14(1), 299-312. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.dice>

* Artículo de investigación

Agradecimientos: Financiado por el Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Nacional de Colombia. 2012. Fundación AMESE (Apoyo a Mujeres con Enfermedades de Seno).

** Psicóloga. Investigaciones Clínicas. Instituto Nacional de Cancerología. Correo electrónico: surrego@cancer.gov.co

*** Docente de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Investigaciones Clínicas. Instituto Nacional de Cancerología. Correo electrónico: fasierra@cancer.gov.co

RESUMEN:

Teniendo en cuenta la crisis existencial y espiritual que experimentan los pacientes con cáncer en estadios avanzados se buscó desarrollar una intervención que fomentara el bienestar espiritual y que fuera aplicable a nuestro contexto. Para esto, a partir de una búsqueda de literatura sobre intervenciones centradas en espiritualidad, se establecieron ejes metodológicos y temáticos y se estructuró una psicoterapia orientada a la búsqueda y construcción del sentido de la vida, organizada en ocho sesiones semanales de 90 minutos, para grupos de cuatro a siete pacientes. Se concluye que esta intervención es adecuada para pacientes colombianos con cáncer y con otras enfermedades terminales y se sugiere realizar estudios sobre su eficacia y efectividad antes de su aplicación en la práctica clínica.

Palabras clave

espiritualidad; neoplasias; psicoterapia; adaptación psicológica; adulto

ABSTRACT:

Taking into account the spiritual and existential crisis that patients diagnosed with cancer have to face along their advanced phases, it was necessary to plan an intervention that promoted the existential wellbeing and could be applied to our context. To do this, based on literature about spiritual interventions, we could establish methodological and thematic points in order to structure a psychotherapy focused on building the sense of life. It was organized on eight sessions a week, each one 90 minutes long, for groups of four to seven patients, and it is suggested to develop research about its efficiency and effectiveness before its application on the clinical practice.

Keywords

spirituality; neoplasm; psychotherapy; psychological adaptation; adult

Introducción

Según datos del Ministerio de Protección y el Instituto Nacional de Cancerología, el cáncer en Colombia ha sido considerado como un problema creciente de salud pública (Ministerio de la Protección Social & Instituto Nacional de Cancerología, 2010). En 2008 la International Agency for Research on Cancer (IARC) reportó una tasa de incidencia de 150.2 casos de cáncer por 100000 personas al año (160.8 para hombres y 144.1 para mujeres) y una mortalidad de 88.2 muertes por 100000 personas al año (97.5 y 81.7 para hombres y mujeres respectivamente) siendo los que tienen mayor incidencia, para los dos sexos, el cáncer de mama, estómago, próstata, cuello uterino y pulmón.

Asociado al diagnóstico de cáncer y a su tratamiento se han encontrado alteraciones en aspectos psicosociales y espirituales de los pacientes. Así, en una revisión sistemática Walker *et al.* (2012) reportaron prevalencias de depresión entre 5 y 16% en pacientes ambulatorios, 4 a 11% en pacientes hospitalizados y 7 a 49% en pacientes en cuidado paliativo con cualquier tipo de cáncer. Vehling *et al.* (2012) reportaron en 2012 prevalencias del 11.1 % para trastornos afectivos y 10.2% para trastornos de ansiedad en pacientes con cualquier tipo de cáncer. Neilson *et al.* (2012) encontraron casos de probable depresión y ansiedad en 15% y 20% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello antes del tratamiento con radioterapia, las cuales cambiaron a 29% y 17% después del tratamiento. Galloway *et al.* (2012) reportaron síntomas clínicamente significativos de depresión y ansiedad en 72% y 48% de pacientes con cáncer de mama recién diagnosticadas.

En relación con aspectos espirituales, C. M. Puchalski (2012) consideró que el diagnóstico del cáncer cambia la vida de los pacientes para siempre, llevando al surgimiento de preguntas sobre el sentido de la vida y con el paso del tiempo y a través del tratamiento, asuntos relacionados con esperanza y plenitud. Esta dimensión surge al final de la vida porque en los pacientes se produce un cuestionamiento sobre el sufrimiento y la muerte, así como una búsqueda de sentido independientemente de su historia espiritual (Dyer, 2011; Lunder, Furlan, &

Simonc, 2011; Okon, 2005). En relación con esta crisis existencial desencadenada por la enfermedad, Kissane *et al.* (1997) describieron un síndrome de desmoralización distinto a la depresión en pacientes terminales, caracterizado por desesperanza, pérdida de significado y deseo de muerte. Rousseau (2000) se refirió a tal crisis como *sufrimiento espiritual*.

Phelps *et al.* (2012) encontraron por medio de entrevistas semiestructuradas a pacientes, enfermeras y médicos, que la mayoría de los tres grupos (77.9%, 85.1% y 71.6% respectivamente) consideraron que el cuidado espiritual regular por parte de médicos o enfermeras debería traer efectos positivos para los pacientes. El estudio de Steinhäuser *et al.* (2000) define entre los principales aspectos importantes que se deben tener en cuenta al final de la vida y que mejoran la calidad de vida de los pacientes en esta última etapa (o calidad de muerte), el estar mentalmente consciente, tener planeados los arreglos para el funeral, sentir que la vida fue completa, no ser una carga para la familia o la sociedad, ser capaz de ayudar a otros, estar en paz con Dios y orar.

En un estudio en el que se preguntó a pacientes oncológicos qué es calidad de vida, por medio de un análisis lexicográfico se encontró que la espiritualidad es un aspecto clave de este constructo (Sánchez, Sierra, & Ibáñez, 2012). Johnson *et al.* (2011) encontraron que un mayor bienestar espiritual (creencias sobre el papel de la fe en la enfermedad, fe y significado-paz se asoció con menores síntomas de ansiedad y depresión.

Dada esta alteración de la dimensión espiritual de los pacientes diagnosticados con cáncer ha surgido la necesidad de incluir el cuidado espiritual en el tratamiento integral por medio de una medición objetiva del constructo y del desarrollo de intervenciones que fomenten este tipo de bienestar. En este sentido, en la definición que hace la Organización Mundial de la Salud sobre cuidado paliativo, se considera que en este tipo de cuidado, la prevención y alivio del sufrimiento se realizan por medio de una identificación temprana y una evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (World Health Organisation (WHO), 2012).

Aunque la espiritualidad es una dimensión que ha sido considerada en estudios en salud, como se mostró anteriormente, no existe una definición universal del concepto. Así, Para Rumbold (2003) la espiritualidad consiste en una red de relaciones que dan coherencia a la vida en la cual puede o no incluirse la religiosidad, entendiendo según Visser (2010) que esta última ubica a la primera en el contexto de las creencias, valores y prácticas de una institución y en consecuencia, identifica a la religión con una forma específica de espiritualidad. Astrow, Puchalski y Sulmasy (2001) consideran que la espiritualidad se refiere a la búsqueda de significado trascendente, la cual puede ser expresada por medio de la práctica religiosa o por medio de la relación con la naturaleza, música, artes y un grupo de creencias filosóficas o relaciones con los amigos y la familia.

De Jager Meezenbroek *et al.* (2012) definieron la espiritualidad como una búsqueda personal de sentido y experiencia de conexión consigo mismo, con la naturaleza, los otros y lo trascendente. Unruh, Versnel y Kerr (2002) en una revisión sobre espiritualidad en estudios de salud, encontraron que los elementos comunes incluidos en el constructo fueron la relación con un ser espiritual o realidad más trascendente, negación de sí mismo, significado y propósito en la vida o fortaleza de vida de la persona. Bekelman *et al.* (2010) consideraron que el concepto abarca aspectos como el bienestar existencial, sentido de significado y paz. Muldoon y King (1995) definieron la espiritualidad como la forma en que las personas entienden su vida a la luz de un significado y valor último. Brady, Peterman, Fitchett, Mo y Cella (1999) definieron espiritualidad como una búsqueda personal de significado, y propósito en la vida y la creencia en una dimensión trascendente de la existencia. C. Puchalski y Romer (2000) la definieron como aquello que permite a la persona experimentar un significado trascendente de la vida.

En todas estas definiciones de espiritualidad puede observarse un elemento común e independiente de cualquier connotación religiosa: la búsqueda o construcción de un sentido o propósito en la vida. De hecho, en los instrumentos de me-

dicción de espiritualidad, este aspecto es evaluado por varios ítems (Albers *et al.*, 2010; Gijssberts *et al.*, 2011; Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez, & Cella, 2002; Selman, Harding, Gysels, Speck, & Higginson, 2011), por lo tanto se constituye en componente clave del constructo, el cual debería ser considerado en el desarrollo de intervenciones encaminadas al fomento de la espiritualidad.

A pesar de su importancia, tampoco existe una única definición de sentido de la vida. En su revisión, W Breitbart (2002) basado en el trabajo de Víctor E. Frankl considera que el sentido se refiere a la convicción de que uno está cumpliendo un papel y un propósito únicos en la vida que es un regalo y que trae consigo la responsabilidad de utilizar el potencial pleno como seres humanos y al hacerlo, ser capaces de lograr un sentido de paz, plenitud e incluso trascendencia a través de la conexión con algo trascendental. Park (2010) propuso un modelo de construcción de sentido basado en distintas aproximaciones teóricas, en el que se recogen elementos claves del constructo. Para ellos las personas poseen un sentido global consistente en sistemas orientadores generales del cual emerge un sentido situacional cuando las personas enfrentan distintos eventos.

El sentido puede medirse en términos de reevaluación de los eventos y estableciendo el alcance al cual la persona encontró sentido en los eventos (Breitbart, 2002). Precisamente esta búsqueda y construcción de sentido parece adecuada en el afrontamiento de enfermedades como el cáncer. Park (2010) considera que el sentido parece particularmente importante al confrontar experiencias altamente estresantes, tales como el diagnóstico de enfermedades terminales. Para Breitbart (2002) este diagnóstico puede ser visto como una experiencia de malestar o de desesperación que puede en sí misma, ofrecer una oportunidad de crecimiento y sentido conforme la persona aprende a afrontarlo. Frankl sostuvo la convicción de que el sentido puede ser encontrado en la vida hasta el último momento y que este puede encontrarse aún en situaciones de sufrimiento al cambiar la actitud hacia el mismo (Breitbart, Gibson, Poppito, & Berg, 2004; Frankl, 1989; Breitbart *et al.*, 2004).

Atendiendo a la crisis existencial que experimentan los pacientes con enfermedades terminales, tales como el cáncer en estados avanzados, surge la necesidad de elaborar intervenciones orientadas a la atención y desarrollo de la dimensión espiritual. Teniendo en cuenta que el fomento de la espiritualidad repercute en desenlaces de tipo psicosocial y considerando el aspecto de búsqueda de sentido como elemento clave de este tipo de bienestar, este estudio se propuso diseñar una intervención en espiritualidad que estimule la búsqueda y construcción de sentido y que pueda ser aplicada en pacientes colombianos con cáncer.

Metodología:

Para la elaboración de la intervención en espiritualidad se siguieron las siguientes etapas:

Revisión de literatura sobre intervenciones centradas en espiritualidad

Inicialmente se llevó a cabo una revisión de la literatura con el propósito de identificar intervenciones centradas en espiritualidad en pacientes con cáncer. Posteriormente dos investigadores, de manera independiente, seleccionaron estudios escritos en inglés, portugués o español que hicieran referencia a alguna intervención orientada al fomento de la espiritualidad, a la construcción del sentido de la vida, a intervenciones que en su contenido incluyeran aspectos relacionados con la espiritualidad o el sentido de la vida o que presentaran resultados de la aplicación de una intervención en espiritualidad o intervención enfocada en la construcción del sentido de la vida y que la población objetivo incluyera pacientes con cáncer. Se excluyeron estudios en los que se midió la espiritualidad pero en los cuales el objetivo de la intervención era el fomento de otros desenlaces tales como la calidad de vida. En caso de desacuerdo, se seleccionó o descartó el estudio por medio de una reunión de consenso entre los dos investigadores.

Estructuración de ejes temáticos y metodológicos

Los ejes temáticos se refieren al contenido de la intervención, tales como temas a tratar y objetivos

que se proponen para cada sesión. Los ejes metodológicos se refieren a la forma en la que debería realizarse la intervención y por lo tanto a elementos como el número, frecuencia, duración y actividades dentro de cada sesión. Para construir estos ejes, una vez seleccionados los estudios que cumplieron criterios de elegibilidad, a través de un consenso conformado por cuatro investigadores (un psiquiatra, un médico, un psicólogo epidemiólogo y un psicólogo clínico), se extrajeron elementos temáticos y metodológicos de las intervenciones existentes. Basados en estos elementos se conformó una intervención que pudiera aplicarse en el contexto cultural colombiano.

Prueba piloto

Una vez construida, la intervención se aplicó a un grupo de cuatro pacientes con el propósito de determinar que las actividades propuestas cumplieran el objetivo, que el lenguaje utilizado en las instrucciones fuera claro, que los tiempos estimados para cada actividad fueran adecuados y que los pacientes identificaran sensaciones de bienestar a lo largo de las sesiones y realizaran sugerencias en relación con los ejes metodológicos. En la realización de esta prueba participaron cuatro pacientes mujeres mayores de 18 años, diagnosticadas con cáncer de mama en estadios localmente avanzados pertenecientes a la asociación ÁMESE (Apoyo a Mujeres con Enfermedades de Seno) de la sede de Bogotá. A partir de esta prueba se ajustaron aspectos metodológicos de las sesiones de intervención los cuales fueron incluidos en el manual de la intervención.

El diseño de esta intervención hace parte de un estudio aprobado por el comité de ética del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia.

Resultados:

Revisión de literatura sobre intervenciones centradas en espiritualidad

La estrategia de búsqueda arrojó 3.058 estudios de los cuales se identificaron 496 duplicados. Los investigadores revisaron 2.562 estudios de los cuales

TABLA 1.
Aspectos temáticos y metodológicos considerados en intervenciones propuestas para el fomento de la espiritualidad

Autor	Referencias	Intervención	Aspectos temáticos				Aspectos metodológicos			
			Objetivo	Temas	Número, frecuencia y duración de las sesiones	Población objetivo	Número de pacientes	Actividades	Resultados	
Breitbart W.	(W Breitbart, 2002; W Breitbart et al., 2004; W. Breitbart et al., 2012; W Breitbart et al., 2010)	Psicoterapia de grupo	Mejorar espiritualidad para disminuir desesperanza, desmoralización y estrés	Sentido de vida y logoterapia	Ocho sesiones cada semana 90 minutos cada sesión	Pacientes con cáncer en estadios III y IV	Ocho a diez pacientes en cada sesión	Cada sesión consta de una dinámica, un ejercicio experiencial y una discusión. Se deja trabajo para la casa.	Disminución de ansiedad y deseo de muerte	
Garlick, Wall, Crowin y Koopman	(Garlick, Wall, Corwin, & Koopman, 2011)	Terapia integrativa psicoespiritual	Mejorar el bienestar y estimular el crecimiento posttraumático en pacientes con cáncer	Espiritualidad y religión, disminución de estrés, aceptación y compromiso	Ocho sesiones cada semana 180 minutos cada sesión	Mujeres con cáncer de mama	Grupos pequeños	Entrevista semiestructurada sobre el sentido de la vida	Incremento en calidad de vida (medida con la escala FACIT-B), bienestar psicológico y espiritual. Disminución de niveles de depresión, ansiedad y fatiga.	
Chochinov	(Chochinov et al., 2005; Chochinov et al., 2012; Chochinov & Cann, 2005; Chochinov et al., 2011)	Terapia de la dignidad	Mitigar el sentimiento de angustia al final de la vida	Diálogo con paciente y transcripción del relato editada frente a propósito y significado de la vida	Entre una y tres sesiones cada dos o tres días. 30 a 60 minutos cada sesión	Pacientes con expectativa de vida menor a seis meses	Individual	Entrevista semiestructurada Transcripción de las narrativas. Revisión por parte del paciente. Entrega al paciente o ser querido.	Mejoría en calidad de vida, aumento de sentido de la dignidad, mejoría en la percepción frente a su familia y su utilidad en ella y mejoría en el bienestar espiritual.	

Ando, Morita, Akechi, Okamoto, & Japanese Task Force for Spiritual, 2010; Ando et al., 2010a, 2010b; Ando, Morita, Okamoto, & Ninosaka, 2008)	Entrevista breve de revisión de vida	Evidenciar la continuidad en la historia de vida del paciente y propiciar su aceptación del final, sintiéndose satisfecho con su vida.	Se realizan unas preguntas orientadoras y se elabora un álbum con aspectos claves que son revisados por el paciente.	Dos sesiones en una semana. 60 minutos aproximadamente	Pacientes en cuidados paliativos	Individual	Entrevista semiestructurada. Transcripción de las narrativas y elaboración de álbum alimentado de fotos o dibujos. Revisión por parte del paciente	Aumento de bienestar espiritual (medido con la escala FACIT-SP) y felicidad, disminución de puntuajes en escalas de depresión y sufrimiento, mejora en bienestar espiritual y niveles de depresión en familias con duelo
Chan, Ho, & Chow, 2001; Chan, Chan, & Pang, Shiu, Ng, 2006)	Mente, cuerpo y espíritu	Disminuir el nivel de angustia y fortalecer el control emocional y el apoyo.	Normalización de experiencias traumáticas, concepto de compromiso, amor propio y perdón como llaves de la alegría y paz mental.	Cinco sesiones semanales 180 minutos cada sesión	Pacientes con cáncer de mama en estadíos I, II y III	Pequeños grupos	Exploran diversas líneas de aprendizaje y expresión como la lectura, la escritura, la actividad física, la meditación y el dibujo.	Se mejora el soporte social positivo, se reduce la angustia psicológica, hay Mejores efectos a mediano y largo plazo que intervenciones de soporte social.
Miller	Experiencia grupal de apoyo afectivo para personas con enfermedades terminales	Reducir depresión, ansiedad y malestar psicológico y espiritual.	Legado, esperanza y gratitud	No refiere número de sesiones y frecuencia. 75 minutos cada sesión	Pacientes con enfermedades terminales	Tres a ocho pacientes	Reconocimiento del grupo, de necesidades espirituales, búsqueda de ayuda, toma de decisiones en el cuidado al final de la vida, legado, esperanza y gratitud	Mejoría en el bienestar espiritual, disminución de la depresión y de los sentimientos de pérdida de sentido relacionados con la muerte
Targ	Cuerpo mente, cuerpo espíritu	Disminuir depresión y ansiedad, incrementar el bienestar individual y la calidad de vida.	Yoga, conciencia corporal, ritual de grupo, arte y exploración emocional a través del movimiento	24 sesiones dos por semana 150 minutos cada sesión	Cáncer de mama	Pequeños grupos	Discusiones grupales en temas relacionados con la salud, danza y movimiento, ejercicio de relajación o imaginación, discusiones de grupo alrededor de temas como la enfermedad y la muerte, sexualidad, imagen corporal y compasión.	Mejoría de calidad de vida, disminución de depresión, disminución de ansiedad, incremento de bienestar espiritual, disminución de la evitación.

Fuente: elaboración propia

seleccionaron diez artículos que cumplieron los criterios de elegibilidad, entre los cuales se destacaron las cinco intervenciones descritas en la Tabla 1.

Estructuración de ejes temáticos y metodológicos

Los aspectos temáticos y metodológicos considerados en las intervenciones encontradas en la revisión de la literatura se presentan en la Tabla 1:

Los aspectos temáticos comunes observados en las intervenciones publicadas fueron la búsqueda del sentido de vida, la trascendencia, disminución de ansiedad ante el diagnóstico y el tratamiento y el apoyo al paciente por parte de familiares y de personas que están pasando por la misma situación de enfermedad. Asimismo el aspecto metodológico común fue la realización de terapias grupales (las intervenciones individuales resultan muy eficientes en pacientes de cuidados paliativos, debido a la dificultad para reunirlos en grupos) con una sesión semanal.

Por lo tanto en la reunión de consenso se determinó incluir como tema principal la búsqueda de sentido de la vida. Atendiendo a las propuestas de la terapia de la dignidad (Chochinov *et al.*, 2005) y de la psicoterapia de grupo centrada en el sentido de la vida (Breitbart *et al.*, 2010) se determinó realizar una búsqueda de sentido de la vida a través de la revisión de hechos significativos en la historia del paciente, así como una enseñanza para construir sentido de la vida hacia el futuro por medio de la definición de metas y acciones.

En relación con aspectos metodológicos se determinó realizar una intervención de ocho sesiones, una semanal de 90 minutos, en grupos de cuatro a siete pacientes. Durante las cuatro primeras sesiones se realiza una revisión de la historia pasada, teniendo en cuenta la propuesta hecha en la entrevista breve de revisión de vida (Ando *et al.*, 2010) y el peso que otras intervenciones dan a la revisión de la historia de vida (Ando *et al.*, 2010; Chochinov *et al.*, 2005). Esta revisión debe llevar a la construcción de un álbum con el legado de vida que incluya los momentos importantes de su biografía. Este álbum es creado por las pacientes, alimentado por el terapeuta con las frases relevantes

producto de las sesiones anteriores y compartido en la cuarta sesión con un familiar buscando fortalecer lazos en la red de apoyo a través del reconocimiento de experiencias vividas en conjunto. Durante las sesiones cinco a ocho se enseña a las pacientes a planear metas para el futuro y se les brindan herramientas para la búsqueda de formas en las cuales estas puedan ser realizadas.

Los elementos comunes a todas las sesiones son ejercicios de relajación, con el fin de brindar herramientas para el manejo de la ansiedad generada por el tratamiento oncológico, la resolución de preguntas relacionadas con el sentido de la vida por medio de ejercicios grupales o individuales y la discusión en grupo que busca desde la interacción, fortalecer las reflexiones realizadas.

Los objetivos y las actividades desarrolladas en cada una de las sesiones se muestran en la Tabla 2.

Las intervenciones fueron planteadas para ser dirigidas por un psicólogo clínico y se consideró importante que este tuviera experiencia previa en intervenciones grupales con pacientes con enfermedades crónicas.

Prueba piloto

El análisis de la información obtenida durante la aplicación de las sesiones piloto concluyó que debían realizarse los siguientes cambios en las sesiones:

En cuanto a los tiempos, en la mayoría de las actividades se ajustaban a las dinámicas del grupo, sin embargo dos de las actividades requirieron mayor tiempo del planeado. En la sesión dos debido a que la actividad requería recordar cosas importantes de sus vidas y plasmarlas. Y en la sesión seis puesto que los vínculos allí son más fuertes entre ellas y se les da la oportunidad de orientar a sus compañeras desde su experiencia, lo que genera varios comentarios que en ocasiones se extienden. Por el contrario, se observó en la sesión dos, que son muy puntuales al tratar de crear una historia colectiva, por lo que se disminuyó el tiempo de la dinámica en la sesión dos y las sesiones cinco y seis no requieren mayor tiempo de discusión, ya que los ejercicios basados en la experiencia que componen estas dos sesiones

TABLA 2.
Estructura de la intervención en espiritualidad para pacientes con cáncer

Sesión	Objetivo	Actividades
1	Comprender el concepto de 'sentido de vida', explorar posibles fuentes de sentido e iniciar la búsqueda del sentido de sus propias vidas.	Presentación. Ejercicio de relajación. Cuestionario de exploración de hechos significativos en la vida. Discusión.
2	Descubrir la relación entre hechos significativos en su historia de vida y su aporte en la construcción del sentido de su vida.	Ejercicio de relajación. Construcción de historia colectiva. Identificación del impacto de determinados sucesos en la construcción de historia de vida. Discusión.
3	Reflexionar acerca de la influencia de las personas que le rodean en la búsqueda del sentido de su vida y como a su vez, la historia de vida propia ha influido y puede influir en la búsqueda de sentido de vida de los otros.	Ejercicio de relajación. Identificación de determinados sucesos vividos y su impacto en la vida de otros. Revisión y culminación del álbum (creado previamente por el terapeuta recogiendo material y frases de las sesiones anteriores). Discusión.
4	Fortalecer los vínculos afectivos de las pacientes y el reconocimiento del otro como parte importante en la construcción del sentido de vida.	Inclusión de los acompañantes de una hoja con aportes al álbum (mensaje de gratitud). Entrega del álbum de parte del acompañante a la paciente y acto simbólico esperanzador.
5	Diferenciar entre los componentes de la vida que pueden y no pueden ser modificados, propiciando que actúen sobre los cuales pueden tener control, como sus emociones y la forma de asumir las situaciones.	Ejercicio de relajación. Identificación de limitaciones presentadas tanto en la vida cotidiana como a lo largo de la existencia. Presentación de video 1 (personajes motivadores que han convertido sus limitaciones en potencialidades). Identificación de potencialidades individuales partiendo de las limitaciones descritas al inicio de la sesión. Discusión.
6	Identificar el propósito de su vida, determinando las responsabilidades que el cumplimiento de este genera y planear la forma de cumplir dicho propósito teniendo en cuenta sus limitaciones, potencialidades y creatividad.	Ejercicio de relajación. Identificación de metas y motivaciones. Modelamiento a través de una historia de vida. Construcción colectiva de posibilidades en la realización de las metas más significativas de cada una de las pacientes. Discusión.
7	Explorar el humor en la vida cotidiana e incorporarlo como herramienta para construir sentido de vida	Ejercicio de relajación. Presentación de video 2 (importancia del humor en la vida cotidiana). Evocación de una situación estresante del pasado. Creación de suceso cómico basado en situación estresante. Discusión.
8	Descubrir el sentido de la vida a pesar de la amenaza de muerte y reflexionar acerca de los aprendizajes obtenidos a lo largo de la intervención.	Ejercicio de relajación. Elaboración de mensaje motivador a una de las compañeras. Compartir mensajes. Entrega de parte del terapeuta de escrito con la meta de cada una de las pacientes. Discusión y cierre.

Fuente: elaboración propia

permiten ampliar el diálogo entre ellas y que realicen sus aportes durante este espacio en la sesión.

La mayoría de las actividades cumplieron su objetivo, sin embargo el video de la sesión cinco, que contiene testimonios de varios personajes que superaron una dificultad que podía ser incapacitante y descubrieron en ella el sentido de su vida, incluía una parte de la vida de una artista que ejerció una campaña muy fuerte a favor de la prevención del cáncer de seno tras vivir la enfermedad. Sin embargo es de conocimiento público que la enfermedad causó su fallecimiento, ante lo cual las pacientes participantes de la prueba piloto manifestaron sentimientos de desesperanza y angustia frente a este segmento del video, llegando a considerar que irrumpía con el mensaje general del mismo, ya que este segmento contrario a motivarlas les generaba temor. Se tomó la decisión de excluir esta parte del video.

Se determinó el orden interno del contenido del álbum consistente en cuatro partes importantes: familia, momentos importantes, reflexiones para compartir y metas planteadas, además de unas palabras escritas por el acompañante a la sesión cuatro en las que se hace referencia a la huella que hasta el momento la paciente ha dejado en quienes la rodean.

Se realizaron cambios en la estructura de la sesión cuatro, para la cual inicialmente se había planteado que el álbum fuera entregado por la paciente al acompañante; pero dado que el acompañante no siempre era la persona más significativa para la paciente, sino un familiar con tiempo para acompañarlas, se optó por fomentar que ellas se quedaran con ese material y continuaran su construcción en conocimiento de sus seres queridos y que los acompañantes alimentasen la construcción del mismo.

Se lograron los objetivos establecidos para las actividades y las discusiones realizadas por las pacientes se encaminaron de la forma esperada y no se encontraron dificultades en el lenguaje planteado para las actividades, ni en las instrucciones escritas y verbales.

En relación con la estructura de la intervención, las pacientes participantes afirmaron que el diseño grupal de la intervención les permitió generar un ambiente de confianza para expresar sentimientos,

temores, creencias y experiencias relacionadas con su enfermedad, para lo cual no habían encontrado un ambiente propicio. Asimismo destacaron los ejercicios de relajación realizados al inicio de cada sesión como una preparación adecuada para que 'el cuerpo descanse, se relaje y la mente se despeje'.

En relación con aspectos relacionados con la búsqueda del sentido para sus vidas, manifestaron que reafirmaron el propósito de su vida así como la huella que ellas quieren dejar en las personas que les rodean (familiares y amigos más cercanos). Consideraron como una tarea importante buscar y construir sentido a partir de las experiencias de su vida diaria después de la intervención en espiritualidad. Teniendo en cuenta lo anterior, en la intervención se incluyó un trabajo de identificación de la imagen que cada una busca dejar en su familia y una construcción grupal de cómo lograr generar esta imagen.

Las pacientes no expresaron experiencias relacionadas con la búsqueda de sentido por medio de espiritualidad religiosa. Luego de los ajustes sugeridos en la prueba piloto se procedió a la redacción de un manual con las indicaciones para la realización de esta intervención.

Discusión

Dado que se ha observado una importante crisis existencial en pacientes con cáncer en estadios avanzados, la cual se asocia a comorbilidad psicológica como depresión, ansiedad y estrés, se consideró necesario desarrollar una intervención que fomente la espiritualidad en este tipo de población en Colombia.

Se consideró como objetivo y eje temático fundamental para la intervención en espiritualidad, fomentar en los pacientes la comprensión del concepto de 'sentido de vida', a través de una búsqueda del sentido de sus propias vidas y la exploración de posibles fuentes para la construcción de sentido. Este es un elemento considerado en intervenciones de pacientes al final de la vida tales como la terapia de la dignidad (Chochinov, *et al.*, 2005), la breve revisión de historia de vida (Ando *et al.*, 2010) y la psicoterapia de grupo centrada en el sentido de la vida (Breitbart *et al.*, 2010).

Entre las formas de explorar el sentido de vida en la historia personal se ha propuesto la construcción de un álbum a partir de momentos significativos en la vida de los pacientes. A diferencia de la revisión breve de historia de vida (Ando, *et al.*, 2010), el álbum elaborado en nuestra intervención no es entregado a un familiar como legado de vida, sino al paciente para que continúe con la construcción de sentido a lo largo de la vida, de manera que la intervención tenga efecto una vez terminado el proceso terapéutico.

Si bien las terapias antes mencionadas no incluyen elementos de relajación como parte de las sesiones de intervención, estos fueron incluidos aquí porque terapias orientadas a disminuir el estrés relacionado con el diagnóstico del cáncer han mostrado disminución de los niveles de estrés y de ansiedad incluso en la estabilidad de marcadores inmunes de los pacientes (Andersen *et al.*, 2004; Antoni, 2010). Su integración como elemento inicial en cada una de las sesiones permite además generar un espacio adecuado para la realización de las actividades individuales y el compartir en las discusiones.

Aunque esta intervención recoge elementos temáticos de intervenciones propuestas en otros países, fue modificada para que metodológicamente se adaptase a la población colombiana y se ajustó en una prueba piloto con pacientes con diagnóstico de cáncer. Además se basa en un concepto no religioso de espiritualidad, lo cual permite su aplicación en todo tipo de pacientes independientemente de su afiliación religiosa. Asimismo esta intervención tiene la ventaja de no ser un procedimiento invasivo y puede ser abandonada por los pacientes en el momento en que ellos deseen.

Los resultados obtenidos en estudios en los que se han aplicado intervenciones propuestas para mejorar el bienestar espiritual muestran respuestas importantes en desenlaces clínicos (Breitbart *et al.*, 2010; Chochinov, *et al.*, 2005; Kissane, *et al.*, 2003; Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006; Spiegel, Bloom, & Yalom, 1981). Por lo tanto, dados estos resultados se espera que la intervención propuesta aquí, además de fomentar la espiritualidad de los pacientes, ayude a disminuir los niveles de depresión, ansiedad y malestar psicológico y espi-

ritual asociados al tratamiento (Fann, *et al.*, 2008; Galloway, *et al.*, 2012; Hegel, *et al.*, 2006; Neilson, *et al.*, 2012; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008; Vehling, *et al.*, 2012; Walker, *et al.*, 2012; Moadel, *et al.*, 1999; Nathan Cummings Foundation, Fetzer Institute, & George H. Gallup International Institute, 1997; Nixon & Narayanasamy, 2010; Okon, 2005) y a mejorar la calidad de vida.

Dado que la prueba piloto fue realizada en un grupo de pacientes con variables socioculturales y clínicas muy limitadas, podría ser necesario adaptar el lenguaje para pacientes con otro tipo de características, por ello es importante que esta sea dirigida por un psicólogo clínico con la experiencia necesaria para adaptarse al contexto y las características de cada grupo.

Aunque la intervención fue propuesta para pacientes con cáncer, puede aplicarse a pacientes con otras patologías que impliquen una crisis existencial al final de la vida, dado que los ejes temáticos no incluyen contenidos específicos para la búsqueda de sentido en cáncer. Estudios con intervenciones similares han sido aplicados bajo criterios tales como recibir cuidados paliativos (Ando, *et al.*, 2010), enfermedad terminal, (Miller, *et al.*, 2005) o expectativa de vida menor a seis meses (Chochinov, *et al.*, 2005), demostrando resultados en aumento del bienestar espiritual, disminución en depresión y sufrimiento y mejor calidad de vida.

En relación con los aspectos metodológicos de la intervención, las actividades aunque fueron diseñadas para realizarse grupalmente, pueden adaptarse para su aplicación de manera individual como en el caso de pacientes en estadios terminales para quienes es difícil interactuar en la dinámica grupal debido a las dificultades, principalmente de movilidad.

Teniendo en cuenta que intervenciones similares han mostrado efectividad en desenlaces relacionados con la calidad de vida, se sugiere la elaboración de ensayos clínicos que permitan determinar la eficacia y efectividad de esta intervención antes de su aplicación en la práctica clínica y en los que se evalúen aspectos tales como la realización de la intervención de manera individual y el efecto de

variables como el tipo de patología y la presencia o no de religiosidad en los participantes.

Referencias

- Albers, G., Ehteld, M. A., de Vet, H. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Linden, M. H., & Deliens, L. (2010). Content and spiritual items of quality-of-life instruments appropriate for use in palliative care: a review. *Journal Pain Symptom Manage*, 40(2), 290-300.
- Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Glaser, R., Emery, C. F., Crespín, T. R., & Carson, W. E. (2004). Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *Journal Clin Oncol*, 22(17), 3570-80.
- Ando, M., Morita, T., Akechi, T., Okamoto, T., & Japanese Task Force for Spiritual, C. (2010). Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain & Symptom Management*, 39(6), 993-1002.
- Ando, M., Morita, T., Miyashita, M., Sanjo, M., Kira, H., & Shima, Y. (2010a). Effects of bereavement life review on spiritual well-being and depression. *Journal Pain Symptom Manage*, 40(3), 453-459.
- Ando, M., Morita, T., Miyashita, M., Sanjo, M., Kira, H., & Shima, Y. (2010b). Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis. *Support Care Cancer*, 19(2), 309-314.
- Ando, M., Morita, T., Okamoto, T., & Ninosaka, Y. (2008). One-week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psychooncology*, 17(9), 885-890.
- Ando M. (2010, junio). Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 993-1002. Retrieved doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.11.320.
- Antoni, M. (Febrero, 2010). Changes in benefit finding during psychosocial intervention in women treated for breast cancer: biobehavioral correlates. Trabajo presentado en 7th Annual Conference of the American Psychosocial Oncology Society, New Orleans, LA. Retrieved <http://pesquisa.bvsalud.org/evidences/resource/es/CN-00790047>
- Astrow, A. B., Puchalski, C. M., & Sulmasy, D. P. (2001). Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *Journal Med*, 110(4), 283-287.
- Bekelman, D. B., Parry, C., Curlin, F. A., Yamashita, T. E., Fairclough, D. L., & Wamboldt, F. S. (2010). A comparison of two spirituality instruments and their relationship with depression and quality of life in chronic heart failure. *Journal of Pain & Symptom Management*, 39(3), 515-526.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*, 8(5), 417-428.
- Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*, 10(4), 272-280.
- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S., & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *Journal Psychiatry*, 49(6), 366-372.
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, et al. (2012). Pilot Randomized Controlled Trial of Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*, 30(12) 1304-9.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., et al. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*, 19(1), 21-28.
- Chan, C., Ho, P. S., & Chow, E. (2001). A body-mind-spirit model in health: an Eastern approach. *Soc Work Health Care*, 34(3-4), 261-282.
- Chan, C. L., Chan, T. H., & Ng, S. M. (2006). The Strength-Focused and Meaning-Oriented Approach to Resilience and Transformation (SMART): A body-mind-spirit approach to trauma management. *Work Health Care*, 43(2-3), 9-36.
- Chochinov, H., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*, 23(24), 5520-5525.

- Chochinov, H. M., Cann, B., Cullihall, K., Kristjanson, L., Harlos, M., McClement, S. E., *et al.* (2012). Dignity therapy: A feasibility study of elders in long-term care. *Palliat Support Care*, 10(1), 3-15.
- Chochinov, H. M., & Cann, B. J. (2005). Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med*, 8(1), 103-115.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520-5525.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*, 12(8), 753-762.
- De Jager Meezenbroek, E., Garssen, B., van den Berg, M., van Dierendonck, D., Visser, A., & Schaufeli, W. B. (2012). Measuring spirituality as a universal human experience: a review of spirituality questionnaires. *J Relig Health*, 51(2), 336-354.
- Dyer, A. R. (2011). Spirituality and cancer: an introduction. *South Med J*, 104(4), 287-288.
- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry*, 30(2), 112-126.
- Frankl, V. E. (1989). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Galloway, S. K., Baker, M., Giglio, P., Chin, S., Madan, A., Malcolm, R., *et al.* (2012). Depression and Anxiety Symptoms Relate to Distinct Components of Pain Experience among Patients with Breast Cancer. *Pain Res Treat* 851, 276.
- Garlick, M., Wall, K., Corwin, D., & Koopman, C. (2011). Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(1), 78-90.
- Gijsberts, M. J., Echteld, M. A., van der Steen, J. T., Muller, M. T., Otten, R. H., Ribbe, M. W., & Deliëns, L. (2011). Spirituality at the end of life: conceptualization of measurable aspects-a systematic review. *J Palliat Med*, 14(7), 852-863.
- Hegel, M. T., Moore, C. P., Collins, E. D., Kearing, S., Gillock, K. L., Riggs, R. L *et al.* (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107(12), 2924-2931.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2008). *GLOBOCAN 2008*. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
- Johnson, K. S., Tulskey, J. A., Hays, J. C., Arnold, R. M., Olsen, M. K., Lindquist, J. H., & Steinhauer, K. E. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), 751-758.
- Kissane, D., Bloch, S., Miach, P., Smith, G., Seddon, A., & Keks, N. (1997). Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer-techniques and themes. *Psychooncology*, 6(1), 25-33.
- Kissane, D., Bloch, S., Smith, G., Miach, P., Clarke, D., Ikin, J., *et al.* (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*, 12(6), 532-546. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.683>
- Lee, V., Cohen, S., Edgar, L., Laizner, A., & Gagnon, A. (2006). Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results. *Oncol Nurs Forum*, 33(2), 291-302.
- Lunder, U., Furlan, M., & Simonic, A. (2011). Spiritual needs assessments and measurements. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 5(3), 273-278.
- Miller, D. K., Chibnall, J. T., Videen, S. D., & Duckro, P. N. (2005). Supportive-affective group experience for persons with life-threatening illness: Reducing spiritual, psychological, and death-related distress in dying patients. *Journal of Palliative Medicine*, 8(2), 333-343.
- Ministerio de la Protección Social, & Instituto Nacional de Cancerología. (2010). *Plan Nacional para el control del cáncer 2010-2019*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., *et al.* (1999). Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs

- among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*, 8(5), 378-385.
- Muldoon, M., & King, N. (1995). Spirituality, health care, and bioethics. *J Relig Health*, 34(4), 329-349.
- Nathan Cummings Foundation., Fetzer Institute., & George H. Gallup International Institute. (1997). *Spiritual beliefs and the dying process : a report on a national survey conducted for the Nathan Cummings Foundation and Fetzer Institute*. Princeton, N.J.: George H. Gallup International Institute.
- Neilson, K., Pollard, A., Boonzaier, A., Corry, J., Castle, D., Smith, D., et al. (2012). A longitudinal study of distress (depression and anxiety) up to 18 months after radiotherapy for head and neck cancer. *Psychooncology*, 22(8), 1843-8.
- Nixon, A., & Narayanasamy, A. (2010). The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2259-2370.
- Okon, T. R. (2005). Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. *J Palliat Med*, 8(2), 392-414.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol Bull*, 136(2), 257-301.
- Peterman, A., Fitchett, G., Brady, M., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*, 24(1), 49-58.
- Phelps, A. C., Lauderdale, K. E., Alcorn, S., Dillinger, J., Balboni, M. T., Van Wert, M., et al. (2012). Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol*, 30(20), 2538-2544.
- Puchalski, C., & Romer, A. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med*, 3(1), 129-137.
- Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol*, 23(3), 49-55.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*, 110(1), 9-17.
- Rousseau, P. (2000). Spirituality and the dying patient. *J Clin Oncol*, 18(9), 2000-2002.
- Rumbold, B. D. (2003). Caring for the spirit: lessons from working with the dying. *Med J Aust*, 179(6 Suppl), 11-13.
- Selman, L., Harding, R., Gysels, M., Speck, P., & Higginson, I. J. (2011). The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated cross-culturally: a systematic review. *Journal of Pain & Symptom Management*, 41(4), 728-753.
- Spiegel, D., Bloom, J., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry*, 38(5), 527-533.
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284(19), 2476-2482.
- Sánchez, R., Sierra, F., & Ibáñez, C. (2012). Dimensiones que conforman el constructo calidad de vida en pacientes con cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 16(2), 100-109
- Targ, E., & Levine, E. (2002). The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry*, 24(4), 238-248.
- Unruh, A. M., Versnel, J., & Kerr, N. (2002). Spirituality unplugged: a review of commonalities and contentions, and a resolution. *Can J Occup Ther*, 69(1), 5-19.
- Vehling, S., Koch, U., Ladehoff, N., Schön, G., Wegscheider, K., Heckl, U., et al. (2012). [Prevalence of affective and anxiety disorders in cancer: systematic literature review and meta-analysis]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 62(7), 249-258.
- Visser, A; Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and wellbeing in cancer patients: a review. *Psycho-oncology*, 19, 565-572.
- Walker, J., Holm Hansen, C., Martin, P., Sawhney, A., Thekkumpurath, P., Beale, C., et al. (2012). Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Ann Oncol*, 24(4), 895-900
- World Health Organisation (WHO). (2012). *WHO Definition of Palliative Care*. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

