



Mejora del Sentido de la Vida en Pacientes con Patologías Avanzadas: Cuidado enfermero.

Marta de Vicente Saltó

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Mejora del Sentido de la Vida en Pacientes con Patologías Avanzadas: Cuidado enfermero.

Grado en Enfermería

Autor: Marta DE VICENTE SALTÓ

Tutora: Mariona GUERRERO TORRELLES

Presentado: 26/05/2015

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia,
microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de
Catalunya”**

“El amor es nuestro verdadero destino.

No encontramos el sentido de la vida por nuestra cuenta,

lo encontramos junto a alguien.”

Thomas Merton

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer, en primer lugar, a mi abuelo Pere, por ser el primero que sugirió e insistió hace muchos años para que me dedicara a cuidar, él lo vió antes que yo. A mi abuelo Agustín por preguntarme todos los sábados por mis estudios y repetirme lo bien que lo haría. A mis abuelas agradecer todos los cuidados durante años.

Agradecer a mis padres su ayuda, sin ellos no habría podido y por confiar, un poco a ciegas, en este nuevo camino sin saber dónde llegaría y si lo acabaría.

A mi hermana agradezco, que escuchara mis innumerables discursos mientras trabajaba intentando poner buena cara, y a mi hermano que en su lejanía me ha ido preguntando sus dudas y confiando en lo que le explicaba.

A mi Compañero de viaje especial espacial y a la Bichu, por su paciencia, persistencia y ayuda para que me pudiera dedicar al trabajo, a expensas de nuestros planes y mi compañía.

Agradecer a mis compañeras y amigas, por acompañarnos y ayudarnos en las angustias estudiantiles.

Quiero agradecer también a las enfermeras y auxiliares que han compartido conmigo sus días de trabajo, formando parte también de éste trabajo con sus reflexiones y su manera de entender la Vida, gracias, Carmina, Tere, Yolanda, Luisa, Cris y Gina.

Agradecer a todo el profesorado de la UIC que han compartido su vocación, su disposición, sus ánimos y sus conocimientos, haciendo que estos 4 años de estudio hayan sido estupendos, y especialmente agradecer a Mariona la libertad para desarrollar este trabajo, por su veloz disposición en ayudarme cuando iba perdida y por las tutorías tan amenas en que hemos compartido la búsqueda del Sentido.

Gracias a todos por formar parte de mi vida y darle Sentido.

ABREVIATURAS

APA: American Psychological Association

CE: Cuidados Espirituales

CINAHL: Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature

CV: Calidad de Vida

DAM: Deseo de Adelantar la Muerte

MaP: Meaning and Purpose Therapy

MCPG: Meaning-centred Group Psychotherapy

MiL: Meaning in Life

MLQ-S: Meaning in Life Questionnaire

MMi: Meaning Making intervention

OMS: Organización Mundial de la Salud

QoL: Quality of Life

SMiLE: Schedule for Meaning in Life Intervention

SMS: Search for Meaning Scale

SV: Sentido de la Vida

RESUMEN:

El sentido de la vida (SV) es un concepto multidimensional de difícil concreción. La presencia de SV proporciona fuerza, esperanza y calidad de vida (CV). Enfermería, como testimonio de los procesos de enfermedad y muerte debe saber identificar y cuidar también las inadaptaciones espirituales ya que afectan al afrontamiento de la enfermedad, al bienestar y calidad de vida.

Objetivos: identificar en la literatura existente, intervenciones de enfermería para la mejora del SV.

Metodología: revisión bibliográfica realizada con las bases de datos PubMed, CINAHL y EBSCO, y el metabuscador “Google académico”. Tras la selección de artículos relevantes, se leyeron en profundidad y se sintetizaron las aportaciones de los distintos estudios.

Resultados: Inicialmente se seleccionaron 24 artículos, 29 con la incorporación de los artículos aportados por el experto en la materia, y finalmente 43 artículos fueron el total seleccionado para la revisión bibliográfica. Se encontró una intervención enfermera para la mejora del SV en pacientes con patologías avanzadas. Otras disciplinas han desarrollado terapias para la mejora de SV aunque hasta el momento hay poca evidencia científica de la eficacia en la mejora del SV.

Conclusiones: Es necesario el desarrollo de actividades formativas a los profesionales para la identificación de falta de SV y los cuidados asociados, no sólo para la mejora de la calidad asistencial sino también para una mayor satisfacción del personal asistencial.

Palabras clave: Sentido de la vida, espiritualidad, cuidados de enfermería, cuidados paliativos, final de vida.

ABSTRACT

The meaning in life (MiL) is a multidimensional concept difficult to specify. The presence of MiL provides strength, hope and quality of life (QoL). Nursing, as a testimony to the processes of illness and death must be able to identify and care for the spiritual maladjustments since these affect how the disease is faced, coped with, the welfare and the QoL.

Goals: to identify in the existing literature, nursing interventions for improving MiL.

Methodologys: literature review of PubMed, CINAHL and EBSCO data, and information available via the metasearch engine "Google Scholar". After relevant articles were selected, they were read in depth and contributions from the different studies were synthesized.

Results: Initially 24 articles were selected, the number was subsequently increased to 29 with the addition of the items provided by the expert in the field, and finally a total of 43 articles were selected for full literature review. It was found on nursing intervention for improving the MiL in patients with advanced illness. Other disciplines have developed therapies for improving MiL but so far there is little scientific evidence of effectiveness in improving the MiL.

Conclusions: It is necessary to develop training for professionals to identify meaninglessness and related care activities, not only to improve the quality of care but also for a greater caregivers satisfaction.

Keywords: Meaning in life, spirituality, nursing care, palliative care, end of life.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla búsqueda bibliográfica	6
Cronograma desarrollo del trabajo	42

ÍNDICE DE ANEXOS

“Meaning in Life Questionnaire”	36
“Schedule for Meaning in Life Evaluation”	37
Guía CONSORT	39

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	I
ABREVIATURAS.....	II
RESUMEN:	III
ABSTRACT.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE ANEXOS	V
1. Introducción	1
2. Objetivos.....	3
3. Justificación del estudio	4
4. Metodología	5
5. Resultados:.....	7
5.1 Concepto Sentido de la Vida.....	7
5.2 Calidad de vida, bienestar y SV:	9
5.3 Fuentes de Sentido	10
5.4 La vida sin Sentido:.....	12
5.5 El final de la vida y enfermería	13
5.5.1 El final de la vida.....	13
5.5.2 Enfermería puede favorecer el SV:	15
5.5.3 Barreras en el cuidado espiritual	17
5.6 Intervenciones para la mejora del distrés existencial:	20
5.7 Actividades para la mejora del SV y enfermería:	22
5.7.1 Actividades dirigidas a pacientes:	22
5.7.2 Dirigidas a profesionales:	25
6. Discusión:	27
7. Implicación para la práctica clínica	28
8. Líneas de investigación futuras.....	28
9. Conclusiones.....	29
10. Referencias bibliográficas.....	30
11. Anexos	35
12. Cronograma desarrollo del trabajo.....	41
13. Reflexión personal sobre el aprendizaje obtenido	42

1. INTRODUCCIÓN

El sentido de la vida (SV) ha sido considerado en primera instancia como una reflexión filosófico-teológica a lo largo de los tiempos. Sabiendo que tarde o temprano moriremos nos preguntamos si hay un sentido en el discurrir de los días. Especialmente nos preguntamos el sentido en momentos de crisis, en momentos de dolor, angustia o dudas, en resumen, hechos negativos como puede ser la pérdida de relaciones importantes, una enfermedad aguda, depresión, estrés extremo, etc.(Fjelland, Barron, & Foxall, 2008; Agrimson & Taft, 2008).

Este estado de crisis espiritual, donde nuestro antiguo modelo de funcionamiento y sentido se ha quedado obsoleto ante las nuevas circunstancias, y el nuevo aún no se ha construido, puede darse un estado de desesperación, falta de esperanza, de fuerza que en algunos casos puede llevar a deseos de adelantar la muerte (Breitbart, Rosenfeld, & Passik, 1996; Guerrero, 2014; Kim & Lee, 2010).

En Corea se realizó un estudio con pacientes con cáncer en el que mostraba que, el 90,7%, tuvieron pensamientos suicidas. El SV junto con un buen soporte social es una variable positiva para afrontar sucesos estresantes (Kim & Lee, 2010), ya que el SV actúa como fuente motivacional y emocional positiva y consecuentemente afecta a la salud o al curso de la enfermedad (Fjelland, Barron, & Foxall, 2008).

Enfermería, con un abordaje holístico, concibe al ser humano como un ser único, donde se produce una mezcla de aspectos biológicos, psíquicos, sociales y espirituales. Todos los hombres por lo tanto, son considerados espirituales practiquen o no una religión y consecuentemente tienen necesidades espirituales que necesitan ser satisfechas para su bienestar (Carroll, 2001).

Algunos autores han identificado en sus investigaciones que SV está identificado por los pacientes como espiritualidad: “una creencia personal que da fuerza y sentido de la vida” (p. 361, Mok, Wong, & Wong, 2009). “Espiritualidad es un significado profundo: algo que tú sabes” (p.69, Hermann, 2001).

Así mismo el SV está profundamente entremezclado a otros conceptos, como la esperanza, la trascendencia de uno mismo y de las circunstancias, los valores propios, capacidad de perdón, etc. dando lugar a lo que se llama espiritualidad (Agrimson & Taft, 2008; Moadel, y otros, 1999).

El SV, no es sólo encontrar el sentido a nuestro quehacer diario, sino también el sentido profundo de nuestras enfermedades y de nuestra muerte, pues estas están incluidas en nuestro devenir, ayudándonos a crecer y establecer relaciones más profundas (LeMay & Wilson, 2007). Bower et al. (1998), en un estudio con pacientes seropositivos observaron que aquellos que buscaban significado de sus experiencias y lo encontraban mostraban un mejor estado inmunológico.

Aun así, la asistencia en cuidados espirituales por los pacientes es percibida como infrecuente y considerada como importante para ellos. Así mismo, reflejan que el personal sanitario, considera que el cuidado espiritual debe ser aportado al menos “ocasionalmente” durante el desarrollo de la enfermedad (Balboni, y otros, 2013).

También hay autores que consideran que el cuidado espiritual no es propio de enfermería, y que debe dedicarse a hechos más científicos (Paley, 2008). La evidencia muestra que cuidar a nivel espiritual beneficia a la persona, a su entorno (Kim & Lee, 2010; Ohaeri, Oladele, & Ohaeri, 2001; Thoresen, 1999; Zika & Chamberlain, 1992) así como al propio personal de enfermería que, una vez instruidos en cuidados espirituales, su actitud en el cuidado mejora, aumenta su confianza, disminuye su estrés y consecuentemente hay un aumento de la calidad asistencial y satisfacción del personal (Morita, y otros, 2009; Agrimson & Taft, 2008; McSherry & Jamieson, 2013)

El psiquiatra Viktor Frankl (1991) fue el primero en desarrollar una intervención para una situación clínica de falta de sentido de la vida: la Logoterapia, basada en que todos los seres humanos, aún en las peores circunstancias más extremas o de sufrimiento, pueden encontrar sentido. Según Frankl (1991), lo más relevante para encontrarlo es la actitud.

2. OBJETIVOS:

HIPÓTESIS: ¿Existen intervenciones de enfermería relacionadas con el SV en pacientes con patologías avanzadas?

Objetivo principal:

- Identificar intervenciones realizadas por enfermería para favorecer el SV.

Objetivos operacionales:

- Conocer las áreas que proporcionan SV a los pacientes con procesos avanzados de enfermedad.
- Conocer qué esperan los pacientes con patologías avanzadas por parte de enfermería en el momento que vislumbran el fin de su vida.
- Conocer el contenido de intervenciones realizadas para la mejora de SV por parte de enfermería y otras disciplinas.

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El SV es un concepto en cierto modo ambiguo y poco definido, aunque la mayoría de las personas en el algún momento nos hemos planteado el por qué de una experiencia, especialmente cuando es de tipo negativo o doloroso. Tener un SV, o varios, está asociado a una mayor calidad de vida y un aumento del bienestar psicológico de la persona (Zika & Chamberlain, 1992) y una mayor capacidad de afrontamiento (Lethborg, Schofield, & Kissane, 2012; Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006a)

La vivencia de una patología avanzada puede generar un estado de crisis existencial, ya que el fin de la vida se ve próximo, dando lugar a una falta de sentido a lo que acontece, siendo algunos incapaces de afrontarlo. La pérdida de SV va acompañada de sufrimiento y los profesionales encargados de la atención de los pacientes deberían poder evaluar este sufrimiento y pensar estrategias para paliarlo.

Enfermería, como testimonio de muchas de estas vivencias tiene capacidad para darse cuenta de estas situaciones e intervenir. La presente revisión bibliográfica pretende identificar intervenciones de enfermería realizadas actualmente para mejorar el SV en dichos pacientes, clarificar el concepto SV en el ámbito académico, especialmente en el ámbito enfermero y las necesidades de los pacientes al final de la vida que una vez satisfechas les aportan SV.

4. METODOLOGÍA

El presente trabajo es una revisión de la literatura iniciada en noviembre del 2014 hasta abril del 2015. Se realizó la búsqueda en las siguientes bases de datos: PUBMED, CINAHL, EBSCO y el metabuscador Google Académico.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron: “meaning in life”, “spiritual care”, “spirituality”, “end of life”, “palliative” e “interventions”.

Se aplicaron los filtros “Free Full Text” en PubMed en EBSCO se aplicó el filtro “Texto completo” y en una búsqueda avanzada se añadió el filtro: “Publicaciones académicas” e “inglés”.

Se utilizando los operadores booleanos “AND” y “OR”. Se realizaron distintas estrategias de búsqueda para detectar artículos sensibles al tema en estudio. Tras la revisión de los títulos de los artículos obtenidos, se seleccionaron los artículos potencialmente relevantes. Se seleccionaron un total de 24 artículos una vez leído el resumen.

Se incluyeron a la base de artículos 5 aportados por un experto en la materia.

Por último se saturó la bibliografía, incluyendo 13 artículos más que se consideraron interesantes para matizar y comprender con mayor profundidad algunos conceptos.

En aquellos artículos que lo requerían, se comprobó que hubieran sido aprobados por comités de bioética siguiendo las normas de Helsinki. Este estudio al tratarse de una revisión bibliográfica no fue necesario someterlo a una evaluación por parte de un comité de bioética.

BÚSQUEDA EBSCO		
1	NURSING CARE	345,068
2	MEANING IN LIFE	35,347
3	PALLIATIVE	382,772
	FULL TEXT+ACADEMIC JOURNAL+ENGLISH	
	1 AND 2 AND 3	11
	1 AND 2	221
4	SPIRITUAL	542,497
	FULL TEXT	
	1 AND 2 AND 3 AND 4	85
BÚSQUEDA CINAHL		
2	MEANING IN LIFE	671
3	PALLIATIVE	30,595
	FULL TEXT	42
	2 AND 3	14
BÚSQUEDA PUBMED		
1	NURSING CARE	567,042
2	MEANING IN LIFE	6,592
3	PALLIATIVE	68,077
	FREE FULL TEXT	
	1 AND 2 AND 3	15
4	SPIRITUAL	9,586
	FREE FULL TEXT	
	1 AND 3 AND 4	40
BÚSQUEDA GOOGLE ACADÉMICO		
1	NURSING CARE	1,510,000
2	MEANING IN LIFE	3,090,000
3	PALLIATIVE	863,000
	1 AND 2 AND 3	71,300

5. RESULTADOS:

5.1 CONCEPTO SENTIDO DE LA VIDA

Preguntarse sobre el SV, es hacerse una pregunta compleja que desde tiempos antiguos el hombre ha tratado de dar respuesta.

Para responder a cualquier pregunta, inicialmente ésta debe mostrarse clara en nuestra mente.

Clarificando términos, según Ferreter (1992), “Sentido” equivale a “dirección que sigue una cosa o un proceso”.

La Real Academia Española define sentido como “modo particular de entender algo, o juicio que se hace de ello”, “razón de ser o finalidad”. Por lo tanto, un modo subjetivo e íntimo de interpretar y entender el proceso de lo vivido, así como la finalidad de todo ello que interpretamos a nuestro juicio.

Demos matizar la diferencia entre “el sentido de la vida” y “el sentido de mi vida”.

En relación al “sentido de la vida” pueden hablar teólogos, científicos, filósofos, etc. no obstante acerca del “sentido de mi vida” sólo lo puede encontrar y saber uno mismo, y es éste último del que trata el presente trabajo, de qué es y cómo encontrar el sentido de nuestras vidas.

Mok et al. (2009) describen SV como una construcción individual, basada en la construcción mental derivada de la cultura en que se vive, que influencia las decisiones y objetivos que nos marcamos y que dota de significado nuestra vida.

Reker y Wong (1988) definieron el sentido de la vida como el conocimiento de un orden, la coherencia, el propósito de la propia existencia, la búsqueda y logro de objetivos significativos acompañado de un sentimiento de realización.

Esta responsabilidad de encontrar la propia significación a la vida parte de la filosofía existencialista. Ésta marcó un punto de inflexión en la concepción del ser humano.

Nietzsche (1997) hizo patente la falta de valores únicos e imperantes, derivado de la época Moderna, por eso escribió:

“¿No caemos sin cesar? ¿No caemos hacia adelante, hacia atrás, en todas direcciones? ¿Hay todavía un arriba y un abajo? ¿Flotamos en una nada infinita? ¿Nos persigue el vacío (...)? ¿No hace más frío? ¿No veis de continuo acercarse la noche, cada vez más cerrada? (...) ¡Dios ha muerto! (...) ¡Y nosotros le dimos muerte!” (Nietzsche, 1997)

El sentido de la vida humana otorgado por Dios se perdió en gran medida. Los valores, hasta entonces guías de la conducta humana, también habían desaparecido.

Como consecuencia de este planteamiento, Baggini (2005) afirma que: “simplemente ahora somos en el mundo”. Desde este supuesto se derivan dos respuestas humanas (Baggini, 2005):

- Vivir sin sentido.
- Buscar el sentido de la propia vida.

Sartre (El existencialismo es un humanismo, 1975) recalca la pérdida de sentido en la existencia humana debido a que el hombre, al perder su fe en Dios, ha perdido el objetivo de su existencia otorgado por Él. El hombre ya no debe ser o actuar de determinada manera para cumplir esas expectativas, ya no está en el mundo para realizar un misterioso plan divino. El hombre, es responsable de sí mismo, y no hay determinantes biológicos, culturales o divinos que impidan nuestra búsqueda de sentido, de nuestra vida.

El SV también ha sido asociado por numerosos autores (Tanyi, 2002) a espiritualidad. La búsqueda del sentido de la vida parece ser uno de los elementos que componen la espiritualidad, así como conexión, fuerza interior, trascendencia de uno mismo (ir más allá de los límites personales y tener una perspectiva más amplia) y la fe.

La definición de espiritualidad no es algo consensuado, no obstante todos ponen en común que es una parte del ser humano innata, una característica básica del ser humano, que facilita el bienestar, la salud y la estabilidad.

Así pues se entiende que el concepto espiritualidad es algo más amplio que el concepto religiosidad. Religión según la RAE, “es un conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad (...), de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales (...)”.

Así mismo la búsqueda de SV no implica la adherencia a prácticas religiosas (Cawley, 1997; Miller y Thoresen, 1999; Long, 1997).

Mok et al. (2009) definieron SV como conexión con el ambiente, uno mismo, y los otros. Otros autores (Bellingham, Cohen, Jones, & Spaniol, 1989; Baumeister & Vohs, 2002) también han enfatizado el término conexión, ésta ayuda a tomar un significado más profundo del SV, poniendo en relación dos entidades que anteriormente estaban separadas.

5.2 CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR Y SV:

Aristóteles, en *Ética Nicomáquea* (2007), decía que el fin último de la actividad humana es la felicidad. Todos los humanos buscamos la felicidad y decidimos en nuestra vida cotidiana acciones que creemos nos conducirán a ella: “(...) pues hemos dicho que la felicidad es una cierta actividad del alma de acuerdo con la virtud” (libro I), “La virtud es, por tanto, un hábito selectivo, consistente en una posición intermedia para nosotros” (libro II).

El psicólogo Abraham Maslow (2014) coincide con Aristóteles en el desarrollo de la plena potencialidad del ser humano mediante la elección de la verdad. Al realizar la pirámide de las necesidades introdujo el concepto de autorrealización. La necesidad de autorrealización es la necesidad humana más elevada, y es a través de la satisfacción de ésta que la vida obtiene un sentido pleno, con la búsqueda de lo significativo, cada ser humano tienen una necesidad única y distinta para desarrollarse. La autorrealización es un proceso de elecciones, elecciones morales entre lo bueno/malo, verdadero/falso, elecciones hacia el autodesarrollo de manera consciente.

En el estudio realizado por Zika y Camberlain (1992), concluyen:

- Hay una fuerte asociación entre SV y bienestar psicológico, no obstante no encuentran datos concluyentes si el SV influye positivamente en el bienestar psíquico o bien el bienestar psíquico ayuda a tener un SV.
- Algunas personas tienen una inclinación a la búsqueda del sentido de su vida, especialmente ante situaciones difíciles.
- Se puede encontrar SV en diferentes fuentes.

Según la revisión bibliográfica SV proporciona al individuo:

- Fortaleza (Yalom, 1980; Mok, Wong, & Wong, 2009)
- Autoestima (Frankl, 1991; Maslow, 2014)
- Estabilidad dentro de los cambios físicos, sociales: el fluir de la vida (Baumeister & Vohs, 2002).
- Esperanza (Haugan, 2013)
- Mayor capacidad de afrontamiento (Haugan, 2013)

5.3 FUENTES DE SENTIDO

Si analizamos la situación actual, el hombre moderno busca alcanzar metas (Baggini, 2005). El sentido es proporcionado al luchar por ellas, al llegar a ellas, y una vez alcanzadas, de nuevo al vacío. Y es un ciclo continuo, donde nuestra mente se fija constantemente ambiciones para no caer en el sin sentido de nuestro vivir cotidiano. Nuestro sentido está fijado en objetivos por llegar, que del cierto no sabemos si llegarán, pues la muerte siempre puede parecer improvisadamente.

En el caso de no llegar la muerte improvisadamente, sí que somos conscientes de que nuestro día está próximo entonces nuestras vidas no tienen un futuro dónde estas metas sean alcanzables. No podemos proyectarnos a un futuro, por lo tanto dejamos de fijarnos metas, perdiendo el sentido a los días que quedan por discurrir.

No obstante, las fuentes de SV son varias y proceden de diferentes niveles de la persona, en función de su procedencia determinan nuestro comportamiento y nuestra experiencia vital (Baumeister & Vohs, 2002).

Tener múltiples fuentes de significado, protege al individuo de caer en la falta de sentido, ya que aporta estabilidad y sentido de permanencia según Baumeister y Vohs (2002), en el caso de pérdida de alguna fuente de SV, se puede sostener en las que aún permanecen o bien crear nuevas fuentes de sentido. Bower et al. (1998) afirman que la habilidad de encontrar sentido en las experiencias vitales es un determinante de bienestar, un protector del bienestar psicológico y afecta al curso de la enfermedad.

Baumeister (2002) propone 4 patrones motivacionales que guían a las personas para encontrar el SV:

- **Necesidad de propósito:** conectarse al futuro mediante deseos simples como objetivos de plenitud y realización interna.
- **Necesidad de valores:** que guíen, conduzcan al conocimiento de si algo es apropiado para nuestra vida o no.
- **Necesidad de eficacia:** que uno tiene la capacidad de hacer que las cosas sean diferentes.
- **Necesidad de autoestima:** necesidad de sabernos capaces.

Viktor Frankl (1991) enfatiza la fuerza de voluntad o actitud para encontrar SV. Esta necesidad de encontrarlo, lo califica como una necesidad primaria del ser humano. El tener SV fue introducido en términos clínicos como un condicionante de bienestar y fuerza para afrontar situaciones extremas de sufrimiento.

En términos generales, para encontrar SV, Frankl (1991) dice:

- Es necesario distinguir lo esencial en cada situación, lo que tiene sentido o no en cada momento. Lo que vale o no la pena. Lo que debemos ser según la potencialidad del momento vivido.
- La actitud que demostramos ante las situaciones: los valores de actitudes. Ser capaz de encontrar por sí mismo el sentido de su vivencia concreta en el mundo. No inventarlo.

Y más concretamente sugiere tres vías para encaminar la búsqueda de sentido:

- **Creatividad:** Realizando una acción o creando una obra. Otros autores también han comprobado que la creatividad es una fuente, no sólo de expresión y comunicación de sentimientos o sensaciones sino también de significado de lo que les acontece (Horton, 1973).
- **La experiencia:** Tomando contacto realmente con el ser del otro, con amor, amistad, humor, etc.
- **Actitud:** Transmutando la situación. Superando y creciendo en situaciones de sufrimiento.

5.4 LA VIDA SIN SENTIDO:

Según Frankl (1991), cuando la persona no encuentra sentido a su vida aparecen alteraciones psicopatológicas, depresión noógena o pobreza espiritual, resultado de la frustración de la voluntad humana que busca un porqué a su existencia. Así mismo, Maslow (2014), también afirma que la falta de cualquier necesidad de la pirámide no cubierta es fuente de patología, la falta de autorrealización produce depresión, alienación, invalidez emocional, etc.

La falta de SV se manifiesta según Frankl (1991) cómo incertidumbre, aburrimiento, falta de control, desesperanza o conductas de abuso. Relacionando estas manifestaciones propuestas por Frankl (1991) con Agrimson y Taft (2008) enfermería debe considerar cada pérdida, a nivel individual o comunitario, como un factor de riesgo para una crisis espiritual. Sorprende que el 30,5% de los jóvenes españoles entre 14-18 manifieste haber consumido cannabis en el último año (Ministerio de Sanidad, 2008) o bien que la OMS (2008) considere la depresión como la cuarta enfermedad con más carga y que se espere un importante incremento en 2030 sea la segunda. La falta de sentido puede ser manifestada con diversa sintomatología.

La crisis espiritual en las que lo que acontece, la visión del propio mundo no tiene sentido y no hay opciones o soluciones (Agrimson & Taft, 2008) puede ser definida según Balk (1999):

- Como el descubrimiento de que se ha estado equivocado sobre algún aspecto fundamental de la propia vida.
- Como una sensación profunda de pérdida, bien por una pérdida de conexión con nosotros mismos, otros, un poder superior (Dios) o una creencia que nos estructuraba la manera de ver el mundo y en relación a ella nos daba identidad.
- Como un momento crítico, un punto de inflexión en que la persona cambia espiritualmente.

Los comportamientos alterados de la dimensión espiritual se manifiestan en 7 tipos de expresión emocional según O'Brein (1982):

- Dolor: sentirse vacío en relación al compromiso espiritual o el significado.
- Alienación: distanciamiento de los hechos y el propósito personal o el propósito que uno quiere ser.
- Ansiedad: miedo del futuro o de la aniquilación sin un propósito o sentido.

- Culpa: por el tipo de vida que se ha llevado o decisiones que no consideramos correctas.
- Enfado: por la injusticia de la situación, al no entenderla.
- Pérdida: pérdida de las relaciones que aportaban significado, del amor por Dios, creencias trascendentales que daban sentido anteriormente, pérdida de su capacidad física.
- Desesperación: desesperanza, pérdida completa de sentido o propósito de la vida.

Estas expresiones de sufrimiento espiritual, según O'Brien (1982) deben ser identificadas si se quiere dar un cuidado integral.

No obstante, la falta de sentido y consecuentemente la crisis espiritual no tiene porqué desembocar inevitablemente en emociones negativas, depende de las características de la persona, su capacidad de afrontamiento y el soporte que recibe influirá en la capacidad para encontrar un nuevo significado a su nueva realidad (Agrimson & Taft, 2008).

5.5 EL FINAL DE LA VIDA Y ENFERMERÍA

5.5.1 EL FINAL DE LA VIDA

Llegar a vislumbrar el final de la vida, es ver las pérdidas que en breve van a suceder. Lo primero que se vislumbra es la pérdida de futuro, se acaban las posibilidades y proyectos. Es pérdida de las relaciones, con sus seres queridos, y es pérdida también de tu capacidad de ser autónomo, debido a la enfermedad que va inhabilitando.

Según el estudio realizado por Morita (2004) los pacientes en cuidados paliativos la mayor fuente de sufrimiento era la falta de SV e inutilidad; como segundo motivo: ser una carga para los otros, falta de independencia o capacidad para cuidarse uno mismo; tercero: el pánico o miedo a la muerte y por último la falta de apoyo o soledad.

En estudios realizados en pacientes con cáncer, la familia fue el ítem más importante como fuente de SV, seguido de: el control sobre la propia vida, independencia física, fe en Dios o un poder superior, cuidados en la salud y paz mental (Rustoen, Wahl, & Burchardt, 2000; Mok, Wong, & Wong, 2009).

Una vez se hace patente la realidad de la muerte, se empieza a buscar de nuevo el significado de la vida actual, se produce una reestructuración de la perspectiva de la vida. Cuando un nuevo significado ha sido encontrado, aparece la paz interior (Mok, Wong, & Wong, 2009)

Edwards et al. (2010) identifican 3 necesidades espirituales comunes en pacientes en estado paliativo:

- **Necesidad de finalizar asuntos:** los pacientes manifestaron lamentos al recordar que tenían cuestiones inconclusas, reconciliaciones pendientes que no les dejaban estar en paz.
- **Necesidad de mantener una perspectiva positiva y vivir en el momento presente.**
- **Necesidad de estar involucrados y mantener el control:** manteniendo actividades diarias que los mantuvieran conectados a la familia y sus propias vidas.

Hermann (2001) añade 3 necesidades más:

- **Necesidad de compañía:** estar con la familia, amigos, niños, ayudar a otros.
- **Necesidad de mantener su religión:** rezar, leer textos sagrados, leer o usar material edificante, escuchar o cantar música sacra.
- **Necesidad de experimentar la naturaleza:** mirar a lo lejos, estar al aire libre, tener flores en la habitación.

Y finalmente, Draper (2012) identifica una necesidad más, importante para enfermería:

- **Necesidad de interacción con el equipo de profesionales.**

Estas necesidades cubiertas proporcionan SV en los últimos momentos, no todos los pacientes experimentarán las mismas necesidades, por lo tanto en función de la persona deberemos implementar unas intervenciones enfermeras u otras.

5.5.2 ENFERMERÍA PUEDE FAVORECER EL SV:

En el proceso del cuidado enfermero se debe mantener una visión holística de la persona. Todas las personas tienen unas necesidades comunes, estas se desarrollan y encuentran expresión a través de la cultura particular (Leininger, 1970). Así mismo debemos entender que la vida espiritual, a más a más de ser traducida como una práctica religiosa es una expresión de la vida interna de la persona, orientaciones filosóficas, creencias, valores, etc. vivida en función de su cognición (interpretación de los hechos que lo guiarán), su motivación (guía para el comportamiento) y afectividad (guía para las relaciones interpersonales) (Zika & Chamberlain, 1992).

La OMS en 1990 definió el concepto de Cuidados Paliativos como “una serie de medidas para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, a través de la prevención y disminución del sufrimiento con la identificación precoz, evaluación correcta y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales” (AECC, 2014), ésta definición considera al paciente desde una visión humanista, un ser individual en una sociedad, en la que debe encontrar su nuevo rol, en una familia también preocupada por la situación y que deberá afrontar la pérdida de un ser querido, y un paciente con preocupaciones internas que a menudo son dejadas de lado por incómodas.

La Teoría Humanista de Enfermería reconoce la capacidad del individuo de encontrar por sí mismo la dirección y significado de sus vidas en cualquier situación, por lo tanto sí hay una posible curación, una curación interna o espiritual (Mok, Wong, & Wong, 2009), haciendo que los últimos días no sean en balde (Santos, Pagliuca, & Fernandes, 2007), aprovechando para la reconciliación con uno mismo y las decisiones tomadas, con familiares, a través del perdón, encontrando significado a los hechos transcurridos en su vida, los compromisos que ha mantenido, encontrando finalmente el sentido de su vida.

Enfermería mantiene una posición clave, para ser capaz de valorar lo que le acontece al paciente y su familia, detectando necesidades de ambos, sabiendo establecer prioridades en el cuidado en función de las personas que tiene delante (Santos, Pagliuca, & Fernandes, 2007).

La relación entre enfermería y el paciente también es considerada como fuente de SV en sí misma, es un recurso de interacción, conexión, relación con otra persona que se preocupa por ella, como ser único. Enfermería, por lo tanto, no sólo trata con el dolor y sufrimiento sino que ayuda a encontrar esperanza, sentido, confort, fuerza y seguridad. Por lo tanto, una buena praxis enfermera es un proceso de desarrollo y sustento a todos los niveles (Haugan, 2013).

Aunque según el estudio de Mok et al. (2009), los pacientes, con cáncer en estado avanzado, no esperaban que enfermería fuera la proveedora de cuidados espirituales, cuando el cuidado prestado era de calidad, cuando las relaciones interpersonales mostraban compasión y creaban un ambiente amoroso eso les daba fuerzas y soporte espiritual. Enfermería puede cuidar su modo de proceder ante el paciente reconociendo lo que necesita para sentirse tratado con dignidad.

Los pilares del cuidado espiritual (CE) en pacientes paliativos son:

- Cuidar la interacción paciente-enfermera:

Para una comunicación relacionada con la espiritualidad es necesaria una relación basada en la sensibilidad y una relación de confianza para que cualquier consejo o intervención sea efectiva (Labun, 1988; Mok, Wong, & Wong, 2009; Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010).

La enfermera es la persona más cercana para algunos pacientes a la hora de expresar sus miedos y preocupaciones, en otros serán los amigos o familiares (Labun, 1988). No obstante, la realidad es que a menudo ante los profesionales sanitarios se muestran fuertes, enteros, capaces y con la familia omiten el tema de la muerte para no preocuparse unos a otros, con lo cual queda esta necesidad de expresión sin satisfacer (Murray, Kendall, Boyd, Worth, & Benton, 2004).

Enfermería, es clave en este proceso de comunicación, es una constante en la vida de las personas en los últimos momentos, no sólo “haciendo cosas” sino “siendo” una fuente de acompañamiento en el proceso, un apoyo, alguien que les escucha, no sólo a los pacientes sino también a los familiares (Haugan, 2013) así mismo enfermería facilita la expresión de preocupaciones, asuntos pendientes, miedos o preparativos ante la muerte entre la familia, amigos y el paciente (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010).

En un estudio realizado por Ohaeri et al. (2001), evaluaron la adaptación social que implica un diagnóstico de cáncer en pacientes con las variables: autoestima, afrontamiento y aceptación. Los resultados mostraron que eran considerados igual el personal de enfermería que los familiares en cuanto a apoyo. Otro resultado interesante fue que la información era la necesidad más requerida y que esta era un determinante para la adaptación a la enfermedad.

· Potenciar la autonomía del paciente:

Los pacientes son expertos en su propia vida, y nadie mejor que ellos para saber lo que necesitan y el modo en que lo pueden conseguir (Dobrina, Tenze, & Palese, 2014). Las decisiones relacionadas con su cuidado no sólo deben ser tomadas por enfermería, sino que deben ser conjuntas, y estar siempre dirigidas a reafirmar la individualidad de la persona que tenemos delante (Leininger, 1970; O'Brien, 1982).

Debemos entender su punto de vista de la vida, creencias, y esperar que los respetemos, sentirse valorados y ser tratados con dignidad (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010).

Que los profesionales, realmente, hagan lo posible para ayudarlos y que tengan un interés auténtico en ellos (Mok, Wong, & Wong, 2009), que no consideren que ya no hay nada a hacer y los den por perdidos.

5.5.3 BARRERAS EN EL CUIDADO ESPIRITUAL

Las barreras con las que enfermería se encuentra para asistir en cuidados espirituales según la revisión de literatura realizada por Ruth Tanyi (2002) y posteriormente reafirmada por el estudio de Balboni et al. (2013) son:

- Insuficiente formación.
- Falta de entrenamiento posterior a los estudios.
- Falta de tiempo y personal.
- Falta de intimidad para aconsejar a los pacientes.
- La propia percepción enfermera sobre la espiritualidad como asunto vinculado a la religión.

INSUFICIENTE FORMACIÓN EN CE Y EL SV:

Se mostró como el mayor impedimento para proporcionar los cuidados espirituales. La mayoría de enfermeras, 88%, no habían recibido nunca entrenamiento en cuidados espirituales, aun así manifestaron interés por recibir educación relacionada (Balboni, y otros, 2013).

Nuevas actividades formativas a enfermería están siendo desarrolladas, capacitando para evaluar alteraciones espirituales y aconsejar a los pacientes, a la vez que la autogestión de emociones ante la práctica clínica mejora, ya que la percepción de falta de habilidades en el cuidado de pacientes paliativos es una de las fuentes de estrés para enfermería (Morita, y otros, 2009). Según el estudio realizado por McSherry et al. (2013) en 548 enfermeras, el 71,4% eran capaces de identificar en los pacientes su necesidad de CE, no obstante sólo el 39,9% de las enfermeras se sentían capaces de satisfacerla.

LA PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERA ACERCA DE LA ESPIRITUALIDAD:

El concepto espiritualidad se acostumbra a relacionar con la religión, debido a este motivo hay un déficit de intervenciones en cuidado espiritual (Hermann, 2001; McSherry & Jamieson, 2013). Esta falta de conocimientos sobre los significados espiritualidad/religión originan comentarios como los de Paley (2008) que afirma los cuidados espirituales no son tarea enfermera, ya que la práctica en un ámbito profesional secular debería ser de origen científico, así como que lo que actualmente se llama espiritualidad son las reminiscencias religiosas de una visión anterior.

Hablar de espiritualidad, no es preguntar la religión que profesan los pacientes simplemente. En el estudio de Emblen y Halstead (1993) identificaron las intervenciones que enfermería realizaba relacionadas con las necesidades que ellos consideraban espirituales: rezar, escribir, estar presente, escuchar y derivar a líder de la religión que profesan; enfocándose en necesidades religiosas más que espirituales (Hermann, 2001).

La religión puede venir determinada por la cultura en que se han educado, y por lo tanto también es necesario, en la multiculturalidad en la que ejercemos tener nociones de las culturas y religiones con que nos podemos encontrar durante la práctica clínica, pues en función de ésta los pacientes tendrán una concepción de la vida, del SV y de lo que hay después de ella (Moadel, y otros, 1999).

Cuando al personal de enfermería se le plantea cuestiones de espiritualidad, de reflexión sobre la vida y la muerte, manifiesta que es un campo que en su mayoría desconocen o que no se han planteado anteriormente (Balboni, y otros, 2013). Esto puede producir una sensación de incomodidad ante personas que necesitan y quieren hablar de ello, o bien se pueden sentir presionadas también a hablar de temas o respaldar prácticas que no entienden bien o no comparten (Agrimson & Taft, 2008). Así pues es importante, que la propia enfermera entienda y explore su propia espiritualidad (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010; Carroll, 2001). Si esta incomodidad apareciera Draper (2012) aconseja hablar con el resto de equipo asistencial, intentar clarificar términos en común, antes de aconsejar o establecer intervenciones.

FALTA DE TIEMPO, PERSONAL E INTIMIDAD:

El cuidado espiritual es difícilmente evaluable actualmente en la actividad diaria del personal de enfermería. Son actividades bastante intangibles y difíciles de evaluar como para ser registradas. Cabe añadir que a menudo el tiempo empleado en conversar con el paciente es infravalorado. Las personas necesitan tiempo para confiar en otra y explicar sus sentimientos en temas tan íntimos, eso requiere bastante tiempo, dedicación, escucha y un personal fijo que permita una continuidad en la relación paciente-enfermería. El alto número de pacientes, la falta de personal y la alta carga de trabajo definida como tareas y objetivos promueven la pérdida de contacto humano y limitan el tiempo dedicado a cada paciente y no creando el ambiente adecuado para ahondar en estas cuestiones (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010).

Tanyi (2002) sugiere algunos consejos generales para enfermería para el abordaje espiritual:

- Recordar que toda persona tiene necesidades espirituales aunque no sea religiosa.
- Iniciar conversaciones de tipo espiritual, por ejemplo las esperanzas que tienen, los valores o aquello que más significado les aporta a su vida.
- Aceptar y respetar. La cultura, valores, prácticas religiosas y creencias.

- Escuchar comentarios de pacientes, observar señales de tipo espiritual: fotos, rezos, etc.
- No juzgar y mantener una mente abierta.
- Comentar con otros profesionales si debe iniciarse asesoramiento espiritual.

5.6 INTERVENCIONES PARA LA MEJORA DEL DISTRES EXISTENCIAL:

LeMay y Wilson (2007) realizó una revisión de las intervenciones actualmente realizadas para la mejora del sufrimiento existencial, los puntos focales de estas intervenciones son:

- Crear un ambiente de apoyo para favorecer el afrontamiento de la enfermedad, por ese motivo la mayoría son terapias grupales, dónde los integrantes se pueden apoyar, compartir vivencias y sentimientos.
- Animar a la interrelación, dentro y fuera del grupo, a los participantes. En algunas intervenciones, puntualmente, se invita a la familia o amigos a participar.
- Generalmente están divididas en fases. La inicial tiene por objetivo el control de las emociones (relajación, meditación, ejercicios de respiración, etc.), una segunda fase relacionada con la vivencia concreta y particular de la enfermedad y aspectos relacionados (hablar de tratamientos, síntomas, relación con el equipo asistencial, etc.), y por último expresión de contenidos espirituales (SV, conocerse a uno mismo o establecer conexión con un poder superior o Dios).

Los resultados esperados son la mejora emocional, psíquica y espiritual consecuentemente aumentando la calidad de vida y bienestar general del paciente ayudando en el afrontamiento de la enfermedad y muerte.

Dos intervenciones, de las analizadas por LeMay y Wilson (2007), están más concretamente enfocadas en la mejora del SV son: “*Meaning-centred group psychotherapy*” y “*Meaning making intervention*”.

“*Meaning-centred group psychotherapy*” (MCPG), ésta terapia está estrechamente vinculada al trabajo de Viktor Frankl. Fue desarrollada por W. Breitbart, psiquiatra americano, para aliviar la desesperación, en pacientes con cáncer avanzado, derivada de encontrarse ante muerte y los deseos de adelantarla por falta de esperanza, SV y depresión (Breitbart, Rosenfeld, & Passik, 1996). El objetivo de la terapia grupal es ayudar a encontrar SV a través de las experiencias con la enfermedad, profundizando en cuestiones filosóficas tanto de la vida como de la muerte, aumentando la sensación de conexión uno mismo y los otros, creando y mejorando la disposición a la búsqueda de SV. Actualmente no hay evidencia científica del impacto de ésta intervención.

“*Meaning making intervention*” (MMi), terapia individual fundamentada en que un diagnóstico reciente de cáncer es un episodio traumático en el que las creencias, aspiraciones o visión de la propia vida son rotos, por lo tanto, es necesaria la ayuda para la adaptación a la enfermedad encontrando sentido y propósito en su vivencia. El ámbito de aplicación es en el domicilio o en el hospital, sugiere que enfermería puede incorporar esta terapia en su quehacer diario, iniciando conversaciones relativas al significado de su experiencia de enfermedad, incentivando la reminiscencia mediante preguntas.

Inicialmente se introduce la idea de transición, reconocer que la enfermedad produce pérdidas (de autonomía, esperanza, socialización, etc.) pero que nuevas oportunidades pueden surgir de ella. Posteriormente se inicia la exploración del pasado, identificando herramientas utilizadas anteriormente el paciente para el afrontamiento de los desafíos o complicaciones con el objeto de aplicarlas en la nueva situación de enfermedad. En la última fase, se produce una contemplación del futuro, reorganizando las prioridades en función de las ocupaciones que proporcionan más significado, así como identificación de recursos y fuerza.

Dos estudios piloto se han realizado para comprobar la eficacia de la terapia MMi en pacientes con cáncer colono-rectal o de mama, demostrando que aumenta la autoestima, el optimismo, el autocuidado, así como a un mejor propósito de vida (Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006^a; Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006^b).

Lethborg, Schofield y Kissane (2012) desarrollaron la terapia “*Meaning and purpose Therapy*” (MaP). La base conceptual es que el sentido está vinculado a aquello más valioso en la vida, siendo multidimensional: dimensión existencial (sentido en la vida), mental (sentido de la vida), social (sentido en un contexto) y físico (capacidad para el significado).

La terapia tiene como punto focal, también, la intención potenciar la búsqueda de SV, que conduce a la acción y a los objetivos marcados. Basándose en Frankl (1991), el mismo sufrimiento puede ser el desencadenante de la búsqueda de SV. La terapia individual consta de 4 sesiones, dónde la terapia narrativa, en que el participante explica su vida a la vez que se realizan preguntas relativas a qué era importante para ellos, cómo han vivido, etc. descubriendo aquello que ha dado significado y propósito anteriormente, ayudando a encontrar una nueva perspectiva o entendimiento dónde sí hay SV a pesar de la enfermedad.

Otra intervención relativa al SV es “*Meaning of Life Intervention*”, la única intervención realizada desde enfermería, de Esther Mok, Lau, Lai, y Ching (2012). La terapia, basada también en Frankl (1991), consta de 2 sesiones, la primera realiza una exploración de la vida del participante con una entrevista dónde se formulan 5 preguntas, con el objeto de identificar hechos significativos de su vida (valores creativos), recursos internos y externos (valores de actitud) y un repaso de sus relaciones (valores de la experiencia). El terapeuta, analiza posteriormente la entrevista buscando fuentes de significado que en la siguiente sesión se comentarán con el participante a la vez que se animará al participante a expresar sus sentimientos en forma de cartas a quien desee. El estudio (Mok, Lau, Lai, & Ching, 2012) revela que la intervención aumenta la calidad de vida, especialmente disminuyendo el estrés existencial, así mismo concluye que la “*Meaning of Life Intervention*” es sencilla, corta y factible para usarse como intervención enfermera en pacientes con estado avanzado de cáncer.

5.7 ACTIVIDADES PARA LA MEJORA DEL SV Y ENFERMERÍA:

5.7.1 ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PACIENTES:

Para que enfermería pueda plantearse intervenciones para favorecer el SV, primero debemos saber cómo se evalúa el SV en los pacientes.

A día de hoy hay 59 herramientas validadas para evaluar el estado de SV mediante escalas. 11 de estas escalas son para valorar el SV en pacientes con patologías avanzadas, 9 para pacientes con cáncer y 2 para pacientes en estado paliativo. Por el momento sólo hay 6 escalas validadas al español (Guerrero, 2014).

Según la revisión de la literatura de Fernández (2014) la escala que mejor cuantifica el SV es la **“Meaning in Life Questionnaire”** (MLQ-S) (Steger, Fraizer, Oishi, & Kaler, 2006), no obstante no nos hace evidentes las áreas que proporcionan SV a los pacientes y el estado de satisfacción en ellas, ya que sólo cuantifica la presencia y búsqueda de SV.

Si observamos los resultados de la revisión de la bibliografía realizada por Fjelland et al. (2008) la mayoría de escalas, incluida la MLQ-S fueron desarrolladas a partir de una población de adultos jóvenes (universitarios) y mayoritariamente caucásicos (Norteamérica).

Las escalas **“Search for Meaning Scale”** (SMS) (Dirksen, 1987) y **“Search for Meaning Survey”** (Taylor, 1993) fueron las únicas testadas en pacientes oncológicos.

La escala **“Schedule for Meaning in Life Evaluation”** (SMiLE) evalúa cuantitativamente la importancia y satisfacción de aquellas áreas que se han respondido como fuentes de SV y está desarrollada para población en estado paliativo, aportándonos más datos cualitativos (Fegg, Kramer, & L'Hoste, 2008).

Como observa Fjelland et al. (2008) y reafirma Draper (2012) existen varias limitaciones en estas herramientas de evaluación, ya que durante su desarrollo no se han considerado aspectos culturales o específicos de cada edad, por lo tanto no son herramientas neutras. Brandstätter et al. (Brandstätter, Baumann, Borasio, & Fegg, 2012) comenta, en su revisión de instrumentos de valoración de SV, el uso de las diferentes escalas debe ser seleccionado en función del contexto y objetivos, la población, limitaciones de los entrevistados y la carga administrativa que conlleva el análisis de resultados.

Otra limitación es que su uso no está casi implementado en la práctica clínica (Guerrero, 2014), estas escalas sólo aportan datos cuantitativos, y durante la práctica son necesarios aspectos cualitativos que nos ayuden a comprender mejor los diferentes aspectos que aportan significado (Fjelland, Barron, & Foxall, 2008) ya que el SV está profundamente entremezclado a otras variables.

Según Draper (2012), de manera inicial es aconsejable hacer una valoración de las necesidades espirituales del paciente preguntando de manera general acerca de la concepción de la vida, la muerte, significado de la vida y valores (Robitaille-Tremblay, 1984).

Las tres necesidades espirituales comunes en pacientes paliativos identificadas por Edwards et al. (2010) pueden servir de guía para actividades de enfermería en la mejora del SV:

Actividades relacionadas con la necesidad de resolver asuntos pendientes:

- Ayudar a encontrar el sentido de las cosas sucedidas en su vida para comprender su totalidad y aceptarla plenamente (Lethborg, Aranda, & Kissane, 2008)
- Ayudar en la aceptación de las decisiones tomadas en un pasado (Lethborg, Aranda, & Kissane, 2008)
- Potenciar que el paciente haga una revisión de su vida junto la familia, enfermería o voluntarios (Hermann, 2001).
- Ayudar si quiere acabar de arreglar asuntos relacionados con el funeral, cuestiones económicas o legales (Hermann, 2001).

Actividades relacionadas en mantener la autonomía y control:

- Ayudar en la aceptación de la inevitabilidad de la muerte, ayudar a planear sus últimos momentos y clausurar su vida (Hermann, 2001; Xiao, Kwong, Pang, & Mok, 2011).
- Potenciar la toma de decisiones en su vida diaria, mantener actividades habituales, seguir vinculados a la familia y al equipo asistencial, en relación a su tratamiento: Aportar información, apoyo y guía (Hermann, 2001).

Actividades relacionadas con mantener una perspectiva positiva:

- Ayudar a encontrar un sentido al proceso de enfermedad, esperanza y fuerza. Identificar los recursos internos del paciente, como creencias o valores, pues pueden ser una fuente interna de sentido (Mok, Wong, & Wong, 2009)
- Buscar conjuntamente y con la familia nuevos objetivos y deseos realizables. (Lethborg, Schofield, & Kissane, 2012)
- Potenciar las relaciones significativas, especialmente las familiares, pues se ha visto que son la máxima fuente de sentido en estos pacientes (Hermann, 2001; Mok, Wong, & Wong, 2009).
- Ayudar a centrarse en vivir en el aquí y el ahora (Hermann, 2001).

- Ver sonrisas en los otros, tener pensamientos positivos y actitudes abiertas. En contra de lo que se considera apropiado, no les gusta ver caras serias o tristes (Hermann, 2001).
- Permitir estar en contacto con la naturaleza o exterior, salir en silla de ruedas, llevar flores a la habitación, etc. (Hermann, 2001) (Lethborg, Aranda, & Kissane, 2008).

Ante formas de expresión de angustia espiritual: miedo, ansiedad, ataques de pánico, sentimiento de incertidumbre, que se dan especialmente durante la noche:

- Mostrarnos accesibles para hablar y de la muerte, su proceso, de sus creencias posteriores a ella, etc. les conforta y ahuyenta el miedo (McGrath, 2003).
- Escucha activa: manifestar un deseo auténtico de entender la situación del otro (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010).

5.7.2 DIRIGIDAS A PROFESIONALES:

Formación:

- Educación en que es la espiritualidad, ya que no es un término claro en muchos profesionales, cuidados espirituales a proporcionar, así como conocer los síntomas de crisis espirituales (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010).
- La autoeducación o autoexploración de la propia espiritualidad, ha sido un reconocido como una variable que facilita y estimula para ofrecer cuidados espirituales (Stranahan, 2001).
- Educación del concepto espiritualidad según la cultura así como la diferencia en el grado de demanda de estos cuidados, según el estudio realizado por Moadel et al. (1999) en función de la etnia había más o menos necesidad de cuidados espirituales y el concepto SV era definido de diversa manera.

- La falta de habilidades o de formación es una fuente de estrés para el personal sanitario al cuidado de pacientes paliativos (Morita, y otros, 2009). Morita et al. (2007) realizaron una intervención educativa a los profesionales enfermeros de una unidad de cuidados paliativos. Las sesiones educativas (8) estaban enfocadas en capacitar para el cuidado de pacientes paliativos con cáncer y con falta de SV.
- Las tres primeras sesiones estaban enfocadas en la mejora de las habilidades comunicativas.

Las dos siguientes sesiones están enfocadas a identificar expresiones de falta de SV y el origen de ésta (pérdida de futuro, de relaciones o autonomía) mediante el análisis de los verbatim extraídos de la entrevista/conversación con el paciente y a establecer planes de cuidados para aliviar estas causas de falta de SV.

El resultado de la intervención fue una mejor en la actitud de enfermería, aumentando la disposición a ayudar, un aumento de la confianza, una valoración más positiva de sus cuidados en pacientes con falta de SV y mejora de su propio bienestar espiritual, resultando en una disminución en los signos de “Burnout”. Así mismo aconseja que las intervenciones educativas sean periódicas para que los efectos se mantengan.

El intercambio entre paciente-enfermera

- Según Edwards et al. (2010) la interrelación entre el paciente y enfermería puede ser muy enriquecedora para ambos. Es un intercambio bidireccional, en que la enfermera puede reconocer en el paciente una posible situación futura, ella también puede ser enferma, reconociendo la propia vulnerabilidad puede empezar a plantearse por ejemplo qué da sentido a su vida.
- El cuidado para el paciente y la enfermera es enriquecedor, haciendo que se vaya más allá de uno mismo, siendo una fuente de plenitud (Tanyi, 2002; Santos, Pagliuca, & Fernandes, 2007)

6. DISCUSIÓN:

Sólo una intervención directamente relacionada con la mejora del SV en enfermería ha sido encontrada (Mok, Lau, Lai, & Ching, 2012), revelando que es un concepto nuevo para enfermería. En otras disciplinas, como la psiquiatría, el desarrollo de concepto SV e intervenciones para su mejora hace ya tiempo están en uso (LeMay & Wilson, 2007).

La propia percepción del profesional acerca de la praxis enfermera es un determinante para la realización o no de cuidados espirituales. Concepciones como la de Paley (2008) consideran que el cuidado espiritual debe ser excluido de las instituciones sanitarias seculares debido a una confusión de conceptos espiritualidad/religión (Balboni, y otros, 2013; McSherry & Jamieson, 2013), una concepción del ser humano no holística o bien la falta de conocimiento en cómo prestarlos (McSherry, 1998).

Se están validando herramientas para la evaluación del SV así como desarrollando terapias dónde enfermería puede ser la conductora de las sesiones. El uso de estas herramientas siempre se deberá contextualizar en la cultura y edad del paciente (Fjelland, Barron, & Foxall, 2008), ya que son variables determinantes en lo que el paciente concibe como SV, condicionan de dónde surge la fuente de SV y la necesidad de cuidados espirituales que demandan (Moadel, y otros, 1999). Durante el desarrollo de estas herramientas evaluadoras no se han tenido en cuenta estas variables (cultura-edad) (Fjelland, Barron, & Foxall, 2008), haciéndolas difícilmente válidas para la extrapolación a otras poblaciones. Así mismo, han sido desarrolladas por otras disciplinas y enfermería debería probar su validez en la práctica clínica (Fjelland, Barron, & Foxall, 2008; Guerrero, 2014).

De todas las maneras, la praxis enfermera de calidad ya incluye muchos de los ítems, que siendo desconocidos como fuente de SV por el propio profesional, mejoran el SV de los pacientes (Haugan, 2013). La actitud y el modo con que enfermería presta los cuidados puede ser una fuente de SV para los pacientes (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010).

Se hace patente una gran demanda de formación en CE, y consecuentemente en SV, por parte de enfermería (Balboni, y otros, 2013; Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010; McSherry & Jamieson, 2013; Morita, y otros, 2007) ya que se sienten incompetentes (Stranahan, 2001) añadiendo más estrés en su trabajo (Morita, y otros, 2007) haciendo difícil prestar un cuidado de calidad e interés real y auténtico hacia el paciente.

7. IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Las relaciones interpersonales, la conexión con los otros, ha mostrado ser la principal fuente de SV para los pacientes en estado avanzado de enfermedad, enfermería está incluida como recurso de fuerza, esperanza y SV. Los pacientes esperan ver a enfermería como parte de su familia, necesitan personas cercanas, accesibles, que les escuchen, dispuestos, conscientes de que ellos son alguien particular y que muestren que tienen valor como personas. Por lo tanto enfermería debe cuidar su forma de cuidar, la actitud al prestarlos.

La falta de SV, la crisis existencial, no sólo se da en el paciente paliativo, cada pérdida vivida puede ser fuente de crisis. Los familiares del paciente, las personas que han sufrido una patología aguda o crónica y a raíz de ella han quedado invalidados, perdiendo su autonomía también pueden sufrirla, personas que muestran síntomas depresivos, actitudes autolíticas debido al vacío interior, drogodependientes, ancianos, etc. Por lo tanto, la falta de SV se manifiesta de diversas maneras y debemos ser capaces de observar los factores de riesgo, conocer las herramientas para su evaluación y, el punto más complicado, ser capaces de intervenir.

Los profesionales asistenciales también pueden encontrar como fuente de SV su trabajo, la percepción y vivencia de la práctica profesional influye directamente en los niveles de estrés. El personal asistencial saldría beneficiado de intervenciones dirigidas a la propia exploración de la espiritualidad, tanto para ayudar a los pacientes como para mejorar su experiencia laboral.

8. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

El SV ha demostrado ser una variable directamente relacionada con el bienestar psicológico y la calidad de vida, intervenciones en pacientes con otras patologías, como drogodependencia o problemas psiquiátricos podrían beneficiarse de intervenciones para la mejora del SV.

Nuevas áreas relacionadas con el SV en jóvenes podrían explorarse a nivel comunitario como prevención, ya que la incidencia del consumo de drogas, de adicciones a las tecnologías de entretenimiento y el riesgo infantil de desarrollo de patologías mentales va en aumento.

Un plan de cuidados estandarizado y específico para la mejora del SV podría ser planteado, construido y probado. Se podrían fusionar y adaptar diversas terapias de mejora del SV de otras disciplinas para la práctica diaria enfermera.

Sería interesante realizar una intervención para la autoexploración de la espiritualidad y del acercamiento a una crisis existencial al personal asistencial, ya que aquellas han experimentado por ellas mismas crisis existenciales, las identifican mejor, muestran mayor comprensión y mantienen una relación más cercana con los pacientes prestando mejores cuidados espirituales.

9. CONCLUSIONES

La interacción paciente-enfermería es un recurso para encontrar sentido del proceso de enfermedad, de la muerte y por lo tanto del SV. El modo o actitud en que enfermería interactúa con los pacientes es el determinante para ser una fuente de SV o no.

Los pacientes en estado avanzado de enfermedad tienen unas necesidades concretas relacionadas con el SV. Está en la mano de enfermería mediante actividades sencillas favorecer la mejora del SV, potenciando la autonomía y toma de decisiones, manteniendo una actitud abierta, atenta, accesible y comunicativa que permita la libre expresión de estas necesidades o miedos y conociendo actividades que fomenten la mejora de SV.

Enfermería debe capacitarse para saber identificar, valorar e intervenir ante las manifestaciones de falta de SV, en cualquier unidad asistencial. Esta falta de capacitación, se debe a una falta de formación respecto los cuidados espirituales, debido a: confusión de conceptos, falta de una definición unánime de SV y desconocimiento de herramientas para evaluar, desconocimiento de terapias ya establecidas en otras disciplinas y que enfermería podría adaptar e incorporar durante su jornada de manera sencilla.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AECC. (27 de 2 de 2014). AECC. Obtenido de Definición del cuidado paliativo:
<https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Definici%C3%B3ndecuidadopaliativo.aspx>
- Agrimson, L., & Taft, L. (2008). Spiritual crisis: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 454-461.
- Aristoteles. (2007). *Ética Nicomáquea*. Buenos Aires: Colihue Clásica.
- Baggini, J. (2005). *El sentido de la vida y las respuestas de la filosofía*. Barcelona: Urano.
- Balboni, M., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A., Gorman, D., Zollfrank, A., . . . Balboni, T. (2013). Why is spiritual infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses and physicians and the role of training. *Journal of Clinical Oncology*, 31(4), 461-467.
- Balk, D. (1999). Bereavement and spiritual change. *Death Studies*, 23, 485-493.
- Baumeister, R., & Vohs, K. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. En *Handbook of positive psychology* (págs. 608-618).
- Bellingham, R., Cohen, B., Jones, T., & Spaniol, L. (1989). Conectedness: some skills for spiritual health. *American Journal of Health Promotion*, 4, 18-31.
- Bower, J., Kemeny, D., Taylor, S., & Fahey, J. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 979-986.
- Branstätter, M., Baumann, U., Borasio, G., & Fegg, M. (2012). Systematic review of meaning in life assessment instruments. *Psycho-oncology*, 21, 1034-1052.
- Breibart, W., Rosenfeld, B., & Passik, S. (1996). Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients. *Journal of Psychiatry*, 153, 238-242.
- Carroll, B. (2001). A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality*, 6(1), 81-98.
- Cawley, N. (1997). An exploration of the concept of spirituality. *International Journal of Palliative Nursing*, 3, 31-36.
- Cunningham, A. (2002). *Bringing spirituality into your healing journey*. Toronto: Key Porter Books Limited.
- Dirksen, S. (1987). *Subjective Well-Being in Patients Diagnosed with Malignant Melanoma*. University of Arizona, Tucson.

- Dobrina, R., Tenze, M., & Palese, A. (2014). An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(2), 75-81.
- Draper, P. (2012). An integrative review of spiritual assessment: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 20, 970-980.
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative. *Palliative Medicine*, 24(8), 753-770.
- Emblen, J., & Halstead, L. (1993). Spiritual needs and interventions. Comparing the views of patients, nurses, and chaplains. *Clinical Nurse Specialist*, 7, 175-182.
- Fegg, M., Kramer, M., & L'Hoste, S. (2008). The Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE): validation of a new instrument for meaning-in-life research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(4), 356-364.
- Fernández, A. (2014). *El Sentido de la Vida en los pacientes al final de la vida*. Barcelona: Universidad Internacional de Cataluña.
- Ferreter, J. (1992). *Diccionario de filosofía*. Barcelona: Círculo de Lectores.
- Fjelland, J., Barron, C. E., & Foxall, M. (2008). A review of instruments measuring two aspects of meaning: search for meaning and meaning in illness. *Journal of Advanced Nursing*, 394-406.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Guerrero, M. (2014). *El Sentido de la Vida y el Deseo de Adelantar la Muerte en pacientes con procesos avanzados de enfermedad*. Barcelona: Universidad Internacional de Cataluña.
- Haugan, G. (2013). The relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing*, 107-120.
- Hermann, C. (2001). Spiritual needs of dying patients: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum*, 67-72.
- Horton, P. (1973). The mystical experience as a suicide prevention. *American Journal of Psychiatry*, 294-296.
- Huagan, G. (2013). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 74-88.
- Kim, Y., & Lee, K. (2010). Relationship of social support and meaning of life to suicidal thoughts in cancer patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 524-532.
- Labun, E. (1988). Spiritual care: an element in nursing care planning. *Journal of Advanced Nursing*, 314-320.

- Lee, V., Cohen, S., Edgar, L., Laizner, A., & Gagnon, A. (2006a). Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results. *Oncology Nursing Forum*, *33*, 291-302.
- Lee, V., Cohen, S., Edgar, L., Laizner, A., & Gagnon, A. (2006b). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science and Medicine*, *62*, 3133-3145.
- Leininger, M. (1970). *Nursing and Anthropology: Two words to Blend*. Chichester: John Wiley.
- LeMay, K., & Wilson, K. (2007). Treatment of the existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, *472-493*.
- Lethborg, C., Aranda, S., & Kissane, D. (2008). Meaning in adjustment to cancer: A model of care. *Palliative and Supportive Care*, *6*, 61-70.
- Lethborg, C., Schofield, P., & Kissane, D. (2012). The advanced cancer patients experience of undertaking meaning and purpose (MaP) therapy. *Palliative and Supportive Care*, *10*, 177-188.
- Long, A. (1997). Nursing: a spiritual prespective. *Nursing Ethics*, *486-510*.
- Maslow, A. (2014). *El hombre autorealizado: hacia una psicología del ser*. Barcelona: Kairós.
- McGrath, P. (2003). Religiosity and the challenge of terminal illness. *Death Studies*, *881-899*.
- McSherry, W., & Jamieson, S. (2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *22*, 3170-3182.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., & Laruffa, G. e. (1999). Seeking meaning and hope:self-reported needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*, *8*, 378-385.
- Moadela, A., Morgana, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., . . . Ditcher, J. (1999). Spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population seeking meaning and hope: self-reported. *Psycho-Oncology*, *8*, 378-385.
- Mok, E., Lau, K., Lai, T., & Ching, S. (2012). The menaning of life intervention for Patients with advanced-Stage cancer: Development and Pilot Study. *Oncology Nursing Forum*, *39(6)*, 480-488.
- Mok, E., Wong, F., & Wong, D. (2009). The meaning of spirituality and spiritual care among Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of dvanced Nursing*, *360-370*.
- Morita, T. (2004). Palliative Sedation to Relieve Psycho-Existential. *Journal of Pain and Symptom Management*, *28(5)*, 445-450.
- Morita, T., Hisayuki, M., Kei, H., Tamura, K., Kataoka, J., Ohnishi, H., . . . Uchitomi, Y. (2007). Meaningless in Terminally Ill Cancer Patientes: A Validation Study and Nurse Education Intervention Trial. *Journal of Pain an Symptom Management*, *34(2)*, 160-170.

- Morita, T., Hisayuki, M., Kishi, E., Miyashita, M., Yamaguchi, T., & Uchitomi, Y. (2009). Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(4), 649-657.
- Murray, S., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Journal of Palliative Medicine*, 18, 39-45.
- Nietzsche, F. (1997). *La gaya ciencia*. Madrid: Alba.
- O'Brien, M. E. (1982). The need for spiritual integrity. En H. Yura, & W. M.B, *Human needs and the Nursing Process* (págs. 85-95). Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Ohaeri, B. M., Oladele, E., & Ohaeri, J. (2001). Social support needs and adjustment of cancer patients. *East African Medical Journal*, 641-645.
- OMS. (2008). *mhGAP : Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. France: OMS.
- Paley, J. (2008). Spirituality and secularization: nursing and the sociology of religion. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 175-186.
- Rejer, G., & Wong, P. (1988). *Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning*. New York: Springer.
- Roberts, M. (2007). Modernity, mental illness and the crisis of meaning. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 277-281.
- Robitaille-Tremblay, M. (1984). A data collection tool for the psychiatric nurse. *The Canadian Nurse*, 42-45.
- Rustoen, T., Wahl, A., & Burchardt, C. (2000). Changes in the importance of quality of life domains after cancer diagnosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 224-231.
- Sanidad, M. d. (2008). *Salud Mental del sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Santos, M., Pagliuca, L. M., & Fernandes, A. (2007). Cuidados paliativos al portador de cáncer: Reflexiones según la visión de Paterson y Zderad. *Enfermagem*, 15(2).
- Sartre, J. P. (1975). *El existencialismo es un humanismo*. Buenos Aires: Universidad Nacional Autónoma de Méjico.
- Steger, M., Fraizer, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: assessing the presence of-and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93.
- Stranahan, S. (2001). Spiritual Perception, Attitudes About Spiritual Care, and Spiritual Care Practices Among Nurse Practitioners. *Western Journal of Nursing Research*, 23(1), 90-104.

- Tanyi, R. A. (2002). Towrds clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500-509.
- Taylor, E. (1993). Factors associated with meaning in life among people with recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20(9), 1399-1407.
- Thoresen, E. (1999). Spirituality and health: is there a relationship? *Journal of Health Psychology*, 291-300.
- Xiao, H., Kwong, E., Pang, S., & Mok, E. (2011). Perceptions of a life review programme among Chinese patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 564-572.
- Yalom, I. D. (1980). *Existencial Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zika, S., & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 133-145.

11. ANEXOS

“Meaning in Life Questionnaire”

MLQ Por favor, dedique un momento a pensar lo que le hace sentir que su vida es importante y tiene un significado. Con esas ideas en mente, por favor, responda a las siguientes cuestiones tan sincera y exactamente como pueda. Y tenga en cuenta que se trata de cuestiones muy subjetivas, que no tienen una respuesta correcta o incorrecta. Responda utilizando la siguiente escala

Totalmente	Bastante	Más bien	No sé	Más bien	Bastante	Totalmente
falso	falso	falso	ni verdadero	verdadero	verdadero	verdadero
			ni Falso			
1	2	3	4	5	6	7

- a. Comprendo el significado de mi vida.
- b. Busco algo que me haga sentir que mi vida tiene sentido.
- c. Siempre estoy buscando el sentido de mi vida..
- d. Mi vida tiene un significado muy claro.
- e. Tengo algunas buenas intuiciones acerca de lo que le da sentido a mi vida.
- f. He descubierto un significado de mi vida satisfactorio.
- g. Estoy siempre buscando algo que haga que mi vida tenga sentido.
- h. Estoy buscando un objetivo o misión en la vida.
- i. Mi vida no tiene un propósito claro.
- j. Estoy buscando el sentido de mi vida.

“Schedule for Meaning in Life Evaluation” (SMiLE)

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL SENTIDO DE LA VIDA

La búsqueda del **sentido de la vida** es importante para la mayoría de las personas. Esta cuestión se plantea en los diferentes períodos de la vida, tanto en los momentos de felicidad como de tristeza.

A continuación le pedimos que escriba aquellas áreas o aspectos de la vida que en su opinión **dan sentido o significado a su vida**. Aquellos aspectos que dan soporte o importancia a su vida. En resumen, aquellas cosas por las que considera que merece la pena vivir.

Naturalmente estas áreas o aspectos son diferentes para cada persona. Por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas. Procure contestar lo más sinceramente posible y pensar exactamente en estos aspectos concretos referidos a su actual situación en la vida.

Escriba entre 3 y 7 áreas o aspectos que dan sentido a su vida, independientemente del grado de satisfacción o insatisfacción que en ellos tenga en este momento. No importa el orden de sus respuestas.

Área 1: _____

Área 2: _____

Área 3: _____

Área 4: _____

Área 5: _____

Área 6: _____

Área 7: _____

Asegúrese de que el orden de las áreas en las respuestas siguientes coincida con el de la página anterior. Valore cada una de las áreas según su situación actual.



Indique su **grado de satisfacción o insatisfacción** en cada aspecto o área, es decir, la intensidad con la que el significado global de su vida se ve afectado – positiva o negativamente– por cada una de estas áreas.

<i>Qué grado de satisfacción encuentra en...</i>	<i>Muy insatisfecho</i>			<i>Regular</i>			<i>Muy satisfecho</i>	
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
Área 1	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
Área 2	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
Área 3	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
Área 4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
Área 5	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
Área 6	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
Área 7	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	

Indique qué importancia tiene cada aspecto en el significado global de su vida. Intente **distinguir lo mejor posible** entre los diferentes aspectos, considerando todas las opciones posibles de 0 a 7.

<i>Qué grado de importancia tiene para usted...</i>	<i>Nada importante</i>		<i>Importante</i>			<i>Muy importante</i>	<i>Extremadamente importante</i>	
	0	1	2	3	4	5	6	7
Área 1	0	1	2	3	4	5	6	7
Área 2	0	1	2	3	4	5	6	7
Área 3	0	1	2	3	4	5	6	7
Área 4	0	1	2	3	4	5	6	7
Área 5	0	1	2	3	4	5	6	7
Área 6	0	1	2	3	4	5	6	7
Área 7	0	1	2	3	4	5	6	7

Guía CONSORT



CONSORT 2010 lista de comprobación de la información que hay que incluir al comunicar un ensayo clínico aleatorizado *

Sección/tema	Ítem nº	Ítem de la lista de comprobación	Informado en página nº
Título y resumen		Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial.	
	1a	Identificado como un ensayo aleatorizado en el título	sí
	1b	Resumen estructurado del diseño, métodos, resultados y conclusiones del ensayo (para una orientación específica, véase "CONSORT for abstracts")	sí
Introducción			
Antecedentes y objetivos	2a	Antecedentes científicos y justificación	sí
	2b	Objetivos específicos o hipótesis	sí
Métodos			
Diseño del ensayo	3a	Descripción del diseño del ensayo (p. ej., paralelo, factorial), incluida la razón de asignación	sí
	3b	Cambios importantes en los métodos después de iniciar el ensayo (p. ej., criterios de selección) y su justificación	sí
Participantes	4a	Criterios de selección de los participantes	sí
	4b	Procedencia (centros e instituciones) en que se registraron los datos	no
Intervenciones	5	Las intervenciones para cada grupo con detalles suficientes para permitir la replicación, incluidos cómo y cuándo se administraron realmente	no
Resultados	6a	Especificación a priori de las variables respuesta (o desenlace) principal(es) y secundarias, incluidos cómo y cuándo se evaluaron	sí
	6b	Cualquier cambio en las variables respuesta tras el inicio del ensayo, junto con los motivos de la(s) modificación(es)	no
Tamaño muestral	7a	Cómo se determinó el tamaño muestral	no
	7b	Si corresponde, explicar cualquier análisis intermedio y las reglas de interrupción	
Aleatorización:			
Generación de la secuencia	8a	Método utilizado para generar la secuencia de asignación aleatoria	sí
	8b	Tipo de aleatorización; detalles de cualquier restricción (como bloques y tamaño de los bloques)	no
Mecanismo de ocultación de la asignación	9	Mecanismo utilizado para implementar la secuencia de asignación aleatoria (como contenedores numerados de modo secuencial), describiendo los pasos realizados para ocultar la secuencia hasta que se asignaron las intervenciones	no
Implementación	10	Quién generó la secuencia de asignación aleatoria, quién seleccionó a los participantes y quién asignó los participantes a las intervenciones	no
Enmascaramiento	11a	Si se realizó, a quién se mantuvo cegado después de asignar las intervenciones (p. ej., participantes, cuidadores, evaluadores del resultado) y de qué modo	si
	11b	Si es relevante, descripción de la similitud de las intervenciones	
Métodos estadísticos			
	12a	Métodos estadísticos utilizados para comparar los grupos en cuanto a la variable respuesta principal y las secundarias	sí
	12b	Métodos de análisis adicionales, como análisis de subgrupos y análisis ajustados	no
Resultados			
Flujo de participantes (se recomienda encarecidamente un diagrama de flujo)	13a	Para cada grupo, el número de participantes que se asignaron aleatoriamente, que recibieron el tratamiento propuesto y que se incluyeron en el análisis principal	sí
	13b	Para cada grupo, pérdidas y exclusiones después de la aleatorización, junto con los motivos	sí
Reclutamiento	14a	Fechas que definen los períodos de reclutamiento y de seguimiento	no
	14b	Causa de la finalización o de la interrupción del ensayo	no
Datos basales	15	Una tabla que muestre las características basales demográficas y clínicas para cada grupo	sí
Números analizados	16	Para cada grupo, número de participantes (denominador) incluidos en cada análisis y si el análisis se basó en los grupos inicialmente asignados	sí
Resultados y estimación	17a	Para cada respuesta o resultado final principal y secundario, los resultados para cada grupo, el tamaño del efecto estimado y su precisión (como intervalo de confianza del 95%)	sí
	17b	Para las respuestas dicotómicas, se recomienda la presentación de los tamaños del efecto tanto absoluto como relativo	
Análisis secundarios	18	Resultados de cualquier otro análisis realizado, incluido el análisis de subgrupos y los análisis ajustados, diferenciando entre los especificados a priori y los exploratorios	
Daños (Perjuicios)	19	Todos los daños (perjuicios) o efectos no intencionados en cada grupo (para una orientación específica, véase "CONSORT for harms")	
Discusión			
Limitaciones	20	Limitaciones del estudio, abordando las fuentes de posibles sesgos, las de imprecisión y, si procede, la multiplicidad de análisis	sí
Generalización	21	Posibilidad de generalización (validez externa, aplicabilidad) de los hallazgos del ensayo	no
Interpretación	22	Interpretación consistente con los resultados, con balance de beneficios y daños, y considerando otras evidencias relevantes	sí
Otra información			
Registro	23	Número de registro y nombre del registro de ensayos	no
Protocolo	24	Dónde puede accederse al protocolo completo del ensayo, si está disponible	no
Financiación	25	Fuentes de financiación y otras ayudas (como suministro de medicamentos), papel de los financiadores	no

* Recomendamos de modo encarecido leer esta lista de comprobación junto con "the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration" para aclarar dudas importantes sobre todos los ítems. Si procede, también recomendamos leer las extensiones de CONSORT para ensayos aleatorizados por conglomerados, ensayos de no-inferioridad y equivalencia, tratamientos no farmacológicos, intervenciones de medicamentos herbales y ensayos pragmáticos. Se están preparando otras extensiones para éstas y para referencias actualizadas relevantes, relacionadas con esta lista de verificación, véase www.consort-statement.org



CONSORT 2010 lista de comprobación de la información que hay que incluir al comunicar un ensayo clínico aleatorizado *

Sección/tema	Item n°	Item de la lista de comprobación	Informado en página nº
Título y resumen		Changes in the Importance of Quality of Life Domains After Cancer Diagnosis	
	1a	Identificado como un ensayo aleatorizado en el título	no
	1b	Resumen estructurado del diseño, métodos, resultados y conclusiones del ensayo (para una orientación específica, véase "CONSORT for abstracts")	sí
Introducción			
Antecedentes y objetivos	2a	Antecedentes científicos y justificación	sí
	2b	Objetivos específicos o hipótesis	sí
Métodos			
Diseño del ensayo	3a	Descripción del diseño del ensayo (p. ej., paralelo, factorial), incluida la razón de asignación	sí
	3b	Cambios importantes en los métodos después de iniciar el ensayo (p. ej., criterios de selección) y su justificación	no
Participantes	4a	Criterios de selección de los participantes	sí
	4b	Procedencia (centros e instituciones) en que se registraron los datos	no
Intervenciones	5	Las intervenciones para cada grupo con detalles suficientes para permitir la replicación, incluidos cómo y cuándo se administraron realmente	sí
Resultados	6a	Especificación a priori de las variables respuesta (o desenlace) principal(es) y secundarias, incluidos cómo y cuándo se evaluaron	sí
	6b	Cualquier cambio en las variables respuesta tras el inicio del ensayo, junto con los motivos de la(s) modificación(es)	no
Tamaño muestral	7a	Cómo se determinó el tamaño muestral	sí
	7b	Si corresponde, explicar cualquier análisis intermedio y las reglas de interrupción	
Aleatorización:			
Generación de la secuencia	8a	Método utilizado para generar la secuencia de asignación aleatoria	no
	8b	Tipo de aleatorización; detalles de cualquier restricción (como bloques y tamaño de los bloques)	no
Mecanismo de ocultación de la asignación	9	Mecanismo utilizado para implementar la secuencia de asignación aleatoria (como contenedores numerados de modo secuencial), describiendo los pasos realizados para ocultar la secuencia hasta que se asignaron las intervenciones	no
Implementación	10	Quién generó la secuencia de asignación aleatoria, quién seleccionó a los participantes y quién asignó los participantes a las intervenciones	no
Enmascaramiento	11a	Si se realizó, a quién se mantuvo cegado después de asignar las intervenciones (p. ej., participantes, cuidadores, evaluadores del resultado) y de qué modo	no
	11b	Si es relevante, descripción de la similitud de las intervenciones	
Métodos estadísticos			
	12a	Métodos estadísticos utilizados para comparar los grupos en cuanto a la variable respuesta principal y las secundarias	sí
	12b	Métodos de análisis adicionales, como análisis de subgrupos y análisis ajustados	no
Resultados			
Flujo de participantes (se recomienda encarecidamente un diagrama de flujo)	13a	Para cada grupo, el número de participantes que se asignaron aleatoriamente, que recibieron el tratamiento propuesto y que se incluyeron en el análisis principal	no
	13b	Para cada grupo, pérdidas y exclusiones después de la aleatorización, junto con los motivos	no
Reclutamiento	14a	Fechas que definen los períodos de reclutamiento y de seguimiento	no
	14b	Causa de la finalización o de la interrupción del ensayo	no
Datos basales	15	Una tabla que muestre las características basales demográficas y clínicas para cada grupo	sí
Números analizados	16	Para cada grupo, número de participantes (denominador) incluidos en cada análisis y si el análisis se basó en los grupos inicialmente asignados	sí
Resultados y estimación	17a	Para cada respuesta o resultado final principal y secundario, los resultados para cada grupo, el tamaño del efecto estimado y su precisión (como intervalo de confianza del 95%)	sí
	17b	Para las respuestas dicotómicas, se recomienda la presentación de los tamaños del efecto tanto absoluto como relativo	
Análisis secundarios	18	Resultados de cualquier otro análisis realizado, incluido el análisis de subgrupos y los análisis ajustados, diferenciando entre los especificados a priori y los exploratorios	
Daños (Perjuicios)	19	Todos los daños (perjuicios) o efectos no intencionados en cada grupo (para una orientación específica, véase "CONSORT for harms")	
Discusión			
Limitaciones	20	Limitaciones del estudio, abordando las fuentes de posibles sesgos, las de imprecisión y, si procede, la multiplicidad de análisis	sí
Generalización	21	Posibilidad de generalización (validez externa, aplicabilidad) de los hallazgos del ensayo	no
Interpretación	22	Interpretación consistente con los resultados, con balance de beneficios y daños, y considerando otras evidencias relevantes	no
Otra información			
Registro	23	Número de registro y nombre del registro de ensayos	no
Protocolo	24	Dónde puede accederse al protocolo completo del ensayo, si está disponible	no
Financiación	25	Fuentes de financiación y otras ayudas (como suministro de medicamentos), papel de los financiadores	no

* Recomendamos de modo encarecido leer esta lista de comprobación junto con "the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration" para aclarar dudas importantes sobre todos los ítems. Si procede, también recomendamos leer las extensiones de CONSORT para ensayos aleatorizados por conglomerados, ensayos de no-inferioridad y equivalencia, tratamientos no farmacológicos, intervenciones de medicamentos herbales y ensayos pragmáticos. Se están preparando otras extensiones para éstas y para referencias actualizadas relevantes, relacionadas con esta lista de verificación, véase www.consort-statement.org



CONSORT 2010 lista de comprobación de la información que hay que incluir al comunicar un ensayo clínico aleatorizado*

Sección/tema	Ítem nº	Ítem de la lista de comprobación	Informado en página nº
Título y resumen	The Meaning of Life Intervention for Payientes With Advanced-Stage Cancer: Development and Pilot Study		
	1a	Identificado como un ensayo aleatorizado en el título	no
	1b	Resumen estructurado del diseño, métodos, resultados y conclusiones del ensayo (para una orientación específica, véase "CONSORT for abstracts")	sí
Introducción			
Antecedentes y objetivos	2a	Antecedentes científicos y justificación	sí
	2b	Objetivos específicos o hipótesis	sí
Métodos			
Diseño del ensayo	3a	Descripción del diseño del ensayo (p. ej., paralelo, factorial), incluida la razón de asignación	sí
	3b	Cambios importantes en los métodos después de iniciar el ensayo (p. ej., criterios de selección) y su justificación	no
Participantes	4a	Criterios de selección de los participantes	sí
	4b	Procedencia (centros e instituciones) en que se registraron los datos	sí
Intervenciones	5	Las intervenciones para cada grupo con detalles suficientes para permitir la replicación, incluidos cómo y cuándo se administraron realmente	sí
Resultados	6a	Especificación a priori de las variables respuesta (o desenlace) principal(es) y secundarias, incluidos cómo y cuándo se evaluaron	sí
	6b	Cualquier cambio en las variables respuesta tras el inicio del ensayo, junto con los motivos de la(s) modificación(es)	no
Tamaño muestral	7a	Cómo se determinó el tamaño muestral	sí
	7b	Si corresponde, explicar cualquier análisis intermedio y las reglas de interrupción	
Aleatorización:			
Generación de la secuencia	8a	Método utilizado para generar la secuencia de asignación aleatoria	sí
	8b	Tipo de aleatorización; detalles de cualquier restricción (como bloques y tamaño de los bloques)	sí
Mecanismo de ocultación de la asignación	9	Mecanismo utilizado para implementar la secuencia de asignación aleatoria (como contenedores numerados de modo secuencial), describiendo los pasos realizados para ocultar la secuencia hasta que se asignaron las intervenciones	sí
Implementación	10	Quién generó la secuencia de asignación aleatoria, quién seleccionó a los participantes y quién asignó los participantes a las intervenciones	sí
Enmascaramiento	11a	Si se realizó, a quién se mantuvo cegado después de asignar las intervenciones (p. ej., participantes, cuidadores, evaluadores del resultado) y de qué modo	sí
	11b	Si es relevante, descripción de la similitud de las intervenciones	no
Métodos estadísticos	12a	Métodos estadísticos utilizados para comparar los grupos en cuanto a la variable respuesta principal y las secundarias	sí
	12b	Métodos de análisis adicionales, como análisis de subgrupos y análisis ajustados	sí
Resultados			
Flujo de participantes (se recomienda encarecidamente un diagrama de flujo)	13a	Para cada grupo, el número de participantes que se asignaron aleatoriamente, que recibieron el tratamiento propuesto y que se incluyeron en el análisis principal	sí
	13b	Para cada grupo, pérdidas y exclusiones después de la aleatorización, junto con los motivos	sí
Reclutamiento	14a	Fechas que definen los períodos de reclutamiento y de seguimiento	sí
	14b	Causa de la finalización o de la interrupción del ensayo	no
Datos basales	15	Una tabla que muestre las características basales demográficas y clínicas para cada grupo	sí
Números analizados	16	Para cada grupo, número de participantes (denominador) incluidos en cada análisis y si el análisis se basó en los grupos inicialmente asignados	sí
Resultados y estimación	17a	Para cada respuesta o resultado final principal y secundario, los resultados para cada grupo, el tamaño del efecto estimado y su precisión (como intervalo de confianza del 95%)	sí
	17b	Para las respuestas dicotómicas, se recomienda la presentación de los tamaños del efecto tanto absoluto como relativo	-
Análisis secundarios	18	Resultados de cualquier otro análisis realizado, incluido el análisis de subgrupos y los análisis ajustados, diferenciando entre los especificados a priori y los exploratorios	sí
Daños (Perjuicios)	19	Todos los daños (perjuicios) o efectos no intencionados en cada grupo (para una orientación específica, véase "CONSORT for harms")	-
Discusión			
Limitaciones	20	Limitaciones del estudio, abordando las fuentes de posibles sesgos, las de imprecisión y, si procede, la multiplicidad de análisis	sí
Generalización	21	Posibilidad de generalización (validez externa, aplicabilidad) de los hallazgos del ensayo	sí
Interpretación	22	Interpretación consistente con los resultados, con balance de beneficios y daños, y considerando otras evidencias relevantes	sí
Otra información			
Registro	23	Número de registro y nombre del registro de ensayos	no
Protocolo	24	Dónde puede accederse al protocolo completo del ensayo, si está disponible	no
Financiación	25	Fuentes de financiación y otras ayudas (como suministro de medicamentos), papel de los financiadores	sí

* Recomendamos de modo encarecido leer esta lista de comprobación junto con "the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration" para aclarar dudas importantes sobre todos los ítems. Si procede, también recomendamos leer las extensiones de CONSORT para ensayos aleatorizados por conglomerados, ensayos de no inferioridad y equivalencia, tratamientos no farmacológicos, intervenciones de medicamentos herbales y ensayos pragmáticos. Se están preparando otras extensiones.

12. CRONOGRAMA DESARROLLO DEL TRABAJO

FECHA	ACTIVIDAD
Junio 2014	Asignación del tema TFG: Mejora del Sentido de la Vida en pacientes con patologías avanzadas: Cuidado enfermero.
Octubre 2014	Marco teórico del SV y patología avanzada, conceptualización de puntos clave. <ul style="list-style-type: none"> • Viktor Frankl • Definición SV.
Noviembre 2014	Búsqueda general en bases de datos artículos relacionados. Idea general según los resúmenes.
Diciembre 2014	Concreción de objetivos. Concreción estrategias de búsqueda. Categorización de temas relevantes a tratar: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente al final de la vida-necesidades-holístico • Relación con: familia, enfermería, él mismo. • Fuentes de SV.
Enero 2015	Esquema de ideas asociados a los artículos encontrados. Recuento aproximado de artículos. Introducción artículos al Refworks. Lectura de artículos.
Febrero 2015	Lectura de artículos. Ampliación del esquema de ideas y puntos comunes. <ul style="list-style-type: none"> • Necesidades existenciales según autores. • Fuentes de SV según estudios. • Espiritualidad y SV.
Marzo 2015	Lectura artículos. Inicio de la redacción del TFG: Introducción y justificación. Búsqueda concreta de intervenciones enfermeras acerca mejora SV.
Abril 2015	Inicio redacción de los resultados.
19 de mayo 2015	Última corrección del TFG por parte de la tutora.
26 de mayo 2015	Entrega definitiva TFG.
Junio 2015	Defensa oral del TFG.

13. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO

El trabajo fin de grado es el último reto antes de la graduación en enfermería. Ha implicado plasmar la capacidad de búsqueda, espíritu crítico y síntesis desarrollado durante estos años. El SV es un gran tema, de vital importancia en todo ser humano. Es un concepto que muy a menudo me he planteado, el sentido de las diferentes situaciones por las que mi vida ha ido pasando, pero con este trabajo ha pasado de ser una reflexión personal a evidencia científica. Así mismo, la reflexión de todos estos años me ha ayudado a ver la importancia del presente trabajo y de todos aquellos realizados por tantos autores para intentar clarificar, qué es y qué se puede hacer cuando falta, a mi parecer lo más importante, un motivo o sentido en el vivir.

Me ha ayudado a ser más sistemática en las búsquedas bibliográficas, la importancia de una metodología adecuada para no perderse en la infinitud de artículos y materiales que seguro me habrían interesado descubrir pero que me habría despistado demasiado de los objetivos planteados.

El sistema APA, una nueva forma de referenciación para mí, que de saber que era tan sencilla la habría utilizado antes. La mayoría de artículos leídos durante el trabajo están referenciados en modo APA, deduzco que su amplia utilización se debe a su sencillez, hecho que debemos recordar antes de intentar instaurar cualquier herramienta o intervención, así como la accesibilidad/disponibilidad a su utilización.

Con este trabajo también me he dado cuenta de las propias deficiencias en la interpretación de datos estadísticos, utilización de tablas de evaluación de la calidad de los artículos, materia nueva para mí y de la que todavía no tengo una formación completa.

Más allá de lo académico, me ha servido para ver que aún queda mucho trabajo enfermero por ser reconocido y que debemos trabajar para que salga a la luz. Hace unos meses leí una encuesta en que la mayoría de la población no sabía bien que hacía enfermería. Hay la visión de administración de medicación y toma de constantes, pero todo el tiempo empleado en escuchar, en pensar en el paciente, en buscar alternativas a una situación para su mejora, hablar con la familia, etc. es visto como una disposición amable de la enfermera. Ciertamente hay muchas personas que no tienen esa actitud, o se va perdiendo con el tiempo por varias causas, por eso como profesionales debemos cuidar el no perderla y emprender actividades que renueven nuestro interés en el otro y nuestras ganas de cuidarlo.