



Psychosocial Intervention

ISSN: 1132-0559

pi@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

Rudilla, David; Oliver, Amparo; Galiana, Laura; Barreto, Pilar
Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling.
Psychosocial Intervention, vol. 24, núm. 2, agosto, 2015, pp. 79-82
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

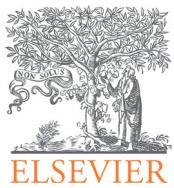
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179840290003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

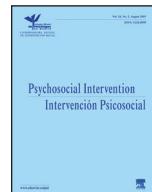
Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Psychosocial Intervention

www.elsevier.es/psi



Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con *counselling*

David Rudilla^{a,*}, Amparo Oliver^b, Laura Galiana^d y Pilar Barreto^c

^a Hospital General Universitario, Valencia, España

^b Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universitat de València, España

^c Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de València, España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 25/05/2015

Aceptado: 05/06/2015

Palabras clave:

Necesidades espirituales
Cuidados paliativos
Final de la vida

RESUMEN

Las necesidades espirituales, cuando son elaboradas de forma efectiva, ayudarán a la persona al final de la vida a encontrar significado, mantener la esperanza y aceptar la muerte. El *counselling* es una de las terapias más utilizadas para mejorar estas necesidades. El objetivo del presente trabajo es ofrecer evidencia sobre la eficacia de esta terapia para la mejora de la espiritualidad de los pacientes atendidos en diversos dispositivos de salud. Para conseguirlo, se llevó a cabo una intervención de tres semanas en 131 pacientes de atención domiciliaria y hospitalizados. Tenían una edad media de 70.61 años ($DT = 11.17$). El 51.1% eran hombres. Se evaluó la espiritualidad de los pacientes antes y después de la intervención y se llevó a cabo un análisis de varianza multivariado (MANOVA) para estudiar las diferencias entre estos dos momentos temporales, así como ANOVA de continuación. Los resultados indicaron un efecto positivo y de gran tamaño de la intervención sobre la espiritualidad, $F(3, 110) = 31.266, p < .001, \eta^2 = .460$. Este estudio puede servir como punto de partida para la implementación de programas de intervención en el contexto de los cuidados paliativos.

© 2015 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Spirituality in palliative care: Evidence of counselling

ABSTRACT

Keywords:

Spiritual needs
Palliative care
End of life

When spiritual needs are effectively elaborated, they can help the individual to find meaning, sustain hope, and accept death in the context of the end of life. Counselling has been one of the therapies that is most used to meet these needs. The aim of this work is to offer evidence on the efficacy of this therapy to improve the spirituality of patients attended in several health devices. In order to achieve this objective, a three-week intervention was carried out with 131 home care and hospitalized patients. The mean age was 70.61 ($SD = 11.17$); 51.1% were men. Spirituality was assessed before and after the intervention, and a multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to study the differences between these two moments, together with follow-up ANOVAs. Results indicated a positive effect, with a large effect size, $F(3, 110) = 31.266, p < .001, \eta^2 = .460$. This study can be the starting point for the implementation of intervention programs in the context of palliative care.

© 2015 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Es inevitable que cuestiones de naturaleza espiritual surjan espontáneamente cuando nos aproximamos al final de la vida. De esta forma, los cuidados paliativos pueden desencadenar una búsqueda de respuestas, búsqueda que algunos han llamado un viaje espiritual (Puchalski y Ferrell, 2010). Sin embargo, y a pesar de que desde los inicios del movimiento *Hospice* la dimensión espiritual ha sido objetivo central de la atención en los cuidados paliativos (Saunders, 2011) y que posteriormente tanto las definiciones de cuidados paliativos de

la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) como las recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (Radbruch, Payne y el Comité Directivo de la EAPC, 2009a, 2009b) la contemplan como parte de estos cuidados, hasta hace poco ha sido el área menos desarrollada en el contexto del final de la vida.

Las necesidades espirituales, cuando son elaboradas de forma efectiva, ayudarán a la persona al final de la vida a encontrar significado, mantener la esperanza y aceptar la muerte (Corr y Corr, 2000). De facto, la espiritualidad se ha relacionado recientemente con multitud de variables relevantes para los pacientes de cuidados paliati-

*e-mail: rudilla_dab@gva.es

vos. Las necesidades espirituales y su cobertura se relacionan íntimamente con el resto de necesidades de los pacientes, como son las emocionales, físicas y sociales (Leget, 2012).

Recientemente se han llevado a cabo diversos trabajos que muestran cómo las necesidades espirituales se relacionan íntimamente con la calidad de vida de los pacientes (Haugan, 2013; Rajmohan y Kumar, 2013). De una parte, la espiritualidad parece interaccionar con aspectos del área física (Delgado-Guay et al., 2011; Fombuena et al., 2015; Haugan, 2013; Hui et al., 2011; Kandasamy, Chaturvedi y Desai, 2011). Hui et al. (2011), por ejemplo, encontraron malestar espiritual en el 44% de los 113 pacientes evaluados con cáncer avanzando, malestar que se relacionó con mayor nivel de depresión y mal control del dolor. Kandasamy et al. (2011) y Fombuena et al. (2015) también encontraron una relación entre el malestar espiritual y el mal control sintomático. Además, las necesidades espirituales también se han relacionado con la vida afectiva general (Breitbart, 2007; Krikorian y Limonero, 2012; Powers, Cramer y Grubka, 2007). En el estudio de McClain, Rosenfeld y Breitbart (2003), por ejemplo, la espiritualidad se relacionó con menores deseos de morir y menor ideación suicida. En la misma línea, Haugan (2013) encontró una relación negativa entre la espiritualidad y la depresión y positiva con el buen funcionamiento emocional. De esta forma, la literatura científica sugiere claramente que las necesidades espirituales son un indicador de bienestar y calidad de vida del paciente.

Toda esta evidencia ha auspiciado distintas intervenciones para mejorar las necesidades espirituales de los pacientes al final de la vida. Múltiples estudios han probado con éxito las intervenciones psicológicas para los pacientes en cuidados paliativos (Breitbart et al., 2010; Breitbart et al., 2015; Breitbart et al., 2012; Fegg, 2006; Gysels y Higginson, 2004; Houmann, Cochinov, Kristjanson, Petersen y Groenvold, 2014; Li, Fitzgerald y Rodin, 2012; Lorenz et al., 2008; Newell, Sanson-Fisher y Savolainen, 2002; Price y Hotopf, 2009; Uitterhoeve et al., 2004). Estas intervenciones tienen como objetivo aliviar el sufrimiento de los pacientes a través del trabajo en el sentido, propósito, la dignidad, el bienestar existencial y la espiritualidad (Bayés, Limonero, Romero y Arranz, 2000). Entre ellas, el *counselling* es una de las terapias más utilizadas (Gysels y Higginson, 2004; National Comprehensive Cancer Network, 1999; Newell et al., 2002; Porche, Reymond, O'Callaghan y Charles, 2014). En trabajos llevados a cabo con población española, se encontró evidencia de mejora en cuanto a la dimensión espiritual en pacientes paliativos tras intervenir con *counselling* (Rudilla, 2014; Rudilla, Barreto, Oliver y Galiana, 2015). Los trabajos sobre la Psicoterapia Centrada en el Sentido, intervención diseñada para ayudar a los pacientes con cáncer avanzado para mantener o mejorar un sentido de significado, la paz y el fin de sus vidas, han mostrado la eficacia de esta terapia para mejorar la calidad de vida del paciente, la depresión, la desesperanza y espiritualidad (Breitbart et al., 2010; Breitbart et al., 2015; Breitbart et al., 2012). En la misma línea, la investigación sobre Psicoterapia de Grupo Cognitivo-Existencial ha reportado buenos resultados en cuidadores de pacientes paliativos (Kissane et al., 2003; Kissane et al., 2006). La terapia llamada CALM (Managing Cancer And Living Meaningfully; Li et al., 2012), por su parte, se caracteriza por ser una psicoterapia breve individual semi-estructurada para los pacientes con cáncer avanzado. En el estudio de Li et al. (2012), los resultados mostraron una reducción en el tiempo de los síntomas depresivos, la ansiedad ante la muerte y un aumento en el bienestar espiritual. Respecto a las denominadas terapias de "tercera generación", como el *Mindfulness*, la Terapia de Aceptación y Compromiso o las terapias centradas en los valores, todavía no se conoce evidencia, si bien cada vez se están estudiando más en el campo de paliativos. Presumiblemente, algunos aspectos de estas intervenciones tendrían que ser modificados para su uso apropiado en este contexto (Fegg, 2006). Ante este escenario, es innegable que las necesidades espirituales han estado y están en el punto de mira de las intervenciones psicológicas en cuidados paliativos.

El objetivo del presente trabajo es ofrecer evidencia sobre la eficacia de una de las terapias más habitualmente utilizada en el contexto de los cuidados paliativos, el *counselling*, para la mejora de la espiritualidad de los pacientes atendidos en diversos dispositivos de salud.

Método

Diseño, procedimiento y muestra

Este estudio se realizó en el Área Clínica de Atención Integral del Hospital General Universitario de Valencia, que incluye la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) y Unidad de Cuidados Continuados (UCC) con un diseño de investigación cuasi-experimental. Para llevarlo a cabo, se obtuvieron en primer lugar los permisos del comité ético y de los pacientes y familiares. Tras obtenerse el soporte del comité ético y de los propios pacientes y familiares, los pacientes con diagnóstico paliativo oncológico y no oncológico avanzado en tratamiento sintomático-paliativo fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención con *counselling*, siguiendo los criterios CONSORT (Boutron et al., 2008) para ensayos no farmacológicos.

Las evaluaciones pre y post-intervención se realizaron en una sesión independiente a la intervención. La evaluación post-intervención se llevó a cabo tras la novena sesión, que coincidía con la tercera semana (21 días de tratamiento). Las intervenciones se realizaron en los domicilios de los pacientes en el caso de estar ingresado en la UHD o a pie de cama en la sala de UCC. Todas las intervenciones las realizó el mismo psicólogo en el día y hora acordada. La frecuencia de las intervenciones dependía del plan terapéutico individualizado de cada paciente en la UHD y UCC y atendiendo a las agendas de programación de visitas del hospital, siendo habitualmente de dos tres sesiones por semana, con una duración entre 30 y 50 minutos cada sesión. Para las sesiones de *counselling* se siguió la guía de una sesión de *counselling* de Arranz et al. (2003), que se puede ver en la tabla 1.

Los participantes del estudio eran pacientes ingresados en la UHD y en la UCC del Hospital General Universitario de Valencia. Estos pacientes se encontraban en sus domicilios o en la sala correspondiente, donde recibían cuidados paliativos por parte de un equipo multidisciplinar (médico, enfermero y psicólogo). La muestra total estuvo compuesta por 131 sujetos. El 51.1% fueron hombres. La edad media fue de 70.61 años ($DT = 11.17$). El 87% eran pacientes oncológicos, frente al 13% restante, con diagnóstico no oncológico.

Instrumentos

Para evaluar la efectividad de la intervención sobre la espiritualidad de los pacientes, se utilizó el Cuestionario del Grupo de Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Cuestionario GES; Benito et al., 2014). Este instrumento busca crear un marco

Tabla 1

Guía de los objetivos en una sesión de *counselling* (Arranz y Cancio, 2003)

1. Identificar preocupaciones, situaciones de mayor temor y necesidades del modo más específico posible. Facilitar la expresión emocional.
2. Ayudar a jerarquizar lo que se ha identificado, empatizando con las emociones y los valores subyacentes a lo expresado.
3. Identificar recursos y capacidades, ya sean internos o externos.
4. Proporcionar información. Identificar lo que el paciente sabe, lo que quiere saber y lo que ha entendido en torno a lo que le preocupa.
5. Abordar las preocupaciones, una vez jerarquizadas, combinándolas con los recursos y capacidades de que dispone la persona y con otros que podemos sugerir.
6. Clarificar las distintas opciones evaluando pro y contras.
7. Ayudar en la toma de decisiones desde la congruencia con los valores y recursos del paciente.
8. Resumir y planificar el futuro.

y metodología para explorar de forma ordenada y sistemática las posibles fuentes de satisfacción o necesidad espiritual. Está formado por seis preguntas abiertas, seguidas de ocho afirmaciones, a las que la persona contesta en qué medida se siente identificada con ellas en una escala tipo Likert de 0 (*nada*) a 4 (*mucho*). Estas ocho preguntas evalúan un factor general de espiritualidad, que a su vez se compone de tres dimensiones de espiritualidad: espiritualidad intrapersonal (las relaciones con uno mismo, la necesidad de sentido y coherencia), interpersonal (las relaciones con otros, la armonía con las relaciones con las personas que más preocupan y la necesidad de ser amados y amar) y transpersonal (conciencia de pertinencia a una dimensión trascendente, confianza y esperanza y/o legado que se deja) (Galiana, Oliver, Gomis Barbero y Benito, 2014). El alfa en este estudio fue de .78.

Análisis de datos

En primer lugar, se calcularon estadísticos descriptivos de las tres dimensiones de espiritualidad para los dos momentos temporales (media, desviación típica, puntuación mínima y máxima). Después, se realizó un análisis de varianza multivariado (MANOVA) que estudió las diferencias entre los momentos pre y post-intervención en las tres dimensiones de la espiritualidad definidas por el cuestionario GES. Este análisis evalúa las diferencias en un vector compuesto por una combinación lineal de las tres variables dependientes (espiritualidad intrapersonal, interpersonal y transpersonal), para las dos categorías de la variable independiente (tiempo). Se tomó como criterio la traza de Pillai por su robustez (Tabachnick y Fidell, 2007). Si la prueba *F* muestra diferencias en el vector para los grupos, se deben realizar ANOVA de continuación, para determinar qué grupos son los que difieren significativamente en sus medias. Tanto para el MANOVA como para los ANOVA de continuación, se llevaron a cabo estimaciones del tamaño del efecto mediante eta-cuadrado parciales, evaluándose dichos efectos con los criterios de .02, .13 y .26 como puntos de corte para efectos pequeños, medios y grandes, respectivamente (Cohen, 1992).

Resultados

Los resultados descriptivos mostraron puntuaciones en la parte superior de la escala previas a la intervención, siendo mayores las obtenidas en las dimensiones de espiritualidad interpersonal e intrapersonal, frente a la dimensión trascendente. Este mismo patrón se observó en las puntuaciones obtenidas tras la intervención (ver tabla 2).

En cuanto a los resultados del MANOVA, éstos indicaron un efecto positivo y de gran tamaño de la intervención sobre la espiritualidad, $F(3, 110) = 31.266, p < .001, \eta^2 = .460$. Los ANOVA de continuación apuntaron que la mejora se reflejaba en las tres dimensiones de la espiritualidad (consultar tabla 3). De esta forma, en la figura 1 puede observarse de forma gráfica cómo la mejora en las dimensiones de la espiritualidad se produce en las tres dimensiones, especialmente en la dimensión transpersonal, que registró también un mayor tamaño de efecto (38.4% de varianza explicada).

Tabla 3
ANOVA de continuación

Variable dependiente	gl	gl _{error}	F	p	η^2
Espiritualidad intrapersonal	1	112	66.958	< .001	.374
Espiritualidad interpersonal	1	112	36.734	< .001	.247
Espiritualidad transpersonal	1	112	69.945	< .001	.384

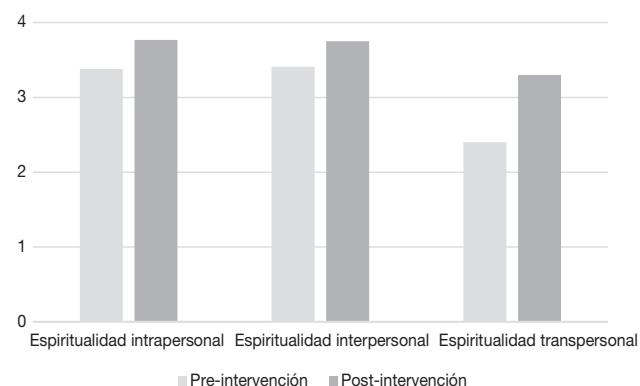


Figura 1. Puntuaciones en las dimensiones de la espiritualidad antes y después de la intervención.

Discusión

La necesidad resurgida de atender a la parte más espiritual del individuo cuando este afronta el final de la vida, hace indispensable contar con instrumentos de intervención que permitan mejorar los recursos espirituales de los pacientes, mejorando así también su calidad de vida y su afrontamiento de la muerte. Tomando dicha necesidad como punto de partida, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar la eficacia del *counselling*, una de las terapias más utilizadas en el contexto de los cuidados paliativos, para la mejora de la espiritualidad de estos pacientes.

Para ello, se diseñó una intervención basada en las guías ofrecidas por Arranz y Cancio (2003), en la que se evaluó la espiritualidad antes y después de la intervención. Los resultados del MANOVA mostraron un efecto positivo de la intervención sobre este constructo, explicando un 46% de la varianza. Además, cuando se llevaron a cabo ANOVA de continuación, se observó que esta mejora se había producido en todas las dimensiones de la espiritualidad evaluadas por el cuestionario GES (Benito et al., 2014), con mayores efectos para las dimensiones intra y transpersonal.

De esta forma, el *counselling*, que ya en estudios previos se ha mostrado como una herramienta clave para atender a las necesidades emocionales de los pacientes (Breitbart et al. 2010; Breitbart et al., 2015 ; Breitbart et al., 2012; Gysels y Higginson, 2004; National Comprehensive Cancer Network, 1999; Newell et al., 2002; Porche et al., 2014), tal y como reconocen distintas organizaciones internacionales (National Comprehensive Cancer Network, 2013; OMS, 2004),

Tabla 2
Estadísticos descriptivos para las dimensiones de la espiritualidad

	Puntuaciones pre-intervención				Puntuaciones post-intervención			
	M	DT	Mín.	Máx.	M	DT	Mín.	Máx.
Espiritualidad intrapersonal	3.42	0.42	2.50	4.00	3.77	0.39	1.50	4.00
Espiritualidad interpersonal	3.46	0.49	2.00	4.00	3.75	0.43	2.00	4.00
Espiritualidad transpersonal	2.54	1.11	0.00	4.00	3.30	0.83	0.00	4.00

se revela también como una psicoterapia óptima cuando el objetivo es atender a las necesidades y los recursos espirituales de los pacientes. A pesar de que ya existen algunos estudios previos en este campo (Rudilla et al., 2015), estos se habían limitado a pacientes de unidades de atención domiciliaria, siendo este el primero en que se ofrece evidencia en una muestra de carácter más general.

Algunas de las limitaciones que deben guiar futuros estudios son la inclusión de un grupo control, para poder realizar comparaciones del curso de las necesidades espirituales durante la enfermedad, o la ampliación del estudio con la evaluación holística de los pacientes, que permita monitorizar el curso de la espiritualidad controlando por los cambios en el estado emocional, el funcionamiento social y la sintomatología física.

Sin embargo, y a pesar de estas limitaciones, creemos que este estudio puede servir como punto de partida para la implementación de programas de intervención en el contexto de los cuidados paliativos. Compartir buenas prácticas en programas de intervención, con *counselling* u otro tipo de psicoterapia, ha de ser nuestro objetivo como profesionales del ámbito de la salud, una salud que, recordemos, habrá de entenderse como un constructo holístico, que tome en cuenta aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Conflictos de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Arranz, P. y Cincio, H. (2000). *Counselling: Habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico*. En F. Gil (Ed.), *Manual de Psico-Oncología* (pp. 39–56). Madrid: NovaSidonia.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Romero, E. y Arranz, P. (2000). ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Medicina Clínica*, 115, 579–582.
- Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C. y Barbero, J. (2014). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47, 1008–1018.
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., Ravaud, P., y CONSORT Group (2008). Methods and processes of the CONSORT Group: example of an extension for trials assessing nonpharmacologic treatments. *Annals of Internal Medicine*, 148(4), W60–66.
- Breibart, W. (2007). Who needs the concept of spirituality? Human beings seem to! *Palliative and Supportive Care*, 5, 105–106.
- Breibart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., ... Cassileth, B. R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1304–1309.
- Breibart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., ... Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*, 19, 21–28.
- Breibart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J. y Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33, 749–756.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.
- Corr, C. A. y Corr, D. M. (2012). *Death and dying, life and living* (7^a Ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., de la Cruz, M., Thorney, S. y Bruera, E. (2011). Spirituality, religiosity and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41, 986–994.
- Fegg, M. J. (2006). Strategic Therapy in Palliative Care. *European Psychotherapy*, 6, 271–308.
- Fombuena, M., Galiana, L., Barreto, P., Oliver, A., Pascual, A. y Soto-Rubio, A. (2015). Spirituality in patients with advanced illness: The role of symptom control, resilience and social network. *Journal of Health Psychology*, 1–10, doi: 10.1177/1359105315586213.
- Galiana, L., Oliver, A., Gomis, C., Barbero, J. y Benito, E. (2014). Cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos. *Medicina paliativa*, 21, 62–74.
- Gysels, M. y Higginson, I. (2004). *Improving supportive and palliative care for adults with cancer: Research evidence*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Haugan, G. (2013). Meaning-in-life in nursing-homes patients: a correlate with physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1030–1043.
- Houmann, L. J., Cochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Petersen, M. A. y Groenvold, M. (2014). A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. *Palliative Medicine*, 28, 448–458.
- Hui, D., de la Cruz, M., Thorney, S., Parsons, H. A., Delgado-Guay, M. y Bruera, E. (2011). The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 28, 264–270.
- Kandasamy, A., Chaturvedi, S. K. y Desai, G. (2011). Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian Journal of Cancer*, 48, 55–59.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., ... McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*, 12, 532–546.
- Kissane, D. W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D. P. y O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1208–1218.
- Krikorian, A. y Limonero, J. T. (2012). An integrated view of suffering in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 28, 41–49.
- Leget, C. (2012). *Spiritual care in palliative care. Developments in Europe*. Comunicación presentada en Glasgow, 13–14 marzo 2012. Recuperado de http://www.nes.scot.nhs.uk/media/859386/carlo_leget.pdf.
- Li, M., Fitzgerald, P. y Rodin, G. (2012). Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1187–1196.
- Lorenz, K. A., Lynn, J., Dy, S. M., Shugarman, L. R., Wilkinson, A., Mularski, R. A., ... Shekelle, P. G. (2008). Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 148, 147–159.
- McClain, C. S., Rosenfeld, B. y Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, 361, 1603–1607.
- National Comprehensive Cancer Network (2013). *Clinical practice guidelines in oncology. Palliative care*. Retrieved from <http://oralcancerfoundation.org/treatment/pdf/palliative.pdf>
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W. y Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 558–584.
- OMS (2002). *Definition of palliative care*. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Hechos sólidos en cuidados paliativos*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.html>
- Porche, K., Reymond, L., O'Callaghan, J. y Charles, M. (2014). Depression in palliative care patients: a survey of assessment and treatment practices of Australian and New Zealand palliative care specialists. *Australian Health Review*, 38, 1–7.
- Powers, D. V., Cramer, R. J. y Grubka, J. M. (2007). Spirituality, life stress, and affective well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 35, 235–243.
- Price, A. y Hotopf, M. (2009). The treatment of depression in patients with advanced cancer undergoing palliative care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 3, 61–66.
- Puchalski, C. y Ferrell, B. (2010). *Making health care whole. Integrating spirituality into patient care*. West Conshohocken, PA: Templeton Press.
- Radbruch, L., Payne, S. y el Comité Directivo de la EAPC (2009a). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16, 278–289.
- Radbruch, L., Payne, S. y el Comité Directivo de la EAPC (2009b). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care: part 2. *European Journal of Palliative Care*, 16, 278–289.
- Rajmohan, V. y Kumar, K. S. (2013). Psychiatric morbidity, pain perception, and functional status of chronic pain patients in palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, 19, 146–151.
- Rudilla D. (2014). *Elaboración y estudio de una herramienta de evaluación de la dignidad al final de la vida* (tesis doctoral no publicada). Universitat de València.
- Rudilla, D., Barreto, P., Oliver, A. y Galiana, L. (2015). Eficacia del *counselling* y la terapia de la dignidad en pacientes paliativos. *Medicina Paliativa*, 22(2). doi: 10.1016/j.medipa.2014.09.005
- Saunders, C. (2011). *Velad conmigo. Inspiración para una vida en cuidados paliativos*. Houston, EEUU/Barcelona, España: IAHPG Press, Obra Social "la Caixa".
- Tabachnick, G. G. y Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (6th Edition). Boston: Allyn and Bacon.
- Uitterhoeve, R., Vernooy, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P. y van Achterberg, T. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer – a systematic review of the literature. *British Journal of Cancer*, 91, 1050–1062.