

Artículo original

Condiciones obstaculizadoras de cuidado espiritual según la percepción del equipo de salud de cuidados paliativos

Hindering Conditions against Spiritual Care according to the Perception of the Palliative Care Health Team

Carmen Gloria Fraile Duvicq^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-3361-9892>

Alejandra Nocetti de la Barra² <http://orcid.org/0000-0003-2509-8051>

Debbie Álvarez-Cruces^{2,3} <https://orcid.org/0000-0003-0652-000X>

Ángela Arenas-Massa⁴ <http://orcid.org/0000-0003-3188-0189>

¹Universidad Católica de la Santísima Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Ciencias de la Enfermería. Concepción, Chile.

²Universidad Católica de la Santísima Concepción, Facultad de Educación. Concepción, Chile.

³Universidad de Concepción, Facultad de Odontología, Departamento de Patología y Diagnóstico. Concepción, Chile.

⁴Universidad Finis Terrae, Facultad de Derecho. Santiago, Chile.

* Autor para la correspondencia: cfraile@ucsc.cl

RESUMEN

Introducción: La población de personas mayores que fallece producto del cáncer aumenta de manera sostenida a nivel mundial. Los cuidados paliativos suponen un abordaje integral que incluye cuidados espirituales. Estos son valorados por el paciente y cuidadores; pero es poco abordado en la práctica clínica.

Objetivo: Establecer las condiciones obstaculizadoras que percibe el equipo de salud para proporcionar cuidado espiritual a personas mayores que se encuentran en cuidado paliativo.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico/interpretativo y diseño de estudio de caso intrínseco. Se realizó entrevista semiestructurada y grupos focales a un equipo de salud que se desempeña en la Unidad de Cuidados Paliativos de un centro asistencial, en Chile entre el 2019 y 2020. El análisis fue con enfoque de Teoría Fundamentada, que permitieron proponer esquemas comprensivos del fenómeno de estudio con apoyo del programa Atlas-ti 9.0.

Resultados: Se categorizaron dos condiciones obstaculizadoras, una relacionada con el paciente y su familia, y otra con aspectos estructurales institucionales y formativos. Existe una percepción de afrontamiento ineficaz hacia la enfermedad por parte del paciente y su familia que se manifiesta por una negación hacia la muerte y que se acrecienta en aquellos que no profesan un credo. Además, el énfasis científico de la formación y ausencia formativa en cuidado espiritual merma la motivación de los trabajadores para involucrarse.

Conclusiones: Es necesario crear estrategias de incorporación de cuidado espiritual, desde prácticas locales que se traduzcan en sistémicas; no obstante, se debe comenzar por revertir la ausencia formativa, para ello se propone rescatar el saber práctico que emerge de la experiencia.

Palabras clave: espiritualidad; cuidados paliativos; oncología médica; personas mayores; grupo de salud interdisciplinario.

ABSTRACT

Introduction: The population of elderly dying as a result of cancer is steadily increasing worldwide. Palliative care implies a comprehensive approach including spiritual care. This is valued by the patient and caregivers, but is little addressed in clinical practice.

Objective: To establish the hindering conditions perceived by the health care team against providing spiritual care to elderly under palliative care.

Methods: A qualitative study was carried out, with a phenomenological/interpretative approach, as well as an intrinsic case study design. Semistructured interviews and focus groups were conducted on a health team working at the palliative care unit of a health care center in Chile between 2019 and 2020. The analysis was performed with a grounded theory approach, which allowed to propose comprehensive schemes of the phenomenon under study with the support of the Atlas-ti 9.0 program.

Results: Two hindering conditions were categorized: one is related to the patient and their family, while the other is related to institutional structural and formative aspects. There is a perception of an ineffective coping with the disease on the part of the patient and their family, manifested by a denial of death and increased in those not worshipping. In addition, the scientific emphasis of training and the formative absence in spiritual care undermines workers' motivation to become involved.

Conclusions: It is necessary to create strategies for the incorporation of spiritual care, from local practices that are translated into systemic ones; however, it is necessary to begin by reversing the formative absence, a reason why the practical knowledge emerging from experience is proposed to be rescued.

Keywords: spirituality; palliative care; medical oncology; elderlies; interdisciplinary health team.

Recibido: 31/08/2022

Aceptado: 12/01/2023

Introducción

El cáncer afecta en forma creciente a las personas mayores de 65 años, debido a la proyección demográfica mundial.^(1,2) Es la enfermedad que ha inspirado la creación de unidades de cuidados paliativos, con el propósito de atender las múltiples necesidades de la persona que se ve enfrentada a un pronóstico de vida limitado.

Dentro de los cuidados ha cobrado relevancia el cuidado espiritual, los cuales han sido identificados, categorizados y abordados a partir de diferentes modelos de cuidado.^(3,4) Si bien no hay acuerdo respecto al concepto de espiritualidad, cuidado espiritual, apoyo espiritual y otros conceptos afines,^(5,6,7) existe consenso en que hacia el final de la vida comienzan a manifestarse interrogantes inherentes al ser humano como un ser espiritual, el que “comprende unas dimensiones escondidas que solo una visión del cuidado de la salud centrado en la persona humana puede rescatar”.⁽⁸⁾ Es la actitud de escucha atenta, la condición insustituible que permite aproximarse al ser íntimo de la persona para acoger sus

miedos, dolores, sueños y, en la medida de lo posible, facilitar soluciones a sus interrogantes.^(9,10) El cuidado centrado en su propia individualidad minimiza el riesgo de ofrecer una atención universal ajena a sus necesidades.

La actual política pública en relación a la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores no solo compromete velar problemáticas físicas, psicológicas y sociales; sino que también incluye dar una adecuada contención espiritual que le permita afrontar diversos sentimientos, como el miedo, angustia, culpa, tristeza, entre otros que se acrecientan en los últimos días de vida.^(11,12) Estos suelen aumentar el dolor en personas mayores que, además, padecen de cáncer.⁽¹³⁾

Los estudios dan cuenta del valor terapéutico que tiene el cuidado espiritual para pacientes y cuidadores, por lo que se constituye en un buen indicador de calidad de vida.^(14,15) Sin embargo, pese a ser solicitado por los pacientes, el cuidado espiritual es postergado en la práctica clínica. Las necesidades espirituales insatisfechas, desencadenarían sufrimiento espiritual-existencial, que se manifestaría a través de síntomas depresivos y angustiosos.^(13,16,17)

Hoy en día, existe un predominio de estudios basados en la aplicación de encuestas a pacientes,⁽¹⁵⁾ cuidadores y al personal de salud,^(5,18) de manera independiente por cada profesión.^(7,8,19) Asimismo, existen estudios que develarían que el personal subvalora el cuidado espiritual o no estaría preparado de forma adecuada para ofrecer cuidado espiritual,^(19,20) ya sea porque los planes de formación universitario no lo contemplan o porque existen escasas opciones de capacitación en el espacio laboral.^(21,22) No se encontraron estudios que reporten los condicionantes que limitan el cuidado espiritual que el equipo de salud, en su conjunto, podría ofrecer a la persona mayor que padece cáncer.

Dado lo expuesto, la presente investigación tuvo como objetivo establecer las condiciones obstaculizadoras que percibe el personal de salud para proporcionar cuidado espiritual a las personas mayores que se encuentran en cuidado paliativo.

Métodos

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico/interpretativo,⁽²³⁾ porque interesa conocer e interpretar la experiencia de los trabajadores de la salud en relación a las condiciones que

obstaculizan el cuidado espiritual en personas mayores con cáncer. El diseño corresponde a un estudio de caso intrínseco, el que tiene por finalidad conocer una determinada situación en profundidad por la riqueza que este puede proporcionar en sí mismo.⁽²⁴⁾

Criterios de inclusión: Trabajadores de la salud que se desempeñaran en la Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor de un centro de salud de alta complejidad de la región del Bío-Bío, Chile, con una antigüedad mayor a tres años.

Criterio de exclusión: Aquellos trabajadores con desempeño transitorio.

La técnica de recogida de datos incluyó entrevista en profundidad y dos grupos focales.^(25,26)

La primera tuvo por propósito conocer la experiencia personal que cada integrante del equipo de salud tenía en relación a las condiciones obstaculizadoras del cuidado espiritual. Una vez concluida esta etapa, se procedió con los grupos focales para integrar la perspectiva del grupo y facilitar la elaboración de los esquemas.

Ambas técnicas de recolección de datos se realizaron durante los años 2019 y 2020, en una oficina cercana a la Unidad de Cuidados Paliativos que ofrecía las condiciones de privacidad. Los entrevistadores eran expertos en metodología cualitativa y, además de tomar notas de campo, hicieron grabaciones de audio, que fueron transcritas para su posterior análisis.

El análisis de los datos se realizó con enfoque de Teoría Fundamentada,⁽²⁷⁾ el cual incluyó codificación abierta, axial y selectiva que se tradujeron en propuestas de esquemas comprensivos sobre las condiciones obstaculizadoras del cuidado espiritual según la perspectiva del equipo de salud, los que favorecieron la obtención de resultados y conclusiones.

Durante todo el proceso investigativo se aseguraron los criterios de rigor científico que incluye la credibilidad, transferibilidad, auditabilidad y confirmabilidad.^(23,26) Además, la investigación cuenta con la aprobación de un Comité Ético Científico acreditado del Servicio de Salud correspondiente a la jurisdicción en la que se encuentra el centro de salud (Acta No. 07 con fecha de emisión 28 de enero de 2019). De igual manera, previo a realizar las entrevistas, los trabajadores firmaron el consentimiento informado, autorizado por el Comité Ético Científico, para cumplir con los Principios Bioéticos solicitados en la Declaración de Helsinki.⁽²⁸⁾

Resultados

Participaron 12 trabajadores de la salud en diferente modalidad de recogida de datos, tal como se detalla en la cuadro 1. De estos, 2 correspondieron a medicina, 3 a enfermería, 2 a técnicos de enfermería y de nutrición, kinesiología, psicología, trabajo social y personal administrativo, uno de cada uno.

Cuadro 1 - Descripción de participantes

Entrevista en profundidad (EP)	Grupo focal 1 (GF)	Grupo focal 2 (GF)
(EP) P16	(GF1) P1	(GF2) P11
(EP) P17	(GF1) P4	(GF2) P13
(EP) P19	(GF1) P6	(GF2) P16
(EP) P21	(GF1) P8	-
(EP) P22	-	-

Los hallazgos permitieron conformar dos categorías principales con sus respectivas subcategorías que se detallan en la cuadro 2. La primera relacionada con el paciente y su familia; y la segunda, con aspectos estructurales de tipo institucionales y formativos.

Cuadro 2 - Categorías y subcategorías de condiciones obstaculizadoras de cuidado espiritual según la percepción del equipo de salud

Categorías	Subcategorías
Percepción de obstáculos relacionados con el paciente para el cuidado espiritual	1. Experiencias vitales del paciente 2. Experiencia del paciente con su familia durante la enfermedad
Percepción de obstáculos estructurales para el cuidado espiritual	1. Características institucionales 2. Características formativas

Fuente: Elaboración propia en base al análisis de Teoría Fundamentada.

Las citas textuales que se incluyen en este apartado se codificaron de la siguiente manera: EP, entrevista en profundidad; GF, grupo focal 1 o 2; P, participante y el número que lo individualiza.

Categoría 1. Percepción de obstáculos relacionados con el paciente para el cuidado espiritual (figura 1).

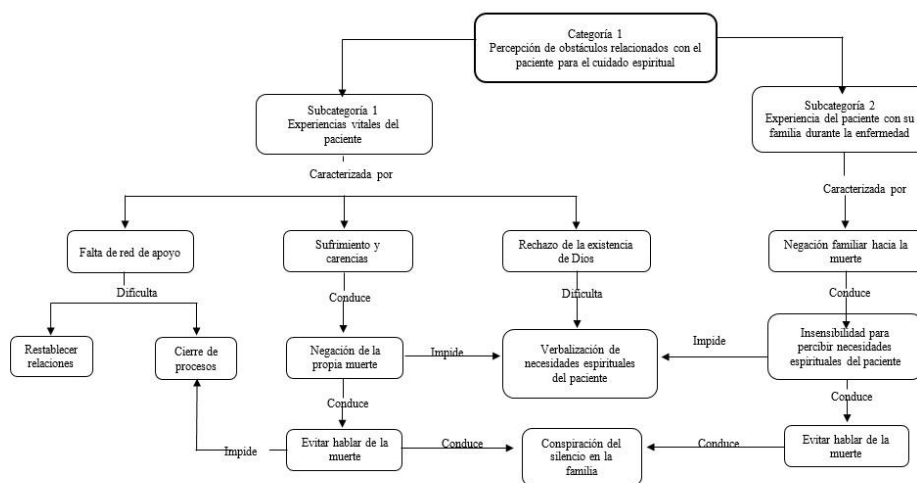


Fig. 1 - Categoría 1: Percepción de obstáculos relacionados con el paciente para el cuidado espiritual.

Subcategoría 1. Experiencias vitales del paciente

El equipo de salud percibe que la persona mayor con cáncer sufre de carencias y diversos tipos de sufrimiento que limitan sus mecanismos de afrontamiento efectivo, por lo que se les dificultaría encontrar sentido a sus vidas. Esto impide el cuidado espiritual que ellos podrían proporcionar.

La persona que ha tenido una vida sufrida con carencias no tiene herramientas para enfrentar más dificultad, por las vivencias que trae. A pesar de que el

equipo pueda contenerlo, el manejo del cuidado espiritual es más complicado.
(EP P16)

Según la visión de los participantes, el rechazo de la existencia de Dios provocaría mayor negación de la propia muerte, lo que dificulta el proceso de verbalización de lo que el paciente desea o necesita. El cuidado espiritual se torna complejo, puesto que no desea hablar de esos temas, lo que entorpece la comprensión de finitud de la vida.

Yo he visto que cuando las personas sienten que la cosa se termina acá o no creen en Dios, se ponen súper tajantes al respecto y evitan hablar de la muerte, y se hace difícil ofrecer cuidado espiritual porque niegan su muerte. (EP P22)

Asimismo, cuando los participantes consideran que lo divino es inaccesible (agnóstico) se complejiza el otorgar cuidado espiritual, porque el paciente no se proyecta más allá de esta existencia.

Y a veces, para quienes es más difícil morir es para agnósticos o ateos, porque para ellos todo termina con la muerte. Por eso es difícil ayudarlos espiritualmente. Y esa angustia de no saber de un más allá se les refleja y no los deja recibir cuidado espiritual. (GF2 P13)

Otro obstáculo para el cuidado espiritual es la falta de redes de apoyo que tiene el paciente, porque las necesidades espirituales requieren de familia o cercanos que posibiliten el cierre de procesos que contribuyan a restablecer las relaciones como parte de la dimensión existencial del cuidado.

Cuando hay personas que no han tenido una buena red de apoyo, enfrentan de peor manera la etapa final de la vida. Entonces, se dificulta darles cuidado espiritual, no hay familiares que los contengan o ayuden a cerrar procesos y no podemos ayudarlos a terminar con eso. (GF2 P16)

Subcategoría 2. Experiencia del paciente con su familia durante la enfermedad

Se identificaron dos tipos de familia, las que aceptan y las que rechazan la muerte del paciente. En estas últimas se origina una negación al proceso, lo cual es el principal obstaculizador del cuidado espiritual.

Es una barrera al cuidado espiritual, cuando una hija me dice “yo no quiero que pase esto, yo no voy a dejar que mi papá se muera, yo voy a luchar”. Ahí uno sabe que va a chocar y se detiene con este tema. (EP P21)

Es frecuente que las familias que no aceptan el pronóstico médico no hablen de la muerte y aunque el paciente quiera hablar, no lo escuchan. Esta negación obstaculiza la expresión de necesidades espirituales que podrían ser satisfechas con la ayuda de la familia o con su red de apoyo directa.

La mayor queja de los pacientes es que de repente no los escuchan cuando quieren hablar de su muerte. La familia niega la muerte inminente, no se ven las necesidades espirituales de la persona mayor y se pierden oportunidades para posibilitar el cierre de procesos. (GF2 P11)

Además, el proceso de negación de la muerte provoca en las familias una falta de sensibilidad para detectar necesidades del paciente, como hablar de temas pendientes o concretar encuentros que significan experiencias de perdón o de reconciliación como parte importante del bienestar espiritual.

La familia va todos los fines de semana y tienen compañía, pero no ahondan en qué necesidades tiene la persona. No son capaces de entender que la persona en realidad tiene la necesidad de hablar temas pendientes o necesita pedir perdón para morir más tranquilamente. (EP P21)

En este sentido, se produce la conspiración del silencio, en que ocultan o distorsionan la información sobre la situación como parte de un acuerdo implícito o explícito entre los

miembros de la familia. Este pacto es una barrera, no solo para las necesidades espirituales que el paciente necesita, sino que dificulta la contención y aceptación familiar a un proceso saludable del duelo.

Y también, están esas historias en que no hay comunicación fluida y la enfermedad es un tema tabú, entonces se produce la conspiración del silencio. Nadie habla del tema, se oculta información y eso, por cierto, no favorece el cuidado espiritual de la persona mayor. (EP P16)

Categoría 2. Percepción de obstáculos estructurales para el cuidado espiritual (figura 2).

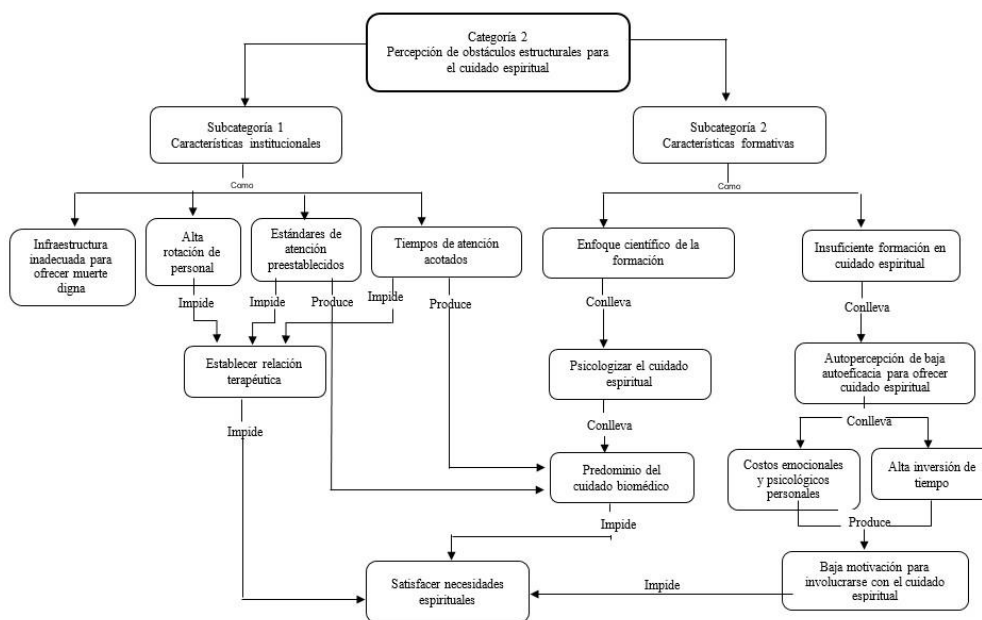


Fig. 2 - Categoría 2. Percepción de obstáculos estructurales para el cuidado espiritual.

Subcategoría 1. Características institucionales

A nivel institucional, los diferentes centros de salud establecen atenciones con tiempos determinados, en los que, además, se debe cumplir con ciertos estándares de atención preestablecidos por el Ministerio de Salud, por lo mismo, se priorizan cuidados biológicos

y físicos. Esta medida administrativa limita los tiempos de interacción entre el equipo de salud y el paciente, lo cual repercute en la relación terapéutica necesaria para detectar y satisfacer las necesidades espirituales.

El principal obstáculo, por lo menos para mí, es el tiempo, porque si voy a abordar lo espiritual requiere dedicar más tiempo a la persona. Pero, obviamente, priorizamos otro tipo de cuidado, la sintomatología, la adherencia al tratamiento, la educación al cuidador, y no profundizamos el cuidado espiritual. (GF1 P4)

Debido a lo anterior, el equipo de salud se cuestiona sobre la calidad de la atención proporcionada a los pacientes puesto que no se proporcionarían cuidados integrales, ya que estos incluyen el cuidado espiritual.

De pronto pienso que como estamos tan centrados en la perspectiva biomédica, como controlar el dolor, dejamos de ver otras necesidades y, a lo mejor, la propia cultura de nuestra profesión nos juega en contra. (EP P16)

A lo anterior se suma la frecuente rotación de personal en la Unidad por el eventual cansancio emocional que significa atender a personas mayores en cuidados paliativos. Esto limita el involucramiento con el paciente, la confianza y conocimiento mutuo, condiciones necesarias para el cuidado espiritual.

Sobre todo, la rotación de los profesionales puede interferir negativamente en un cuidado espiritual, porque como te decía se requiere construir una relación de confianza y para eso, se requiere tiempo con la persona. (EP P16)

Otro obstaculizador son los insuficientes recursos para dar las condiciones de muerte digna a las personas mayores que, por ejemplo, quisieran morir en el hospital, pero no se cuenta con la infraestructura adecuada.

Me frustra saber que hay un límite para los cuidados médicos y espirituales. Por ejemplo, el paciente quiere irse tranquilo, pero en el hospital, y no se lo puedo dar. Entonces, ahí la barrera del cuidado espiritual es la falta de disponibilidad del hospital. (GF P12)

Subcategoría 2. Características formativas

El modelo de formación profesional, al parecer, tiene un marcado enfoque científico, razón por la cual, el personal de salud interpreta los diferentes padecimientos del paciente desde una perspectiva biológica o psicológica. Esto contribuye a invisibilizar y relegar los cuidados espirituales.

Cuando yo digo psicologizar, es buscar explicaciones teóricas a cuestiones como la angustia y la ansiedad, las que en el contexto de la enfermedad pueden representar expresiones de necesidad espiritual. Antes era como lo psicológico, lo emocional y muchas veces pasé por alto lo espiritual, por eso hay una tendencia a psicologizar la espiritualidad. Y es algo que me costó superar y es muy común en el centro de salud. Y eso, limita la atención espiritual. (EP P19)

Sumado a lo anterior, está el hecho de la insuficiente formación y/o capacitación que recibe el personal de salud en relación al cuidado espiritual. Esto parece estar ausente desde la formación profesional en adelante.

Salí hace poco de la universidad, es un tema que no se toca aún, que no está en la formación y por eso, tal vez al inicio, es difícil ofrecer cuidado espiritual. (GF1 P4)

Y dentro del proyecto institucional, pienso que serían necesarias capacitaciones. (EP P22)

Razón por la cual, la mayoría de los participantes manifestaron que se sintieron poco preparados o inseguros para ofrecer apoyo espiritual al momento de integrarse en la Unidad.

En un principio sentía temor por la incapacidad de proporcionar cuidado espiritual. Sentía que no estaba preparada para enfrentar historias trágicas.
(GF1 P8)

Finalmente, debido a la percepción de falta de preparación para ofrecer cuidado espiritual existe escasa motivación de involucrarse con la persona mayor que padece cáncer, debido al tiempo que se requerirá para establecer una relación, además de las implicancias psicológicas y emocionales que repercutirán en la vida personal y familiar del trabajador de la salud.

No involucrarse es un factor que limita el cuidado espiritual. Simplemente, algunas compañeras no quieren hacerlo, por miedo a no responder bien o por el tiempo que esto significa. Creo que el querer hacerlo implica involucrarse. Todas estamos conscientes que podemos acompañar espiritualmente en la etapa final de la enfermedad, pero creo que a veces no tengo claro “para qué lo voy a hacer” (EP P21)

Discusión

Las condiciones obstaculizadoras que el personal de salud percibe para ofrecer cuidado espiritual a las personas mayores con cáncer son concordantes, sin existir diferencias particulares por disciplina.

Según los participantes, existen varias condiciones obstaculizadoras que son atribuibles al paciente y su familia, una de ellas es la percepción de afrontamiento ineficaz hacia la enfermedad, la que sería producto de las carencias y sufrimientos que padece el paciente. Esto difiere de otros estudios, de tipo cuantitativo, donde se observa que los pacientes con cáncer gestionan de mejor manera sus mecanismos de afrontamiento.^(29,30) En este aspecto, se genera una disonancia entre lo reportado por los participantes de este estudio y la evidencia científica, por lo que resulta necesario realizar estudios de tipo etnográfico para una mejor comprensión de la dinámica que se da entre el personal sanitario y la persona

mayor con cáncer, además de profundizar en factores subyacentes que no se ven reflejados en cuestionarios estandarizados.

Otra barrera asociada al paciente sería el rechazo de la existencia de Dios, con la consiguiente comprensión de finitud de la vida y el sentido de trascendencia, por lo que resulta complejo ofrecer cuidado espiritual.^(4,9,20) A lo anterior, se suma el escaso apoyo que recibe el paciente por parte de su familia, lo que origina la conspiración del silencio, que impide cerrar ciclos para alcanzar la paz.^(16,20,31) Sin embargo, es necesario ahondar en otras concepciones de trascendencia que pueda tener el paciente.^(10,20,32) En este sentido, pareciera ser que el grupo de trabajadores quisiera abordar el cuidado espiritual en relación a credos personales que pueden no ajustar con los que profesa el paciente. Esto se relaciona con la imposición cultural, que ocurre cuando el personal de salud desconoce la cultura del paciente, por lo que tiende a imponer la propia, lo que impide proporcionar cuidados que consideren las perspectivas y sensibilidades del paciente.⁽³³⁾

Los participantes concuerdan con diversos estudios en que se reporta la importancia y beneficios de una red de apoyo atenta y respetuosa de las necesidades del paciente para el adecuado cierre de procesos vitales, entre los que se incluye el pedir perdón y la reconciliación para lograr la paz y serenidad en los últimos días de vida.^(16,31,32) No obstante, si no existe apoyo y orientación profesional hacia los familiares y amigos, se dificulta la comprensión y la relevancia de este proceso, puesto que tienden a negarse a afrontar el duelo anticipado.^(16,18,34)

La atención de salud caracterizada por tiempos acotados y estándares preestablecidos de atención, acentúan el enfoque biomédico que prioriza lo biológico, físico y psicológico, cuestión que se repite en diversas investigaciones de otras partes del mundo.^(7,9,20,32) A lo anterior se suma la alta rotación de personal e inadecuada infraestructura,⁽³⁵⁾ lo que además impide establecer una adecuada relación terapéutica que favorezca el conocimiento pleno del paciente para ofrecer un pertinente cuidado espiritual. Al respecto, es necesario considerar que existen procedimientos administrativos que permiten proponer mejoras al sistema, lo cual requiere compromiso y liderazgo para lograr la transformación local y sistémica, las cuales son conocidas como *push*, porque nacen desde el contexto.^(36,37) Por lo tanto, podría ser factible planificar que alguno de los controles mensuales tuviera por

propósito abordar las necesidades espirituales y no esperar que se instaure alguna política pública al respecto.

Además, el marcado enfoque científico en la formación del equipo de salud y la insuficiente capacitación en cuidado espiritual contribuye a perpetuar el enfoque biomédico. Por consiguiente, existe una autopercepción de baja autoeficacia para ofrecer cuidado espiritual, puesto que requerirá invertir tiempo, además de los costos emocionales y psicológicos personales.^(20,21) Lo anterior merma la motivación del personal para satisfacer las necesidades de cuidado espiritual de la persona mayor con cáncer.

La presente investigación ofrece una importante contribución, no solo en Chile, sino también a nivel mundial, puesto que permitió establecer las condiciones obstaculizadoras del cuidado espiritual con una perspectiva global de la situación. Esto posibilita la elaboración de estrategias de acción pertinentes y focalizadas en el paciente, la familia/cuidadores, en el ámbito institucional y en el personal de salud. En especial, en este último grupo, recientes investigaciones reportan la necesidad de incluir en el plan de estudio el cuidado espiritual con un enfoque teórico práctico.^(38,39) Pero, se ha subvalorado el saber práctico que surge desde la experiencia de quienes ofrecen este tipo de atención. Este saber implícito, sumado al proceso de reflexión que realiza el profesional en ejercicio podría orientar la manera de enfrentar el vacío formativo existente. De modo que, se proyecta indagar sobre el saber práctico que construye el personal sanitario en cuidado espiritual y las condiciones que lo favorecen para que se constituya en una guía orientadora del saber estar y saber hacer en personas mayores con cáncer.

Entre las limitaciones del estudio se tiene que los participantes se circunscriben a solo un centro de atención de Chile; no obstante, como ya se hizo mención, corresponde a un estudio de caso intrínseco, el cual otorga relevancia a las particularidades del caso. Además, los resultados pueden ser transferidos a otras localidades donde se compartan similares características.

En conclusión, es necesario crear estrategias de incorporación de cuidado espiritual, desde prácticas locales que se traduzcan en sistémicas; no obstante, se debe comenzar por revertir la ausencia formativa, para ello se propone rescatar el saber práctico que emerge de la experiencia.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a la Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor del Hospital Las Higueras por participar de la investigación y facilitar de un lugar apropiado para realizar las diversas entrevistas y focus group.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. 2022 [acceso 15/06/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/cancer#>
2. Balducci L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57(1):171. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.009>
3. López Tarrida A, Ruiz Romero V, González Martín T. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2020 [acceso 20/06/2022];94:202001002. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272020000100083&lng=es
4. Benito E, Mindeguía MI. La presencia: el poder terapéutico de habitar el presente en la práctica clínica. *Psicooncología*. 2021;18(2):371-85. DOI: <https://doi.org/10.5209/psic.77759>
5. Kowalczyk O, Roszkowski K, Pawliszak W, Rypel A, Roszkowski S, Kowalska J, *et al*. Religion and Spirituality in Oncology: An Exploratory Study of the Communication Experiences of Clinicians in Poland. *J Relig Health*. 2022;61(2):1366. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01343-1>
6. Rudilla D, Soto A, Pérez Marín M, Galiana L, Fombuena M, Oliver A, Barreto P. Intervenciones psicológicas en espiritualidad en cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Medicina Paliativa* 2018;25:203. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.004>
7. Arenas Massa A, Nocetti de la Barra A, Fraile Duvicq CG. Espiritualidad en el contexto de cuidados paliativos oncológicos dirigidos a personas mayores. *Pers. bioét*. 2020;24(2):136. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.2.2>

8. Cara Rodríguez R, Avilés Sáez Z, López Trinidad LM. Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica. *Rev Esp Comun Salud*. 2018 [acceso 15/03/2022];9(2):221-9. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4292>
9. Ripamonti CI, Giuntoli F, Gonella S, Miccinesi G. Spiritual care in cancer patients: a need or an option? *Current Opinion in Oncology*. 2018;30(4):212-218. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000000454>
10. Guerrero Castañeda R, García Gallardo A, Aguilar Villagómez P, Albañil Delgado S. Significado de la espiritualidad en la vivencia del adulto mayor hospitalizado. *Revista Cubana de Enfermería*. 2021 [acceso 13/07/2022];37(4):e3981. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3981>
11. OEA, Asamblea General. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. OEA. 2017 [acceso 08/02/2022]. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/cuadernojurypol/article/view/11040>
12. Capocchi P. Guía para un acompañamiento respetuoso y sensible en los últimos días de vida de una persona mayor residente de un ELEAM en tiempos de COVID-19. Equipo de Comunicaciones Senama. 2020 [acceso 11/01/2022]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/okAcompan%CC%83amiento_respetuoso.pdf
13. Méndez JC. Dolor psíquico: una mirada a su condición actual. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2019 [acceso 21/02/2022];57(2):176-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200176>
14. Piderman KM, Radecki Breitkopf C, Jenkins SM, Ingram C, Sytsma TT, Lapid MI, *et al*. Hearing and Heeding the Voices of those With Advanced Illnesses. *J Palliat Care*. 2020;35(4):248-55. DOI: <https://doi.org/10.1177/0825859720928623>
15. Gayatri D, Efremov L, Kantelhardt EJ, Mikolajczyk R. Quality of life of cancer patients at palliative care units in developing countries: systematic review of the published literature. *Qual Life Res*. 2021;30(2):315-43. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02633-z>
16. Manjón Tortolero N. Conspiración de silencio: ¿ayuda o agonía? = Conspiracy of silence: aid or agony?. *Rev Esp Comun Salud*. 2018 [acceso 11/04/2022];9(2):230-6. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4294>

17. de Antueno P, Silberberg A. Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. *Persona y Bioética*. 2019 [acceso 03/03/2022];22(2):367-80. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/9039>
18. Lima CP, Machado MA. Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. *Psicol Ciênc Prof*. 2018; 38(1):88-101. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002642015>
19. Fonseca Canteros M. Atención de las necesidades espirituales y religiosas de pacientes por personal de salud. Un modelo basado en el acompañamiento espiritual. *Rev. Cirugía*. 2022;74(3). DOI: <https://doi.org/10.35687/s2452-454920220031351>
20. Cuartas Hoyos P, Charry Hernández RL, Ospina Muñoz P, Carreño Corredor S. Cuidado espiritual: una mirada desde el modelo de manejo de síntomas y el cuidado paliativo. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2019;18(1):e005. DOI: <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2341>
21. Marrero González CM, García Hernández AM. Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. *Ene*. 2019 [acceso 21/05/2022];13(2):e1321. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200001&lng=es
22. Musa AS, Al Qadire MI, Aljezawi M, Tawalbeh LI, Aloush S, Albanian FZ. Barriers to the Provision of Spiritual Care by Nurses for Hospitalized Patients in Jordan. *Res Theory Nurs Pract*. 2019;33(4):392-409. DOI: <https://doi.org/10.1891/1541-6577.33.4.392>
23. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata S.L.; 2010.
24. Stake RE. *Investigación con estudios de caso*. Madrid: Ediciones Morata S.L.; 1999.
25. Kvale S. *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata S.L.; 2011.
26. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.

27. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
28. A fifth amendment for the Declaration of Helsinki. *The Lancet*. 2000;356:e1123. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02746-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02746-X)
29. Font Guiteras A, Reventós Osuna P, Falo Zamora C. Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: Estudio preliminar de semejanzas y diferencias entre pacientes con y sin metástasis. *Psicooncología*. 2020;17(1):179-94. DOI: <https://doi.org/10.5209/psic.68249>
30. López Peláez J, Aguirre Loaiza H, Ortiz A, Caballo V, Núñez C. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico. *Suma Psicológica*. 2021;28(2):88-96. DOI: <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2021.v28.n2.3>
31. Grün A. El acompañamiento espiritual de las personas mayores. Ejercicios y ritos. España: Sal Terrae; 2020.
32. Bueno Bejarano Vale de Medeiros A, Ramos Pereira E, Costa Rosa Andrade Silva R, Nencetti Pereira Rocha R, Gil Moncayo F. El sentido de la vida como recurso espiritual para el cuidado en oncología. *Revista Cubana de Enfermería*. 2019 [acceso 10/05/2022];34(4):e2243. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2243>
33. Álvarez Cruces D, Nocetti de la Barra A, Burdiles Fernández G. Competencia Cultural de profesionales sanitarios en la atención a inmigrantes a la luz del modelo de Terry Cross. *Index Enferm*. 2021 [acceso 03/03/2022];30(3):179-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200006&lng=es
34. Meza García CF, Rodríguez Medina RM, Díaz García NY. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente del paciente oncológico en etapa terminal. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*. 2020 [acceso 04/04/2022];10(4):18-25. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/340/sobrecarga-del-agente-de-cuidado-dependiente-del-paciente-oncologico-en-etapa-terminal/>
35. Gómez Cantorna C, Clemente M, Bugallo Carrera C, Gandoy Crego M. Cuidados paliativos gerontológicos: influencia de las condiciones laborales y burnout en el personal

de enfermería. Gerokomos. 2016 [acceso 01/02/2022];27(3):91-6. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300002&lng=es)

[928X2016000300002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300002&lng=es)

36. Mas N, Wisbaum W. La triple meta para el futuro de la sanidad. Papeles de economía española. 2014 [acceso 20/03/2022];142. Disponible en: <https://www.funcas.es/revista/la-triple-meta-para-el-futuro-de-la-sanidad-noviembre-2014/>

37. Esperandio M, Leget C. Espiritualidad en los cuidados paliativos: ¿un problema de salud pública? Rev. Bioét. 2020;28(3):543-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283419>

38. Appleby A, Swinton J, Wilson P. Spiritual care training and the GP curriculum: where to now? Educ Prim Care. 2019;30(4):194-7. DOI: <https://doi.org/10.1080/14739879.2019.1600383>

39. Puchalski C, Jafari N, Buller H, Haythorn T, Jacobs C, Ferrell B. Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum: A Milestone toward the Provision of Spiritual Care. J Palliat Med. 2020;23(6):777-84. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0375>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Contribución de los autores

Conceptualización: Carmen Gloria Fraile-Duvicq,

Curación de datos: Carmen Gloria Fraile-Duvicq, Alejandra Nocetti-de-la-Barra, Ángela Arenas-Massa.

Análisis formal: Carmen Gloria Fraile-Duvicq, Alejandra Nocetti-de-la-Barra, Ángela Arenas-Massa.

Adquisición de fondos: Carmen Gloria Fraile-Duvicq.

Investigación: Carmen Gloria Fraile-Duvicq, Alejandra Nocetti-de-la-Barra, Ángela Arenas-Massa.

Metodología: Carmen Gloria Fraile-Duvicq, Alejandra Nocetti-de-la-Barra, Debbie Álvarez-Cruces, Ángela Arenas-Massa.

Administración del proyecto: Carmen Gloria Fraile-Duvicq.

Supervisión: Carmen Gloria Fraile-Duvicq.

Validación: Debbie Álvarez-Cruces.

Visualización: Debbie Álvarez-Cruces.

Redacción – borrador original: Carmen Gloria Fraile-Duvicq.

Redacción – revisión y edición: Carmen Gloria Fraile-Duvicq, Alejandra Nocetti-de-la-Barra, Debbie Álvarez-Cruces, Ángela Arenas-Massa.

Financiación

La presente investigación es parte del proyecto DINREG 04/2018 titulado “La espiritualidad de la persona mayor en el contexto de los cuidados paliativos oncológicos, en el Hospital Las Higueras, Talcahuano”, el cual es liderado por Carmen Gloria Fraile Duvicq y financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile.