

Entre el bienestar espiritual y el sufrimiento espiritual: posibles factores relacionados en ancianos con cáncer

Sílvia Caldeira¹

Emília Campos de Carvalho²

Margarida Vieira³

Objetivos: este artículo describe la evaluación del bienestar espiritual de ancianos con cáncer sometidos a quimioterapia y de posibles factores predictivos del diagnóstico sufrimiento espiritual. **Método:** se trata de un estudio metodológico, de validación clínica de diagnósticos enfermeros, con entrevista para el relleno de formulario. **Resultados:** participaron 45 ancianos, católicos, mayoritariamente del sexo femenino, con cáncer de mama, edad promedio de 70,3 años. La prevalencia de sufrimiento espiritual correspondió al 42%; y 24,4% de los ancianos estaban medicados con antidepresivos. Se observó asociación significativa entre la presencia de sufrimiento espiritual, medicación antidepresiva y escolaridad; se verificó aumento (diferencia no significativa) en el inicio del tratamiento. **Conclusión:** estos resultados enfatizan la necesidad de clarificar este diagnóstico y la responsabilidad de los enfermeros en la atención espiritual a los pacientes. Las intervenciones deberán ser adecuadas siempre que identificado un diagnóstico enfermero que constituye una respuesta compleja y que no se reduce al tratamiento farmacológico.

Descriptor: Enfermería; Espiritualidad; Diagnóstico de Enfermería; Anciano; Neoplasias.

¹ PhD, Profesor Asistente, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

² PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Correspondencia:

Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer
Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde
CEP: 1500-467, Lisboa, Portugal
E-mail: caldeira.silvia@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

En el contexto de la salud, se considera cada vez más deseable una atención holística a los pacientes, traducida en el deber de los enfermeros de atender a todas las necesidades de las personas, sean aquellas más relacionadas a la dimensión bio-psico-social o a las necesidades espirituales. La inclusión y la importancia de la espiritualidad en enfermería han sido enfatizadas por su relevancia en la calidad de los cuidados y en el bienestar de los pacientes, en particular de los ancianos, de los pacientes con cáncer y en fase terminal⁽¹⁻⁴⁾. La espiritualidad deriva del término *spiritus*, que significa soplo de vida. Está relacionada con las cuestiones mayores de la vida, porque permite a las personas cuestionar, buscar y encontrar el sentido de su vida⁽⁵⁻⁶⁾. Cada persona encuentra el sentido de su vida de diferentes modos, confiriendo a la espiritualidad un carácter individual, dinámico y subjetivo. Además del sentido de la vida, la espiritualidad está íntimamente relacionada con las creencias, valores y trascendencia⁽⁷⁾. Por ese motivo, todas las personas son seres espirituales y el enfermero debe atender a esas necesidades de los pacientes religiosos y de aquellos que se consideran ateos o agnósticos. Las situaciones más críticas de la vida y que suscitan la posibilidad de muerte, confrontando las personas con su finitud, son aquellas más espirituales⁽⁸⁾. La enfermedad es ejemplo de esa situación y los enfermeros son profesionales de salud presentes en esos momentos y que tienen oportunidad de diagnosticar, intervenir y promover resultados positivos sensibles a su intervención. Asimismo, los ancianos, porque se aproximan del final de la vida, adoptan una práctica religiosa o espiritual más regular, retomando el conforto de la fe o una doctrina de vida que les permita encontrar sentido y paz^(3,9). El cáncer representa una enfermedad temible por estar muy asociado a la llegada de la muerte más prematura y al sufrimiento causado también por los tratamientos vinculados. La prevalencia es mayor en ese grupo de edad.

La NANDA-I define el diagnóstico enfermero sufrimiento espiritual como "deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo"⁽¹⁰⁾. El diagnóstico hace parte de la NANDA-I desde 1978, pero los estudios de validación desarrollados no abarcaban la opinión del paciente, pero solamente aquella de los peritos, a través de la utilización del modelo de validación de contenido de Richard Fehring. Su validación clínica es necesaria, con una aproximación de los pacientes, de manera a desarrollar un lenguaje

clasificada relacionada con la espiritualidad⁽¹¹⁾. Los estudios de validación de los diagnósticos contribuyen a la exactitud y facilitación de la identificación por los enfermeros durante su práctica clínica⁽¹²⁾.

La subjetividad del concepto de espiritualidad y la falta de preparación de los enfermeros son dos factores que justifican la integración insuficiente de las intervenciones espirituales en la prestación de cuidados^(5,13-14). El cuidado espiritual abarca la evaluación del bienestar espiritual, la formalización de diagnósticos espirituales previos a la definición de las intervenciones y la evaluación de los resultados, completando así el método científico de trabajo del enfermero que es el proceso de enfermería.

La identificación del diagnóstico enfermero sufrimiento espiritual en ancianos sometidos a tratamiento de quimioterapia permite a los enfermeros prestar cuidados holísticos que incluyan intervenciones autónomas e interdependientes, según las necesidades específicas de cada paciente, promoviendo el bienestar espiritual, o sea, el encuentro de sentido en la vida a través de la conexión consigo mismo, con los otros, con el mundo y con un ser mayor.

En este artículo, la finalidad es describir la evaluación del bienestar espiritual de ancianos con cáncer sometidos a quimioterapia e identificar posibles factores relacionados al sufrimiento espiritual.

Métodos

Fue desarrollado un estudio de validación del diagnóstico sufrimiento espiritual (00066) de la NANDA-I, utilizando el modelo de validación clínica de Richard Fehring⁽¹⁵⁾. Este estudio incluyó dos etapas metodológicas anteriores: una que corresponde a una revisión integradora de la literatura, y otra que es la validación por peritos. Como el diagnóstico bajo validación es subjetivo, en la fase de validación clínica, fue elegido entrevistar a los pacientes con el relleno de un formulario con cinco partes: la primera parte con los datos de identificación; la segunda con los indicadores clínicos de sufrimiento espiritual, con la respectiva definición operacional; la tercera con el diagnóstico de la presencia o ausencia de sufrimiento espiritual alcanzado por el investigador; el cuestionario de bienestar espiritual fue la cuarta parte, que es un cuestionario cuyo *score* fue considerado criterio para identificación del diagnóstico. Finalmente, en la quinta parte, una pregunta permitía al paciente confirmar o negar estar en sufrimiento espiritual.

El cuestionario de bienestar espiritual (CBEE) es un instrumento que permite evaluar el bienestar espiritual a través de cinco niveles de respuesta en 20 afirmaciones,

divididas en cuatro dimensiones: personal, comunitaria, ambiental y trascendental⁽¹⁶⁾. Este cuestionario fue previamente validado para el portugués⁽¹⁷⁾.

Se definió que la concordancia de los tres criterios siguientes sería determinante para identificar los pacientes en sufrimiento espiritual: diagnóstico por el investigador, *score* del cuestionario de bienestar espiritual igual o inferior a tres y confirmación del paciente de estar en sufrimiento espiritual.

La muestra fue seleccionada de un estudio mayor en que fueron incluidos 170 pacientes con edad superior a 18 años, orientados y con condiciones para participar, sometidos a la quimioterapia endovenosa o oral, asistidos en el centro seleccionado para la investigación. Este artículo considera 45 participantes con edad superior a 65 años.

Respectando los principios éticos y la vulnerabilidad de los pacientes en el momento de la recolecta de los datos fueron excluidos pacientes en la primera sesión de quimioterapia o con relación de proximidad con el investigador. El estudio fue autorizado por la institución hospitalaria, con parecer positivo de la comisión de ética (S.1116122/5 de 11/11/2011). Fueron garantizados a los participantes el anonimato y la confidencialidad de los datos, fue providenciado clarificaciones y condiciones ambientales con privacidad para la participación. Además,

a los pacientes que manifestaron necesidades que implicaran intervención durante la entrevista, les fue solicitado consentimiento para compartir la información necesaria con el equipo de salud, de manera a asegurar una respuesta efectiva.

El análisis estadístico fue desarrollado a través del programa SPSS, versión 17.0.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 45 ancianos, con edad entre 65 y 83 años y promedio de 70,3 años. Esta muestra es mayoritariamente femenina (n=27, 60%), estado civil casado (n=31, 68.9%). Todos los participantes son católicos. La mayoría (n=42, 93,3%) está sometida a la quimioterapia por vía endovenosa, no tiene metástasis (n=39, 86,7%), no posee personas dependientes en aspectos financieros, educativos o de cuidados (n=33, 73,3%). Muchos ancianos son acompañados al hospital para las sesiones de tratamiento por personas significativas o familiares (n=32, 71,1%). El tipo de cáncer más frecuente en las mujeres se localiza en la mama y entre los hombres en el intestino.

Con base en los criterios definidos para identificación de los pacientes con el diagnóstico, se calculó una prevalencia de sufrimiento espiritual de 42,2% (Tabla 1).

Tabla 1 - Criterios de identificación de sufrimiento espiritual y la prevalencia del diagnóstico

	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	N	%
Paciente(a)	20	44,4	25	55,6	45	100,0
Investigador(b)	21	46,7	24	53,3	45	100,0
Sufrimiento Espiritual (a*b*QBEE)	19	42,2	26	57,8	45	100,0

La duración media de la entrevista entre los ancianos fue 41,5 minutos, pero el tiempo medio de la entrevista fue 48,3 minutos en los ancianos en sufrimiento espiritual y 36,6 minutos entre los ancianos sin sufrimiento espiritual.

Con resultados de valor p inferiores a 0,05 podemos concluir que la presencia de sufrimiento espiritual influye en la duración de la entrevista, en el sentido de ser más larga (Tabla 2).

Tabla 2 - Comparación de la duración de la entrevista entre los ancianos con sufrimiento espiritual y sin sufrimiento espiritual

	Duración entrevista (min)		t-Student	
	Media	Mín. - Máx.	t	p
Pacientes con sufrimiento espiritual			-4,171	0,000
No	36,6	22-55		
Sí	48,3	35-75		
Total	41,5	22-75		

Además, buscamos asociar las variables de caracterización de los ancianos con la presencia de sufrimiento espiritual y, a través de un modelo de

regresión logística, identificamos que las variables "Toma antidepressivos" y "Estar alfabetizado" ejercen efectos significativos en la presencia de sufrimiento espiritual.

Sin embargo, el ajuste de este modelo se mostró débil. Por ese motivo, el análisis de las variables fue efectuado dos a dos (Tabla 3). Respecto a la administración de la quimioterapia, de los 19 ancianos en sufrimiento espiritual, todos están medicados por vía endovenosa. El hecho de tomar antidepresivos está asociado a la presencia/ausencia de sufrimiento espiritual, ya que el valor probatorio calculado fue 0,033, que es inferior a 0,05, motivo para rechazar la hipótesis de independencia entre estas variables. Respecto a los ancianos en sufrimiento espiritual, 42,1% toma antidepresivos, comparativamente a aquellos sin sufrimiento espiritual, en que esa porcentaje corresponde al 11,5%. Estos resultados permiten estimar entre 1,23 y 4,12 el aumento del riesgo de sufrir de sufrimiento espiritual entre ancianos que toman antidepresivos (OR=2,248). El sufrimiento espiritual surge en el 42,2% de los ancianos

pero, cuando evaluamos la probabilidad condicionada al hecho de no tomar antidepresivos, esa porcentaje cae para el 32,4% y, entre los ancianos que toman antidepresivos, esa porcentaje aumenta para el 72,7%. Aunque no tengamos aplicado ningún instrumento de medida relacionado a la depresión, tenemos conciencia de que esta medicación podrá ser utilizada para otros fines terapéuticos. Por ese motivo, en este estudio, solamente consideramos la información referente a estar medicado con antidepresivos como variables de caracterización de los participantes.

En los ancianos con nivel educacional primario o universitario, el diagnóstico sufrimiento espiritual fue más frecuente, ante un valor probatorio de 0,043. Los ancianos en sufrimiento espiritual no terminaron la educación primaria, que fue también el nivel educacional más frecuente en esta muestra.

Tabla 3 - Caracterización de los ancianos según la presencia/ausencia de sufrimiento espiritual

	Sufrimiento espiritual (Investigador*Paciente*QBEE)						Test de independencia	
	No		Sí		Total		(X)	p
	n	%	n	%	N	%		
Quimioterapia							2,349	0,309
IV	23	88,5	19	100,0	42	93,3		
Oral	1	3,8	0	0,0	1	2,2		
Ambos	2	7,7	0	0,0	2	4,4		
Metástasis							0,172	0,679
No	23	88,5	16	84,2	39	86,7		
Sí	3	11,5	3	15,8	6	13,3		
Antidepresivos							5,554	0,033*
Sí	3	11,5	8	42,1	11	24,4		
No	23	88,5	11	57,9	34	75,6		
Acompañamiento para tratamientos							0,116	0,734
Sí	19	73,1	13	68,4	32	71,1		
No	7	26,9	6	31,6	13	28,9		
Sexo							0,137	0,712
Masc.	11	42,3	7	36,8	18	40,0		
Fem.	15	57,7	12	63,2	27	60,0		
Estado civil							1,972	0,373
Soltero	2	7,7	2	10,5	4	8,9		
Casado	20	76,9	11	57,9	31	68,9		
Viudo	4	15,4	6	31,6	10	22,2		
Habilitaciones académicas							4,111	0,043*
Univers.	5	19,2	0	0,0	5	11,1		
Básico	21	80,8	19	100,0	40	88,9		
¿Posee dependientes de su cargo?							0,530	0,467
Sí	8	30,8	4	21,1	12	26,7		
No	18	69,2	15	78,9	33	73,3		
¿Cuán importante ha sido la religión/ espiritualidad en su vida?							2,180	0,336
Poco	2	7,7	0	0,0	2	4,4		
Relevante	5	19,2	6	31,6	11	24,4		
Muy relevante	19	73,1	13	68,4	32	71,1		

(continúa...)

Tabla 3 - continuación

	Sufrimiento espiritual (Investigador*Paciente*QBEE)						Test de independencia	
	No		Sí		Total		(X)	p
	n	%	n	%	N	%		
¿La importancia de la religión/espiritualidad modificó después de saber que estaba enfermo?							0,900	0,638
Más relevante	13	50,0	11	57,9	24	53,3		
Menos relevante	1	3,8	0	0,0	1	2,2		
No	12	46,2	8	42,1	20	44,4		
Total	26	100,0	19	100,0	45	100,0		

*Test exacto de Fisher

En esta muestra, los valores probatorios fueron superiores a 0,05. Así, no hay evidencia estadística para afirmar que el tiempo de diagnóstico o el tiempo del primer tratamiento o, además, el tiempo de tratamiento actual, muestra diferencias significativas entre ancianos en sufrimiento espiritual y los ancianos sin ese diagnóstico. Sin embargo, en la Tabla 4, se puede

verificar que los ancianos en sufrimiento espiritual son aquellos que descubrieron el diagnóstico de cáncer desde hace menos tiempo (18,2 meses), aquellos cuya primera sesión de quimioterapia pasó desde hace menos tiempo (9,5 meses) y aquellos que están sometidos a tratamientos de quimioterapia desde hace menos tiempo (5,9 meses).

Tabla 4 - Comparación de los tiempos de tratamiento y del diagnóstico entre los ancianos con sufrimiento espiritual y sin sufrimiento espiritual

Tiempo en meses	Sufrimiento espiritual			Mann-Whitney	
	No	Sí	Total	U	p
Diagnóstico	38,8	18,2	30,1	178,5	0,115
1º tratamiento	13,7	9,5	11,9	208,5	0,375
Tiempo actual tratamiento	7,1	5,9	6,6	234,5	0,773

Discusión

Los datos permitieron identificar pacientes en sufrimiento espiritual, en semejanza de otro estudio de validación clínica de este diagnóstico con pacientes portadores de insuficiencia renal⁽¹⁸⁾. La prevalencia del diagnóstico añade evidencia científica necesaria para esta área de la disciplina de enfermería considerada más subjetiva. Este dato trae la necesidad de encontrar estrategias que faciliten no sólo la identificación del sufrimiento espiritual por los enfermeros, pero también el conocimiento necesario para la planificación de intervenciones adecuadas. Una de esas estrategias, y que ha sido indicada de modo regular en la publicación científica, es la formación de los estudiantes de enfermería y la inclusión de la espiritualidad en los currículos de enfermería⁽¹⁹⁻²⁰⁾. A pesar de la concepción holística en la aproximación de los pacientes presente en los currículos, los contenidos programáticos relacionados con la espiritualidad son insuficientes comparativamente a otros contenidos necesarios para la prestación de cuidados y para la adquisición de competencias necesarias para los cuidados espirituales⁽²¹⁾. Sin embargo, otras cuestiones han

involucrado esta discusión con base en argumentos éticos relacionados con el deber de prestar cuidados espirituales o con la incompatibilidad de valores y creencias entre enfermeros y pacientes. Otros argumentos pedagógicos se relacionan con la enseñanza del cuidado espiritual y las condiciones necesarias para que sea efectivo, tales como la preparación de los profesores y el *timing* en la trayectoria educacional. Estas cuestiones son esenciales para la disciplina de enfermería, considerando la respuesta humana sufrimiento espiritual.

Las entrevistas de los pacientes con el diagnóstico sufrimiento espiritual fueron más largas. Las competencias relacionadas con la relación interpersonal y con la comunicación son consideradas centrales en los cuidados espirituales⁽²¹⁾. Los pacientes en sufrimiento espiritual están sufriendo y el compartimiento y la escucha activa por los enfermeros son intervenciones deseables y terapéuticas. Muchas veces, la tasa enfermero/paciente desequilibrada no permite esta atención personalizada y el profesional da prioridad a otros aspectos de los cuidados que no demandan igual disponibilidad de tiempo para estar con el paciente. Aunque no fuera objetivo principal de la investigación, se verificó que, tras las entrevistas,

los pacientes confirmaron su carácter terapéutico, agradeciendo por la escucha y el compartimiento de sus sentimientos. La evaluación de la espiritualidad y la identificación de los pacientes en sufrimiento espiritual podrá contribuir para que los enfermeros gestores planifiquen el trabajo del equipo de manera que el tiempo sea un recurso útil en la prestación de cuidados.

La mayoría de los pacientes en sufrimiento espiritual estaba medicada con antidepresivos. No fue confirmado el diagnóstico de depresión, pero solamente fue considerado estar medicado con antidepresivos. Algunos indicadores de sufrimiento espiritual son semejantes a los señales y síntomas de la depresión. Sin embargo, la depresión es una experiencia profundamente espiritual, porque afecta a la persona en todo su ser y en toda su existencia⁽²²⁾. A pesar de la similitud entre algunas características definidoras de sufrimiento espiritual y los síntomas y señales de depresión, ambas también han sido definidas como situaciones distintas⁽²³⁻²⁵⁾.

Los síntomas de depresión están más relacionados con la dimensión personal del bienestar espiritual, confiriendo a la depresión una alteración del estado emocional, que bajo una perspectiva holística siempre es vivido por la persona en su totalidad. Las características definidoras de sufrimiento espiritual son más específicas y relacionadas con la vivencia espiritual, mientras los señales de depresión son más genéricos⁽²³⁻²⁵⁾. El pensamiento recurrente de muerte y tentativa de suicidio son recurrentes en la depresión, pero no fueron identificados en las entrevistas a estos pacientes, para los cuales la quimioterapia constituía exactamente una oportunidad de mejorar su condición de salud, para mayor bienestar o incluso para la cura. Sin embargo, el deseo de una muerte rápida fue identificada en pacientes con cáncer en fase terminal de vida, cuando presentaban depresión, desespero y disminución del bienestar espiritual⁽²⁵⁾. Las intervenciones de los enfermeros son distintas ante un paciente en sufrimiento espiritual y a un paciente con el diagnóstico médico depresión. Por eso, los enfermeros deben estar capacitados para evaluar y diagnosticar fenómenos relacionados con la espiritualidad, de manera a incluir las intervenciones espirituales en su práctica clínica y promover ganancias de salud sensibles a esa intervención.

Aunque sin prueba estadística significativa, el tiempo de enfermedad y de tratamiento es un dato que debe alertar a los enfermeros en la evaluación del bienestar espiritual de los pacientes, ya que aquellos que cuentan menos tiempo de diagnóstico y de tratamiento son aquellos en quienes fue identificado el diagnóstico sufrimiento espiritual.

Conclusión

La evaluación del bienestar espiritual de los ancianos con cáncer debe integrar la evaluación global de los pacientes elaborada por los enfermeros, ya que el sufrimiento espiritual constituye un diagnóstico enfermero identificado en el 42% de la muestra. Tal prevalencia apela a la preparación de los enfermeros para atender a estos pacientes, incluyendo la integración de estos aspectos en los currículos y la organización del trabajo por los gestores de manera a facultar recursos para que los enfermeros puedan intervenir de manera eficiente. Uno de esos recursos puede ser el tiempo para estar con el paciente y escucharle. Aunque medicados con antidepresivos, los pacientes pueden estar en sufrimiento espiritual y este estado de sufrimiento no debe ser considerado resuelto por aquella intervención farmacológica, demandando una atención más global de los enfermeros, en particular a los ancianos cuyo diagnóstico y tratamiento son más recientes. Las pruebas estadísticas que este estudio nos reveló en un área considerada subjetiva contribuye a la evidencia científica necesaria para incluir la espiritualidad en la prestación de cuidados de enfermería.

Referencias

1. Monod S, Rochat E, Bula C, Jobin G, Martin E, Spencer B. The spiritual distress assessment tool: an instrument to access spiritual distress in hospitalized elderly persons". *BMC Geriatrics*. [Internet]. 2010. [acceso 22 jan 2011]; 10(1):88. Disponible em <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/88>
2. Lamb M, Buchanan D, Godfrey C, Harrison M, Oakley P. The psychosocial spiritual experience of elderly individuals recovering from stroke: a systematic review. *Int J Evid Based Healthcare*. 2008;6(2):173-205.
3. Puchalski C. Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol*. 2012;23(3):49-5.
4. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psychooncology*. 2000;9(2):164-8.
5. Narayanasamy A, Clissett P, Parumal L, Thompson D, Annasamy S, Edge R. Responses to the spiritual needs of older people. *J Adv Nurs*. 2004;48(1):6-16.
6. Pesut B, Fowler M, Taylor E, Sawatsky R. Conceptualizing spirituality and religion for health care. *J Clin Nurs*. 2008;17(21):2803-10.
7. Chaves E, Carvalho E, Hass V. Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual: análise por especialistas. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):264-70.

8. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *J Palliat Med.* 2009;12(10):885-904.
9. Fowler J. *Stages of Faith – The Psychology of Human Development and the Quest for Meaning.* New York: HarperCollins Publishers; 1981. 332p.
10. NANDA Internacional. *Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação, 2009-2011.* Porto Alegre (RS): Artmed; 2010. 452 p.
11. Cavendish R, Luise BK, Horne K, Bauer M, Medefindt J, Gallo MA, et al. Opportunities for enhanced spirituality relevant to well adults. *Nurs Diagn.* 2000; 11(4):151-63.
12. Creason N. Clinical validation of nursing diagnoses. *Int J Nurs Terminol Class.* 2004;15(4):123-32.
13. McSherry W, Smith J. *Spiritual Care – principles, values and skills.* In: McSherry W, McSherry R, Watson R. *Care in nursing.* Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 117-31.
14. Villagomez LR. Spiritual distress in adult cancer patients – toward conceptual clarity. *Holist Nurs Pract.* 2005;19(6):285-94.
15. Fehring RJ. The Fehring Model. In: Carrol-Johnson RM, Paquette CJ, editors. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association.* Philadelphia: Lippincott; 1994. p. 55-62.
16. Gomez R, Fisher J. Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Pers Individ Diff.* 2003; 35(8):1975-91.
17. Gouveia M, Marques M, Pais Ribeiro J. Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicol Saúde Doenças.* 2009;10(2):285-93.
18. Chaves E, Carvalho E, Terra F, Souza L. Clinical validation of impaired spirituality in patient with chronic renal disease. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* mai-jun 2010;18(3):309-16.
19. Baldacchino D. Teaching on the spiritual dimension in care: the perceived impact on undergraduate nursing students. *Nurs Educ Today.* 2008;28(5):501-12.
20. Caldeira S, Narayanasamy A. Nursing educational programs about spirituality: a systematic review. *Cuid'Arte Enferm.* 2011;5(2):123-8.
21. Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs.* 2006;15(7):885-96.
22. Swinton J. *Spirituality and mental health care.* London: Jessica Kingsley Publishers; 2003. 221 p.
23. Grant E, Murray S, Kendall M, Boyd K, Tiller S, Ryan D. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease: A qualitative study. *Pal Sup Care.* 2004;2(4):371-8.
24. Brown A, Whitney S, Duffy J. The physician's role in the assessment and treatment of spiritual distress at the end of life. *Pal Sup Care.* 2006;4(1):81-6.
25. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galiotta M, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA.* 2000;13(22):2907-11.

Recibido: 20.12.2012

Acceptedo: 3.9.2013