



UNIVERSIDAD
PRIVADA
DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGIA

**“BIENESTAR ESPIRITUAL Y CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON CÁNCER DE UN HOSPITAL DE LA
CIUDAD DE TRUJILLO.”**

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autora:

Belén Abihail Martel Enrriquez

Asesora:

Dra. Karla Adriana Azabache Alvarado

Trujillo – Perú

2017

APROBACIÓN DE LA TESIS

La asesora y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por la Bachiller **Belén Martel Enrriquez**, denominada:

“BIENESTAR ESPIRITUAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE TRUJILLO”

Dra, Karla Azabache Alvarado
ASESORA

Ps. Lorena Frías Saavedra
PRESIDENTE

Ps. Tania Valdivia Morales
JURADO

Ps. Paulo Florian Arana
JURADO

DEDICATORIA

A Jesús,
la fuente de mi esperanza,
mi amigo fiel por la eternidad.

A mis padres: Alberto y Santos
por inspirarme con sus vidas a servir a los demás,
son luz eterna para mí.

A mi familia,
brillan con su amor en mi corazón,
gracias siempre por cada detalle,
y palabra de aliento.

A los jóvenes de mi iglesia,
sus risas y valentía inspiran fortaleza.
Anhelo que nuestras voces sean fuertes y unidas
en todo lugar.

AGRADECIMIENTO

A los pacientes de quimioterapia ambulatoria
por haberme recibido con tanta calidez,
y haberse animado a compartir conmigo sus
increíbles historias de fe,
confianza y perseverancia en Dios.
Sin darse cuenta, se han convertido en
la inspiración más grande para mí.

A mi asesora Gina Chávez del curso de tesis
y mi asesora Karla Azabache,
por haber sido increíbles guías en este reto.

A mis amigos,
por escuchar, comprender,
animarme a seguir adelante
y compartir la vida conmigo.
Siempre seamos uno.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido

APROBACIÓN DE LA TESIS.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1 Realidad problemática.....	10
1.2 Formulación del problema.....	13
1.3 Justificación.....	13
1.4 Limitaciones.	14
1.5 Objetivos.....	15
1.5.1 Objetivo General.....	15
1.5.2 Objetivos Específicos... ..	15
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 Antecedentes.....	16
2.2 Bases teóricas.....	20
2.3 Hipótesis.....	32
2.3.1 Hipótesis General.....	32
2.3.2 Hipótesis Específicas.....	32
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	33
3.1 Operacionalización de las variables.....	33
3.2 Diseño de investigación	36
3.3 Unidad de estudio	36
3.4 Población.....	36
3.5 Muestra.....	36
3.5.1 Criterios de inclusión.....	37
3.5.2 Criterios de exclusión.....	37
3.5.3 Características de los participantes.....	37

3.6 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	40
3.6.2 Instrumentos psicológicos.....	40
3.6.2.1 Escala de Bienestar Espiritual	40
3.6.2.2 Cuestionario de Salud SF-36.....	41
3.6.2.3 Consentimiento informado	42
3.6.2.4 Ficha de datos	42
3.7 Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos.....	43
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	44
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.....	51
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de la variable Bienestar espiritual.....	33
Tabla 2: Operacionalización de la variable Calidad de vida.....	34
Tabla 3: Sexo de los pacientes con cáncer de quimioterapia ambulatoria del hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta.....	38
Tabla 4: Religión de los pacientes con cáncer en quimioterapia ambulatoria del hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta.....	38
Tabla 5: Grado de instrucción de pacientes con cáncer en quimioterapia ambulatoria del hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta.	39
Tabla 6: Tipo de cáncer de pacientes con cáncer en quimioterapia ambulatoria del hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta.	39
Tabla 7: Prácticas religiosas empleadas por pacientes con cáncer en quimioterapia ambulatoria del hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta.	40
Tabla 8: Análisis factorial de la Escala de Bienestar Espiritual.....	44
Tabla 9: Confiabilidad de los instrumentos psicológicos en pacientes con características similares.	45
Tabla 10: Correlación entre Bienestar Espiritual y Calidad de Vida, y sus dimensiones.	46
Tabla 11: Bienestar Espiritual en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.	47
Tabla 12: Niveles de Calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.	48
Tabla 13: Dimensiones de Calidad de Vida: de función física, rol física, dolor corporal y salud general en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.....	49
Tabla 14: Dimensiones de Calidad de vida: vitalidad, función social, rol emocional y salud mental en 52 pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.....	50
Tabla 15: Ficha técnica de la Escala de Bienestar Espiritual.....	69
Tabla 16: Ficha técnica del Cuestionario de Salud SF36.....	71
Tabla 17: Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y prueba de esfericidad de Barlett para la Escala de Bienestar Espiritual.....	81
Tabla 18: Prueba de Kolmogórov Smirnov para la Escala de Bienestar Espiritual y el Cuestionario de Salud SF-36.....	82

RESUMEN

El propósito de la investigación es determinar la relación entre el bienestar espiritual y la calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo. La muestra está compuesta por 102 pacientes de quimioterapia ambulatoria del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta, está constituida en un 77% por mujeres y el 23% varones y sus edades oscilan entre los 30 a 60 años, ellos fueron seleccionados por el tipo de muestreo aleatorio simple. Asimismo, para identificar los niveles de bienestar espiritual se procedió a utilizar la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison y Paloutzian, así como para identificar los niveles de Calidad de Vida se empleó el Cuestionario de salud SF- 36. Finalmente los resultados evidenciaron una correlación positiva moderada y altamente significativa entre ambas variables ($,660^{**}$) lo cual indica que la alta percepción hacia Dios y alta satisfacción con la vida se relacionan con la mejora de salud física y espiritual de los pacientes con cáncer.

Palabras Claves: Bienestar espiritual, Calidad de vida, Pacientes con cáncer.

ABSTRACT

The purpose of the research is to determine the relationship between spiritual well-being and the quality of life in patients with cancer of a hospital Trujillo city. The sample was composed of 52 outpatient chemotherapy patients of the Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta, consisting of 77% of women and 23% men, whose ages ranged from 30 to 60 years old, they were selected by the simple random sample type. Also to identify the levels of spiritual well-being we proceeded to use Ellison and Paloutzian's spiritual well-being scale, as well as to identify the quality of life levels we used the SF-36 health questionnaire. Finally the results showed a highly significant moderate positive correlation between both variables ($.660^{**}$), also a high perception towards God and high satisfaction with life or purpose, it's related to the improvement of the physical, emotional, social and spiritual well being of cancer patients.

Keywords: Spiritual well-being, quality of life, cancer patients.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

El cáncer es mundialmente reconocido puesto que ha afectado de manera significativa a gran parte de la población, sin distinguir condiciones entre niños, adultos o ancianos, siendo diversos factores los que generan la incidencia y prevalencia de esta enfermedad. Por ello cada día aumenta la preocupación de la población peruana, ya que es la segunda causa de muerte en nuestro país, luego de las enfermedades cardiovasculares.

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2014) son 8 de 10 casos detectados cuando la enfermedad está muy avanzada, y las estrategias para prevenir, o mejorar la calidad de vida en el paciente son más complejas; de igual modo pronostica que en el 2050 la casuística oncológica habrá aumentado su incidencia 10 veces más comparada con la actualidad.

Asimismo los factores de riesgo son distintos con cada tipo de cáncer, debido a que esta enfermedad afecta a distintos órganos del cuerpo humano. Es importante referir que una de cada tres personas padecerá cáncer durante su vida, por ende, las elecciones o acciones personales sobre la forma de vivir puede aumentar la probabilidad de contraer cáncer.

Estas elecciones se denominan factores del estilo de vida, e incluyen el consumo excesivo de tabaco o bebidas alcohólicas y bajo contenido de fibras; otros factores que aumentan el riesgo se relacionan con el contacto sexual, obesidad mórbida, etc. (Agency for toxic substances and disease registry [ATSDR], 2016).

A causa de la prevalencia de esta enfermedad en la sociedad, en donde niños y adultos han sido afectados en distintas áreas de su vida, los profesionales, familiares y propios pacientes han buscado diferentes cosmovisiones para entender esta enfermedad, en vez de tomar una posición fatalista y decadente de sí mismos y su situación. Dado que al solo mencionar “cáncer”, la mayoría de personas recuerda el sufrimiento y el dolor de los pacientes, pero muy pocos se han enfocado minuciosamente a observar las distintas formas de percibir la vida que muchos presentan a partir de esta enfermedad, o las prácticas que han realizado para mejorar su calidad de vida.

Algunos de estos pacientes han enfocado su fuerza y energía en potenciar lo que se denomina bienestar espiritual, esto se considera como algo esencial para su vida diaria, sin

la necesidad de entenderlo con una connotación “religiosa”, más bien como un atributo especial de una persona, una búsqueda de sentido y propósito a su vida (Como, 2007). Así también puede ser entendida como un estado sentimental, comportamental y cognitivo, que no solo ayuda para la relación con uno mismo sino también con otros, esto genera en la persona una sensación de pertenencia, identidad, armonía interior, actitudes positivas y objetivos para su vida (Velasco & Rioux, 2013).

La espiritualidad se considera como todo aquello cargado de un instinto de lo divino que de alguna manera incita a las personas a buscar la plenitud, profundidad, presencia y sentido en lo que se hace y vive (Melloni, 2006) o también una búsqueda personal de propósito y significado en la vida que les lleva a examinar minuciosamente detalles de su vida que carecen de sentido, pudiendo incorporar o no la religión (Reig et al., 2012). Además, es un concepto que se encuentra en todas las sociedades con diferente significado para los habitantes. A lo largo de los siglos culturas enteras han considerado la transformación interna promovida por el bienestar espiritual como un aspecto indispensable de la vida, necesario para la supervivencia humana en un sentido intrapersonal e interpersonal (Grof & Grof, 1995). De manera que sociedades en distintas épocas de la historia de la humanidad han desarrollado prácticas que sirvieron como una forma para aumentar y hacer prevalecer el bienestar espiritual en el ser humano.

Por otro lado existen diversos estudios que han comprobado que la religión y la espiritualidad se relacionan significativamente con la mejoría en la calidad de vida de pacientes con cáncer (Instituto Nacional del Cáncer, 2008). De igual modo hoy en día existen investigaciones a nivel mundial que siguen explicando esta correlación significativa, como la de Ferris (citado por Rule, 2006) que demuestran una relación entre las prácticas religiosas, y la calidad de vida, demostrando que la realización de dichas prácticas en pacientes se asocia con un mayor nivel de bienestar y felicidad. Así también Vespa, Jacobsen, Spazzafumo y Balducci (2011) encuentran una correlación significativa entre índices de espiritualidad, afrontamiento al cáncer y bienestar. Asimismo, las creencias y prácticas espirituales, religiosas y culturales juegan un rol importante en la vida de los pacientes seriamente enfermos o moribundos (Puchalski, Dorff, Hebbar & Hendi, 2011) y otros pacientes indicaron cierta dependencia de creencias espirituales para enfrentar al cáncer (Vallurupalli et al, 2012).

Por ello es necesario recalcar que la calidad de vida y la espiritualidad son factores que juegan un papel substancial para aquellos que reciben un diagnóstico de cáncer. Cuando una persona afronta este tipo de enfermedad son muchas las reacciones que surgen, algunas

recurren a la fe, esperanza y apoyo espiritual, así también el impacto de la enfermedad puede ser el inicio de una lucha que puede presagiar una merma en la salud física y mental de la enfermedad, lo cual es evidente en las primeras quimioterapias (Pargament & Ano, 2006). De igual manera es evidente cómo la espiritualidad es empleada para manejar el diagnóstico de cáncer ya que la mayoría de los pacientes ven a Dios como recurso para el manejo de la enfermedad (Choumanova et al., 2006). Además, al tener una alta calidad de vida en su salud mental les permite a casi todas las participantes mantener en su día a día sensaciones de paz, calma y hasta felicidad; manteniendo un control emocional adecuado que genera un efecto positivo en ellas (Laos, 2010). Las personas que practican una religión tienen un mayor nivel de satisfacción con la vida que aquellos que no tienen una participación religiosa (Rule, 2006), de igual modo en otra investigación con 100 pacientes con cáncer avanzado (Delgado et al., 2011) encontraron que hubo una propensión hacia el aumento de la depresión, ansiedad, anorexia y somnolencia por la menor religiosidad autopercebida.

Sin embargo, en nuestro medio local no existen estudios previos al respecto e inclusive las investigaciones a nivel nacional son realmente escasas, por tanto, resulta relevante tratar de entender la relación entre el bienestar espiritual y la calidad de vida en la población femenina y masculina de nuestra sociedad. Un estudio (Reig et al., 2012) indica que no existe una relación significativa entre las puntuaciones de espiritualidad y la edad, el sexo, el tiempo o el índice de comorbilidad.

Asimismo, la necesidad que los pacientes con cáncer sean beneficiados con las técnicas psicológicas que sirvan de apoyo al tratamiento médico, pues según los datos epidemiológicos esta enfermedad está aumentando su tasa de mortalidad, y muchos de ellos se sienten agobiados al sentir que solo se valora su salud física y consideran carecer de apoyo espiritual.

De igual modo otra investigación (Silva et al., 2009) denota que los pacientes con mayor bienestar religioso estaban más satisfechos con el tratamiento pero tenían peor función física. Por ello también es necesario investigar más a fondo no solo la relación en términos generales, sino las correlaciones en las dimensiones específicas de Calidad de Vida como función física, dolor corporal, función social, rol emocional, salud mental, vitalidad, salud general, función social, etc, de igual modo conocer las diferentes prácticas religiosas que los pacientes emplean para la mejoría de su calidad de vida.

Ante lo planteado, surge la necesidad de comprender la relación entre el bienestar espiritual y la calidad de vida en pacientes con cáncer, considerando un modelo teórico que denote la espiritualidad como un elemento vital para la mejora del paciente, enfocándose en los recursos y capacidades de la persona más que en el sufrimiento mismo. Todo ello se realizará desde un diseño correlacional.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el bienestar espiritual y la calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo?

1.3. Justificación

El bienestar espiritual y la calidad de vida en pacientes con cáncer son constructos comúnmente no relacionados entre sí en investigaciones científicas de nuestro medio local o nacional, por ello la investigación es importante por:

Por su relevancia social ya que los resultados de la investigación beneficiarán a los pacientes oncológicos puesto que reforzará positivamente aquellas conductas que han realizado para disminuir el malestar mental, emocional y físico de la enfermedad como son las prácticas religiosas, lo que a su vez generará una perspectiva diferente de percibir la enfermedad. Así como podrán participar de terapias psicológicas que consideren a la espiritualidad como un elemento necesario para la vida del paciente. De igual modo incentivará a los directivos de los hospitales y clínicas a implementar pautas institucionales que permitan un acceso más permisible a organizaciones cristianas para así realizar un trabajo en conjunto por el bienestar de los pacientes.

Por su práctica pues conociendo la problemática actual de esta enfermedad la cual avanza a pasos agigantados, motivará a los profesionales de la salud a crear programas preventivos que incluyan herramientas efectivas para aumentar el bienestar espiritual y mejorar la calidad de vida de los pacientes, así también seguir investigando para que pueda generalizarse en otros pacientes con diferentes problemáticas o características similares.

De igual manera aportará un valor teórico para futuras investigaciones desde el enfoque de la psicología positiva ya que la información servirá para comentar y apoyar la teoría de la misma. Por otra parte la correlación de las variables servirá para complementar las bases teóricas acerca del bienestar espiritual y la calidad de vida en los pacientes con cáncer, a su vez los resultados podrán servir como antecedente para investigaciones en poblaciones con características similares. Del mismo modo en este estudio se proporcionarán recomendaciones para futuros estudios correlativos.

Así también este estudio contribuirá de forma metodológica ya que se proporcionará la confiabilidad de ambos instrumentos psicológicos: la escala de Bienestar Espiritual y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. A partir de ello se podrá evaluar a los pacientes no solo en relación a su función física o dolor corporal, sino también rol emocional, salud mental y función social, etc., considerando también la dimensión espiritual de cada paciente.

1.4. Limitaciones

Los resultados que se obtengan en la presente investigación podrán ser generalizados únicamente en la población investigada, y sólo podrán servir como referencia a poblaciones con características similares.

De igual modo, otras de las limitantes del estudio radica en la dificultad de evaluar a pacientes con cáncer pues la mayoría esperaba por su tratamiento de quimioterapia desde horas muy tempranas y no todos se encontraban en las condiciones de responder a ambos instrumentos psicológicos, incluido la ficha sociodemográfica y el consentimiento informado.

Asimismo, el tiempo para evaluarlos era solo de una hora a 2 horas, y solo se podía entrevistar a 3 pacientes como máximo, pues no solo requerían explicación de los 4 formatos entregados, sino también una valoración de lo que están realizando. Así también el ambiente físico impedía que se acceda a más de 5 pacientes por día pues estaban más de 10 personas en un solo salón.

Por otro lado, la escasez de información de ambas variables relacionadas a los pacientes con cáncer, dificulta tener un sustento teórico amplio y muy sólido. También la información encontrada se encuentra solo disponible en inglés, y muchos otros artículos en el mismo idioma tienen acceso limitado o con una membresía personalizada.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

1.5.2. Objetivos específicos

- Hallar las propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Espiritual en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.
- Establecer la relación entre el bienestar espiritual y las dimensiones de calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.
- Identificar los niveles de bienestar espiritual en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.
- Identificar los niveles de la calidad de vida en pacientes con cáncer en base a las 8 dimensiones propuestas por el Cuestionario SF-36.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

a) Antecedentes

Internacionales

Un estudio tuvo por objetivo analizar las relaciones existentes entre diferentes factores del ámbito físico, emocional y social que configuran la situación de 108 pacientes. Este demostró una clara relación entre el mundo espiritual de los pacientes españoles en situación de enfermedad avanzada y el control de sus síntomas. Así también una relación significativa entre la espiritualidad y el estado emocional y los recursos para afrontar el sufrimiento relacionado con el final de la vida. Las evaluaciones a los pacientes se realizaron mediante los siguientes instrumentos; el test de Pfeiffer, la escala de Ellershaw, Edmonton Symptom Assessment System-r (ESAS-r), Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), Brief Resilient Coping Scale (BRCS), y el Cuestionario del Grupo de Espiritualidad SECPAL (GES) (Fombuena, 2014).

Además, otro estudio realizado con la finalidad de evaluar la calidad de vida en Brasil de 110 adultos y ancianos renales crónicos en hemodiálisis presentó los elevados puntajes de calidad de vida que tuvieron los pacientes, específicamente en las dimensiones referentes a espiritualidad, religión y creencias personales. Fueron evaluados mediante los métodos WHOQOL-bref y WHOQOL-SRPB. (Rusa. Et al, 2014).

Barreto, et al., (2013) realizaron una investigación en Colombia para determinar el bienestar emocional y la espiritualidad al final de la vida en 121 pacientes, a quienes evaluaron desde el modelo propuesto por el Grupo de Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Los resultados indican una relación positiva entre espiritualidad y resiliencia.

Se llevó a cabo una investigación en Cali – Colombia que tuvo por objetivo describir la calidad de vida de 50 mujeres en situación de enfermedad crónica de cáncer de cérvix de seis meses de evolución, a quienes se les evaluó con el formato de caracterización de pacientes de Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y la Escala de calidad de vida El sobreviviente de Cáncer. Los resultados revelan que las dimensiones más afectadas son la física y psicológica, y las de menor alteración son la social y la espiritual. (Parra & Carrillo González, 2011)

Finck y Forero (2011) investigaron acerca de la ansiedad y depresión y su relación con la espiritualidad/religiosidad en dos grupos de 100 mujeres sanas y 61 pacientes diagnosticadas con cáncer de seno, a quienes evaluaron con la Escala multidimensional de Fetzer y la Escala de ansiedad y depresión (HADS) en Colombia. Los resultados revelaron que no hay diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión entre los dos grupos, pero los principales hallazgos se encontraron en cuanto a los valores religiosos y la ansiedad en las pacientes.

Por otra parte, Galvis y Perez (2011) investigaron sobre la perspectiva espiritual en mujeres diagnosticadas con cáncer propio de su género (útero, ovarios, seno) mediante una encuesta sociodemográfica para caracterizar la población colombiana y la Escala de perspectiva espiritual de Pamela Reed. Los resultados de este estudio señalan que una perspectiva espiritual moderada puede ser potencial para su cuidado integral, en donde la enfermera reconozca a la mujer como un ser total, más que el tipo de cáncer que padece.

Vinaccia, Stefano, y Quiceno, Japcy (2011) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las relaciones entre resiliencia, creencias y afrontamiento espiritual – religioso sobre la calidad de vida relacionada con la salud en 40 pacientes colombianos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los pacientes fueron evaluados con la escala de resiliencia RS, escala de resiliencia breve CD-RISC2, cuestionario breve de percepción de enfermedad IPQ-B, inventario de sistema de creencias SBI-15R, escala estrategias de afrontamiento espirituales SCS y cuestionario de salud MOS SF-36. Los resultados demostraron que la salud mental en crisis agudas se ve afectada por la preocupación en las consecuencias físicas, sociales, económicas y familiares que acarrea la enfermedad, así como también el control personal y la resiliencia son variables que favorecen una adecuada regulación emocional en los pacientes.

Así también en otra investigación que tuvo como objetivo evaluar la relación de la cognición hacia la enfermedad y el bienestar espiritual con la calidad de vida en 50 pacientes con cáncer en estado terminal. Los resultados indican que hubo correlaciones positivas con beneficios percibidos del ICQ y bienestar existencial de calidad de vida, y negativas con desesperanza del ICQ y síntomas psicológicos de calidad de vida. En conclusión, la espiritualidad y las cogniciones positivas frente a un proceso de enfermedad en estado terminal son variables mediadoras, amortiguadoras y moduladoras de la calidad de vida a nivel físico, psicológico, emocional, social, espiritual y económico. Todo ello se evaluó mediante los siguientes

instrumentos, el inventario de bienestar espiritual (SIWB), el cuestionario de cognición hacia la enfermedad (ICQ) y el cuestionario de calidad de vida (MQOL). (Payán, Vinaccia & Quiceno, 2011)

Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz, y Rivera (2010) realizaron una investigación en Colombia acerca de la relación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en 75 pacientes con tratamiento para el cáncer de tiroides con condición postquirúrgica. Fueron evaluados con el índice del Bienestar psicológico y Cuestionario de Calidad de Vida en Salud SF-36. Los autores demostraron que existe una correlación positiva y directamente proporcional entre el tiempo después de la tiroidectomía y el grado de bienestar psicológico y calidad de vida que reportan los pacientes.

Se ejecutó un estudio acerca de la calidad de vida y factores asociados en 220 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama inscritas en programas de tratamiento oncológico en una provincia colombiana, a quienes evaluaron con el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL BREF. Los resultados demostraron que la calidad de vida fue mejor en las mujeres con mayor escolaridad, las que recibían apoyo por parte de sus familiares, las que proveían del nivel socioeconómico alto y las que tenían como soporte en sus creencias personales (espirituales y religiosas) para poder afrontar la enfermedad. Así también el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y ser escéptica se constituyeron como factores de riesgo para obtener una baja calidad de vida. (Salas & Grisales ,2010)

Sánchez Herrera (2009) realizó una investigación en Colombia con la finalidad de describir y comparar el bienestar espiritual en personas con o sin discapacidad. La muestra incluyó 86 personas (43 vinculadas al proceso integral de rehabilitación y 43 con características sociodemográficas similares), a quienes se les evaluó con la escala de Bienestar Espiritual de Ellison. A pesar de ello, al comparar los índices de bienestar espiritual en las personas con o sin discapacidad no se encontraron diferencias significativas.

Así también Sánchez Herrera (2009) ejecutó un estudio con el objetivo de describir y comparar el bienestar espiritual de 44 pacientes hospitalizados y 44 personas aparentemente sanas en la ciudad de Medellín. Para la medición del bienestar espiritual se usó la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison. Los resultados encontraron un mayor bienestar espiritual general y del componente existencial en el grupo de las personas aparentemente sanas. No se encontró diferencia en el nivel de bienestar de la dimensión religiosa entre los grupos.

Por otra parte, un estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de 71 pacientes de cáncer de mama tras finalizar el tratamiento primario en la ciudad de Sevilla - España. El instrumento psicológico empleado fue el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. Los resultados demostraron que las áreas de salud más perjudicadas fueron el rol emocional y la vitalidad. (Domínguez, Acosta, Méndez, Maestre, Pedrote & Frutos, 2009).

Nacionales

Torres (2011) realizó una investigación en Lima con la finalidad de conocer la relación entre las dimensiones de calidad de vida y el soporte emocional en un grupo de 58 mujeres adultas con cáncer de mama. Se emplearon los cuestionarios de Calidad de Vida SF36, y Satisfacción de Soporte Social (CSSS). Como resultado se encontró una correlación positiva entre la satisfacción de con el soporte percibido y las dimensiones de la calidad de vida, así también una relación positiva entre el soporte instrumental diario y su nivel de energía.

Así también, Segura (2011) evaluó a 50 personas adultas pacientes de cáncer de un hospital público en Chiclayo con la finalidad de determinar el nivel de bienestar espiritual. Como parte de los instrumentos de recolección de datos aplicó la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison®. Los resultados demostraron un nivel de bienestar espiritual general alto (72%), mientras que el 28% tiene un nivel de bienestar espiritual general moderado; también se encontró que un 56% de los pacientes tienen un nivel de bienestar existencial moderado.

Se ejecutó un estudio en Lima acerca de la Calidad de Vida y Religiosidad en 50 pacientes con cáncer de mama, en el cual buscó determinar una relación entre ambas variables. Empleó las fichas personales de cada paciente, e instrumentos psicológicos como calidad de Vida SF-36 y una Escala de prácticas religiosas de Hamann. Los resultados demostraron que el tener una alta calidad de vida en su salud mental les permite a casi todas las participantes mantener en su día a día sensaciones de paz, calma y hasta felicidad; manteniendo un control emocional adecuado, y un efecto positivo en ellas. (Laos, 2010)

Dasso (2010) ejecutó una investigación con 214 internas por delitos en Lima, el cual tuvo por objetivo describir la sintomatología depresiva y las prácticas religiosas y una relación posible entre ambas variables. Se empleó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de prácticas religiosas de Hamann. Se encontraron niveles bajos en la sintomatología depresiva y niveles altos en las prácticas religiosas, así también no se encontró una relación significativa entre ambas variables.

b) Bases teóricas

2.1 Bienestar espiritual

A lo largo de la historia, la espiritualidad y la religión han sido parte de la experiencia humana, y desde un principio muchas culturas estuvieron interesadas en la búsqueda de un sentido existencial a la vida, un equilibrio emocional y en la salud física. Sin embargo, por distintas razones, se buscó diferenciar o separar el conocimiento científico del conocimiento religioso y espiritual, por ejemplo, desde siglo atrás se ha considerado a la religión o espiritualidad como distinta o desligada a la psicología, puesto que se consideraba que este tema solo estaba relacionado con la filosofía y moral, dejando de ser un tema científico. E inclusive no consideraban hacer investigaciones al respecto por no considerarlas científicas.

A pesar de ello, en las últimas dos décadas del siglo pasado se incluyó el estudio científico de la espiritualidad del ser humano, de esta manera en un principio el área de estudio pasó a denominarse “Psicología de la religión y la espiritualidad”, donde se afirma en cómo la religión puede tener efectos positivos en la salud, en el proceso de afrontamiento de sucesos negativos o estresantes, entre los cuales se encuentran enfermedades crónicas como el cáncer (Yoffe, 2011). Así como se empezaron a considerar otros enfoques que consideren los aspectos positivos en tiempos de dificultad, más que el propio déficit del ser humano, a partir de ello surgió la psicología positiva. Ambas estudian a la espiritualidad frente a las situaciones negativas de la vida, prevención de enfermedades, promoción de estados de felicidad, esperanza, fe, así también estados positivos que mejoren la salud física, emocional y espiritual de la persona. Puesto que a pesar de la creciente demanda de consumo y de éxito social, es evidente que las personas no encuentran un significado auténtico en los logros personales y en los bienes materiales, aunque conlleven satisfacción temporal, sino en la familia, la intimidad y los amigos (Myers, 2000), especialmente al final de la vida o en tiempos de enfermedad. Los psicólogos occidentales están redescubriendo el importante papel que cumplen en la vida de la gente aspectos como la esperanza, la espiritualidad y la integración en un grupo social o comunidad cristiana (Abi-Hashem, 2001), como una forma de compartir creencias y valores que promuevan el bienestar espiritual de las personas.

Por muchos años diversos psicólogos e investigadores han utilizado los términos religión, religiosidad y espiritualidad de manera indistinta, pero hoy en día se hace un intento por diferenciarlas y entender su importancia y significado de manera particular, teniendo en cuenta que estos tres conceptos son multidimensionales. Al respecto, Zinnbauer y Pargament (2005) señalan que tradicionalmente los psicólogos consideraban a la religión como un

constructo de banda ancha donde los fenómenos religiosos y espirituales se subsumían bajo el amplio alcance de este constructo, y esto ocasionaba que los términos religión y espiritualidad se utilizaran indistintamente como sinónimos.

Es por ello que Ellison (1983) realizó un esfuerzo por describir el concepto de bienestar espiritual como una necesidad innata de trascendencia, esencial para la salud mental, caracterizada por una sensación de bienestar ante un propósito de vida que le da sentido y orientación a la misma, o también considerada como la habilidad para mantener la esperanza y entender el significado de la experiencia de la enfermedad. Esto indica que un alto bienestar espiritual en las personas puede generarles sentimientos de felicidad, calma y tranquilidad a pesar de los síntomas de la enfermedad, y los efectos secundarios de la quimioterapia.

La espiritualidad se considera para los pacientes como una manera de afrontar la enfermedad, en lugar de evitarla y negarla, algunos estudios han demostrado que muchos pacientes exigen el reconocimiento de esta dimensión, no solo a los doctores, sino también entre ellos mismos (Sánchez, 2004), e inclusive muchos se alientan entre ellos para asistir a una iglesia o a un grupo de apoyo, y quienes han percibido un apoyo de Dios buscan constantemente compartir sus ideas con otras personas incentivándolos a avanzar y tomar la enfermedad como una meta para superar.

Asimismo, se han llevado a cabo investigaciones (Thorensen & Spiegel, en Martínez, Méndez & Ballesteros, 2004), que confirman la relación de la espiritualidad con la respuesta favorable al tratamiento médico en pacientes oncológicos, observándose resultados favorables en los distintos exámenes. De igual modo en los tratamientos psicológicos ya que en la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) se reconoce a la religión y la espiritualidad como fuente de soporte emocional ante el estrés (Kutz, 2002) y es una dimensión que merece un reconocimiento por mejorar la calidad de vida de los pacientes. Así como también las reacciones de los pacientes frente a la muerte dependen de sus creencias, personas, esperanza y contexto social. (Marrone, 1999)

Considerar la ayuda de Dios en el proceso de la enfermedad, permite a la persona gozar de un mayor bienestar psicológico al incrementar su capacidad de control interno, dominio, autodeterminación, autoeficacia y autoestima; dentro de esta relación dinámica, la participación en la comunidad y en las prácticas o actividades religiosas, serían una manera importante y privilegiada de hacer efectiva y de fortalecer dicha convicción (Maton & Pargament, 1987). Así como la fe en Dios, confianza en la familia y ayuda social, estilo de vida saludable, espiritualidad, valores y educación (Rabkin, Wagner y del Bene, 2000, citado en Rodríguez et al., 2011).

De igual modo las prácticas religiosas son conjunto de comportamientos que se espera de una persona que declara creer en una religión determinada; el énfasis está en los actos específicos que forman parte de la religión en sí, esto incluye actos tales como la asistencia a servicios religiosos, la oración, el ayuno y la lectura de la biblia. Así también Spilka, Hood, Hunsberger y Gorsuch (2003) subdividen a las prácticas religiosas en dos áreas: personal: la oración, la lectura de las Escrituras y la meditación; e interpersonal: adoración con grupo de personas, comité de participación y prestación de apoyo social a personas necesitadas.

Además, Rossi (1993) destaca que la realización y participar en distintas prácticas religiosas evocan emociones positivas en las personas, y son relevantes para la salud mental. Al respecto, algunos autores recalcan la relevancia de las prácticas religiosas como el orar, fortalecen a afectividad positiva y satisfacción con uno mismo y los demás. (Campos, Paéz et al., 2004 citado en Yoffe, 2012) y esto les permite superar algunos estados de la enfermedad, así como también les proporciona un sentido y propósito a sus vidas. (Knestrick & Lohri-Posey, 2005). Asimismo, prácticas religiosas como la oración puede influenciar de manera significativa en la salud mental de las personas, produciendo efectos positivos a través de sus emociones, cogniciones, y promueve actitudes de esperanza o perdón, bienestar y amor. (Pargament & Koenig, 1997).

2.2 Calidad de vida en pacientes con cáncer

En las últimas décadas el concepto de calidad de vida se ha convertido en un tema de especial interés en el área de investigación, y esto ha servido como sustento científico de diversas estrategias en la educación, salud (comportamental y física), servicios sociales y familia; por ello es necesario entender su significado semántico y uso en el mundo. (Schalock, 2003). Este autor refiere que calidad nos hace imaginar en excelencia o en criterios de distinción o exquisitez relacionados con características humanas y valores positivos como, el éxito, la felicidad, la riqueza, la salud y la satisfacción; y de vida sugiere que el concepto concierne a la misma naturaleza o a aspectos esenciales de la existencia humana. En la misma línea, Carpio (2001) define a la calidad de vida como un conjunto de condiciones biológicas, culturales y psicológicas de los individuos.

Sin embargo, definir la calidad de vida, se ha convertido en una tarea compleja debido a la diversidad de factores que la determinan, elementos que la integran y efectos que produce en diferentes áreas de la vida de las personas. De hecho, existe en la actualidad una gran indefinición de la misma desde el punto de vista conceptual y metodológico (Lugones, 2002).

Una definición integradora del concepto plantea que: la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida. (Cabrera, Agostini, Victoria, 1998). En relación a la dimensión subjetiva de la calidad de vida todas las investigaciones la consideran como una percepción subjetiva o valoración del individuo acerca de su calidad de vida, nadie mejor que la propia persona para evaluar la calidad de su vida, pues es la más indicada para identificar sus fuentes de satisfacción o insatisfacción. (Victoria, 2003).

Así también en el estudio del proceso salud-enfermedad, el término calidad de vida es definido por ciertos autores como el impacto de la salud sobre la funcionalidad y satisfacción vital de la persona, es decir, el nivel de bienestar asociado con la vida de una persona y la medida en que esa vida es afectada por la enfermedad. (Walter & Rosser, 1987). Según Rodríguez (1993) la calidad de vida es una evaluación global de la experiencia subjetiva de su vida que hace la persona sobre la base de diferentes áreas de la misma, fundamentalmente de su estado físico, funcional, psicológico y social. Para este autor la calidad de vida en el enfermo crónico se definiría como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectada por su enfermedad, tratamientos y efectos.

El concepto más idóneo acerca de la calidad de vida indica que engloba el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior. (Vinaccia & Orozco, 2005).

Asimismo la calidad de vida relacionada con la salud engloba distintas dimensiones como: función física, grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria; rol físico, grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado; dolor corporal, medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar; salud general, valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. De igual modo otras dimensiones como

vitalidad, sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo; función social, grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual; rol emocional, grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias; salud mental, valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Al considerar estas definiciones surge la necesidad de estudiar el amplio concepto de calidad de vida en personas que padecen enfermedades terminales, en especial el cáncer, puesto que en ellos existe un grave deterioro en el estado de salud, que es una variable substancial de la calidad de vida (Rodríguez, 1995). Esta necesidad se ve sostenida porque, en primer lugar, no existe una variedad de documentación científica exacta de cómo el cáncer afecta en las distintas áreas de la vida de la persona como, actividades laborales, sociales y personales, así también en actividades generales de la vida cotidiana, lo que proporciona una base importante para el diseño de nuevas intervenciones y amplia variedad de estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes de cáncer. (Taylor, 2003).

2.3 Bienestar espiritual y su impacto en la calidad de vida

La OMS (1952) definió hace varias décadas la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad, es decir que estar sano involucra tener un bienestar equilibrado en todas las áreas de la vida como ser humano, así como también puede considerarse la realización del potencial humano de la persona, considerando también su bienestar espiritual.

Actualmente, Pargament y Mahoney (2002) señalan que en las últimas décadas se ha hecho un esfuerzo por distinguirlas y contrastar estos dos términos. Es así que estos investigadores han sugerido que la religión es institucional, dogmática y restrictiva, mientras que la espiritualidad es personal, subjetiva, y conlleva a una mejora de vida. Esta se asocia a la enfermedad oncológica en diferentes aspectos, de hecho existen informes que reportan como la cercanía de la muerte o el sufrimiento aumenta a un mayor nivel de espiritualidad (Coward & Kahn, 2005).

A través de la espiritualidad, el paciente cuestiona el sentido, el significado, el propósito o la trayectoria de su propia vida, de su enfermedad y de su sufrimiento. En algunos casos, la espiritualidad se convierte en el principal recurso que dispone el paciente para afrontar el sufrimiento, el curso de la enfermedad y sus efectos secundarios. Un gran número de investigadores y clínicos sostiene que la evaluación de la espiritualidad y su atención son

aspectos de suma relevancia en el cuidado integral de los pacientes con problemas graves de salud, este es como un recurso de afrontamiento positivo para sobreponerse a la enfermedad. (Reig, et al., 2012). En esta línea, se ha encontrado que altos niveles de bienestar espiritual se relacionan, sistemática y significativamente, con mejor calidad de vida, apoyo social, alta satisfacción con la vida, menor afectividad de tipo depresivo, una mayor satisfacción con el tratamiento y una tasa más alta de supervivencia.

De igual modo la asistencia a prácticas religiosas parece amortiguar los efectos del estrés sobre la salud mental (Williams, Larson, Buckler, Heckmann & Pyle, 1991). También se estima que la creencia religiosa proporciona un significado a la propia vida de la persona y, consecuentemente, estimula a un más adecuado abordaje del malestar y la enfermedad (Patel, Shah, Peterson & Kimmel, 2002).

Algunos estudios aseguran que las personas más religiosas reportan mejor calidad de vida y bienestar que las no religiosas (Peterson & Webb, 2006). Otras investigaciones (Post-White et al., 1996 citado por Sherman & Simonton, 2001) han encontrado en los relatos de las pacientes conexiones entre el compromiso espiritual o religioso y el bienestar, especialmente en el manejo del dolor y el mantenimiento de la sensación de esperanza. Es por ello que la espiritualidad debe ser concebida como una herramienta indispensable para el cuidado de los pacientes, e inclusive considerada como un apoyo para el equipo multidisciplinario. (Ameling, 2000)

Es evidente que existe una urgencia por atender las necesidades espirituales, especialmente en aquellos pacientes terminales o en tratamientos paliativos (Mueller, Plevak & Rummans, 2001). De hecho, la Organización Mundial de la Salud recalcó que en los cuidados paliativos incluye cubrir no solo las necesidades físicas del paciente, sino también sociales y espirituales. (Dein & Stygall, 1997). El reto para los profesionales es poder incluir a la espiritualidad como parte del ser humano, de una forma holística, puesto que solo así, considerando el cuerpo, mente y espíritu el ser humano puede llegar a su bienestar y calidad de vida. (Minner, 2006)

2.4 Aspectos generales del cáncer

El cáncer no es una patología recién descubierta, puesto que papiros egipcios que datan aproximadamente del año 1600 a.C. ya la describían, o al menos se esforzaban por definirla de acuerdo a su contexto social y cultural, tomando en consideración que esta enfermedad no tenía tanta incidencia en la población como en la actualidad. Se considera que fue el médico griego Hipócrates la primera persona en utilizar la palabra “carcinosis” (cangrejo) para denominar el cáncer, pero no hay suficientes pruebas que verifiquen este hecho. De igual modo, la primera autopsia realizada por el anatomista Giovanni Morgagni en 1761, influyó a que se asentaran las primeras bases para el estudio científico del cáncer, o también conocido como “la oncología”. John Hunter, en el siglo XVIII, fue uno de los primeros en sugerir que se operara un tumor, cuando el microscopio moderno fue inventado en el siglo XIX, se comenzó a estudiar el cáncer y así nació el “estudio patológico moderno de cáncer” (Gandur, 2011).

El cáncer es un término genérico que se emplea para describir a una gran cantidad de enfermedades que afectan los distintos órganos del cuerpo humano, o también se les denomina “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Una característica principal de esta enfermedad consiste en la rápida multiplicación de células anormales por distintas partes del organismo, e inclusive rompen sus límites habituales para infectar otros órganos, a este proceso se le conoce como metástasis, la cual es la principal causa de muerte por cáncer. (Informe mundial sobre el cáncer [ARC], 2014) Los distintos tipos de cáncer se comportan de manera diferente (velocidad de crecimiento, respuesta a los tratamientos, tendencia a la diseminación, etc), esta es la principal razón por la cual ante la primera sospecha de cáncer se realizan distintas pruebas para determinar el tipo de cáncer y su extensión. Todo ello toma un periodo de tiempo bastante largo, en el cual se busca el tratamiento más idóneo para aplicar al paciente (Fundación para la Excelencia y la Calidad de la oncología [ECO] ,2014)

Asimismo, el tratamiento para esta enfermedad, muchas veces suele ser estrictamente médico. Es por ello que, en relación a la medicina, este puede ser con intención curativa o radical cuando se intenta erradicar con esta enfermedad, o con intención paliativa si se enfoca en maximizar el bienestar del paciente y por ende reducir los malestares propios de la enfermedad (Macarulla, Ramos & Taberner, 2009). Las diferentes opciones de tratamiento dependen del tipo de cáncer, el estadio, teniendo en cuenta factores individuales como la edad, estado de salud general, preferencias de los pacientes, etc.

La fundación ECO (2014) menciona que en las últimas décadas los avances en el tratamiento de los distintos tipos de cáncer han permitido la mejora de muchos pacientes. Sin embargo,

la realidad en el Perú es totalmente distinta puesto que los tratamientos no son tan accesibles, y muchos de ellos no se encuentran en un solo lugar. Esto significa que la mayoría de pacientes tiene que trasladarse de un lado a otro para recibir sus respectivos tratamientos como la quimioterapia, radioterapia, etc. El programa de acción para la terapia contra el cáncer [PACT] (2011) revela que los nuevos pacientes con cáncer que tengan la suerte de recibir tratamiento les esperan un largo proceso de atención médica. Por ejemplo, el tratamiento medio del cáncer de ovario requiere 368 horas de terapia solo el primer año. Para muchas personas en países en desarrollo, el tratamiento del cáncer es inasequible o, más comúnmente, no está disponible. Actualmente hay 30 naciones que no disponen de máquinas de radioterapia, y la mayoría de los casos de cáncer en países de ingresos bajos y medios serán diagnosticados cuando ya sea demasiado tarde para curar la enfermedad. Es por ello que siempre se recalca que las personas que viven en países en desarrollo merecen poder acceder a estándares demostrados de control y tratamiento del cáncer.

2.1.1 Factores incidentes

La aparición del cáncer en la actualidad se ha asociado a distintos factores de riesgo como: un estilo de vida poco sano (incluye el consumo de alcohol, tabaco, dieta o alimentos inadecuados, la escasa actividad física), también la exposición a carcinógenos (amianto) en el contexto laboral o medio ambiente (contaminación del aire en locales cerrados), radiación (rayos ultravioletas, etc.) y algunas infecciones (como la hepatitis B, o una infección por el virus del papiloma humano.)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) también describe los principales factores evitables de riesgo como el consumo del tabaco, el cual afecta 1.8 millones de personas anualmente (más del 50 % son de países de ingresos bajos y regulares) o el consumo nocivo del alcohol que causa 351.000 defunciones anuales por cáncer, de igual modo el exceso de peso afecta 274.00 de personas, y por último agentes carcinógenos en el entorno laboral que causan 152.00 defunciones por año.

2.1.2 Datos epidemiológicos

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en el continente americano, y por ende en nuestro país, por la alta tasa de mortalidad y preocupación que está generando entre los habitantes peruanos. Esta enfermedad afecta a todos – niños, jóvenes y viejos, ricos y pobres, hombres y mujeres- no hace caso omiso o tiene preferencia con algún tipo de población, a su vez representa una carga enorme para los pacientes, las familias y la

sociedad puesto que es una de las principales causas de defunción en el mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

Se estima que aproximadamente a nivel mundial se diagnostican 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, y a menos que se produzca una mejora substancial en esta cifra alarmante, se pronostica que para el año 2030 esta cifra anual aumentará a 21.3 millones de casos nuevos (Lancet Oncol, 2013).

Sin embargo, la OMS (2014) comenta que muchas de esas muertes se pueden evitar. Más del 30% de los cánceres se pueden prevenir con un modo de vida sano o mediante inmunización contra las infecciones que los causan (VHB, PVH). Otros pueden ser detectados tempranamente, tratados y curados. Incluso cuando el cáncer se encuentra en fase terminal, es posible aliviar el sufrimiento del paciente con unos buenos cuidados paliativos.

2.1.3 Medidas de control del cáncer en el Perú

Las medidas de prevención y control del cáncer tienen como finalidad disminuir la incidencia, morbilidad y mortalidad, así también mejorar la calidad de los pacientes mediante una amplia implementación de intervenciones (tienen que estar basadas en evidencias científicas para que puedan formar parte de las estrategias) para así prevenir, detectar de manera oportuna, diagnosticar, y brindar un tratamiento o cuidados paliativos. El control integral del cáncer siempre está dirigido para toda la población sin ninguna distinción, pero constantemente buscando brindar respuestas a las necesidades de aquellos grupos que están más propensos al riesgo de contraer esta enfermedad (OMS, 2007).

Cabe recalcar que se ha diseñado, desarrollado e implementado el Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer, por lo cual desde el año 2011 más de 7000 hospitales o institutos de cáncer asignan recursos para la prevención, promoción y detección del cáncer, especialmente de aquellos que son más frecuentes en el Perú.

2.1.4 Pacientes oncológicos

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer no es tarea sencilla, no solo por la complejidad de la enfermedad en sí misma, sino también por el impacto sociocultural que conlleva. Los pacientes constantemente experimentan reacciones emocionales y físicas, antes, durante y

después de la enfermedad. De igual modo, afecta las relaciones familiares y sociales (trabajo, economía, vida de pareja, etc.).

La Fundación Salud, Innovación y Sociedad; la Fundación Biblioteca Josep Laporte y la Universidad Autónoma de Barcelona (2002) comentan que muchos pacientes perciben al cáncer como un proceso de cambio y ruptura de la vida cotidiana, donde los principales elementos que configuran este proceso son la aparición de la muerte y el sentimiento de amenaza vital, la noción del cáncer como una enfermedad tabú que aísla al enfermo de su entorno, la aparición del “yo-cáncer” como signo que define la personalidad del paciente, y los cambios de carácter y humor los cuales son asociados a las etapas del ciclo evolutivo de la enfermedad.

2.1.4.1 Pacientes con cáncer en quimioterapia ambulatoria

Tener que lidiar con el diagnóstico del cáncer es una ardua labor, pero también es otro enorme reto para los pacientes empezar un tratamiento para combatir con la enfermedad. La quimioterapia es un tipo de tratamiento con uno o más fármacos que frenan el crecimiento de las células tumorales hasta que las extinguen, y este es administrado en las venas o en otros casos emplean pastillas (Cáceres, Ruiz, Germá & Busque, 2007). Así también este afecta a células sanas que crecen y se dividen rápidamente como las células de la mucosa bucal, intestinal o las que hacen crecer el cabello, es por ello que durante el tratamiento aparecen efectos secundarios como consecuencia al daño de las células sanas (caída del cabello, náuseas, fatiga, neuropatías etc.) estos son reversibles ya que desaparecerán o disminuirán en el transcurso del tratamiento con quimioterapia.

La Sociedad Americana Contra el Cáncer (2015) refiere que la mayoría de los pacientes en quimioterapia tienden a alejarse de sus familiares por un periodo de 48 horas puesto que se encuentran con las defensas bajas por los medicamentos o también llamado mielosupresión, y cualquier acercamiento a un familiar enfermo puede ocasionarles una infección, es por ello que tiene que esperar ese tiempo hasta que su cuerpo procese y elimine los medicamentos. Usualmente este tratamiento suele ser por sesiones diarias, semanales o mensuales, debido a esto los pacientes conviven la gran parte de su tiempo en el hospital, pero así también otro grupo de pacientes suelen realizar sus actividades de forma habitual, todo depende del organismo y formas de afrontamiento de cada persona.

2.1.4.1 Estadios clínicos del cáncer

El Instituto Nacional del Cáncer [NCI] (2015) refiere que el TNM es el sistema de estadificación más usado, el cual significa: T (tamaño o extensión del tumor principal), N (extensión de

cáncer que se ha diseminado a los ganglios), M (cáncer metastatizado a otros órganos del cuerpo). Así también los pacientes al referirse al cáncer lo detallan dentro de estos 5 estadios: Estadio 0 (hay células anormales en el cuerpo aún no se han diseminado, pero podría convertirse en cáncer), estadio II, III y IV (hay cáncer presente, en cuanto mayor es el número más grande es el número y más se ha extendido en otras partes del cuerpo), estadio V (el cáncer se ha diseminado en distintas partes del cuerpo).

2.1.4.2 Reacciones psicológicas del paciente con cáncer

Las reacciones psicológicas más comunes del paciente oncológico en quimioterapia ambulatoria suelen ser ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultad para concentrarse, etc. (Alonso & Bastos, 2011), también puede ser consideradas como efectos secundarios habituales post –tratamiento.

Es frecuente la percepción de pérdida de salud y de la vida, de la identidad, de la imagen habitual, del control de los acontecimientos, de la autoestima, de las relaciones significativas, de la rutina diaria, del proyecto vital o futuro (Meseguer, 2003).

De igual modo los pacientes están propensos a padecer problemas físicos como: problemas intestinales, cambios de apetito y peso, dolor en la boca, problemas de nervios, anemia, fatiga y problemas de infertilidad, etc. Todo ello influencia negativamente sobre el estado emocional del paciente. A pesar de todo ello, Aliada Contra el Cáncer (2015) considera que una actitud mental positiva suele contribuir de forma significativa en la vida del paciente. El deseo de vivir y las ilusiones futuras sobre la vida misma pueden tener una repercusión positiva sobre la salud. El paciente de cáncer tiene, como cualquier persona, un conjunto de necesidades físicas y psicosociales por satisfacer, y cuya detección temprana y apoyo puede mejorar su calidad de vida (Yélamos & Fernández, 2011). La Organización Mundial de la salud [OMS] (1990) plantea que los enfermos de cáncer, además del alivio y control de sus síntomas (necesidades fisiológicas) necesitan de: seguridad (buscar en quien apoyarse, la familia, amigos o un grupo de la iglesia), la sensación de pertenencia (demostrar que no es una carga, que son útiles y que forman parte de un grupo), así como también requieren que se les muestre afecto y amor no solamente porque padecen la enfermedad sino porque son seres humanos. De igual modo necesitan comprensión y aceptación de las personas, a pesar de los cambios físicos y psicológicos que sufren. El paciente estará más dispuesto comunicar sus necesidades emocionales y espirituales cuando experimente tranquilidad de los síntomas fisiológicos más incómodos, y encuentre que el profesional o también los grupos de soporte emocional sean sensibles a las mismas, demostrando interés por otros elementos que contribuyen a su bienestar.

2.1.4.3 Consideraciones éticas

En la presente investigación se tomó en cuenta 3 principios de la Ética Personalista de Sgreccia (2009):

El principio de defensa vida física: Implica el reconocimiento del valor de la vida corporal de cada paciente oncológico, de tal forma que no pueden ser usados como instrumentos ya que este forma parte de su esencia como seres humanos. Por tal motivo en toda la investigación se tomó en cuenta la defensa e integridad de la vida, es por ello que se cuidó que las preguntas de los instrumentos no causaran daños físicos (taquicardia, taquipnea) o psicológicos (ansiedad, depresión, llanto, etc.).

El principio de libertad y responsabilidad: Busca que las personas formar parte de algo donde ejerzan conscientemente su libertad, es por ello que a todos los participantes se les informó de la investigación y de su finalidad; así también cada participante pudo expresar sus opiniones y sentimientos. La persona es quien decide formar parte, mediante el consentimiento informado, teniendo en cuenta que puede libremente desistir de la investigación.

El principio de la socialidad y subsidiaridad: Este prescribe que la comunidad debe ayudar mayormente al más necesitado, “la persona es la fuente y el bien de la sociedad”, es necesario contribuir con bienes sociales. Así como también la dignidad humana exige respetar la máxima libertad posible de las personas y grupos sociales. Por lo antes mencionado, en esta investigación se respetó las diferentes ideologías de los pacientes oncológicos respecto a su religión, ni se impuso hábitos u opiniones. Asimismo, los resultados de esta investigación, especialmente la validación de los instrumentos psicológicos, servirá de gran ayuda para las instituciones (hospitales y empresas), investigadores que deseen aplicarlos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

c) Hipótesis

Hipótesis general

H₁: Existe relación entre el bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

Hipótesis específicas

H₂: Existe relación entre el bienestar espiritual y la dimensión función física en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

H₃: Existe relación entre el bienestar espiritual y la dimensión rol físico en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

H₄: Existe relación entre el bienestar espiritual y la dimensión dolor corporal en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

H₅: Existe relación entre el bienestar espiritual y la dimensión salud general en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

H₆: Existe relación entre el bienestar espiritual y la dimensión vitalidad en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

H₇: Existe relación entre el bienestar espiritual y la dimensión función social en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

H₈: Existe relación entre el bienestar espiritual y la dimensión rol emocional en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

H₉: Existe relación entre el bienestar espiritual y la dimensión salud mental en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

1.1 Operacionalización de variables

Tabla 1: *Variable Bienestar Espiritual*

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
Bienestar espiritual	Sentido de armonía interna, generado a partir de la relación de una persona consigo misma, con los demás, con el orden natural y con un ser o poder superior. (Ellison, 1983)	Puntuación obtenida para la categoría general de bienestar espiritual: 20 a 40: bienestar espiritual general bajo. -41 a 99: bienestar espiritual moderado. -100 a 120: bienestar espiritual, alto.	Existencial: Percepción hacia sí mismo y los demás.	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 y 20	Ordinal
			Religioso: Percepción hacia Dios, un ser o una fuerza superior.	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 y 19.	

Escala de Bienestar Espiritual, sus escalas valorativas Likert son CA= Completamente Acuerdo, MA= Moderadamente de Acuerdo, A= Acuerdo, D= Desacuerdo, MD= Moderadamente desacuerdo, CD= Completamente Desacuerdo. Se puntúan del 1 a 6 si el enunciado es negativo, y de 6 a 1 si es positivo.

Tabla 2: *Variable Calidad de vida*

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad de vida	Es la satisfacción de un individuo con los aspectos físicos, sociales, y psicológicos de su vida, en la medida en que estos se afectan o se ven afectados por su salud. (Carpio, 2001)	Puntajes obtenidos según las dimensiones de este cuestionario como función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental. 0-25: Mala calidad de vida. 25-50: Regular calidad de vida. 50-75: Buena calidad de vida. 75-100: Muy Buena calidad de vida.	Función física: Es el grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	Ordinal
			Rol físico: Es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, generando un rendimiento menor que el deseado.	13, 14, 15, 16	
			Dolor corporal: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades.	21,22	
			Salud general: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	1, 2, 33, 34, 35, 36.	

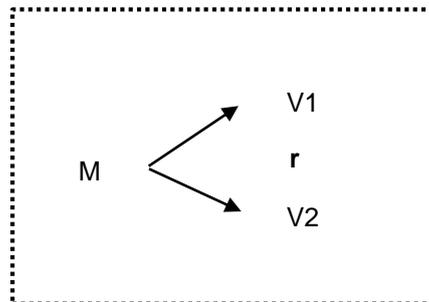
			Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.	23, 27, 29, 31	
			Función Social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.	20,32	
			Rol emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo.	17, 18, 19	
			Salud mental: Incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar.	24, 25, 26, 28, 30	

Cuestionario de Salud SF-36, los ítems se puntúan con escalas tipo Likert de rango variable, desde 2 hasta 6, según la dimensión que este midiendo, y el puntaje obtenido será transformado a una escala de 0 a 100. La interpretación de los puntajes se agruparon en 4 rangos donde, 0-25: Mala calidad de vida, 25-50: Regular calidad de vida, 50-75= Buena calidad de vida, 75-100= Muy buena calidad de vida.

1.2 Diseño de investigación

No Experimental: Se identifica un grupo de identidades que representan al objeto de estudio, y que procede de la observación de los datos sin la manipulación de las variables (Hernández et al., 2014).

Correlacional: Describe las relaciones entre dos o más variables de estudio en función de la correlación existente entre ellas (Rubio, 2014). Tales correlaciones se expresan en hipótesis, las cuales son sometidas a evaluación.



Dónde:

- M:** 52 pacientes con cáncer.
- V1:** Bienestar Espiritual.
- V2:** Calidad de vida.
- r:** Relación de ambas variables.

1.3 Unidad de estudio

Paciente con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

1.4 Población

70 pacientes entre 30 – 60 años de edad, quienes actualmente reciban tratamiento en quimioterapia ambulatoria.

1.5 Muestra (muestreo o selección)

La muestra está conformada por 52 pacientes con cáncer. Así también se aplica el tipo de muestreo aleatorio simple.

Para determinar el tamaño de muestra se hizo uso del muestreo estratificado, cuya fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

} Fórmula para población finita

Dónde:

P: Proporción de elementos con la característica de interés.

E: Error de muestreo.

N: Tamaño de población.

n: Tamaño de muestra.

Se asumió una confianza del 95% (Z=1.96), un error de muestreo de 7.0% (E=0.07), y una varianza máxima para asegurar un tamaño de muestra lo suficientemente grande. Al aplicar la fórmula se obtuvo que la muestra estuvo conformada por 52 pacientes de cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo. A partir de ello se aplicó el muestreo aleatorio simple para identificar a los pacientes para considerar en la muestra.

Criterios de inclusión

- Tienen conocimiento de su diagnóstico.
- Se encuentren entre el 1-3 estadio de la enfermedad.

Criterios de exclusión

- Estar en desacuerdo con participar en la investigación.

Características de los participantes

- Pacientes de quimioterapia ambulatoria.
- Edades entre 30 – 60 años.
- Ambos sexos.
- Mínimo grado de instrucción primaria.
- Cualquier estado civil.

Tabla 3

Sexo de los pacientes con cáncer de quimioterapia ambulatoria del hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta.

SEXO	n	%
Masculino	12	23%
Femenino	40	77%
Total	52	100%

Tabla 4

Religión según sexo de pacientes con cáncer en quimioterapia ambulatoria del hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta.

RELIGION	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Católica	10	19%	35	67%	45	86%
Cristiana	1	2%	2	4%	3	6%
Mormón	0	0%	1	2%	1	2%
Testigo de Jehová	0	0%	1	2%	1	2%
Ninguno	1	2%	1	2%	2	4%
Total	12	23%	40	77%	52	100%

Tabla 5

Grado de instrucción de pacientes con cáncer en quimioterapia ambulatoria del hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	n	%
Primaria	0	0%
Secundaria	26	50%
Superior	26	50%
Total	52	100%

Tabla 6

Tipo de cáncer de pacientes con cáncer en quimioterapia ambulatoria del hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta.

TIPO DE CÁNCER	n	%
Cáncer de pulmón	3	6%
Cáncer de útero	1	2%
Cáncer de colon	1	2%
Cáncer de cuello uterino	2	4%
Cáncer de mama	35	67%
Cáncer de próstata	10	19%
Total	52	100%

Tabla 7

Prácticas religiosas empleadas por pacientes con cáncer en quimioterapia ambulatoria del hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta.

PRACTICAS RELIGIOSAS	n	%
Leer la Biblia, Orar a Dios	7	13%
Orar a Dios	14	27%
Orar a Dios, Hablar de Dios a otros	9	17%
Orar a Dios, tener Fe	16	31%
Orar a Dios, tener Fe, Leer la Biblia	1	2%
Tener Fe	4	8%
Ninguno	1	2%
Total	52	100%

1.6 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

1.6.1 Técnica

La técnica empleada fue la encuesta para obtener información de la muestra. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

1.6.2 Instrumentos psicológicos

Instrumento 1: Escala de bienestar espiritual

La escala de bienestar espiritual fue construida por Ellison y Paloutzian en el año 1983 (Anexo n.º 2), la cual tiene como objetivo obtener el bienestar espiritual de las personas en una dimensión religiosa (hacia Dios) y existencial (hacia uno mismo y los demás, así como la satisfacción con la vida y propósito). Así también la aplicación puede ser individual y colectiva, para personas mayores de 18 años. Esta escala está conformada por 20 ítems con puntaje tipo Likert del 1 al 6, manifestados con frases desde “Completamente de acuerdo” hasta

“Completamente en desacuerdo” pasando por “moderadamente de acuerdo”, “en desacuerdo” y “moderadamente en desacuerdo”.

La escala cuenta con una buena fiabilidad; haciendo referencia al coeficiente alfa de Cronbach que refleja; la consistencia interna de 0,89 (Escala de Bienestar Espiritual), 0,87 (Escala de Bienestar Religioso) y 0,78 (Escala de Bienestar Existencial). Los coeficientes de fiabilidad test-pretest fueron 0,93 (Escala de Bienestar Espiritual), 0,96 (Escala de Bienestar Religioso) y 0,86 (Escala de Bienestar Existencial).

En relación a otras investigaciones realizadas con la prueba contamos con la investigación de Segura (2011) quien validó esta escala en Chiclayo puesto que no existen antecedentes de la misma en esa población. Al ser empleada en ese contexto la escala tuvo una alfa de Cronbach global de 0.736, lo cual evidencia un índice aceptable de consistencia interna. Asimismo, el estudio acerca del bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos (Zavala, Martínez & Whetsell, 2006) evidenció un Alfa de Cronbach de 0.89.

Así también se tiene el estudio comparativo de Sánchez (2009) en un grupo de personas 86 personas, afirmaron que la escala es confiable para ser aplicada en otros contextos. Ellison, 1983), Bufford, et al. (1991), D'Costa (1995) y Schoenrade (1995). Refieren que este instrumento psicológico tiene buena validez de contenido en relación a los elementos en la prueba.

Por último, cabe resaltar que esta escala parece ser una medida válida y confiable de la espiritualidad. La conceptualización del instrumento es útil, simple y fundamentado en un estudio cualitativo de la perspectiva espiritual del paciente y el bienestar. Las escalas tienen alta confiabilidad y las puntuaciones de la prueba muestran asociaciones con salud y bienestar para diferentes poblaciones.

Instrumento 2: Cuestionario de Salud SF-36 versión validada en Perú

El cuestionario SF-36 fue construido por Alonso, Prieto y Antó en el año 1999 (Anexo n.º 4) y validada en Perú por Salazar F. y Bernabé E. (2012), esta evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental y es aplicada en un ámbito clínico para personas mayores de 14 años. Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 escalas: Funcionamiento físico (FF) que consta de 10 ítems, Rol físico (RF) que está formado por 4 ítems, Dolor (D): 2 ítems, Salud general (SG): 5 ítems, Vitalidad (V): 4 ítems, Funcionamiento social (FS): 2 ítems, Rol emocional (RE): 3 ítems y Salud mental (SM) que consta de 5 ítems. Asimismo, su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación. Su

calidad ha hecho que sea uno de los índices de salud más utilizados por la comunidad científica, lo que permite la comparación nacional e internacional de los resultados (Gandek & Ware, 1998).

Posee una elevada consistencia interna (0.8 para todas las escalas, salvo para “función social” que es 0.76). El coeficiente de correlación intraclase es de 0.85. La validez test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para función física, vitalidad y percepción general de salud y de 0.6 para función social. Si la comparación se realiza con 6 meses de diferencia, los valores oscilan entre 0.6 y 0.9, excepto para el dolor, que desciende hasta 0.43. Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Los valores psicométricos de la adaptación al español, son similares a los originales, salvo la fiabilidad de la dimensión “función social”, que es algo menor. La validación española ha encontrado valores consistentes y superponibles a los de la escala original.

Por otro lado, a nivel Latinoamericano, también se han hecho investigaciones utilizando el SF-36, Colombia realizó un estudio descriptivo para adaptar culturalmente y evaluar la fiabilidad del cuestionario en mención. Los resultados que arrojaron estos análisis fueron: los datos omitidos fueron de 0% a 1,5%; las correlaciones ítem-escala superaron los 0,48; la fiabilidad fue mayor de 0,70. No hubo diferencias en los puntajes de escalas según tipo de aplicación; la fiabilidad inter-observador, que es el grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores independientes, fue mayor de 0,80; el test-retest superó el 0,70 y no mostró diferencias significativas en las dos aplicaciones. Como conclusión después de la realización de estos análisis, puede decirse que, el SF-36 es un instrumento confiable para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud después de adaptarse lingüísticamente en adultos colombianos (Lugo, García & Gómez, 2006).

Instrumento 3: Consentimiento informado

Los pacientes tuvieron pleno conocimiento de la investigación, y aceptaron formar parte de ella. (Anexo n.º 5).

Instrumento 4: Ficha sociodemográfica

Evaluar de manera cualitativa otras dimensiones de la religiosidad como las creencias y el sentimiento religioso; esta ficha también se utilizó para recabar información sobre datos socio demográficos y de la enfermedad. (Anexo n.º 6).

1.7 Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos

Se realizó una evaluación piloto con 50 pacientes del hospital, quienes esperaban para ser atendidos en los consultorios externos, algunos de ellos iban a cirugía oncológica, urología, traumatología, etc. El intervalo de edad para la aplicación de las pruebas fue 30 -60 años. Se les aplicó la escala de bienestar espiritual y el cuestionario de salud SF 36, al final de cada prueba se les realizó las siguientes preguntas abiertas: “¿Hay alguna pregunta que fue difícil de responder? ¿Cuál?”, “¿Qué tal le pareció responder a estos cuestionarios?”, con la intención de determinar si fueron entendidos claramente por los pacientes. Con el grupo piloto se ejecutó un análisis estadístico de confiabilidad a través del Alfa de Cronbach utilizando el programa de SPSS versión 2.1, en donde la escala de Bienestar Espiritual obtuvo 0,92.

Para el análisis previo se utilizó los resultados del grupo piloto sumando 52 evaluados, por lo que dio un resultado de 102 sujetos entre 30 a 60 años de edad, en el análisis previo de la escala de bienestar espiritual se evidenció que todos los ítems cumplen con el requisito de asimetría y kurtosis por lo tanto la distribución es simétrica, en la prueba de esfericidad de Bartlett resulta significativa (Anexo N°6) y en el test de KMO sale justa (Anexo N°7). En el análisis factorial se utilizó la matriz policórica, el método óptimo y por ser mayor a 0.32 la rotación es oblicua. Se procedió a colocar la dimensión: satisfacción con la familia, con la pareja, con los amigos, con la situación económica y los estudios. Debido a la cantidad de ítems se procedió hacer el análisis con una sola dimensión que explicaba el 0.39% de varianza de la prueba. En el cuestionario de salud SF-36 se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,94.

El comprobar la confiabilidad y la validez de las pruebas permitió seguir con la investigación es por ello que se presentó una solicitud dirigida al director de la Red Asistencial Essalud-La Libertad, pidiendo autorización para aplicar los instrumentos psicológicos; Escala de Bienestar Espiritual (Anexo N°1) y el Cuestionario de Salud SF-36 (Anexo N°2) en los pacientes con cáncer del hospital. Cabe recalcar que al obtener la aprobación del comité de investigación y ética (Anexo N°5), se solicitó la participación voluntaria en la investigación, dándoles a conocer el objetivo de esta, el tipo de colaboración que se espera de ellos, respetando su anonimato y la información proporcionada, mediante la firma de un consentimiento informado (Anexo N°3), así también una ficha de datos personales (Anexo N° 4) para la recolección de datos de la muestra de 52 pacientes con cáncer, quienes fueron seleccionados por un muestreo aleatorio simple.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Tabla 8

Análisis factorial de la Escala de Bienestar Espiritual.

Variable	F1	h ²
V 1	0.498	0.248
V 2	0.659	0.434
V 3	0.675	0.455
V 4	0.655	0.428
V 5	0.581	0.338
V 6	0.409	0.167
V 7	0.602	0.362
V 8	0.493	0.243
V 9	0.557	0.310
V 10	0.563	0.317
V 11	0.694	0.481
V 12	0.433	0.188
V 13	0.684	0.468
V 14	0.572	0.327
V 15	0.672	0.451
V 16	0.143	0.020
V 17	0.645	0.416
V 18	0.544	0.296
V 19	0.772	0.596
V 20	0.727	0.529
% de varianza explicada	38.370%	

En la presente tabla se observan cargas factoriales mayores a 0.30 para la distribución unidimensional.

Tabla 9

Confiabilidad de los instrumentos psicológicos: Escala de Bienestar Espiritual y Cuestionario de Salud SF-36 en 102 pacientes con características similares.

Instrumentos psicológicos	Alfa de Cronbach
Bienestar Espiritual	0,909
Cuestionario de Salud SF- 36	0,921
N	102

Nota: La fiabilidad de la consistencia interna de ambos instrumentos es excelente, es decir los ítems de estos miden un mismo constructo.

Tabla 10

Correlación entre Bienestar Espiritual y Calidad de Vida, y sus dimensiones.

Bienestar Espiritual			
	r_s	IC 95%	p
Calidad de Vida	,660**	[,472 - ,790]	,000
Función Física	,326*	[,058 - ,549]	,018
Rol Físico	,476**	[,233 - ,662]	,000
Dolor Corporal	,056	[-,220 - ,323]	,691
Salud General	,283*	[,010 - ,516]	,042
Vitalidad	,238	[-,037- ,479]	,089
Función Social	,249	[-,025 - ,488]	,075
Rol Emocional	,266	[-,007 - ,502]	,056
Salud Mental	,184	[-,093 - ,435]	,191

**p<0.01; *p<0.05

Nota: IC representa los intervalos de confianza de las correlaciones obtenidas.

Además, con la finalidad de hallar la correlación entre las variables y las respectivas dimensiones, se procedió a la fórmula denominada Prueba de Bondad de ajustes de Kolmogorov Smirnov (Ks), en función a los resultados de esta, se determinó emplear la prueba de Coeficientes de Rangos de Spearman, por tener una distribución asimétrica. A partir de ello se obtuvo que la correlación entre Bienestar Espiritual y Calidad de vida ($r_s = ,660^{**}$) es positiva moderada y altamente significativa, así también existen correlaciones estadísticamente significativas que oscilan entre ,283 hasta ,476 entre bienestar espiritual, Salud General y Rol Físico, respectivamente.

Tabla 11

Bienestar Espiritual en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

Niveles	f	%
Alto	13	25.0
Moderado	27	51.9
Bajo	12	23.1
Total	52	100.0

En su mayoría, el 51.9 % de pacientes se ubican en el nivel moderado lo que significa una moderada percepción hacia Dios y hacia sí mismos, y también una moderada satisfacción con la vida.

Tabla 12

Niveles de Calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

Niveles	f	%
Muy Buena	49	94.2
Buena	1	1.9
Regular	2	3.8
Total	52	100.0

El 94.2% de los pacientes con cáncer evidencian una muy buena calidad de vida lo cual indica que pueden realizar actividades físicas sin mucha limitación, así como también ni la salud ni el dolor corporal interfiere en su trabajo u otras actividades diarias (salir con la familia, etc), asimismo se sienten animados y llenos de energía, poseen sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma.

Tabla 13

Dimensiones de Calidad de Vida: de función física, rol físico, dolor corporal y salud general en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

Dimensiones	Niveles	f	%
Función Física	Buena	36	69.2
	Regular	14	26.9
	Mala	2	3.8
Rol Físico	Buena	49	94.2
	Regular	3	5.8
Dolor Corporal	Bajo	20	38.5
	Moderado	26	50.0
	Alto	6	11.5
Salud General	Buena	30	57.7
	Regular	21	40.4
	Mala	1	1.9

En relación a la dimensión Función Física en los 52 pacientes con cáncer, el 69.2 % lleva a cabo todo tipo de actividades físicas sin ninguna limitación. Así también en la dimensión Rol Físico, al 94.2% de pacientes su salud no interfiere en el trabajo y otras actividades diarias. De igual modo en la dimensión de Dolor Corporal, el 50.0% tiene un dolor moderado que le dificulta realizar ciertas actividades físicas. Además, en la dimensión Salud General, el 57.7 de pacientes evalúa su propia salud como excelente y se resiste a enfermarse.

Tabla 14

Dimensiones de Calidad de vida: vitalidad, función social, rol emocional y salud mental en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.

Dimensiones	Niveles	f	%
Vitalidad	Buena	38	73.1
	Regular	13	25.0
	Mala	1	1.9
Función Social	Buena	35	67.3
	Regular	16	30.8
	Mala	1	1.9
Rol Emocional	Buena	44	84.6
	Regular	8	15.4
Salud Mental	Buena	29	55.8
	Regular	22	42.3
	Mala	1	1.9

En relación a la dimensión Vitalidad de los 52 pacientes con cáncer, el 73.1% se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo. Asimismo, en la dimensión Función Social, el 67.3% lleva a cabo actividades sociales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales. De igual modo en la dimensión Rol Emocional, el 84,6 % no presenta ningún problema con el trabajo u otras actividades. Además, en la dimensión de Salud Mental el 55.8% tiene sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

En la presente investigación se tuvieron en cuenta como grupo de estudio a personas con el diagnóstico y tratamiento de cáncer en el Hospital Alta Complejidad, conformando una muestra de 52 personas cuyas edades oscilan entre los 30-60 años. En esta muestra el 77% son mujeres y el 23% son hombres, además el 86% de pacientes profesa la religión católica mientras el otro 14% son no católicos. De igual forma el 50% de pacientes tiene educación superior y el 50% secundaria completa, así como también un 67% tiene cáncer de mama y un 19% cáncer de próstata. Cabe resaltar que el 31% de estos pacientes considera el orar a Dios y tener fe como prácticas para mejorar su calidad de vida, así como leer la biblia y hablar de Dios a otros pacientes con cáncer.

Sobre los resultados obtenidos en este estudio, se determina que existe una correlación positiva moderada altamente significativa entre el bienestar espiritual y la calidad de vida en 52 pacientes con cáncer de la ciudad de Trujillo. Lo cual indica que tener una buena percepción hacia Dios y hacia uno mismo, así también una alta satisfacción con la vida y un claro sentido de propósito, se relaciona con una muy buena calidad de vida; el poder realizar actividades físicas, diarias y trabajo sin muchas limitaciones, constantemente animados y con sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma. Este hallazgo concuerda con Sánchez (2009) cuando afirma que las personas en tiempos de dificultad buscan obtener una relación con Dios y consigo mismos, como una forma de afrontar los estragos de la enfermedad y los tratamientos, muchos anhelan tener una armonía en su mente, cuerpo y espíritu; es decir, los pacientes pueden encontrar significado y propósito en la enfermedad que les lleve a una nueva construcción de su propia vida y la reorganización de sus propios valores como también de sus creencias. Asimismo la espiritualidad les permitirá reconstruir su identidad, disminuir el estrés y tener confianza y control en medio de la incertidumbre.

De igual modo se coincide con Payán, Vinaccia y Quiceno (2011) cuando mencionan que la espiritualidad y cogniciones positivas frente al proceso de la enfermedad son variables mediadoras, amortiguadoras y moduladoras de la calidad de vida a nivel físico, psicológico, emocional, social y espiritual. Además se concuerda con lo que plantea Rusa et al., (2014) al presentar altos índices de calidad de vida que tuvieron los pacientes particularmente en las dimensiones relacionadas con la espiritualidad, religión y creencias personales. A partir de ello se puede afirmar que el análisis de la calidad de vida depende de la interpretación de la persona de su estado físico, social, funcional y psicológico. Considerando los componentes de bienestar objetivo, así como también la sensación del bienestar subjetivo de la persona. (Oblitas, 2004; Terol et al., 2000; Zapanalioğlu et al., 2009).

Por otro lado la misma autora Herrera (2009) realizó una investigación comparativa entre pacientes y personas aparentemente sanas, en esta se discrepa con ella cuando menciona que los pacientes toman conciencia de la proximidad del final de sus vidas y recién se aferran a Dios cuando la

enfermedad es terminal pues se comprueba que los pacientes desde el estadio 1-3 de la enfermedad ya tienen perspectiva y crecimiento espiritual. Así también en esta muestra, el 77% de personas adultas son mujeres y el 23% son varones, coincidiendo con las cifras brindadas por el biólogo de oncosalud Pinto (2015) en el periódico La República, el cual resalta que en el Perú las mujeres tienen a sufrir cáncer en mayor porcentaje (57%), en el mundo esa cifra disminuye a 47%, por otra parte los hombres cuentan con un 43% de incidencia de cáncer. Así también Salas y Grisales (2010) afirman que la calidad de vida fue mejor en las pacientes mujeres y que tenían como soporte sus creencias personales (espirituales y religiosas). En relación a la muestra seleccionada en esta investigación, el 25.0% de los pacientes tienen un alto bienestar espiritual, el 51.9% un bienestar espiritual moderado, y el 23.1 un bienestar espiritual bajo. Así como también el 94.2 de los pacientes poseen una muy buena calidad de vida, el 1.9% una buena calidad de vida y el 3.8% una regular calidad de vida. En esta investigación ninguno de los pacientes con cáncer refiere tener una mala calidad de vida.

En la primera hipótesis específica, se corrobora que existe una correlación positiva baja y significativa entre el bienestar espiritual y la dimensión función física. Lo cual indica que un alto nivel de bienestar espiritual no se relaciona totalmente con la mejora de salud en cuestión de actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc. Asimismo ese hallazgo se contradice con los datos de Novoa, et al. (2010) al reafirmar que los pacientes obtuvieron altos puntajes en esta dimensión. Pero concuerda con los hallazgos de Rusa et al., (2014) al referir bajos puntajes en el funcionamiento físico debido a los aspectos perjudiciales de la enfermedad. A pesar de ello es evidente que los pacientes se esfuerzan por realizar actividades físicas, muchos lo toman como una meta para lograr, y esto a su vez mejora su salud. En relación a la función física el 69.2% lleva a cabo todo tipo de actividades físicas sin ninguna limitación, un 26.9% se ubica en un nivel regular y el 3.8% tiene una salud muy limitada para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse y ducharse.

Asimismo, para confirmar la segunda hipótesis específica, se observa que existe una correlación positiva moderada y altamente significativa entre el bienestar espiritual y el Rol físico. Lo cual significa que la enfermedad no ha sido percibida totalmente como un aspecto negativo, es por ello que casi no ha interferido en la salud, ni en la capacidad de los pacientes para realizar sus actividades diarias. Esto coincide cuando Novoa, et al. (2010) afirman que la mayoría de los pacientes no informaron tener limitaciones, es decir ni el tipo de cáncer que padece ni el tratamiento les ha paralizado totalmente. Por otro lado concuerda con algunos de los hallazgos obtenidos por Laos (2010), Torres (2011) y Lostaunau y Torrejón (2013) en la población oncológica de Perú, a pesar de los malestares de la enfermedad y los efectos secundarios de la quimioterapia como el vómito, el cansancio, la disminución de hemoglobina, entre otros, todo ello no limita a los pacientes su desenvolvimiento en ciertas actividades del diario vivir.

Los malestares físicos que los pacientes pudieran llegar a sentir a consecuencia de su enfermedad o tratamiento, no son percibidos por ellos como invalidantes y no son evaluados como significativos ni deteriorantes de su calidad de vida, sino más bien como algo temporal, manejable, poco incapacitante y, por lo tanto, tolerables. De igual modo se concuerda con Fombuena (2014) cuando menciona la clara relación entre el mundo espiritual de los pacientes en situación de enfermedad y el control de sus síntomas. En relación a ello, cabe resaltar que el 94.2% de pacientes su salud no interfiere en el trabajo y otras actividades diarias y el 5.8% tiene problemas regulares con el trabajo u otras actividades por salud.

Por otro lado y, respecto a la tercera hipótesis específica, existe una relación positiva prácticamente nula entre el bienestar espiritual y el dolor corporal (séptima hipótesis específica), lo cual significa que una alta percepción de Dios y una alta satisfacción con la vida o propósito para vivir no se relacionan con la disminución del dolor padecido y su efecto en las actividades diarias de los pacientes con cáncer. Se concuerda con la investigación de la sociedad española de oncología médica (2015) al considerar que la presencia del dolor es variable dentro del proceso oncológico y depende del tipo y extensión de la enfermedad, así también de la tolerancia de dolor de cada paciente. Y este es causado por la misma enfermedad, el tratamiento de quimioterapia y el dolor previo a la enfermedad (artrosis, jaquecas, lumbalgias, etc.). De igual modo se coincide con los hallazgos en el estudio realizado por Juvé (2009) donde demuestra que el dolor y sufrimiento son experiencias que con mayor frecuencia acompañan durante el tratamiento terapéutico de los pacientes. Por lo tanto, es relativamente normal el dolor físico y emocional que se evidencia en ellos, considerando que a pesar de ello, un gran porcentaje de pacientes se esfuerza por realizar sus actividades y llevar una vida normal.

En lo concerniente a la cuarta hipótesis específica, se corrobora que existe una relación positiva baja y significativa entre el bienestar espiritual y la salud general de los pacientes con cáncer. Esto significa que una alta percepción hacia Dios y la satisfacción con la vida se relaciona, aunque en menor intensidad, con la valoración personal de cada paciente acerca de su estado de salud, incluyendo su situación actual, perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. Este hallazgo contradice el estudio de Novoa, et al. (2010) puesto que más de la mitad obtuvieron una buena salud general debido a un buen bienestar psicológico. Es por ello que se puede afirmar que para una mejoría de la salud en su totalidad es necesario creencias y actitudes positivas frente a la enfermedad, así como también esperanza en que todo podría mejorar con el tiempo. Parra (2011) menciona que el temor a futuros exámenes, tratamientos, cambios de apariencia, diseminación y metástasis son los principales temores que dificultan que los pacientes perciban su mejoría. Este resultado se debe a que todos los pacientes están sometidos al tratamiento de quimioterapia, así

como también a las creencias de las personas a su alrededor, y a la percepción que obtienen del diagnóstico médico.

Para dar respuesta a la quinta hipótesis específica, se aprecia que existe una relación positiva baja aunque no significativa entre el bienestar espiritual y la vitalidad. Esto indica que una alta percepción hacia Dios, así como también una alta satisfacción de la vida no se relaciona con tener sentimientos de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento de la enfermedad. Los resultados de esta investigación concuerdan con los hallazgos de Domínguez, et al. (2009) cuando afirman que la vitalidad es una de las áreas de la calidad de vida más afectadas. Por otro lado se discrepa con Torres (2011) al referirse que el bienestar espiritual existencial se correlaciona con el nivel de energía de los pacientes. Existen factores generadores de agotamiento en los pacientes, como por ejemplo la rutina de vida, o de constantemente percibir los mismos síntomas físicos y emocionales, es decir, es un reto para ellos sentirse animados y dinámicos a pesar de los estragos del tratamiento de quimioterapia. En realidad muchos pacientes perciben a esta enfermedad como una ruptura de su vida cotidiana, donde los principales sentimientos que surgen son la muerte y la amenaza vital.

En la sexta hipótesis específica, se afirma que existe una relación positiva baja, no significativa entre bienestar espiritual y la dimensión función social; lo cual significa que tener una alta percepción hacia Dios y satisfacción con la vida no se relaciona con la ayuda a que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieran en la vida social habitual. Se discrepa con Vargas y Pulido (2012) quienes afirman que los pacientes, al compartir cada momento con su familia, amigos, y otros seres queridos se convirtió en una oportunidad de disfrutar cada instante con las personas que son importantes para ellos, el valor de la vida o lo reenfocan en agradecer a Dios por cada minuto de la vida y por su familia. De igual modo Salas y Grisales (2010) afirmaron que las que recibían apoyo por parte de su familia evidenciaban una mejor calidad de vida. Además Galvis y Perez (2011) mencionaron que el paciente puede mejorar cuando sus cuidadores lo consideran como un ser integral, o también Parra (2011) al mencionar que los grupos de apoyo son necesarios para mejorar el bienestar social y espiritual del paciente, considerado como un medio para compartir experiencias significativas y un ambiente para comentar lo que puede venir en el futuro. Por otro lado, Segura (2011) afirma que la persona al enfermarse de cáncer no solo se ve afectada en sí misma sino que también a los integrantes de su familia.

Las diferencias con estos autores pueden deberse a que la mitad de los pacientes considerados para esta muestra no estuvieron acompañados por un familiar, puesto que consideran incorrecto ser una "carga" para su familia y prefieren asistir solos a sus tratamientos, por otra parte quienes son acompañados por familiares, están con ellos en gran parte del tratamiento verificando que se

encuentren bien, etc. De igual forma, los efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia hacen que los pacientes se sientan casi obligados a distanciarse de sus familiares por un tiempo de 48 horas debido a las defensas bajas por los medicamentos y cualquier tipo de acercamiento puede ocasionales infecciones.

De igual modo, en la séptima hipótesis indica que existe una relación positiva baja entre el bienestar espiritual y el rol emocional, lo cual significa que una alta percepción hacia Dios y una alta satisfacción con la vida no se relaciona totalmente con la solución de los problemas emocionales, ni su interferencias en el trabajo u otras actividades diarias, reduciendo el tiempo dedicado a ellas, un rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo. Por ello se concuerda con lo que plantean Domínguez, et al. (2009) al referir que el trascurso de la enfermedad, y los efectos secundarios del tratamiento pueden afectar el área del rol emocional del paciente. De igual modo, Moorey y Greer (1989) propusieron 5 estrategias como espíritu de lucha, evitación o negación, fatalismo o aceptación estoica, desamparo-esperanza y preocupación ansiosa que definen el estado emocional de cada paciente, dependiendo de su personalidad y las condiciones físicas y psicosociales en las que se encuentra por el ciclo evolutivo de la enfermedad.

Asimismo, diversos autores coinciden en que una buena calidad de vida se refiere principalmente a la satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social (Cubrerros, 2006; Schwartzmann, 2003), los pacientes con cáncer tienen ese anhelo de sentirse bien emocionalmente, pero constantemente se ven sometidos a tratamientos que les hace más vulnerables ante las reacciones emocionales de los demás. Por otro lado los resultados discrepan con los hallazgos de Fombuena (2014) al mencionar que la espiritualidad no solo mejora el estado emocional sino también genera recursos en la persona para poder afrontar el sufrimiento, Así como también contradice a Barreto, et al. (2013) quienes afirman que existe una relación positiva entre la espiritualidad y la resiliencia. A pesar de ello, el estado emocional de los pacientes en quimioterapia ambulatoria es inconstante por el dolor del tratamiento y los ajeteos que tienen por hacer para poder recibirlo diferentes alternativas de solución a la enfermedad.

Por último existe una relación positiva prácticamente nula entre el bienestar espiritual y la salud mental (hipótesis específica 8). Esto indica que una alta percepción hacia Dios y una alta satisfacción con la vida no se relaciona con tener sentimientos de bienestar o tranquilidad. Este hallazgo coincide con los resultados mencionados por Vinaccia y Quiceno (2011) cuando mencionan que la salud mental de los pacientes se ve alterada por sus propias preocupaciones relacionadas a la enfermedad y la gran mayoría carece de control personal, así también comentan que el apoyo social religioso o formar parte de un grupo de la iglesia puede ser un factor que favorezca a la calidad de vida relacionada con la salud mental de la persona, puesto que podrá hablar libremente acerca de sus creencias, sentimientos y encontrar un sinfín de soluciones ante ello. De igual modo se

concuerta con las investigaciones de Hernández, et al. (2012) y Finck y Moreno (2011) cuando afirman que en su gran mayoría los pacientes presentan síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional (distress) por diversos factores médicos, físicos, sociales y psicológicos. Por otro lado se contradice con los resultados encontrados por Laos (2010) quien afirma que la espiritualidad y tener una muy buena calidad de vida en la salud mental permite que los pacientes puedan tener sensaciones de paz, calma y felicidad. También difiere con los resultados de la investigación de Dasso (2010) al mencionar los niveles bajos en la sintomatología depresiva y niveles altos en las prácticas religiosas.

Se considera que la diferencia en los hallazgos de las investigaciones se debe a que la mayoría de pacientes evaluados en esta investigación se encontraban entre la 1-3 fase de la enfermedad, es decir muchos de ellos aún percibían el impacto del diagnóstico sobre ellos y su familia. Así también asistían a quimioterapia ambulatoria, y este tratamiento les produce cansancio e intranquilidad, lo cual es considerado como un efecto secundario de la quimioterapia. De igual modo el constante ajetreo y las noticias devastadoras que escuchan en el mismo hospital acerca de la muerte de otros pacientes pueden ser considerados como factores amenazantes para su bienestar mental.

Con respecto a los niveles de confiabilidad de los instrumentos psicológicos empleados, en la Escala de Bienestar Espiritual, el índice de Alfa de Cronbach en el estudio original de Ellison fue 0,89 a comparación de esta investigación la consistencia interna fue de 0,90, es decir los índices de ambos estudios son similares y ubicados en un rango alto, lo cual refiere cualidades para considerarse un instrumento confiable. Por otro lado el Cuestionario de Salud SF 36 tuvo una consistencia interna de 0.80, en este estudio el índice de Alfa de 0,921, esto indica que los ítems de esta prueba miden realmente el constructo de calidad de vida. Respecto a la escala de Bienestar espiritual, se hizo el análisis de los supuestos mediante las pruebas KMO y esfericidad e Bartlett, los cuales indicaron que se podía proceder al análisis exploratorio, bajo el método de mínimos cuadrados no ponderados y rotación promin se explicó un 38% de varianza en una estructura unidimensional, con cargas factoriales $> ,30$ en todos los ítems.

Finalmente, el brindar información sobre la relación que existe entre el bienestar espiritual y la calidad de vida genera en el público investigador una nueva visión respecto al impacto de estas dos variables en la salud y mejora de los pacientes relacionada a la psicología positiva. Por ello radica la importancia de realmente comprender la importancia de esto, así como tener interés y reforzar en los pacientes aquellas creencias y conductas que favorecen a su calidad de vida. Es por hoy, necesario seguir investigando sobre estas variables y su relación con otros tipos de tratamientos o enfermedades para así brindar aportes significativos a la comunidad científica.

CONCLUSIONES

- El bienestar espiritual y la calidad de vida tienen una correlación moderada altamente significativa, lo cual indica que tener una alta percepción hacia Dios y hacia uno mismo, así como también una alta satisfacción con la vida se relaciona con la mejora de la salud física, emocional, social y espiritual de los pacientes con cáncer.
- Al hallar las propiedades psicométricas de las pruebas se obtuvo que el índice de confiabilidad de la Escala de Bienestar Espiritual es 0,90 y el índice para el Cuestionario de Salud SF 36 es 0,92, lo cual indica que los ítems tienen precisión de medida, así también pueden ser empleados en pacientes con características similares.
- Existe una correlación baja entre el bienestar espiritual y la dimensión función física, salud general, vitalidad, función social y rol emocional de la calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.
- Así también existe una correlación moderada entre el bienestar espiritual y la dimensión rol físico de la calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.
- De igual modo existe una correlación prácticamente nula entre el bienestar espiritual y en la dimensión de dolor corporal y salud mental de la calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo.
- Con respecto a los niveles de bienestar espiritual en los pacientes con cáncer, se evidencia que la mayoría se ubica en el nivel moderado es decir, tienen una moderada percepción hacia Dios y hacia sí mismos, y también una moderada satisfacción con la vida.
- En relación a los niveles de calidad de vida, la gran parte de los pacientes con cáncer evidencian una muy buena calidad de vida lo cual indica que pueden realizar actividades físicas sin mucha interferencia, así como también ni la salud ni el dolor corporal interfiere en su trabajo u otras actividades diarias (salir con la familia, etc), además se sienten animados y poseen sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma.

RECOMENDACIONES

- A las instituciones que brindan servicios de salud (clínicas, hospitales, postas de salud, etc.) encargadas de la atención a pacientes con cáncer, u otro tipo de pacientes con características similares a esta población, se les anima a brindar un programa o serie de talleres acerca del bienestar espiritual y su importancia terapéutica, así también sobre el propósito de vida y la trascendencia de la persona, como una forma de compartir y reforzar aquellas creencias que mejoran su calidad de vida. Además se anima a los hospitales a generar protocolos institucionales que permitan accesibilidad a las organizaciones religiosas para que puedan visitar a los pacientes (con previa autorización), y de esa forma brindar un tratamiento multidisciplinario a las personas.
- A los pacientes con cáncer se les anima a reconocer su dimensión espiritual, a través del descubrimiento del propósito de la vida y participación a alguna organización religiosa coherente entre sus pensamientos, palabras y acciones, mediante ciertas prácticas cristianas. Así como la asistencia a sesiones psicológicas de logoterapia para encontrar un sentido más profundo a la vida y sesiones de mindfulness.
- Asimismo a los investigadores se les sugiere enfocarse en reforzar la teoría del bienestar espiritual relacionada con la psicología positiva en la realidad limeña y con otros tipos de poblaciones. Igualmente profundizar la teoría de calidad de vida relacionada a la dimensión de rol emocional y salud mental. De igual modo, explicar estas variables desde un enfoque diferente al propuesto como la psicología cognitiva y conductual.
- Así también se sugiere a las futuras investigaciones seleccionar muestras más equitativas en cuanto a mujeres y varones, y realizar un estudio comparativo por sexo, edad, religión, y de esta forma poder indagar la posible existencia de diferencias significativas en cuanto a estos datos demográficos.
- Además diseñar programas de apoyo espiritual a los pacientes con enfermedades crónicas, considerando a la familia, equipo de salud, amigos y guías espirituales que ayuden a mejorar el bienestar espiritual de la persona, enfocándose en la psicología positiva.

REFERENCIAS

- Abi-Hashem, N. (2001). Rediscovering Hope in American Psychology. *American Psychologist*, 56(1), 85-86.
- Alonso, Prieto, y Antó (1995) La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36). *Med Clin (Barc)*. 104:771-6.
- Alonso y Bastos (2011) *Intervención psicológica en pacientes con cáncer*. Madrid: Clínica Contemporánea.
- Aliada Contra el Cáncer (2015) *Guía del paciente*. Recuperado de <http://www.aliada.com.pe/wp-content/uploads/2015/01/LIBRO-QUIMIOTERAPIA.pdf>
- Agency for toxic substances and disease registry [ATSDR] (2016) Disponible en: http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/es_cancer_fs.pdf
- Ameling A. (2000) Prayer: an ancient healing practice becomes new again. *Journal Holistic Nursing Practice*; 14: 40-8.
- Barreto P., Fombuena M., Diego R., Galiana L., Oliver A., Benito E. (2013) Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa*. 22, 25–32.
- Cabrera, Agostini, Victoria. (1998) *Calidad de vida y trabajo comunitario integrado*.
- Cáceres, Ruiz, Germá y Busque (2007) *Manual para el paciente oncológico y su familia*. España: Egraf.
- Carpio, C. (2001). *Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica*. En: Romero, J. (edit.). *Calidad de vida*. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología.
- Coward y Kahn (2005). Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment. *Journal Holistic Nursing*; 23 (3): 264-283.

Como, M. (2007) Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holist Nurs Pract.* XXI(5):224–36

Choumanova, Wanat, Barrett , y Koopman (2006). Religion and spirituality in coping with breast cancer: Perspectives of Chilean women. *The Breast Journal.* 12, 319- 352.

Dasso Vasallo (2010) Sintomatología depresiva y prácticas religiosas en internas por delitos comunes de un penal en lima. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica: Perú.

Delgado-Guay, M., Hui, D., Parsons, E. Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. & Bruera, E. (2011). Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients *Journal of Pain and Symptom Management.* 41(6).

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (2015). Estadificación del cáncer. Recuperado el 5 de diciembre del Instituto Nacional del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>

Dein, S. y Stygall, J. (1997). Does being religious help or hinder coping with chronic illness? A critical literature review. *Palliative Medicine.* 11, 291-298

Domínguez Gil, María Rosario, Acosta Mosquera, María Eugenia, Méndez Martín, Inmaculada, Maestre Ramos, Isabel, Pedrote Ramírez, Caridad, y Frutos Cantó, Marcela. (2009). Evaluación de la Calidad de Vida tras el tratamiento primario del cáncer de mama. *Index de Enfermería,* 18(4), 246-248. Recuperado en 11 de noviembre de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009004400007&lng=es&tlng=es.

Ellison (1983) Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology.*

El 57% de casos de cáncer en el Perú corresponde a mujeres (1 de abril del 2015). La República. Recuperado de <http://larepublica.pe/01-04-2015/el-57-de-casos-de-cancer-en-el-peru-corresponde-a-mujeres>

Finck Barboza, C., y Forero Forero, M.J. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 07-27. Recuperado el 12 de noviembre de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000100002&lng=pt&tlng=es.

Folkman y Lazarus (1988). *Manual for the Ways of coping questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Fombuena. (2014) *Situación clínica de la enfermedad avanzada y espiritualidad*. Tesis para doctorado. España: Universidad de Valencia.

Fundación para la Excelencia y la Calidad de la oncología (2014) *Generalidades en oncología*. Recuperado de <http://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf>

Fundación Salud, Innovación y Sociedad; la Fundación Biblioteca Josep Laporte y la Universidad Autónoma de Barcelona (2002) *Actitudes, vivencias y conductas del paciente con cáncer*. España.

Gandek, B.V. & Ware, J.E. (1998). Translating functional health and well-being: International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project studies of the SF-36 Health Survey. Special Issue. *J Clin. Epidemiol.* 51, 891-1214

Gandur N. (2011) *Manual de Enfermería Oncológica*. Argentina: Instituto Nacional del Cáncer.

Grof, C. y Grof, S. (1995) *La tormentosa búsqueda del Ser: una guía para el crecimiento personal a través de la emergencia espiritual*. Barcelona: La liebre de marzo.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, Pilar. (2010). *Metodología de la investigación* (5a ed.). México: McGraw-Hill.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, Pilar. (2010). Metodología de la investigación (6a ed.). México: McGraw-Hill.

INEN (2014). Estadísticas-Datos Epidemiológicos [En red] Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html> 11/04/16

Instituto Nacional del Cáncer (2008). La espiritualidad en el tratamiento del cáncer. Versión Profesional de Salud [En red] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/HealthProfessional/page4/print>.

Juvé M. (2009). El significado de la espera de un cáncer. Disponible en: http://scielo.isciii.es/script=sci_arttext

Laos (2010) Calidad de Vida y Religiosidad en pacientes con cáncer de mama. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica: Perú.

Loustaunau, C. & Torrejón, S. (2013). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título de Magister en Psicología Clínica de la Salud, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Lancet Oncology Comision. (2013) La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. www.thelancet.com/oncology

Lugones (2002) Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Revista Cubana de Medicina General Integral; Vol 4.

Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. American Psychologist. 55, 56-67.

Macarulla, Ramos y Tabernero (2009) Comprender el cáncer. Barcelona: Amat.

Maton, K. y Pargament, K. (1987). The roles of religion in prevention and promotion. Prevention in Human Services. 5, 161–205.

Martínez, M., Méndez, C. & Ballesteros, B. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro Javeriano de Oncología. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Marrone R. (1999) Dying, mourning, and spirituality: a psychological perspective. *Death Stud*; 23 (6): 495-519

Melloni X. (2006) Disponible en http://mariapallares.org/entrevistes/entrevista_xavier_meloni.asp

Meseguer, C. (2003) El adulto con cáncer. En Die Trill, M. (ed.). *Psico-oncología*. Madrid: Ades Editores,

Minner D. (2006) Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of Clinical Nursing*. 15: 811-821.

Moorey, S. y Greer S (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. London: Heinemann Medical Books.

Mueller, P.S., Plevak, D.J., y Rummans, T.A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*. 76, 1225-1235

Novoa Gómez, Mónica María, Vargas Gutiérrez, Rochy M, Obispo Castellanos, Shirley Alexandra, Pertuz Vergara, Máryori, & Rivera Pradilla, Yady Karina. (2010). Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. *Terapia psicológica*, 28(1), 69-84. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100007>

Organización Mundial de la Salud (2008) Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/15/es/>

Organización Mundial de la Salud (2014) Disponible en: http://www.clarin.com/buena-vida/salud/datos_cancer_0_864513683.html

Organización Mundial de la Salud (2007) Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1990). Cancer Pain Relief and palliative care.

Parra L, Carrillo González G. Calidad de vida de mujeres en situación de enfermedad crónica de cáncer de cérvix. *av.enferm. [Revista de Internet]*. 2011 de Julio [02 de Septiembre del 2012]; 29(1): 87-96. Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002011000100009&lng=en

Pargament y Koenig (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.

Pargament, K. y Ano, G. (2006). Spiritual resources and struggles in coping with medical illness. *Southern Medical Journal*. 99, 1161-1162.

Pargament, K. y Mahoney, A. (2002). Capítulo 47: Spirituality: Discovering and Conserving the Sacred. En: Snyder, C.R. (edit.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.

Payán, Vinaccia y Quiceno. (2011) Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. *Act.Colom.Psicol.* [online]. 14,2.

Patel , Shah , Peterson y Kimmel (2002). Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am J Kidney Dis*. 40: 1013-22.

Peterson, M., & Webb, D. (2006). Religion and spirituality in quality of life studies. *Applied Research in Quality of Life*. 1, 107-116.

Puchalski, C., Elliot, R., Hebbbar, B. y Hendi, Y. (2011). Religion, spirituality, and end of life care. UpToDate. Extraído el 11 de abril, 2016, de http://www.uptodate.com/contents/religion-spirituality-and-end-of-lifecare?source=search_result&search=spirituality&selectedTitle=1%7E13.

Reig, Arenas, Ferrer, Fernández, Albaladejo, Gil y De la Fuente (2012) Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. Madrid: Nefrología. 32,6.

Rodríguez Marín, J. (1995). Capítulo 11: La Calidad de Vida en Pacientes Crónicos. En: Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.

Rodríguez J. (1995) Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.

Rodríguez, Fernández, Perez y Noriega (2011) Espiritualidad, variable asociada a la resiliencia. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. 11(2),24-49.

Rodríguez (1993) Calidad de vida en enfermos crónicos. Valencia: Promolibro.

Rossi E. L. (1993). The psychobiology of mind-body healing (rev. ed.). New York: Norton.

Rubio J., L. (2014). Manual de Estadística. Sistema de Gestión de la Investigación. Perú: Universidad Privada del Norte.

Rule, S. (2006). Religiosity and Quality of Life in South Africa. Social Indicators Research. 81 (2), 417-434.

Rusa, Peripato, Pavarini, Inouye, Zazzetta, Orlandi. (2014) Calidad de vida/Espiritualidad, religión y creencias personales de adultos y ancianos renales crónicos en hemodiálisis. Brasil: Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Salas, C. y Grisales, H. (2010) Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia: Rev Panam Salud Publica. 28(1) 9-18.

Salazar F. y Bernabé E. (2012) The Spanish SF-36 in Perú. Asia Pacific Journal of Public Health Vol 27, Issue 2, pp. NP2372 - NP2380.

Sánchez H. (2009) Bienestar espiritual en personas con o sin discapacidad. Tesis para maestría. Colombia :Universidad Nacional de Colombia.

Sánchez Herrera, Beatriz. (2009). Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 86-95. Recuperado en 11 de noviembre de 2016, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100009&lng=es&tlng=es.

Sánchez B. (2004) Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Colombia: *Aquichan*. 4 (4): 6-9.

Sgreccia E. (2009) *Manual de Bioética I: Fundamentos y ética biomédica*. Madrid: Biblioteca de autores cristianos.

Segura M. (2011). Nivel de bienestar espiritual en personas adultas con cáncer en el hospital nacional Almazor Aguinaga. Tesis de licenciatura. Chiclayo: Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Sherman, A., & Simonton, S. (2001). Religious involvement among cancer patients in Faith and Health. Psychological perspectives. Plante, T., & Sherman, A. (Eds.) New York: Guilford Press.

Silva M., Kimura M., Stelmach, R., y Santos V. (2009) Calidad de vida y bien estar espiritual en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev. esc. enferm. USP* [online].

Spilka, B., Hood, R., Hunsberger, B. y Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion: an empirical approach*. New York: The Guilford Press.

Sociedad Española de Oncología Médica (2015) *El dolor en el paciente oncológico*. (n.d.). 1st ed. Madrid: OncoVida, [p.http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/F_Oncovida_17_BAJA.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/F_Oncovida_17_BAJA.pdf).

Sociedad Americana Contra el Cáncer (2015) *Una guía sobre quimioterapia*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003026-pdf.pdf>

Schalock, R. (2003). Capítulo 2: El concepto de Calidad de Vida: Significado, importancia y nuestro enfoque. En: *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación y servicios sociales*. Madrid: Alianza.

Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. 5ta edición. Boston: McGraw-Hill.

Torres, J. (2011). *Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Vallurupalli et al. (2012). The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative. Radiation Therapy. *J Support Oncol*. 2012; 10(2): 81-87. doi:10.1016/j.suonc.2011.09.003.

Velasco-Gonzalez, Lucy; Rioux, Liliame (2013) The Spiritual Well-Being of Elderly People: A Study of a French Sample. *J Relig Health*. PubMed PMID: 23568407.

Vespa, A., Jacobsen, P., Spazzafumo, L. y Balducci, L. (2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles and spirituality of patients affected by tumors. *Psycho-Oncology*, 20, 5-11.

Vinaccia, Stefano, & Quiceno, Japcy M. (2011). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. *Terapia psicológica*, 29(1), 65-75. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100007>

Vinaccia, Stefano, y Orozco, Lina María. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Colombia: *Diversitas*. 1(2), 125-137. Recuperado en 22 de noviembre de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=pt&tlng=en.

Victoria (2003) Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. Cuba: *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.

Walter y Rosser (1987). *Quality of life: Assessment and Application*. MTP press Ltd., Lancaster.

Williams, Larson, Buckler, Heckmann y Pyle (1991). Religion and psychological distress in a community sample. *Soc Sci Med*; 32: 1257-62.

Yélamos y Fernández (2011) Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. Recuperado de <http://sovpal.org/wp-content/uploads/2011/09/NECESIDADES-EMOCIONALES-EN-EL-PACIENTE-CON-CANCER.pdf>

Yoffe, L. (2012). Beneficios de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo.

Zavala, Martinez, Whetsell (2006) Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Colombia: Revista Aquichan.

Zinnbauer, B. y Pargament, K. (2005). Capítulo 2: Religiousness and Spirituality. En: Paloutzian, R. (edit.). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press.

Knestrick y Lohri-Posey B. (2005) Spirituality and Health: Perceptions of Older Women in a Rural Senior High Rise. *Journal of Gerontological Nursing*. 31 (10): 44-52

Kutz I. (2002) Samson, the Bible and DSM. *Arch Gen Psychiatry*. 59: 565.

ANEXOS

ANEXO n.º 1.

Tabla 15

Ficha técnica de la Escala de Bienestar Espiritual.

Instrumento de Evaluación	Bienestar Espiritual.
Autores	Ellison y Paloutzian (1983).
Áreas que evalúa	Bienestar Espiritual Religioso. Bienestar Espiritual Existencial.
Ámbito de Aplicación	Clínico, organizacional, etc.
Administración del Test	Individual y colectivo.
Tiempo de duración	20 – 30 minutos.
Área de aplicación	Investigación.
Ítems	20
Formato de respuestas	CA = Completamente acuerdo. MA = Moderadamente acuerdo. A = De acuerdo. D =En desacuerdo. MD =Moderadamente desacuerdo. CD= Completamente desacuerdo.

ANEXO n.º 2.

Escala de Bienestar Espiritual de Ellison.

Instrucciones: En cada una de las oraciones, marque con un círculo la opción que mejor indique su acuerdo o desacuerdo con respecto a su experiencia personal:

CA = Completamente de acuerdo D =En desacuerdo
MA = Moderadamente de acuerdo MD =Moderadamente en desacuerdo
A = De acuerdo CD= Completamente en desacuerdo

Ejemplos de preguntas

- | | |
|---|-----------------|
| a. Creo que la vida es una experiencia positiva. | CA MA A D MD CD |
| b. Me siento pleno y satisfecho con la vida. | CA MA A D MD CD |
| c. No sé quién soy, de dónde vine o a dónde voy. | CA MA A D MD CD |
| d. Creo que Dios me ama y se preocupa por mí. | CA MA A D MD CD |
| e. Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar. | CA MA A D MD CD |
| f. Creo que la vida es una experiencia positiva. | CA MA A D MD CD |
| g. Me siento inseguro sobre mi futuro. | CA MA A D MD CD |

Nota: El original está en idioma Inglés. Spiritual Well-Being Scale (SWB Scale) © se encuentra en la Revista de Psicología y Teología, 1983, 11 (4), p. 340. La escala en inglés (SWB Scale) en 1982 y la escala española (Escala de BE) © 1994, 1996 por Craig W. Ellison y Raymond F. Paloutzian. Todos los derechos reservados. Traducción por cortesía de Kay y Bruce C. Stagner Ted.

ANEXO n.º 3.

Tabla 16

Ficha técnica de Cuestionario de Salud SF-36

Instrumento de Evaluación	Cuestionario de Salud
Autores	Alonso, Prieto y Antó (1999).
Áreas que evalúa	Función Física ,Rol Físico Dolor Corporal, Salud General Vitalidad, Función Social Rol emocional y Salud Mental
Ámbito de Aplicación	Clínico
Administración del Test	Individual y colectivo.
Tiempo de duración	20 – 30 minutos.
Área de aplicación	Investigación.
Ítems	36
Formato de respuestas	Varía de acuerdo a la dimensión evaluada.

ANEXO n.º 4. Cuestionario de Salud SF-36

Sexo: M () F ()

Edad:

Grado de instrucción:

Marque con un X en el recuadro que considere adecuado:

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año

Algo mejor ahora que hace un año

Más o menos igual que hace un año

Algo peor ahora que hace un año

Mucho peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED
PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS
ACTIVIDADES COTIDIANAS.**

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? Sí No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? Sí No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? Sí No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? Sí No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? Sí No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? Sí No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? Sí No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN
IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA
LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES
FRASES.**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa

¡Muchísimas gracias por su disposición para responder los cuestionarios!

ANEXO n.º 5. Consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ud. está siendo invitado a participar en una investigación que tiene como objetivo medir la posible relación entre el bienestar espiritual y la calidad de vida en pacientes con cáncer. Esta investigación es realizada por la alumna de psicología Belén Martel Enriquez. Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una ficha de datos personales, así como, un cuestionario que mide bienestar espiritual, un cuestionario de calidad de vida, y otro de prácticas religiosas. Su ayuda es necesaria para conocer cuál es la relación del bienestar espiritual y calidad de vida, así también describir la utilización de ciertas prácticas religiosas.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

Anonimato: Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.

Integridad: Ninguna de las pruebas que se le apliquen resultará perjudicial para usted.

Participación voluntaria: Tiene el derecho a no aceptar participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SI ____ NO ____

Firma de la participante

Firma de la investigadora

Trujillo, ____ de _____ del 2016

En caso de alguna duda relacionada a la investigación puede contactarse al siguiente número de móvil: 992264296, o al correo electrónico: belenmartel.en@gmail.com

ANEXO n.º 6. Ficha de datos sociodemográficos

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:

Edad:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Estado Civil:

Número de Hijos:

Lugar de residencia:

Composición familiar:

Grado de instrucción:

Ocupación:

DATOS DE RELIGIÓN

Marcar con una "x" en los espacios en blanco y completar si fuera el caso.

1. ¿Qué religión profesó? Marcar con una "x"

Católica ___ cristiano/evangélico ___ otros (especificar) _____ ninguno ___

¿La practica? Sí _____ No _____

2. ¿He cambiado de religión en los últimos 5 años?

Si ___ A cuál _____ No ___

3. Si he cambiado de religión, ¿por qué motivo se dio esto?

4. ¿Con qué personas de mi entorno comparto mis creencias religiosas?

Pareja ___ Hijo/Hija ___ Madre ___ Hermano/Hermana ___

Otros: _____

5. ¿Mis prácticas religiosas me ayudan a enfrentar los problemas que tengo actualmente?

Si: _____ En ocasiones: _____ No: _____

6. Si es así, ¿cómo me ayuda a enfrentarlas?

7. ¿Participé en actividades religiosas antes y durante la enfermedad?

Si: _____ No: _____

¿Cuáles son estas prácticas religiosas?

8. ¿Qué tan importante es Dios en mi vida? y ¿por qué?

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Diagnóstico:

Fecha de diagnóstico:

Estadio clínico:

Tipo de tratamiento recibido:

Otras enfermedades:

**ANEXO n.º 7. Autorización del comité de Investigación y Ética de la Red Asistencial La Libertad-
ESSALUD.**



"Año de la consolidación del Mar de Grau' en Perú".

"Año de la Conmemoración del Octogésimo Aniversario de la Creación de la Seguridad Social en el Perú"

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA

PI N° 102 CIYE-RALL-ESSALUD-2016

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Investigación y Ética de la Red Asistencial La Libertad – ESSALUD, ha aprobado el Proyecto de Investigación Titulado:

**"BIENESTAR ESPIRITUAL, PRACTICAS RELIGIOSAS Y CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES ONCOLOGICOS EN UN HOSPITAL DE TRUJILLO"**

BELEN MARTEL ENRIQUEZ

Al finalizar el desarrollo de su proyecto deberá alcanzar un ejemplar y un CD del mismo, a la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia - GRALL para ser remitido a la Biblioteca de la RALL, caso contrario la información del Trabajo de Investigación no será avalada por ESSALUD.

Trujillo, 05 de octubre del 2016

ANEXO n.º 8.

Tabla 17

Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Prueba de esfericidad de Barlett para la Escala de Bienestar Espiritual.

Prueba de KMO	Prueba de Barlett
0,79323 (fair)	944,6 (significativa)

ANEXO n.º 9.

Tabla 18

Prueba de Kolmogórov Smirnov para la Escala de Bienestar Espiritual y el Cuestionario de Salud SF-36.

	p
Bienestar Espiritual	,200
Calidad de Vida	,100
Función Física	,238
Rol Física	,467
Dolor Corporal	,276
Salud General	,128
Vitalidad	,200
Función Social	,419
Rol Emocional	,510
Salud Mental	,125

Nota: A partir de esta prueba, se decidió emplear la fórmula de rangos de Spearman Brown para ambos instrumentos psicológicos.