



“Nivel de espiritualidad de los adultos y adultas mayores con cáncer”

Seminario de tesis para optar al grado:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Tesistas:

Pedro Agurto Vivar
Katty Arredondo Manques
Javiera Canelo Escudero
Abner Lillo Aguilera
Macarena Muñoz Alarcón
Camila Orrego Castillo
Bárbara Pérez Villagra

Docente asesora:

Johana Vidal Ortega

Valparaíso, 2016

I. AGRADECIMIENTOS

No habría sido posible realizar la presente investigación, sin el esfuerzo y dedicación de los estudiantes tesistas, junto a la ayuda y guía de la enfermera docente Johana Vidal Ortega, así como de nuestros colaboradores, nombrados a continuación.

A la Corporación Nacional del Cáncer (CONAC) de Valparaíso, especialmente al Director Dr. Pedro Acuña y el Gerente de Administración y Gestión, Sr. Rafael Miranda, por su cálida acogida y excelente disposición al permitirnos realizar la investigación en las dependencias de la corporación, con todas las facilidades posibles.

A las enfermeras docentes Paulina Gundelach, Lorena Bettancourt, Paola González y Angélica Mosqueda, que nos brindaron su apoyo desinteresado y tiempo personal.

A nuestra compañera y amiga María Victoria Panés Rivas, por su colaboración en la traducción del instrumento Spiritual Perspective Scale (SPS), 1986, de Pamela Reed, utilizado en esta investigación

A don Juan Espinoza, funcionario de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, quien nos apoyó en la búsqueda bibliográfica.

A nuestras familias, por apoyarnos incondicionalmente en cada momento de este proceso.

Finalmente, agradecemos profundamente a todas las personas que accedieron voluntariamente a ser parte de nuestra investigación y que pese a la adversidad que estaban cursando en sus vidas, nos compartieron parte de su experiencia vital y, de esta manera, influyeron en nuestro desarrollo profesional y personal.

A todos ellos, muchas gracias.

II. ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CAPÍTULO 1	
INTRODUCCIÓN	
1.1 Introducción	1
1.2 Pregunta de investigación	4
1.3 Objetivos	
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
CAPÍTULO 2	
MARCO REFERENCIAL	
2.1 Marco empírico	
2.1.1 Envejecimiento	5
2.1.1.1 Datos demográficos	5
2.1.1.2 Cambios fisiológicos	6
2.1.1.3 Cambios psicosociales	7
2.1.2 Cáncer y envejecimiento	9
2.1.2.1 Epidemiología	9
2.1.2.2 Cambios fisiológicos en el adulto mayor con cáncer	11
2.1.2.3 Cambios psicoemocionales en el adulto mayor con cáncer	12
2.2 Marco Teórico	
2.2.1 Corporación Nacional del Cáncer (CONAC)	14
2.2.2 Teoría de la Autotrascendencia de Pamela Reed	16
2.2.3 Espiritualidad	19
2.2.3.1 Definición	19
2.2.3.2 Conceptos relacionados a la espiritualidad	21
2.2.3.2.1 Necesidad espiritual	21
2.2.3.2.2 Bienestar espiritual	22
2.2.3.2.3 Cuidado espiritual de enfermería	22

2.2.3.2.4	Religión y espiritualidad	24
2.2.4	Investigaciones	25
2.2.5	Operacionalización de variables	29
CAPÍTULO 3		
MATERIAL Y MÉTODOS		
3.1	Diseño de la investigación	35
3.2	Población en estudio	35
3.3	Selección de la Población: Criterios de inclusión y exclusión	35
3.4	Descripción de los instrumentos	36
3.5	Procedimiento de recolección de datos	38
3.6	Prueba piloto del instrumento	39
3.7	Procesamiento y análisis de los datos	39
3.8	Consideraciones éticas	40
CAPÍTULO 4		
ANÁLISIS DE RESULTADOS		
4.1	Caracterización Biopsicosociodemográfica de la población en estudio	41
4.2	Niveles de espiritualidad	47
4.2.1	Resultados por dimensión	47
4.2.1.1	Prácticas espirituales	48
4.2.1.2	Creencias espirituales	50
4.2.2	Resultado global de la Escala de Perspectiva Espiritual	54
CAPÍTULO 5		
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS		
5.1.	Discusión	56
5.1.1	Características Biopsicosociodemográficas	56
5.1.2	Prácticas y creencias espirituales	57
5.1.3	Nivel de espiritualidad	61
5.2	Limitaciones del estudio	63

5.3 Conclusiones	63
5.4 Sugerencias	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	75

III. ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS, GRÁFICOS Y ANEXOS

III.1 FIGURAS

Figura 1.	Modelo de la teoría de Autotrascendencia.	18
-----------	---	----

III.2 TABLAS

Tabla 1.	Distribución de las edades de los adultos y adultas mayores de CONAC Valparaíso, según grupos de edad y género.	42
Tabla 2.	Distribución de los adultos y adultas mayores que se hospedan en la CONAC Valparaíso, según escolaridad y ocupación.	43
Tabla 3.	Distribución de los adultos y adultas mayores que se hospedan en la CONAC Valparaíso, según actividades de recreación, red de apoyo, práctica religiosa y ECNT.	44

III.3 GRÁFICOS

Gráfico 1.	Número y porcentaje de adultos y adultas mayores que se hospedan en la CONAC Valparaíso, según tipo de cáncer	45
Gráfico 2.	Número de tipos de cáncer, según género	46
Gráfico 3.	Distribución porcentual de adultos mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso, según tiempo de diagnóstico	46
Gráfico 4.	Número y porcentaje de adultos y adultas mayores que se hospedan en la CONAC Valparaíso, según tipo de tratamiento	47
Gráfico 5.	Frecuencia en número y porcentaje de la práctica <i>conversar con familia o amistades sobre temas espirituales</i>	48
Gráfico 6.	Frecuencia en número y porcentaje de la práctica <i>compartir con otros, Los problemas y alegrías de vivir según creencias espirituales</i>	48
Gráfico 7.	Frecuencia en número y porcentaje de la práctica <i>Leer material relacionado con temas espirituales</i>	49

Gráfico 8.	Frecuencia en número y porcentaje de la práctica <i>Orar, rezar, o meditar en privado</i>	49
Gráfico 9.	Frecuencia en número y porcentaje de la creencia <i>“El perdón es parte importante de mi espiritualidad”</i>	50
Gráfico 10.	Frecuencia en número y porcentaje de la creencia <i>“Yo busco guía espiritual en las decisiones que tomo en mi diario vivir”</i>	51
Gráfico 11.	Frecuencia en número y porcentaje de la creencia <i>“Mi espiritualidad es una parte significativa de mi vida”</i>	51
Gráfico 12.	Frecuencia en número y porcentaje de la creencia <i>“Frecuentemente me siento muy cerca de dios, o de un poder superior al orar, al adorar en público o en momentos importantes en mi diario vivir”</i>	52
Gráfico 13.	Frecuencia en número y porcentaje de la creencia <i>“Mis perspectivas espirituales han ejercido influencia en mi vida”</i>	52
Gráfico 14.	Frecuencia en número y porcentaje de la creencia <i>“Mi espiritualidad es especialmente importante para mí, porque responde muchas preguntas acerca del significado de la vida”</i>	53
Gráfico 15.	Frecuencia en número y porcentaje de los niveles obtenidos en la Escala de Perspectiva Espiritual	54

III.4 ANEXOS

Anexo 1.	Escala de Perspectiva Espiritual	75
Anexo 2.	Cuestionario de Caracterización Biopsicosociodemográficas	76
Anexo 3.	Carta de aprobación para utilización de instrumento de Pamela Reed	78
Anexo 4.	Carta de aprobación al proyecto de investigación por parte de la Corporación Nacional del Cáncer de Valparaíso	80
Anexo 5.	Certificación del Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Medicina de Universidad de Valparaíso	81
Anexo 6.	Consentimiento informado	83

Anexo 7.	Acta de Consentimiento informado	85
Anexo 8.	Carta de aprobación al proyecto de investigación por parte del Centro de Atención Psicológica de la escuela de psicología de la Universidad de Valparaíso	86
Anexo 9.	Flujograma de Contención emocional	87

IV. RESUMEN

La espiritualidad es una de las dimensiones que componen la integralidad del ser humano y una parte esencial en sus momentos de vulnerabilidad, como al vivir un proceso de enfermedad como el cáncer y al ser adulto mayor.

El objetivo general del presente estudio es describir el nivel de espiritualidad de los adultos y adultas mayores con cáncer, de 60 años o más, que se hospedan en la CONAC de Valparaíso, indicando las características biopsicosociodemográficas, la frecuencia de las prácticas y la importancia de las creencias espirituales.

Corresponde a una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal, con una población de 40 adultos y adultas mayores con diagnóstico de cáncer y que se hospedaron en la CONAC de Valparaíso en los meses de diciembre de 2015 y enero de 2016. La recolección de datos se llevó a cabo a través de dos instrumentos: Cuestionario de Caracterización Biopsicosociodemográfica y Escala de Perspectiva Espiritual o Spiritual Perspective Scale (SPS).

Se utilizó una estadística descriptiva y los resultados obtenidos arrojaron que el Nivel de espiritualidad que prevaleció en la población de estudio fue el Nivel Alto (90%), seguido por el Nivel Moderado (7,5%) y Nivel Bajo (2,5%). Además, la práctica espiritual realizada con mayor frecuencia fue orar, rezar o meditar en privado, y las creencias espirituales con mayor grado de acuerdo fueron “sentirse cerca de Dios o un poder superior” y “la espiritualidad es importante porque responde a preguntas sobre el significado de la vida”.

A partir de esto, se concluye que la espiritualidad constituye una dimensión significativa en el proceso de salud – enfermedad y cuando se viven momentos de gran vulnerabilidad. Es por ello que el profesional enfermero/a debe cumplir el rol de apoyar y fomentar el desarrollo espiritual de las personas e incluirlo dentro del plan de cuidados.

Palabras Claves: Envejecimiento, Anciano, Neoplasias, Espiritualidad.

V. ABSTRACT

The spirituality is one of the dimensions who compose the integrity of the human being and an essential part in their moments of vulnerability, as being elderly and live a disease processes such as cancer.

The general objective of this research is to describe the level of spirituality of the elderly men and women with cancer, of 60 years old or more, who stay in CONAC in Valparaíso, indicating the biopsicodemographic characteristics, the frequency of the practices and the importance of the spiritual beliefs.

It corresponds to a quantitative, descriptive and transversal research, in a population of 40 elderly men and women with a cancer diagnosis who stayed in CONAC in Valparaíso between December 2015 and January 2016. Data collection was developed through two instruments: *Biopsicosociodemographic Characterization Questionnaire* and *The Spiritual Perspective Scale* of the American nurse Pamela Reed.

A descriptive statistic was used, and the obtained results revealed that the level of spirituality that prevailed in the population of study was the High Level (90%), followed by the Moderate Level (7,5%) and Low Level (2,5%). Besides, the most common spiritual practices were praying or meditating in private, and the spiritual beliefs with the higher degree of agreement were “*feeling close to god or a superior power*” and “*the spirituality is important because it provides answers to questions about the meaning of life*”

Based on this, it is concluded that spirituality constitutes a meaningful dimension in the process of health-disease and in moments of greater vulnerability. It is because of this that the professional nurse must play the role of support and encourage the spiritual development of the people and include it in the care program.

Key words: Aging, Aged, Neoplasms, Spirituality

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, Chile ha pasado por grandes cambios demográficos: se ha producido un aumento de la esperanza de vida y, por consiguiente, un aumento de la población adulta y adulta mayor. Según información presentada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el año 2015, el 14,9% de la población chilena tiene 60 años y más, siendo la esperanza de vida al nacer de 79 años en promedio (76,5 años los hombres y 81,6 años las mujeres). La región de Valparaíso es la tercera región con mayor cantidad de adultos y adultas mayores, correspondiendo al 17% de su población (1).

Junto con el aumento de la población adulta mayor, han existido diversos cambios epidemiológicos, destacándose, en esta población, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y limitaciones funcionales, con una consiguiente disminución de la calidad de vida (2). En relación a la mortalidad, la principal causa de muerte en personas de 65 años o más en el año 2012 son las enfermedades del sistema circulatorio, con 22.108 defunciones, quedando en segundo lugar los tumores malignos, con 17.610 defunciones (3). Ambas enfermedades fueron las principales causas de mortalidad general a nivel nacional en el año 2013 (4) y a nivel de la región de Valparaíso en el año 2011 (5).

En Chile la tasa de mortalidad según tipo de cáncer, varía según sexo. En el caso de las mujeres, en el año 2010, el cáncer de mama ocupa el primer lugar con 13,2 defunciones por 100.000 habitantes. Por otro lado, en el caso de los hombres el primer lugar lo ocupa el cáncer de estómago con 27,4 defunciones por 100.000 habitantes (6). En relación a la tasa de mortalidad por cáncer en adultos mayores en Chile por cada 100.000 habitantes, en el año 2010 se registra en primer lugar el cáncer de estómago (2).

Frente a dicha realidad nacional y considerando la línea holística del ser humano, es y ha sido de suma relevancia incluir los aspectos de la esfera biopsicosocial y espiritual, como esenciales en la

curación, afrontamiento de la enfermedad y manejo de la salud. Existen posturas que señalan que ignorar el logro del bienestar espiritual, a través de sólo la satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales, es fallar en la comprensión de lo que significa ser hombre (7).

Al ser la enfermería una disciplina de orden holístico, considera la importancia de la espiritualidad al momento de brindar cuidados en el proceso de salud y enfermedad, definiendo el cuidado espiritual como la acción de propiciar, a través de una relación de cuidado, la satisfacción de las necesidades espirituales, lo cual incluye ayudar al individuo a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad (7).

Dentro de este contexto, el cáncer representa una crisis paranormativa, siendo una experiencia de estrés, sufrimiento y vulnerabilidad, que afecta el desarrollo adecuado y calidad de vida de las personas, a nivel conductual, cognitivo, afectivo y social desde la etapa de diagnóstico, durante el transcurso de la enfermedad y en etapas avanzadas de la misma. Por lo mismo, la espiritualidad se transforma en una herramienta importante y beneficiosa para la persona, promoviendo la calidad de vida, crecimiento personal y adaptación a la enfermedad, siendo los profesionales de salud los catalizadores de este proceso (8,9).

En 1987, P. Reed afirma que el nivel de perspectiva espiritual aumenta conforme la persona se acerca a la etapa final de su vida (10). A partir de esto, estructura su teoría planteando que la perspectiva espiritual puede aumentar en función de la proximidad a la muerte, a la sensación de vulnerabilidad y frente a situaciones de estrés. Bajo esta premisa, existen diferentes investigaciones, como la realizada en 2005 por M. Whetsell, K. Frederickson, P. Aguilera y J. Maya, que plantearon una relación directamente proporcional entre los niveles de bienestar espiritual y los de fortaleza relacionada con la salud en personas adultas mayores en situaciones de estrés, resultados que concuerdan con lo planteado por Reed (11). Otro ejemplo es la investigación realizada en 2006 por M. Zavala, O. Vázquez y M. Whetsell, la cual muestra la correlación entre los niveles de bienestar espiritual y los niveles de ansiedad-estado; cuyo resultado fue que el estado de ansiedad es modulado a través de altos índices de espiritualidad (12). En el año 2010, Isabel Gomez investigó sobre la espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2, estableciendo que a mayor espiritualidad,

menor sería el grado de incertidumbre de las personas respecto de su situación (13). En el año 2011, la investigación realizada por las enfermeras M. Galvis López y B. Pérez Giraldo, reflejó que independiente de las características de la patología oncológica, ésta incidirá en la calidad de vida de las personas y confirma una vez más, que al aumentar la sensación de vulnerabilidad o al encontrarse en una etapa al final de la vida, la perspectiva espiritual aumenta (14).

La importancia de llevar a cabo esta investigación radica en dar a conocer el perfil de espiritualidad de los adultos y adultas mayores con cáncer que se hospedan en la CONAC de Valparaíso, para posibilitar que el profesional enfermero/a y equipo de salud generen planes de cuidados con perspectiva holística que incluyan la dimensión espiritual. Dar pie al desarrollo de estrategias que satisfagan la necesidad espiritual de la persona con cáncer, significa contar con una herramienta que contribuya al afrontamiento positivo de la enfermedad. Para ello, el profesional enfermero/a debe cumplir un rol de apoyo y fomentar el desarrollo espiritual de la persona.

Si bien, se considera como trascendental la espiritualidad de la persona al momento de brindar cuidados, hoy en día es común encontrarnos frente a una desatención parcial de esta necesidad por parte del profesional enfermero/a, el/la cual otorga cuidados que satisfacen fundamentalmente la esfera fisiológica o bien, en el mejor de los casos, se limita a delegar la responsabilidad a un sacerdote u otro encargado espiritual (16).

Considerando la carencia de estudios en nuestro país que aborden la espiritualidad en el ámbito de la salud y dado que la enfermería es una disciplina de carácter humanista y comprometida con brindar un cuidado integral, los profesionales de esta área tenemos como desafío investigar en temas que contribuyan al fortalecimiento de la misma, y de esta manera destacar la importancia que adquiere la espiritualidad en la vida de la persona. Ahondar en tópicos como la dimensión espiritual y en cómo reconocerla y abordarla, es necesario y fundamental para no perder el rumbo humanista antes mencionado.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de espiritualidad de los adultos y adultas mayores con cáncer, de 60 años o más, que se hospedan en la CONAC de Valparaíso, durante diciembre de 2015 y enero de 2016?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el nivel de espiritualidad de los adultos y adultas mayores con cáncer, de 60 años o más, y que se hospedan en la CONAC de Valparaíso durante diciembre de 2015 y enero de 2016.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características biopsicosociodemográficas del grupo de estudio.
- Identificar la frecuencia de las prácticas espirituales del grupo de estudio.
- Identificar la importancia de las creencias espirituales para el grupo de estudio.

CAPÍTULO 2

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO EMPÍRICO

2.1.1 ENVEJECIMIENTO

2.1.1.1 Datos demográficos

En las últimas décadas, la población mundial ha tenido grandes cambios demográficos, lo cual se traduce en un aumento de la población mayor de 60 años. En el año 2014, una de cada nueve personas en el mundo tenía 60 años o más y, según la División de Población de las Naciones Unidas, en el año 2050, una de cada cinco personas tendrá 60 años o más (17). Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2013 el 11,7% de la población global eran adultos mayores de 60 años, siendo el mayor porcentaje en Europa con un 20,5%, seguido por los países del Pacífico Oeste con un 14,6%, y en un tercer lugar se encuentra América con un 14% de población mayor de 60 años (18).

En el caso de América Latina y el Caribe, según datos estadísticos del año 2011 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), las personas de 60 años y más serían el 11,3% de la población en el año 2015, proyectándose que en el año 2060 aumentarán a un 29,8% (17).

Chile no ha estado exento de dichos cambios demográficos, pues se ha generado una disminución de la mortalidad, de tal manera que, entre 1950 y 1975 la tasa de mortalidad general disminuyó desde 13,6 a 7,4 muertes por mil habitantes respectivamente, y para el año 2010 la mortalidad es de 5,7 por mil habitantes. Por otro lado, se redujo la tasa de fecundidad, pasando de 5,5 hijos por mujer entre los años 1955-1960, a 1,89 hijos por mujer entre 2010 y 2015 (17). También, se genera un incremento de la esperanza de vida al nacer, siendo entre 1980 y 1985 de 70,7 años y entre 2010 y 2015, de 79 años para ambos sexos, 76,5 años para los hombres y 81,6 años para las mujeres (3).

Estos cambios se traducen en la transición poblacional que Chile vive actualmente, observándose un envejecimiento en la población. Según información presentada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el año 2015 el 14,9% de la población chilena tiene 60 años y más (3), esperándose que en el año 2050 un cuarto de la población total, es decir, el 24,1% sean personas de 60 años y más (17).

En relación al envejecimiento de la población, una característica a destacar es la sobrevivencia de la mujer. Según el INE, el año 2012 se verifica una mayor proporción de mujeres adultas mayores, con un 55,47% del total de la población de 60 años y más, que de hombres adultos mayores, que representan un 44,52%, lo cual concuerda con la mayor esperanza de vida al nacer en mujeres que en hombres (17).

En el caso de la región de Valparaíso, la población de 60 años o más es de 309.982 personas, siendo la tercera región con mayor cantidad de adultos mayores, superada por la región de Bío Bío (327.772 adultos mayores) y la región Metropolitana (1.059.920 adultos mayores). Por otra parte, en relación a la cantidad de población por región, la población de 60 años y más representa el 17% en la región de Valparaíso, siendo la región con mayor porcentaje de adultos y adultas mayores, seguida por la región del Maule con 15,7% (3).

2.1.1.2 Cambios fisiológicos

Según M. García y R. Martínez “el envejecimiento en el ser humano es un proceso complejo, lento, progresivo, heterogéneo e irreversible que implica varios factores biológicos, psicológicos y sociales”. Las autoras explican dicho proceso como un “deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y finalmente a la muerte”, además de existir una pérdida progresiva a lo largo del tiempo de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo, lo cual aumenta la vulnerabilidad ante situaciones de estrés (19).

En líneas generales, las principales modificaciones biológicas que ocurren en el ser humano durante el envejecimiento corresponden a la atrofia de los órganos y tejidos, lo cual provoca una disminución de la capacidad funcional. Dentro de estos destacan: los cambios en la composición

corporal, el descenso del número de células, la disminución del peso, el volumen de los tejidos y la talla, la disminución del agua corporal a expensas del líquido intracelular (normalmente de 60% pasa a ser de 50%), la distrofia del tejido conectivo, la disminución de la elasticidad de los tejidos, la acumulación de pigmentos, lípidos y calcio y la disminución de la capacidad de homeostasis interna (19).

En relación a las modificaciones que ocurren por sistemas destacan: cambio progresivo de la piel y anexos; deterioro continuo en el sistema locomotor que afecta músculos, articulaciones y huesos; cambios a lo largo de todo el tracto digestivo (boca, esófago, estómago, páncreas, hígado e intestinos); modificaciones en el sistema respiratorio que hacen al adulto mayor más susceptible a infecciones; alteraciones en el sistema cardiovascular que provocan aumento de frecuencia cardíaca y presión arterial, disminución de velocidad de circulación y tensión venosa, entre otros; modificaciones del sistema genitourinario con énfasis en la función y estructura renal. Respecto al sistema nervioso resulta difícil especificar cuáles son las modificaciones directamente asociadas al envejecimiento, sin embargo, entre estas destacan: disminución del peso y volumen cerebral, alteración de las vainas de mielina y disminución de los procesos dendríticos con reducción de la velocidad de conducción. Los órganos de los sentidos sufren una disminución de la agudeza. En el sistema inmunológico disminuye la respuesta frente a estímulos antigénicos, al igual que la producción de anticuerpos, hay alteración de la función de los linfocitos T y disminución de la inmunidad celular relacionada con la involución tímica. En el sistema endocrino algunas hormonas disminuyen; tales como la aldosterona, la calcitonina, la hormona del crecimiento, la renina, el estrógeno y la testosterona; otras aumentan; como la hormona foliculoestimulante, la hormona luteinizante, la norepinefrina y la hormona paratiroidea y otras se mantiene igual o varían ligeramente, tales como el cortisol, la epinefrina, la insulina y las hormonas tiroideas (19).

2.1.1.3 Cambios psicosociales

Las modificaciones psicológicas pueden manifestarse en diversos aspectos; tales como en las estructuras cerebrales (cambios anatomofisiológicos del sistema nervioso), en las funciones cognitivas y en la afectividad (19).

Respecto a las funciones cognitivas, se ha observado que el proceso de envejecimiento produce un declive cuantitativo de estas funciones, aunque este puede ser muy variable en intensidad y de hecho puede llegar a no manifestarse en algunas personas. Además, las modificaciones cognitivas no tienen una esencia meramente biológica, sino que los factores biográficos, el nivel cultural y laboral, el estilo de vida, los déficits sensoriales y las patologías, entre otros, tienen una influencia más relevante en su aparición e intensidad. Los principales cambios cognitivos se observan en funciones determinadas; tal como la inteligencia, la memoria, la resolución de problemas, la reacción a estímulos y el lenguaje (19).

La afectividad del adulto mayor se relaciona con tres aspectos que puede sufrir modificaciones: las emociones, asociado a que pueden darse ciertos sentimientos de inutilidad o impotencia ante determinadas situaciones, especialmente de pérdida; las motivaciones, las cuales están ligadas a la capacidad de mantener actividades satisfactorias y a influencias del entorno, y la personalidad, la cual podría sufrir modificaciones ligadas a situaciones adaptativas relacionadas con la personalidad previa de la persona (19).

En cuanto a los cambios sociales en el adulto mayor, según la OMS:

“Por primera vez en la historia, hoy en día la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los 70 años e incluso más allá. La ampliación de la esperanza de vida brinda una oportunidad importante no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto” (20).

Es por ello que últimamente se ha realizado un enfoque en el papel que juega el adulto mayor dentro de la sociedad. Las principales modificaciones que sufre el senescente en el ámbito social se estructuran en función de los distintos roles que ejerce la persona: rol individual, el cual se modifica principalmente por las evidentes pérdidas que sufre la persona (facultades físicas, psíquicas, económicas, del rol, entre otros); el rol en la comunidad, el cual puede verse alterado por el valor que se le da al ser humano activo, considerando que el adulto mayor deja de serlo en dos actividades principales: tareas comunitarias y actividades laborales, y el rol laboral, el cual está marcado por la jubilación, situación que se ve acompañada por el abandono del ambiente laboral, el exceso de tiempo libre y la disminución de los recursos económicos (19). Dichos

cambios pueden afectar a la persona de forma positiva o negativa, dependiendo de una serie de factores externos que estructuran a la persona.

2.1.2 CÁNCER Y ENVEJECIMIENTO

2.1.2.1 Epidemiología

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por un rápido crecimiento de células anormales, que pueden formar tumores o “neoplasias” en cualquier parte del cuerpo. Dichas células pueden tener la capacidad de extenderse más allá de sus límites habituales y puede invadir otros lugares adyacentes en el cuerpo, lo que se conoce como metástasis (21).

A nivel mundial, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. En el año 2012 habían 32,6 millones de personas viviendo con cáncer (dentro de los 5 años de diagnóstico), 14,1 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes por cáncer. De estos datos, el 48% de las personas viviendo con cáncer, el 57% de los nuevos casos y el 65% de las muertes por cáncer se produjeron en los países menos desarrollados. La tasa de incidencia de cáncer global es casi 25% mayor en los hombres que en las mujeres, con tasas de 205 y 165 por 100.000 habitantes, respectivamente (21, 22).

A nivel mundial, el cáncer de mama es el más frecuente y principal causa de muerte en mujeres, siendo el 23% (1.38 millones) del total de nuevos casos y 14% del total de muertes en el año 2008. En el caso de los hombres, el cáncer de próstata y el cáncer de pulmón son los más frecuentes, a excepción de África donde predomina el sarcoma de Kaposi y en Japón en donde existen altas tasas de cáncer gástrico. En relación a ambos sexos, el cáncer colorrectal es el más común en hombres y mujeres, siendo el tercer diagnóstico más frecuente en hombres y el segundo en mujeres, con 1,2 millones de nuevos casos y 608.700 muertes en el año 2008 (6).

En el caso de América, las neoplasias ocupan el segundo lugar en las causas de mortalidad, siendo superadas por las enfermedades cardiovasculares (23). En el año 2012 se registran 2.882 millones de casos de cáncer, de los cuales 1.454 son casos de hombres y 1.429 son casos de mujeres, existiendo 1.295 millones de muertes (22).

En relación a los tipos de cáncer en América, la mayor cantidad de muertes por cáncer en hombres se producen por cáncer de próstata, seguido por el cáncer de pulmón, de estómago y colorrectal. Entre las mujeres, la mortalidad más alta se debe al cáncer de mama, seguido por el cáncer de estómago, pulmón, cervicouterino y colorrectal. La mortalidad por cáncer suele ser más alta en hombres, debido a las altas tasas de cáncer de pulmón y de próstata (24).

El cáncer es considerado uno de los cuatro tipos principales de ECNT. Estas últimas se definen como enfermedades que no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los otros tipos principales de ECNT son las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (25). Las ECNT en conjunto con las limitaciones funcionales han ido en aumento, produciendo una disminución de la calidad de vida (1). A nivel nacional, en el año 2013 la principal causa de mortalidad general en Chile son las enfermedades del sistema circulatorio con 27.324 muertes, seguido por los tumores malignos con 23.930 muertes (4). Sin embargo, esta realidad no es homogénea a lo largo del país, ya que es las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Araucanía y Los Ríos la principal causa de muerte pasa a ser los tumores malignos (2). La principal causa de mortalidad en personas de 65 años o más en el año 2012 coincide con la realidad nacional general, estando en un primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio, con 22.108 defunciones, y en un segundo lugar los tumores malignos, con 17.610 defunciones (2).

La tasa de mortalidad en Chile según el tipo de cáncer, varía según sexo. En el caso de las mujeres, en el año 2010, el cáncer de mama ocupa el primer lugar con un 13,2 por 100.000 habitantes, seguido por el cáncer de vesícula biliar con un 11,9, cáncer de estómago con 9,8, cáncer de pulmón con 9,2, cáncer colorrectal con 8,5 y cáncer cervicouterino con un 5,7 (3). Por otro lado, en el caso de los hombres el primer lugar lo ocupa el cáncer de estómago con un 27,4 por 100.000 habitantes, seguido por el cáncer de próstata con un 24,7, cáncer de pulmón con un 20,5, cáncer colorrectal con un 11,3 y cáncer de vesícula con un 6,1 (3). En relación a la tasa de mortalidad por cáncer en adultos mayores en Chile por cada 100.000 habitantes, en el año 2010 se registra en primer lugar el cáncer de estómago con 670.2 personas, seguido por el cáncer de próstata, el grupo de tráquea, de los bronquios y de pulmón, cáncer de colon, de vesícula biliar,

del páncreas, de hígado y de las vías biliares, cáncer de mama, sitios no especificados, y por último el cáncer de esófago (1). Según un estudio realizado en el año 2001, el riesgo de muerte por cáncer en Chile es levemente mayor en los varones que en las mujeres (tasas de 120 y 116 por 100.000 habitantes para hombres y mujeres) y no se presentan datos posteriores. La incidencia ordenada según rango etario, muestra que la probabilidad de morir por cáncer hasta los 80 años para ambos sexos es de 17,7% siendo más elevada en los varones (21,2%) que en las mujeres (15,2%) (26). Por otro lado, entre el año 1990 y 2007 la tasa de mortalidad presentó tendencia ascendente para ambos sexos, siendo consistentemente mayor en los varones (27).

En la región de Valparaíso, las principales causas de mortalidad general en el año 2011 son las enfermedades del sistema circulatorio, y los tumores malignos (5). Valparaíso es la segunda región con mayor mortalidad por cáncer en el año 2012, con 2.965 defunciones, de las cuales 2.127 defunciones fueron de personas de 65 años y más, siendo superada por la región Metropolitana con 9.572 defunciones por tumor malignos, de las cuales 6.615 defunciones fueron de personas de 65 años y más (2).

2.1.2.2 Cambios fisiológicos en el adulto mayor con cáncer

Como fue mencionado anteriormente, el cuerpo del adulto se ve transformado drásticamente debido al envejecimiento. Ésta condición debilita al organismo y lo hace más propenso y vulnerable ante enfermedades que conllevan un desorden en el proceso celular normal (28).

No obstante, el envejecimiento no es el factor que más predispone a la aparición y desarrollo del cáncer, si no que se relaciona a que entre más se prolongue la vida de una persona, más exposición a cancerígenos tendrá, lo cual aumenta el riesgo (29).

El cáncer se caracteriza por ser una de las enfermedades que más compromete el estilo de vida de una persona, ya sea por su impacto a nivel social, familiar y personal, como a lo invasivo de su tratamiento y a las modificaciones que produce en el organismo (30).

A nivel celular, se produce una mutación del ADN, que comprende una división celular sin control y una supresión de los genes que inhiben el desarrollo de la célula cancerosa (31). A un

nivel más macro, los cambios fisiológicos que produce el cáncer difieren del tipo, como por ejemplo, en el cáncer mamario se originan cambios en el tamaño y forma de las mamas, se pueden presentar cambios en el color y aparición de líquido sanguinolento o seroso en el pezón (32). Por otro lado, en el cáncer de próstata puede haber una disminución del diámetro de la uretra, hiperplasia benigna, entre otros (33).

Aun así, uno de los cambios fisiológicos que más se correlaciona a los distintos tipos de cáncer es la formación de tumores, aunque se debe tener en cuenta que no todos los tumores son cancerosos. Esta es la manifestación de la división excesiva de células que se produce en las enfermedades neoplásicas y puede presentarse macroscópicamente por una masa localizada que altera la arquitectura de cierto órgano, o de manera microscópica, en donde se revela una distorsión local de la anatomía del tejido u órgano afectado (34).

Ciertas condiciones propias del envejecimiento pueden influir incluso en los tratamientos del cáncer, es así que características como el poseer una disminución del volumen de líquidos, puede afectar en el funcionamiento de ciertos antibióticos que se usan para el tratamiento del cáncer de mama y que la disminución del Volumen del Filtrado Glomerular podría afectar la toxicidad de drogas antineoplásicas (35). Es por este motivo, que es importante considerar la edad de la persona que padece cáncer en las distintas etapas de la enfermedad, ya sea en la etapa clínica, como en el tratamiento.

2.1.2.3 Cambios psicoemocionales en el adulto mayor con cáncer

Además de los cambios fisiológicos, el cáncer también tiene un gran impacto psicológico y emocional sobre el adulto mayor y su entorno familiar. Debido a las múltiples necesidades y demandas médicas a las que se ven enfrentados, es que se da una situación de riesgo para el desarrollo de trastornos psicopatológicos y reacciones emocionales negativas. La evidencia muestra que los cuadros de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño son muy frecuentes en las personas con diagnóstico de cáncer, incluidos los adultos mayores (36).

Desde el momento del diagnóstico la persona comienza a vivir un proceso de duelo producto de las pérdidas relacionadas con la misma enfermedad. Es muy frecuente la percepción de pérdida

de la salud y de la vida, de la identidad, de la imagen, del control de los acontecimientos, de la autoestima, de las relaciones significativas, del estilo de vida habitual, de un proyecto vital o de futuro, etc. (37), lo cual genera un gran sufrimiento en la persona. Debido a que estas percepciones ya se pueden manifestar en el adulto mayor producto del mismo proceso de envejecimiento, al añadir el diagnóstico de cáncer pueden incluso ser agravadas.

A su vez, el nivel de impacto psicoemocional y la medida en que las etapas de este duelo se manifiesten, se verán influenciados por diversos factores tales como el tipo de cáncer, su pronóstico, las pruebas y tratamiento que se esté recibiendo, la fase de la enfermedad que se esté viviendo, así como de la personalidad del enfermo, historial previo de situaciones estresantes, capacidad de adaptación ante ellas, pérdida del rol y/o autovalencia, nivel de apoyo familiar, creencias y valores culturales, espirituales y/o religiosos, etc. (37).

El adulto mayor, al tener inquietudes psicoemocionales asociadas a su envejecimiento, tales como la mantención de su independencia, la preocupación financiera, el aislamiento social, etc, puede tener un aumento en el nivel de estrés psicológico que incidirá en la evolución e incluso tratamiento del cáncer, esto se debe a que tanto la función endocrina como como inmunitaria son sensitivas a su influencia (38).

Socialmente el cáncer representa una enfermedad muy temida, que conlleva gran sufrimiento y dolor para quien lo padece y que se asocia directamente a la muerte, es por ello que su diagnóstico produce una gran conmoción mayor que cualquier otro (37).

Según Sanna (citado por Maté J, F. Hollenstein M y L.Gil F), el 25 – 50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida, principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos, los cuales muchas veces suelen ser ignorados, minusvalorados o aceptados por los profesionales, que los consideran comprensibles dada la situación del enfermo, hecho que es mucho más frecuente en adultos mayores (36).

Lo anterior es un hecho que resulta sumamente alarmante, pues dichos trastornos tienen una elevada interferencia en la calidad de vida de la persona y en su bienestar global. Esto hace

necesario que su detección y tratamiento sea parte obligatoria del plan integral de acción que tienen los profesionales de salud dedicados al cuidado del paciente oncológico.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 CORPORACIÓN NACIONAL DEL CÁNCER

La CONAC es una entidad de derecho privado sin fines de lucro destinada a servir a la comunidad a través de la educación, prevención, diagnóstico precoz, investigación y tratamiento del cáncer en Chile. Cuenta con 33 filiales de Arica a Punta Arenas, 15 bancos de drogas, 8 botiquines oncológicos y atiende en 37 hospitales del territorio nacional y en 6 hogares y casas de acogida CONAC. A su vez proporciona servicios con recursos propios en las siguientes áreas: apoyo asistencial, apoyo institucional, detección precoz, educación y capacitación, prevención e investigación (39).

El apoyo asistencial se trata de una venta subsidiada de antineoplásicos, hormonas, analgésicos y sedantes en el Banco Nacional de Drogas y botiquines oncológicos. La CONAC está encargada de la distribución de más del 70% de los tratamientos oncológicos que se prescriben en el país, facilitando el acceso principalmente a personas de escasos recursos. Cuenta con un Centro integral de Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor (Hospice CONAC), hospitalización, policlínico y servicio domiciliario; apoyo al programa GES de cuidados paliativos y a la canasta del programa MINSAL; casas de acogida para hospedaje de enfermos derivados a tratamiento ambulatorio de zonas alejadas a hospitales de mayor complejidad; servicio de psicooncología a pacientes y familiares; servicio de kinesioterapia oncológica y programa de crio-conservación de gametos (39).

En relación al área de apoyo institucional, la CONAC ayuda a instituciones a través de la entrega de protocolos GES a hospitales públicos y de las fuerzas armadas. También cuenta con un equipo de voluntarias denominado “las damas de verde”, constituido por 398 personas que apoyan en 36 hospitales, centros asistenciales y hogares oncológicos a lo largo del país, entregando apoyo emocional y orientación para las personas y sus familias, además de implementar estrategias que

sirvan para afrontar el proceso de enfermedad, como celebrar festividades y cumpleaños. Además, en los hogares oncológicos las personas reciben alojamiento y alimentación durante toda su estadía mientras reciben tratamiento y controles asociados a la patología. Por otra parte, la CONAC habilita recintos en universidades y servicios públicos destinados a la investigación y tratamientos del cáncer (39).

En relación al área de detección precoz, la CONAC tiene servicios de imagenología con el fin de promover la detección precoz de cáncer de mama, cuello uterino y próstata, cuenta con ecotomografía mamaria, densitometría ósea, biopsias prostáticas, exámenes complementarios, estudios histológicos y derivación temprana a hospitales tratantes. También cuenta con un programa de screening a empresas e instituciones (39).

El área de educación y capacitación se encarga de la preparación de los profesionales y líderes comunitarios, a través de modalidades presenciales y semipresenciales con apoyo en campos clínicos de universidades públicas y privadas. Además, se realizan charlas, seminarios y talleres educativos, los que son complementados con la entrega de material didáctico a través de su sitio web, dirigidos a la comunidad y a empresas e instituciones. También potencian el perfeccionamiento de los profesionales asociados a la institución a través de la entrega de becas y organizan y participan en jornadas de salud a nivel nacional e internacional (39).

Por otra parte, también cuenta con un área de prevención, ya que posee campañas masivas de educación y prevención para cáncer de piel, mamas, cérvico-uterino y próstata. También aporta con la Red Nacional de Medición de Radiación Ultravioleta y entrega de Índices diarios a medios de comunicación para la información y protección de las personas. Finalmente, también cuenta con campañas de chequeo de salud a empresas e instituciones (39).

Además, la CONAC cuenta con un área de Investigación, dado que ha desarrollado diversos estudios enfocados principalmente en la predisposición a desarrollar ciertos tipos de cáncer (de mama y prostático), además del estudio de dosis de radiación en sistemas de mamografía y los esquemas de tratamientos de investigación (39).

En la quinta región la CONAC se encuentra en la ciudad de Valparaíso y cuenta con botiquín oncológico, casa de acogida (42 camas disponibles), ginecología, centro médico preventivo de imágenes, laboratorio clínico, kinesiología y urología; ésta acoge a los pacientes oncológicos del hospital Carlos Van Buren, de acuerdo a la capacidad del mismo (39).

2.2.2 TEORÍA DE LA AUTOTRASCENDENCIA DE PAMELA REED

Pamela G. Reed es una reconocida Doctora en enfermería, especialista en psiquiatría y salud mental, enfermería materno infantil y docencia de la enfermería. Sus investigaciones a lo largo de su carrera han reflejado su interés por el bienestar y la espiritualidad, tanto en enfermos terminales como en personas sanas, hecho que la consagró como pionera en la investigación sobre la espiritualidad en enfermería (40).

En 1991, Reed desarrolló su Teoría de la Autotrascendencia utilizando la estrategia de la autoformulación deductiva, la cual utiliza el conocimiento de teorías ajenas al campo de la enfermería, para dar lugar a teorías de alcance medio. La teoría ajena al campo de la enfermería más importante que utilizó Reed fue la del Ciclo vital sobre el Desarrollo Social-Cognitivo y Transpersonal de los adultos, la cual reformuló desde la perspectiva de la enfermería, utilizando el modelo conceptual de la enfermera Martha E. Rogers, del ser unitario (40).

Las fuentes teóricas utilizadas por Reed fueron: la nueva conceptualización del desarrollo humano como proceso que dura toda la vida y que va más allá del envejecimiento y la muerte; las teorías de Rogers con el principio de la integridad, de la especificidad y de la resonancia, y la última, la práctica clínica e investigación (40).

La Teoría de la Autotrascendencia de Reed está basada en la naturaleza del desarrollo de las personas y en la necesidad de que se produzca un desarrollo continuo para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento (40).

La formulación de su teoría fue bajo una serie de pruebas empíricas que realizó con adultos mayores. Para ello llevó a cabo tres estudios diferentes, los cuales finalmente apoyaron la teoría de que las conductas y los puntos de vista relacionados con la autotrascendencia estaban

presentes en las personas mayores; estos se preocupaban más por los recursos que tenían para ampliar el concepto de sí mismo, que en lo relacionado con la salud física y el deterioro cognitivo. También mostraron que las conductas estaban asociadas a la salud mental (40).

Reed consideró tres conceptos teóricos fundamentales en su teoría: vulnerabilidad, autotranscendencia y bienestar (40).

La vulnerabilidad fue el concepto que le sirvió a Reed para clarificar el contexto dentro del cual se desarrolla la autotranscendencia, y la define como la conciencia que tiene una persona sobre su naturaleza mortal y la probabilidad de experimentar momentos difíciles en la vida. Ambas suelen aumentar durante el envejecimiento o en otras etapas del ciclo vital cuando aparece una enfermedad, un traumatismo o una crisis vital (como por ejemplo el cáncer) (40).

La autotranscendencia, la considera una fluctuación o ampliación de los límites autoconceptuales que hacen que la persona (o el yo) se extienda más allá de los puntos de vista inmediatos o limitados que tenía en ese momento y de forma multidimensional, es decir, que se da hacia dentro (a través de experiencias introspectivas, habiendo mayor conciencia de los propios puntos de vista, valores e ideales), hacia afuera (aumentando las relaciones con los demás y con el entorno), temporalmente (mediante la integración del pasado y futuro, de forma que el presente quede ampliado y reforzado) y transpersonal (ampliación de la conciencia más allá del mundo perceptible para el sujeto) (40).

Y por último, el bienestar lo define como “una sensación de plenitud (estar completo, ser uno mismo) y de salud, según los criterios que cada uno tenga de plenitud y salud” (40).

A partir de ellos, Reed llegó a establecer tres supuestos básicos (Figura 1). El primero refiere que la autotranscendencia es mayor en aquellas personas que deben hacer frente a situaciones que se relacionen con el final de la vida, que en aquellas que no deben enfrentarse a dichos temas. El segundo supuesto refiere que las fluctuaciones que se producen en los límites autoconceptuales influyen en el bienestar de forma positiva o negativa a lo largo de toda la vida. Es decir, si hay un aumento de las conductas relacionadas con la autotranscendencia en cualquiera de sus dimensiones, habrá un aumento del bienestar y viceversa. Por último, el tercer supuesto menciona

que los factores personales y del entorno (ej. edad, sexo, capacidad cognitiva, experiencias personales, contexto social, espiritualidad, etc.) también influyen como moderadores en la relación existente entre vulnerabilidad y autotrascendencia, y entre bienestar y autotrascendencia (40).

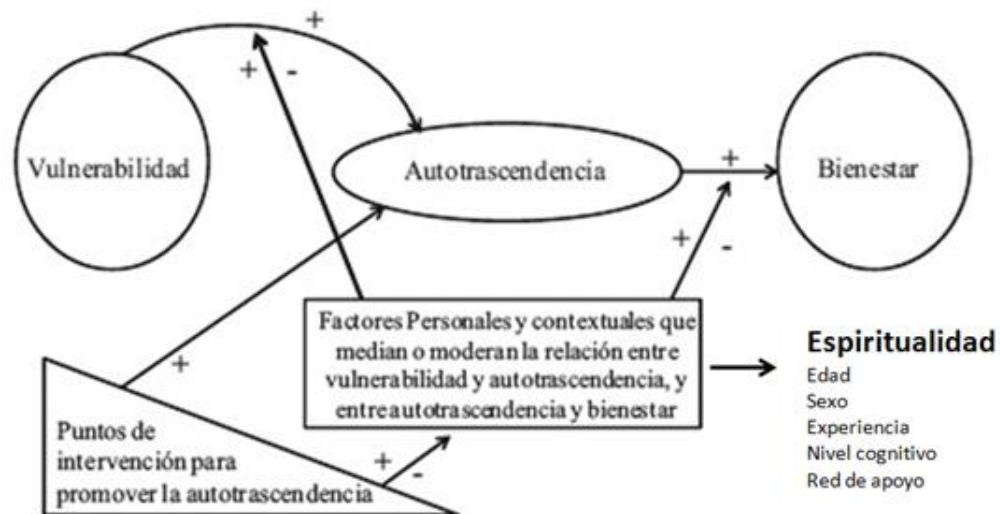


Figura 1: Modelo de la Teoría de Autotrascendencia.

Dentro del marco de la Teoría de la Autotrascendencia, la espiritualidad se sitúa como uno de los factores personales que influye como moderador en la relación existente entre vulnerabilidad y autotrascendencia, y entre bienestar y autotrascendencia (40). Es decir, si hay mayor espiritualidad en una persona que se encuentra en situación de vulnerabilidad, mayor será su autotrascendencia, y, al contrario, si hay menor espiritualidad, menor será su autotrascendencia. En otras palabras, la espiritualidad es una fracción reducida, pero no menos importante dentro de totalidad de la teoría.

En relación a la práctica profesional, la autotrascendencia propuesta en la teoría de Reed, ha formado una parte integral del proceso de cuidar. Las acciones de la enfermera/o deben estar dirigidas a promover las conductas y los puntos de vista basados en la autorreflexión, el altruismo, la esperanza y la fe en personas vulnerables, dado que esto está asociado a una mayor

sensación de bienestar. Estas acciones deben centrarse directamente en un recurso interno del paciente, que le ayude a encontrarse consigo mismo utilizando la espiritualidad (40).

2.2.3 ESPIRITUALIDAD

2.2.3.1 Definición

Como muchos fenómenos relevantes de lo humano, existen muchos conceptos preconcebidos sobre qué es la espiritualidad y cuáles son las dimensiones que la componen. En la literatura, varios autores han elaborado diferentes definiciones de este constructo bajo el alero de sus experiencias clínicas e influencias externas.

En la investigación holística de la enfermería, especialmente relacionada con el adulto mayor, es y ha sido de suma importancia el describir los aspectos espirituales, como esenciales en la curación, afrontamiento de la enfermedad y manejo de la salud (7). Muchos adultos mayores portadores de enfermedades crónicas, utilizan recursos espirituales para sobrellevar su enfermedad.

Dentro de la disciplina de enfermería, Florence Nightingale (1859) (citada por López y Giraldo) fue pionera en la creencia de que el componente espiritual debía contemplarse en el plan de cuidados. Expresó que la espiritualidad era una parte intrínseca en la vida humana y el recurso más profundo de sanación del que dispone la persona (41).

En 1992, Emblen (citada por Whetsell et. al), consideró a la espiritualidad como un principio vivificante en la vida, haciendo énfasis en una relación trascendental con Dios u otros seres inmateriales (42). Watson (1985) por su parte, expresó que la espiritualidad era un aspecto esencial que influía en las condiciones emocionales y físicas de la persona (43). Y en cuanto a Peri (1995) (citada por Whetsell et. al), acuerda en que existe una fuerte conexión entre la espiritualidad y la mejoría de las personas en la salud mental, pues esta sería una habilidad que permite afrontar el estrés que provoca la enfermedad y además el duelo (42).

Stoll (citado por López y Giraldo), en 1979, describe a la espiritualidad como una fuerza unificadora que integra y trasciende la dimensión física, emocional y social, que capacita y motiva a encontrar un propósito en la vida, relacionándola con un ser superior. Asimismo, le asigna un sentido bidimensional: la dimensión vertical es la relación del yo con lo trascendente (Dios), con el valor supremo y los valores que guían la vida de la persona; y la dimensión horizontal es la relación de la persona con su yo, con su entorno y con los otros (41).

La espiritualidad puede ser vista desde distintas perspectivas y se admite como una condición universal. Así mismo, la espiritualidad es vivida de diferentes formas, dependiendo del momento y las circunstancias de cada persona.

Por su parte Reed, en el año 1986, conceptualizó a la espiritualidad como una inclinación por encontrar un significado a la vida, por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece. A su vez describió que las creencias religiosas y espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales de la vida del individuo, pues estas ayudan a aceptar la enfermedad y a compartir con otras personas su condición de salud (44).

Posteriormente en el año 1991, Reed amplió la conceptualización de la espiritualidad describiéndola como la capacidad del ser humano para encontrar significados a través de lo ordinario y lo extraordinario, y estableció que “se refiere a la predisposición para hacer significados a través de un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a uno mismo”. Expresó que la espiritualidad es una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida y en momentos en donde se aumenta la conciencia de la mortalidad y, además, esta vez agregó que no sólo las creencias sino también las prácticas espirituales, asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales de la vida del individuo (44).

En 1992, Reed agregó que la espiritualidad es un recurso que está siempre presente, tanto en los momentos buenos como malos de la persona (sea cual sea la naturaleza de estos últimos), y que es una parte integral en el proceso de desarrollo humano. Por lo mismo, la considera un recurso

importante para superar las experiencias de pérdida de salud, no necesariamente en términos de una cura de la enfermedad, sino en términos de una sensación de plenitud o bienestar interno, sobre todo considerando que las experiencias relacionadas con la salud con frecuencia sensibilizan a un individuo a las dimensiones espirituales (45)

Según Reed, el concepto de espiritualidad adquiere relevancia para la enfermería desde las bases del conocimiento conceptual, empírico y práctico (45). En otras palabras, el constructo se debe cimentar en los dichos y significados de diferentes expertos en el tema; en la observación de los hechos y la experiencia que otorga la práctica clínica.

Para Reed, los investigadores de la espiritualidad deben ver a la misma como una variable en sí misma, evitando las descripciones demasiado generales que pueden ser un poco confusas para la investigación; pues si bien es un concepto amplio, no es por todo lo que abarca un concepto sin sentido. Para que la espiritualidad adquiera especificidad en la investigación y, en última instancia, en la práctica clínica, Reed refiere que debe ser descrita desde sus componentes observables y en expresiones medibles, como lo son las creencias y prácticas (45).

2.2.3.2 Conceptos relacionados a la espiritualidad

A continuación, se abordarán algunos conceptos importantes y relacionados con el tópico de espiritualidad, los cuales han sido guías útiles durante el curso de esta investigación en cuanto a la clarificación y delimitación del campo en cuestión.

2.2.3.2.1 Necesidad espiritual

Si bien esta se ha planteado por diferentes autores, siempre ha sido con un foco unidireccional. En resumen, podemos entenderla como el anhelo de mantener, aumentar o recuperar las creencias espirituales y cumplir con las obligaciones o demandas que estas conllevan (46). Dentro del plano de la Enfermería, con la Teoría de Necesidades de Virginia Henderson, se incluye el respeto a las necesidades espirituales del paciente y la ayuda para que pueda satisfacerlas, como parte de los cuidados básicos del profesional enfermero/a (47). Si las prácticas y creencias espirituales son esenciales para el bienestar de la persona en estado de salud, son todavía más indispensables en

caso de enfermedad, y por lo mismo su carencia o la insatisfacción de esta necesidad puede llevar a causar problemas como ‘angustia espiritual’ y ‘malestar espiritual’ que son identificados en los Diagnósticos de Enfermería de Carpenito (48) y el Índice alfabético de Diagnósticos de la NANDA (49), respectivamente.

2.2.3.2.2 Bienestar espiritual

Cuando la necesidad espiritual está cubierta y satisfecha estamos hablando de salud espiritual o bienestar espiritual. Según Ellison (citado por Sánchez) (50), el bienestar espiritual es un sentido de armonía interna generado a partir de la relación de una persona consigo misma, con los otros, con el orden natural y con un ser o un poder superior. En otras palabras, es un sentido de armonía interna generado por la espiritualidad del individuo, lo cual será lo opuesto al desespero, a la apatía y a la insignificancia personal (51). Esto último, según otros autores, se denomina distrés espiritual y es el resultado de la privación de la satisfacción de las necesidades espirituales (7).

Por otra parte, el bienestar espiritual ha sido denominado como un estado general de salud espiritual, el cual se evidencia por la presencia de significado, propósito en la vida, deseo de vivir, creer y tener fe en el propio ser, en otros y en Dios (ser o fuerza superior) (52).

2.2.3.2.3 Cuidado espiritual en enfermería

Se ha definido el cuidado espiritual como la acción de propiciar, a través de una relación de cuidado, la satisfacción de las necesidades espirituales, lo cual incluye ayudar al individuo a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad (7).

Existen planteamientos que señalan que ignorar el logro del bienestar espiritual, a través de sólo la satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales, es fallar en la comprensión de lo que significa ser hombre (7). Es por ello que la Enfermería, al ser una disciplina de orden holístico, ha entendido la importancia de la espiritualidad al momento de brindar cuidados en el proceso de salud y enfermedad.

A pesar de lo anterior, hoy en día es común encontrar frente a una desatención parcial de esta necesidad por parte del profesional enfermero/a, el/la cual se remite a dar cuidados que satisfacen sólo la esfera fisiológica o bien, en el mejor de los casos, se limita a delegar la responsabilidad a un sacerdote u otro encargado espiritual (16).

Un estudio realizado por Mc Sherry (1998), donde se analizó cómo las enfermeras percibían la espiritualidad y cómo brindaban cuidado espiritual en la práctica clínica, demostró que el 71,4% identificó en el paciente la necesidad espiritual, pero sólo el 39,9% se sentía con las capacidades para satisfacerla. En este sentido, si el aspecto espiritual permanece muchas veces sin ser abordado en la atención de enfermería, no sólo se debe a la falta del recurso tiempo para poder afrontarlo, sino también a la percepción de incapacidad que tienen los profesionales enfermeros/as para proveer este cuidado y porque no es del todo clara la manera de hacerlo posible (16).

La enfermedad y hospitalización son circunstancias en que la persona se sitúa en un ambiente no familiar que genera sentimientos negativos, como miedo y desconfianza, los cuales pueden llevar al aislamiento del individuo. Según Quintero (2000), es en estos eventos en donde el profesional enfermero/a debe asegurar la confianza y el bienestar a través del cuidado, creando una atmósfera de afectividad y empatía, donde el paciente sienta confianza y logre exteriorizar sus necesidades espirituales; debe estar 'ahí' en el momento indicado, escuchar, tender una mano, demostrando preocupación y deseo de ayudar. El/la enfermero/a comprometido/a en este abordaje es capaz de disponer el tiempo y la actitud necesarios para llevarlo a cabo (53). Así, el cáncer representa una crisis paranormativa, siendo una experiencia de importante estrés, sufrimiento y vulnerabilidad, que afecta el desarrollo adecuado y calidad de vida de la persona, tanto a nivel conductual, cognitivo, afectivo y social desde la etapa de diagnóstico, durante el transcurso de la enfermedad y en etapas avanzadas de la misma, por lo que la espiritualidad se transforma en una herramienta importante y beneficiosa para el paciente, promoviendo la calidad de vida, crecimiento personal y adaptación a la enfermedad, siendo los profesionales de salud los catalizadores de este proceso (9,54).

Es importante que el cuidado espiritual al paciente sea ofrecido en todo momento y con un alto sentido de responsabilidad, dedicación y respeto. Asimismo, debe ser debidamente planificado de acuerdo a las necesidades identificadas previamente durante la etapa de valoración. De este modo, el profesional enfermero/a integra el conocimiento relacionado con la fuente y las terapias disponibles para el cuidado espiritual, logrando desarrollar un plan de cuidados personalizado y de alta calidad (55).

2.2.3.2.4 Religión y espiritualidad

Aún en la actualidad, resulta normal que se sostenga la costumbre sociocultural de ligar lo espiritual a lo religioso. Sin embargo, ambos constructos distan de ser lo mismo y es por ello que se hace imprescindible esclarecerlos para conseguir un correcto entendimiento del campo en que se sitúan. Ya que la espiritualidad ha sido vastamente abordada en un punto anterior, ahora nos detendremos a definir el concepto de religión y las diferencias que algunos autores le atribuyen con la espiritualidad.

Taylor (citado por Sánchez) (7), define a la religión como una serie de creencias y prácticas que son relativas a seres superiores, los cuales pueden hacer cosas que ordinariamente los mortales no pueden. Así, también refiere que la religión es la búsqueda de ‘significancia’ en formas que se relacionan con lo sagrado, lo cual le da al individuo una visión específica del mundo y responde a preguntas referentes al significado de este último. Según él, la religión ofrece una guía sobre cómo vivir armónicamente con el ser, con los demás, la naturaleza y con Dios (o dioses), la cual será presentada a través de los sistemas de creencias religiosas como mitos, doctrinas, historias o dogmas, y será reconocida en los rituales u otras prácticas y reglas religiosas.

De esa forma, el término religión es aplicado sobre todo a un sistema que implica fe en un credo, obediencia a un código moral establecido y participación en un culto (7), mientras que por su parte la espiritualidad tiene cimientos y expresiones más diversas, los cuales no siempre dejarán al margen a la religión, sino más bien la abarcarán. En otras palabras, Arjona (2009) puntualiza que la espiritualidad es mucho más amplia que la religión y no es un subproducto de ella, ni una cualidad que la religión produce en sus adeptos. Al contrario, indica que la religión debe ser

considerada como una de las muchas formas en las que puede ser expresada la espiritualidad del individuo (56).

En síntesis, la espiritualidad es algo más personal y privado, pues nace y se desarrolla en la persona de manera singular; no todos le atribuimos el mismo sentido a la espiritualidad, ni la sentimos de la misma forma. Esta puede ser detonada por una religión (es decir, una persona religiosa simultáneamente es espiritual), la cual es establecida por el hombre de manera organizada y estructurada. Por lo mismo, muchas veces se cree que la religión es forzada y restringida, a diferencia de la espiritualidad que es elegida y sin límites.

2.2.4 INVESTIGACIONES

En 1987, P. Reed realiza una investigación sobre el bienestar espiritual en personas enfermas terminales hospitalizadas. La muestra consistió en 300 personas divididas en tres grupos: el primero de ellos estaba constituido por personas con cáncer que conocían la naturaleza terminal de su enfermedad, el segundo de ellos estaba constituido por personas hospitalizadas no terminales (como grupo de control, en relación al efecto de la hospitalización sobre la perspectiva espiritual), y el tercer grupo era de personas sanas. Según Reed, la perspectiva espiritual podía además verse influenciada por la edad, el sexo, los años de educación y de religión, por lo que por cada grupo, las personas fueron categorizadas según estas variables. Como criterios de inclusión se consideró que todos los participantes estuvieran mentalmente habilitados y que supieran leer y escribir. Para determinar la perspectiva espiritual, se utilizó la SPS cuya fiabilidad y validez fue aceptable con un alfa de Cronbach de 0.95 para el grupo 1 y 3 y de 0,93 para el grupo 2. Como resultado de este estudio se obtuvo que el grupo 1, conformado por personas terminales hospitalizadas, presentaron el nivel más alto de perspectiva espiritual y además se estimó una relación positiva entre su perspectiva espiritual y su bienestar (10).

Posteriormente otros autores profundizaron en relación a esta temática, como lo es el estudio realizado en 2005, por Marta V. Whetsell, Keville Frederickson, Paulina Aguilera y Juan Luis Maya, titulado “Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza, relacionados con la salud en adultos mayores”, el que se basó en la relación entre niveles de bienestar espiritual y fortaleza

relacionada con la salud en una población mexicana de adultos mayores de 65 años. El proyecto utilizó el Modelo de Adaptación de Roy, el Modelo de Pollock sobre la fortaleza relacionada con la salud (mediado por la comprensión, el manejo y el significado de ésta) y el de Reed sobre el bienestar espiritual. Los instrumentos fueron la Escala de Fortaleza Relacionada con la Salud, y la de Bienestar Espiritual, y presentaron un Alfa de 0,801 y 0,973 respectivamente. La edad media de los sujetos fue de 73,9 y el 62,5% de ellos fueron mujeres. En este estudio, se logró observar un coeficiente de correlación entre los niveles de bienestar espiritual y los de la fortaleza relacionada con la salud, muy significativo en personas adultas mayores, lo que quiere decir que existe una congruencia en función a que mientras más altos son los niveles de bienestar espiritual, más elevados son los de fortaleza relacionada con la salud. Por lo que se plantea que, como profesionales enfermeros, es necesario enfatizar en la satisfacción de la necesidad espiritual, para así fomentar un automanejo de la salud más exitoso en las personas; a su vez, ambos elementos en conjunto funcionan como una herramienta de afrontamiento efectiva, cuando la persona está cursando situaciones de estrés (11).

En 2006, las investigadoras M. Zavala, O. Vázquez y M. Whetsell realizan un estudio que revela la correlación entre los niveles de bienestar espiritual y los niveles de ansiedad-estado; la investigación fue titulada “Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos” en una muestra de 190 pacientes. Se utilizó el cuestionario de espiritualidad de Reed y la escala de ansiedad-estado de Spielberger; los instrumentos presentaron una consistencia interna favorable con un Alpha de Cronbach de 0.894 y 0.847 respectivamente. Los resultados arrojaron que el coeficiente de correlación entre el bienestar espiritual y la ansiedad-estado fue significativo. Estos resultados apoyan la hipótesis del estudio que refiere que a mayor espiritualidad menor nivel de ansiedad-estado, situación que invita a profundizar en el estudio de estos fenómenos tanto en el área educativa como asistencial en la disciplina de enfermería. Lo rescatable de este estudio, es el uso de la división cuantitativa de los resultados de la escala de perspectiva espiritual de P. Reed, especificando que un nivel leve se obtiene entre 10 y 30 puntos, el moderado con 31-45 y alto 46-60 (12).

En 2010, Isabel Gomez Palencia llevó a cabo la investigación “Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2” con la cual pretendió determinar la relación entre espiritualidad e incertidumbre presente en personas con situación crónica por diabetes mellitus tipo 2. En esta investigación de abordaje cuantitativo de tipo correlacional, se utilizó la escala de Mishel para medir la incertidumbre y la escala de perspectiva espiritual de P. Reed, con la que se determinó el nivel de espiritualidad de acuerdo a las creencias y prácticas espirituales. Los resultados arrojaron un nivel de espiritualidad alto, y un nivel de incertidumbre regular. Al estimar la correlación entre la espiritualidad y la incertidumbre el coeficiente de correlación r fue de -0.359 ($p < 0,05$), lo que nos indica que a mayor espiritualidad menor será la incertidumbre en los pacientes del estudio. La correlación es débil, pero significativamente diferente de cero (13).

En 2011, la investigación titulada “Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer”, a cargo de las investigadoras Milena Galvis López y Beatriz Pérez Giraldo, tuvo por objetivo comparar la perspectiva espiritual de las mujeres diagnosticadas con cáncer asociados a su género, es decir, que afectasen seno, útero u ovarios; con la de las mujeres diagnosticadas con otros tipos de cáncer. Para esto, se utilizó un diseño cuantitativo de tipo descriptivo comparativo, de corte transversal; además se empleó una encuesta sociodemográfica para caracterizar la población y la Escala de perspectiva espiritual de Pamela Reed, a la cual se le realizó el análisis de confiabilidad que reportó un alfa de Cronbach de $0,799$ en el grupo 1 y $0,763$ en el grupo 2. La muestra incluyó a 100 mujeres que se encuentran en tratamiento contra el cáncer. En relación a los resultados, resalta que la perspectiva espiritual de las mujeres con cáncer asociado a su género es moderada al igual que la de las mujeres con otros tipos de cáncer; al hacer la comparación de estos dos grupos no se encontró evidencia estadística que demostrara una diferencia significativa, por lo que se plantea que independientemente del tipo de cáncer que padecen las personas, éstas deben ser reconocidas como seres multidimensionales y que el cuidado hacia ellas debe ser integral siempre, reconociendo sus necesidades biopsicosociales (14).

En el año 2013, se realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con

enfermedad renal de una unidad renal de Cúcuta, Colombia. La investigación estuvo a cargo de Andrea Botello, Vivian Jiménez y Beatriz Giraldo y se tituló “Perspectiva espiritual y calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal”; fue un estudio cuantitativo, comparativo, correlacional de corte transversal, y contó con una muestra de 100 pacientes, a quienes se les aplicó la escala de perspectiva espiritual de Reed y el SF_36 Calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados mostraron una correlación entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud, pero esta relación fue débil. La perspectiva espiritual y la calidad de vida fue alta en ambos grupos de estudio, observándose una mayor perspectiva espiritual en las personas en diálisis peritoneal que en las con hemodiálisis (15).

2.2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES
ESPIRITUALIDAD	Sentido de armonía interna, producida a partir de la relación de una persona consigo misma, con los otros y con un ser o poder superior. Es, además, un factor personal y contextual que media o modela las relaciones en el proceso de autotranscendencia.	1. Prácticas espirituales	<p>A. Conversar con familia o amistades sobre temas espirituales</p> <p>B. Compartir con otros los problemas y alegrías de vivir acorde a creencias espirituales</p> <p>C. Leer material relacionado con temas espirituales.</p> <p>D. Orar, rezar o meditar.</p>	<p>1. Nunca</p> <p>2. Menos de una vez al año.</p> <p>3. Una vez al año</p> <p>4. Una vez al mes</p> <p>5. Una vez a la semana.</p> <p>6. Una vez al día</p>
		2. Creencias espirituales	A. Creer que el perdón es parte importante en la espiritualidad	<p>1. Extremadamente en desacuerdo</p> <p>2. Desacuerdo</p> <p>3. En desacuerdo más que</p>

			<p>personal</p> <p>B. Creer en la búsqueda de guía espiritual para la toma de decisiones</p> <p>C. Creer que la espiritualidad es una parte significativa en la vida personal</p> <p>D. Creer que frecuentemente se siente cerca de Dios o de un poder superior</p> <p>E. Creer que la espiritualidad ha ejercido influencia en la vida personal</p> <p>F. Creer que la espiritualidad responde preguntas sobre el significado de la vida personal.</p>	<p>en acuerdo</p> <p>4. De acuerdo más que en desacuerdo</p> <p>5. De acuerdo.</p> <p>6. Extremadamente en acuerdo</p>
--	--	--	---	--

CARACTERÍSTICAS BIOPSIOSOCIO-DEMOGRÁFICAS	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas, culturales y familiares que posee una persona, referente a su edad, situación de salud, red de apoyo y situación laboral.	1. Edad		1 Número de años cumplidos
		2. Sexo		1. Femenino 2. Masculino
		3. Escolaridad		1. Básica completa 2. Básica incompleta 3. Media completa 4. Media incompleta 5. Superior (técnico/universitario) completa 6. Superior (técnico/universitario) incompleta

		4. Ocupación		<ol style="list-style-type: none"> 1. Asociada a actividad remunerada: total 2. Asociada a actividad remunerada: parcial 3. No asociada a actividad remunerada: total 4. No asociada a actividad remunerada: parcial 5. Sin ocupación
		5. Actividad de recreación		<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí realiza (¿cuál?) 2. No realiza
		6. Red de apoyo	A. Presencia de redes de apoyo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Pareja 1.2. Hijo/as 1.3. Cuidador 1.4. Amigos 1.5. Red comunitaria 1.6. Otra (¿cuál?) 2. No
			B. Con quién vive	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solo 2. Con la pareja 3. Con hijos/as 4. ELEAM 5. Otro (especifique)

		7. Practica religión		<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí (¿cuál?) 2. No
		8. Enfermedad neoplásica	A. Tipo de cáncer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cáncer de mama 2. Cáncer cervicouterino 3. Cáncer de próstata 4. Cáncer de pulmón 5. Cáncer gástrico 6. Cáncer colorrectal 7. Otros
			B. Tiempo de diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 a 1 año 2. 1 a 3 años 3. 3 a 6 años 4. 6 años o más
			C. Tipo de tratamiento actual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quimioterapia 2. Radioterapia 3. Cirugía 4. Medicina alternativa 5. Otro (¿cuál?)

		9. Enfermedad crónica no transmisible		<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí <ol style="list-style-type: none"> 1.1. HTA 1.2. DM 1 o 2 1.3. Dislipidemia 1.4. Artrosis 1.5. Enfermedad de Parkinson 1.6. EPOC/asma 1.7. Otra (¿cuál?) 2. No
		10. Estado cognitivo		<ol style="list-style-type: none"> 1. Puntaje obtenido en <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Normal 1.2. Alterado
		11. Estado psicológico (Escala de Yesavage)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal (0 – 5 puntos) 2. Depresión leve (6 – 9) 3. Depresión establecida

CAPÍTULO 3

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se planteó un estudio de abordaje cuantitativo, transversal y con un análisis descriptivo.

3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población en estudio estuvo constituida por 40 personas con enfermedad neoplásica de 60 años o más y que se hospedaron en la CONAC de Valparaíso.

3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA: Criterios de inclusión y exclusión

Según los antecedentes aportados por la propia institución, el ingreso de personas de 60 años y más es variable a través del tiempo y queda supeditado a los cupos disponibles, es así como se determinó realizar un censo muestral durante los meses de diciembre 2015 y enero 2016.

Formaron parte del estudio las personas cuyas características cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Tener 60 años o más.
- Presentar diagnóstico médico de enfermedad neoplásica.
- Hospedarse en la CONAC de Valparaíso durante los meses de diciembre 2015 y enero 2016.

Criterios de exclusión:

- Presentar resultados de Escala Minimental abreviada (MMSE) ≤ 13 .
- Presentar resultados de Escala de Yesavage ≥ 10 (depresión establecida).

3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

En el estudio se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Perspectiva Espiritual (Spiritual Perspective Scale o SPS) (Anexo 1) y Cuestionario de Caracterización Biopsicosociodemográfica (Anexo 2).

La SPS, desarrollada por la enfermera estadounidense Pamela G. Reed en el año 1986, mide la importancia de la perspectiva espiritual en la vida de una persona. Ésta, a través de 10 ítems, estima la percepción de los participantes de hasta qué punto mantienen ciertas visiones espirituales y se comprometen en interacciones relacionadas con la espiritualidad (57). Los 10 enunciados del instrumento se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60, a mayor puntaje mayor espiritualidad. Las cuatro primeras preguntas se responden con los siguientes criterios: 1) Nunca 2) Menos de una vez al año 3) Mas o menos una vez al año 4) Más o menos una vez al mes 5) Más o menos una vez a la semana 6) Mas o menos una vez al día. Las preguntas del 5 al 10 siguen los siguientes criterios: 1. Extremadamente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. En desacuerdo más que en acuerdo 4. De acuerdo más que en desacuerdo 5. De acuerdo 6. Extremadamente de acuerdo.

Este instrumento consta de una subescala denominada dimensión de prácticas espirituales (preguntas de 1 a 4), y otra subescala denominada dimensión de creencias espirituales (preguntas de 5 a 10), con una suma total de 24 y 36 puntos respectivamente (58).

La SPS surge a partir del desarrollo de la Escala de Perspectiva Religiosa (EPR) de P. Reed, en 1983, que es una adaptación de las escalas sobre las Dimensiones de la Religiosidad de King y Hunt (1975). Esto dio lugar a un instrumento de 13 ítems que mide las creencias y los comportamientos asociados con las formas personales y no organizadas de la religiosidad (59).

La EPR fue modificada a partir del análisis del estudio de P. Reed, llamado “Religiousness among Terminally Ill and Healthy Adults” de 1986, sufriendo revisiones y cambios, lo que resultó en el instrumento que se aplicó en su segundo estudio llamado “Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults” de 1987, y que actualmente se conoce como Escala de Perspectiva Espiritual (10), la cual se utilizó en este estudio.

En relación a esto, para clasificar a las personas según el nivel de espiritualidad, se tomaron los niveles establecidos por M. Zavala, O. Vázquez y M. Whetsell, en su estudio titulado “Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos”, en el cual se presentan los siguientes criterios: Nivel Bajo de espiritualidad de 10 a 30 puntos, Nivel Moderado de 31 a 45 puntos, y Nivel Alto de espiritualidad de 46 a 60 puntos (12).

La Escala de Perspectiva Espiritual ha sido traducida al español y utilizada en investigaciones latinoamericanas con buenos resultados y nivel de confiabilidad (alfa de cronbach 0.90) (13,60).

La autora aprobó vía mail su uso para la presente investigación (Anexo 3), facilitando además el instrumento oficial en inglés. La traducción del instrumento al español fue realizada por María Victoria Panés, estudiante de IV año de enfermería de la Universidad de Valparaíso, y revisada por la profesora Paulina Gundelach, Enfermera Matrona y Magíster (c) en Enfermería Mención en Enfermería Gerontogeriátrica de la Universidad de Valparaíso.

Durante la búsqueda bibliográfica, no se encontró información sobre la validación de éste instrumento en nuestro país, por lo cual los estudiantes del presente estudio, junto a la colaboración de la profesora Paula Guerrero Russell, estadística y licenciada en Estadística de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, realizaron el proceso de validación de confiabilidad, en el cual se obtuvieron los siguientes valores:

- Confiabilidad o consistencia interna: coeficiente Alfa de Cronbach 0,793, lo cual indica que el instrumento presenta un nivel de fiabilidad aceptable.
- Validez de constructo: índice de KMO 0, 545, lo cual indica que el grado de asociación entre las variables es aceptable.

El Cuestionario de Caracterización Biopsicosociodemográfica fue confeccionado por los estudiantes que realizan el presente estudio y evaluado de forma cualitativa, a través de comentarios y sugerencias, por las docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso: Paola González y Lorena Bettancourt. Dicho instrumento fue realizado en base a las referencias teóricas obtenidas de la búsqueda bibliográfica. Este tuvo por objetivo recopilar información básica para la caracterización de la población en estudio, siendo considerados los

siguientes datos: fecha de nacimiento, sexo, escolaridad, ocupación, actividad de recreación, presencia de redes de apoyo, con quién vive, práctica religiosa, tipo de cáncer, tiempo de diagnóstico, tipo de tratamiento actual, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y puntajes obtenidos en MMSE y Yesavage, estos dos últimos determinarán si la persona podrá ser incluida o no en el estudio.

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una reunión con el Dr. Pedro Acuña, director de la CONAC Valparaíso, y con el Sr. Rafael Miranda, gerente de Administración y Gestión, donde se expusieron los objetivos y la metodología de trabajo. Se autorizó el desarrollo de la investigación en la institución, previa certificación del Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y el compromiso de realizar una retroalimentación a los profesionales del centro sobre los resultados obtenidos.

Además, se realizó una reunión con la Sra. María Isabel Canales, coordinadora de la casa de acogida de la CONAC Valparaíso, con el fin de organizar el horario de las sesiones, el lugar para la aplicación de instrumentos y la entrega de información semanal de los nuevos ingresos.

Se aplicaron los instrumentos en una sola sesión, con el fin de conseguir las respuestas sin perder a los sujetos de estudio a causa de diversas variables ambientales (actividades personales, tratamientos, altas médicas y otros). El tiempo de extensión de cada sesión fue aproximadamente entre 20 a 30 minutos, evitando que las personas se fatigasen y dando la posibilidad de interrumpir la sesión según sus necesidades, en función de las consideraciones de su etapa de vida y curso de la enfermedad. El orden de la aplicación fue la siguiente: Consentimiento Informado, Cuestionario Biopsicosociodemográfica, MMSE, Yesavage y Escala de Perspectiva Espiritual.

La aplicación de instrumentos se realizó en dos oficinas del centro de acogida de la CONAC destinadas para este fin, facilitadas a través de la gestión en coordinación con la gerencia, lo cual brindó la privacidad necesaria en la realización de cada una de las entrevistas.

3.6 PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO

Con la finalidad de evaluar la comprensión de las preguntas de los instrumentos y establecer el tiempo para su aplicación, se realizó una prueba piloto a 2 personas de 60 años o más, lo cual corresponde al 5% del número de participantes estimados como población. Esta fue realizada en el Club de Adultos Mayores “Génesis” de Villa Alemana, el día 9 de noviembre del 2015 y el tiempo de aplicación fue de 20 - 30 minutos por persona.

Las dificultades presentadas durante la aplicación fueron:

- Dificultad para comprender el planteamiento de las preguntas de la SPS, lo cual se solucionó definiendo términos y dando ejemplos sobre las prácticas y creencias espirituales, de acuerdo a cada pregunta.
- Dificultad para recordar las seis alternativas para responder cada pregunta de la SPS, lo cual se solucionó con la confección de tarjetas de colores con cada alternativa para su visualización.

Respecto al Cuestionario Biopsicosociodemográfico no surgieron dudas o inconvenientes.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de los datos, se confeccionó una base de datos en una hoja de cálculo de la aplicación Microsoft Excel del programa Microsoft Office 2015 y se incorporó la información obtenida, generando una tabla que contemplaba los resultados del Cuestionario Biopsicosociodemográfico y otra con los resultados de la SPS de P. Reed.

El análisis de los datos, fue realizado por la licenciada en Estadística de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Paula Guerrero Russell, quien utilizó la aplicación Microsoft Excel del programa Microsoft Office 2007 y el programa Minitab versión 15 para el procesamiento de la base de datos, generando así los gráficos y tablas correspondientes a través de las medidas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa.

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

A través de una entrevista con el Dr. Pedro Acuña, director de la CONAC Valparaíso, se solicitó autorización para llevar a cabo la investigación en la institución, entregando una carta de la docente a cargo de la investigación, Johana Vidal Ortega (Anexo 4). Frente a la solicitud, se manifestó que una vez obtenida la certificación del Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, se podría proceder con la investigación. La certificación del comité, se obtuvo el día 25 de noviembre del 2015 a través del Acta de Aprobación N°47/2015 (Anexo 5).

Para la correcta aprobación del Acta de Consentimiento Informado, se solicitó la firma de la docente responsable y del director de la CONAC de Valparaíso, el cual actuó como ministro de fé. La entrega del Consentimiento Informado (Anexo 6) y el Acta de Consentimiento Informado (Anexo 7) se realizó mediante una explicación de la investigación y de dichos documentos, siendo un requisito para la participación en el estudio el firmar dicha Acta. Cada adulto mayor tuvo la libertad de negarse a participar en el estudio y retirarse en cualquier etapa de éste.

Para asegurar que los participantes del estudio mantuvieran su autonomía, se realizó la firma del Acta de Consentimiento Informado como un proceso integral. Este contempló la entrega de información de la investigación, al mismo tiempo que se facilitó la lectura autónoma del mismo. Finalmente, se le entregó a cada persona una copia del Consentimiento Informado, el cual contiene un resumen respecto del estudio y los derechos que tienen las personas en éste.

En relación a la confidencialidad de los datos, las respuestas fueron registradas a través de un código numérico. Toda la información que se obtuvo de los participantes del estudio es custodiada y guardada bajo llave por la docente responsable, en su oficina de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Blas Cuevas 1028, Valparaíso. Respecto del resguardo del anonimato de los participantes, ninguno de los instrumentos contempló el nombre de la persona, sino que estuvieron codificados en relación al orden de aplicación, dado que fue posible prescindir del nombre de la persona y cumplir con los objetivos esperados de la investigación. Frente a situaciones de malestar emocional, en primera instancia se hizo uso de los

recursos interpersonales propios de los estudiantes tesistas para brindar contención emocional. En los casos en que esto no fue suficiente, se dio la opción al participante de recibir la atención oportuna del Centro de Atención Psicológica de la escuela de psicología de la Universidad de Valparaíso (CAPSI) (Anexo 8), o bien, se les recomendó consultar con su médico tratante. Aun así, cualquier resultado leve o moderado en la Escala de Yesavage fue notificado a CONAC (Anexo 9).

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. CARACTERIZACIÓN BIOPSOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

A continuación, se describen los resultados del Cuestionario Biopsicosociodemográfico, el cual tiene como objetivo la caracterización de la muestra en estudio.

Tabla N° 1: Distribución de las edades de los adultos y adultas mayores de CONAC Valparaíso, según grupos de edad y género.

TABLA 1					
		GÉNERO		N°	%
		FEMENINO	MASCULINO		
EDAD	60-65	13	6	19	47,5%
	66-70	7	3	10	25%
	71-75	5	3	8	30%
	76-80	3	0	3	7,5%
	81 Y MAS	0	0	0	0%
	TOTAL	28	12	40	100%
	%	70%	30%	-	-

El género femenino representa el 70% (n=28) de la totalidad de la población y el género masculino corresponde al 30% (n=12) restante. El promedio de edad de los adultos y adultos mayores corresponde a 67,4 años.

El 47,5% (n=19) de los adultos y adultas mayores tienen entre 60 y 65 años de edad, de los cuales 13 son mujeres y 6 hombres, representando el grupo de edad de mayor proporción en la población en estudio.

Por otro, las personas entre 76 y 80 años corresponden en su totalidad a mujeres (7,5%, n=3), representando el grupo etario de menor proporción en la población de estudio.

Tabla N° 2: Distribución de los adultos y adultas mayores que se hospedan en la CONAC Valparaíso, según escolaridad y ocupación.

TABLA 2			
	N°	%	
ESCOLARIDAD	Básica Completa	12	30%
	Básica Incompleta	12	30%
	Media Completa	7	17,5%
	Media Incompleta	2	5%
	Superior Completa	7	17,5%
	Superior Incompleta	0	0%
	TOTAL	40	100%
OCUPACIÓN	Actividad Remunerada	14	35%
	Actividad No Remunerado	15	37%
	Sin Ocupación	11	28%
	TOTAL	40	100%

Respecto a la escolaridad de los adultos y adultas mayores de CONAC Valparaíso, el 17,5% (n=7) tienen un nivel de estudio superior completo (universitario y/o técnico), sin embargo un 30% no alcanzó a terminar su educación básica (n=12).

En relación a la ocupación, el 37% (n=15) de la población tiene una ocupación no remunerada, mientras que el 35% (n=14) sí es remunerado por su ocupación. Por otra parte, se observa que el 28% (n=11) de los adultos mayores no tiene ocupación.

Tabla N° 3: Distribución de los adultos y adultas mayores que se hospedan en la CONAC Valparaíso, según actividades de recreación, red de apoyo, práctica religiosa y ECNT.

TABLA 3			
		N°	%
ACTIVIDADES DE RECREACIÓN	Realiza actividades de recreación	36	90%
	No realiza actividades de recreación	4	10%
	TOTAL	40	100%
<hr/>			
RED DE APOYO	Tiene red de apoyo	39	97,5%
	No tiene red de apoyo	1	2,5%
	TOTAL	40	100%
<hr/>			
PRÁCTICA RELIGIOSA	Tiene práctica religiosa	36	90%
	No tiene práctica religiosa	4	10%
	TOTAL	40	100%
<hr/>			
ECNT	Presencia de ECNT	32	80%
	Ausencia de ECNT	8	20%
	TOTAL	40	100%

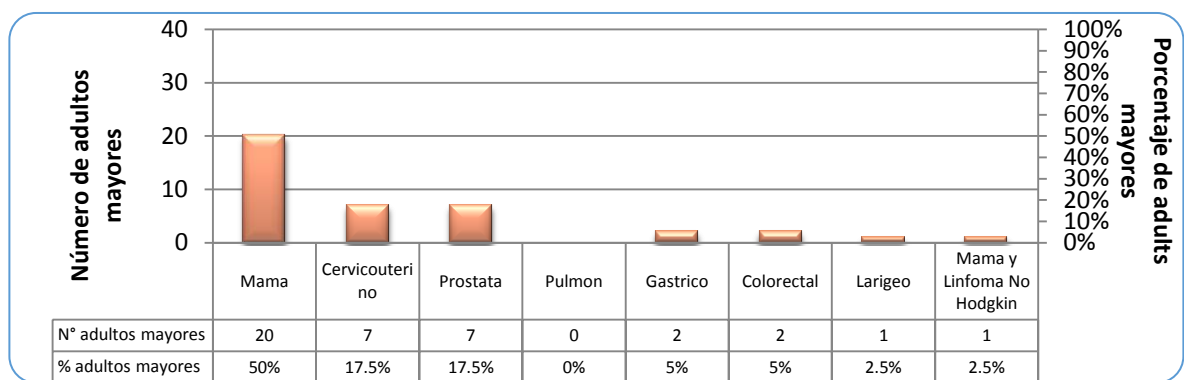
Respecto a las actividades de recreación, se observa que el 90% (n=36) de los adultos mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso realiza algún tipo de actividad para su recreación. Siendo las principales actividades: tejer, caminar, leer y ver televisión. Por otra parte, el 10% (n=4) de los adultos mayores no realiza actividades de recreación.

Sobre la presencia de red de apoyo, se observa que el 97,5% (n=39) de los adultos mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso cuenta con una red de apoyo, mientras que el 2,5% (n=1) no posee.

En relación a las prácticas religiosas, se observa que el 90% (n=36) de los adultos mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso practican algún tipo de religión y el 10% (n=4) no lo hace.

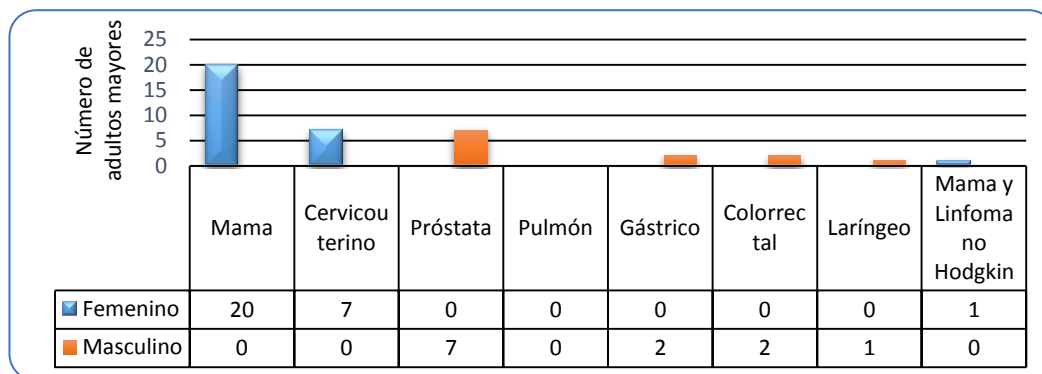
Finalmente, sobre las ECNT se observa que el 80% (n=32) de los adultos mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso presentan ECNT.

Gráfico N° 1: Número y Porcentajes de adultos mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso, según tipo de cáncer.



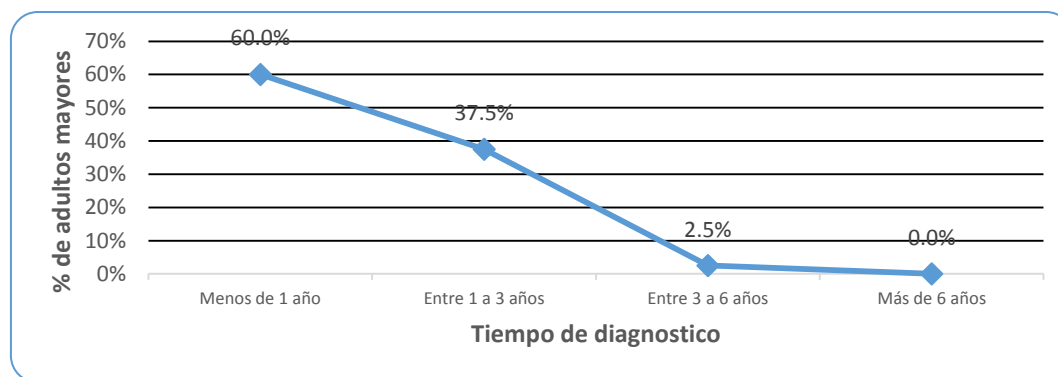
En el Gráfico N°1 se observa que los adultos y adultas mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso presentan principalmente cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer de próstata. El cáncer de mama se presenta en el 50% (n=20) de la población y una persona (2,5%) presenta cáncer de mama y, además, linfoma no Hodgkin. El cáncer cervicouterino y el de próstata representan el 17,5% (n=7) cada uno. En relación a lo anterior, la siguiente figura se muestra los tipos de cáncer según género.

Gráfico N° 2: Número de tipos de cáncer, según género.



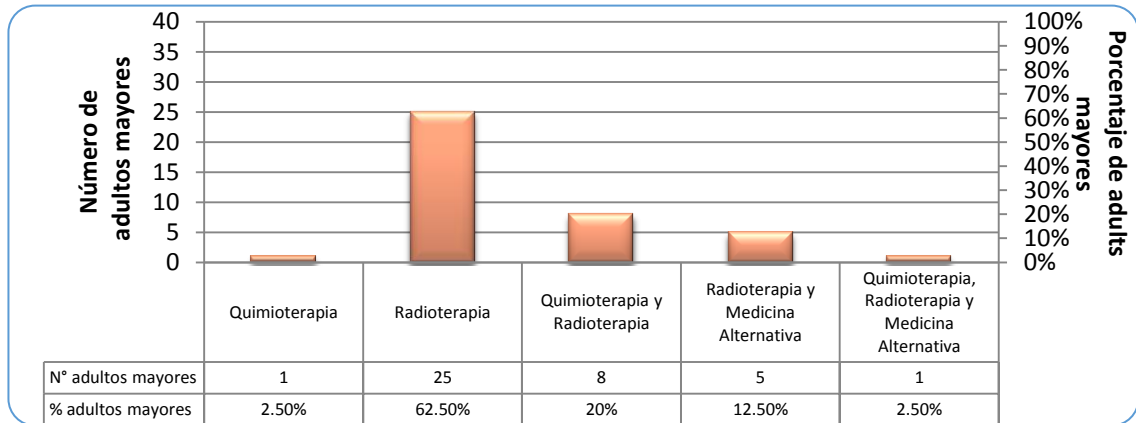
En el Gráfico N°2 se observa que el 52,5% del total de la población presenta cáncer de mama, lo cual corresponde al 71,4% (n=20) del total de mujeres (70%, n=28). A su vez, del total de la población masculina (30%, n=12), el 58,3% (n=7) presenta cáncer de próstata, seguido por el cáncer gástrico y colorrectal con un 16,6% (n=2) cada uno.

Gráfico N° 3: Distribución porcentual de adultos mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso, según tiempo de diagnóstico.



En el Gráfico N°3 se observa que el 60% (n=24) de adultos y adultas mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso tiene un tiempo de diagnóstico menor a un año. El 37,5% (n=15) tiene un tiempo de diagnóstico entre 1 a 3 años y el 2,5% (n=1) entre 3 a 6 años.

Gráfico N° 4: Número y Porcentajes de adultos mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso, según tipo de tratamiento.



En el Gráfico N°4, se observa que el 62.5% (n=25) de los adultos mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso se encuentran en tratamiento con Radioterapia.

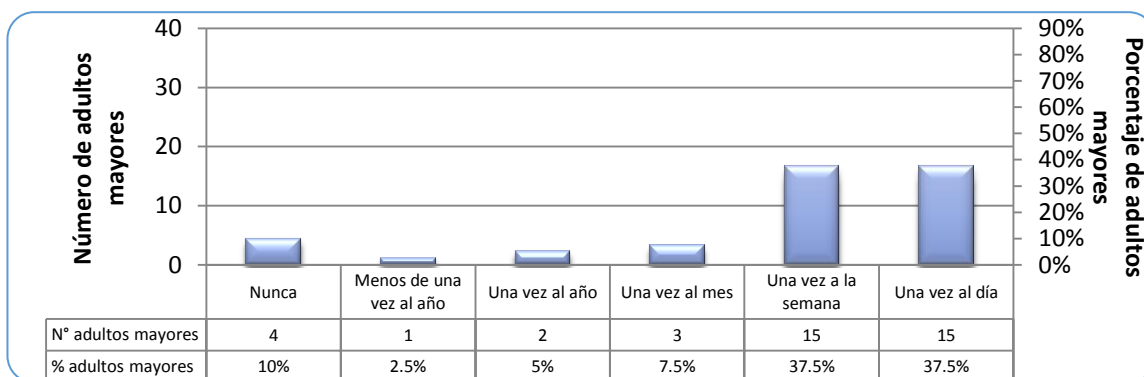
4.2. NIVELES DE ESPIRITUALIDAD

4.2.1 Resultados por dimensión

La SPS de P. Reed está compuesta por dos dimensiones que son: prácticas espirituales y creencias espirituales. A continuación, se muestra la distribución de frecuencias absolutas y relativas de los resultados obtenidos en ambas dimensiones.

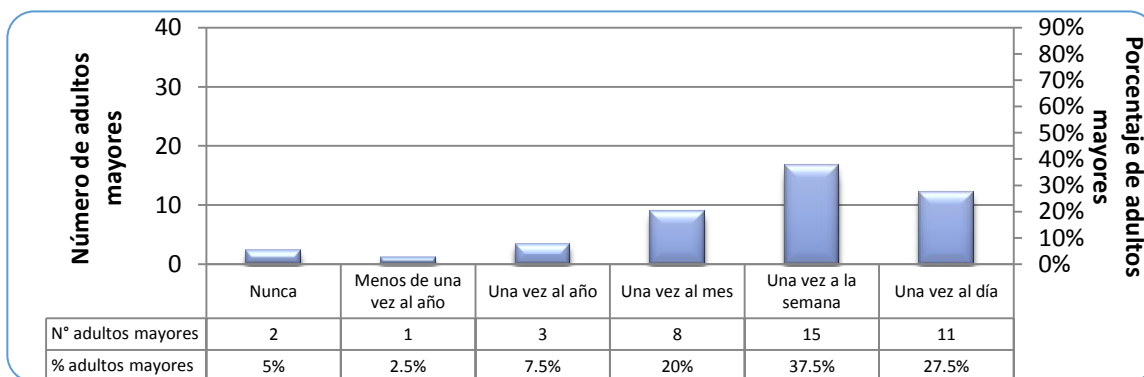
4.2.1.1 Prácticas espirituales

Gráfico N° 5: Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Conversar con familia o amistades sobre temas espirituales.*



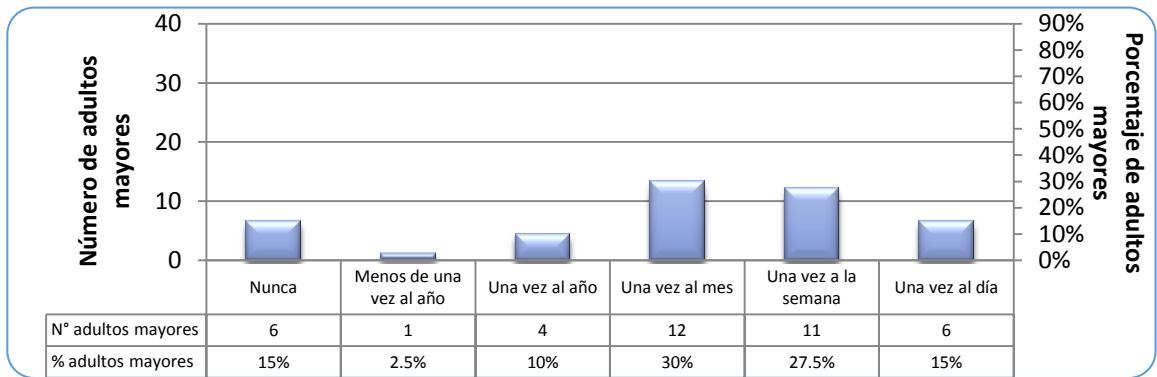
En el Gráfico N°5, se observa que el 75% de los adultos mayor (n=30) hablan temas espirituales con su familia o amigos entre 1 vez al día y una vez a la semana, mientras que el 10% (n=4) declara que nunca han hablado este tipo de temas con sus amigos o familiares.

Gráfico N° 6: Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Compartir con otros los problemas y alegrías de vivir según creencias espirituales.*



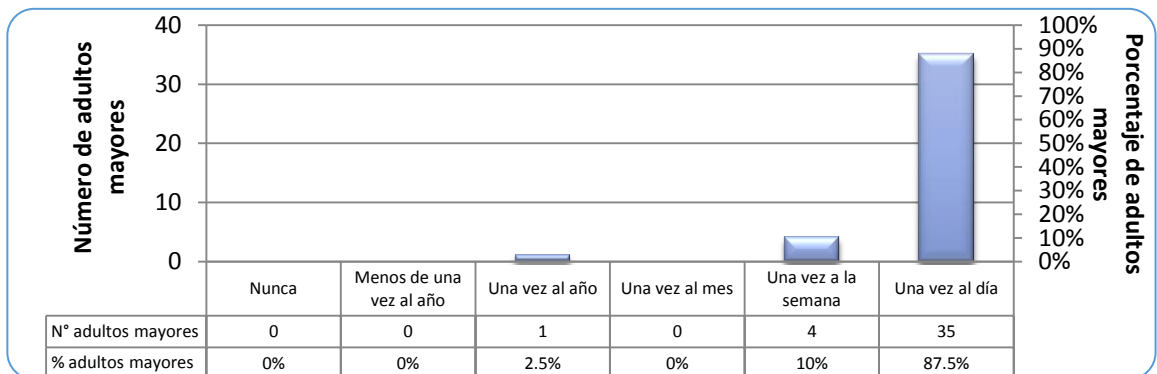
En el Gráfico N°6 se muestra que el mayor porcentaje de adultos mayores (37,5%, n=15) indican que hablan una vez a la semana sus problemas y alegrías de vivir, mientras que el 5% (n=2) declara que nunca han hablado este tipo de temas.

Gráfico N° 7: Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Leer material relacionado con temas espirituales.*



El Gráfico N°7 muestra que el mayor porcentaje de adultos mayores (30%, n=12) indican que leen una vez al mes material relacionado con temas espirituales, mientras que el 15% (n=6) declara que nunca han leído sobre temas espirituales.

Gráfico N° 8: Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Orar, rezar o meditar en privado.*

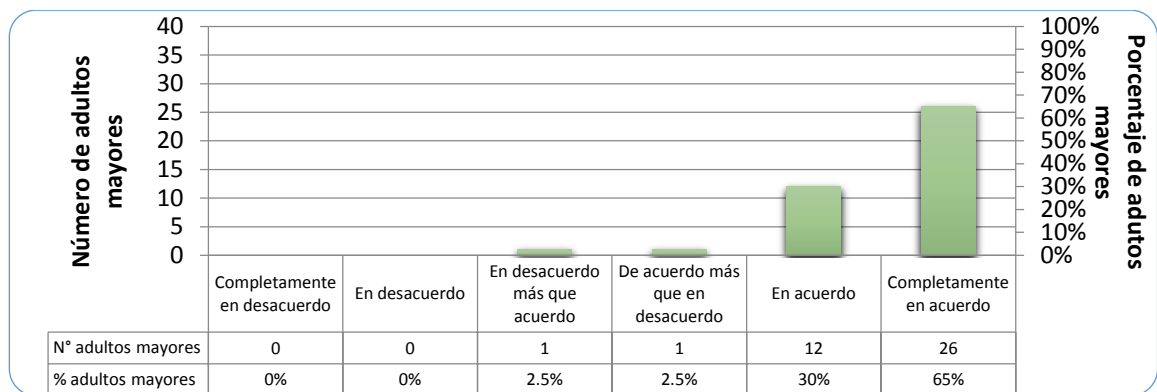


En el Gráfico N°8 se observa que el mayor porcentaje de adultos mayores (87,5%, n=35) indican que oran, rezan o medita en privado diariamente.

4.2.1.2 Creencias espirituales

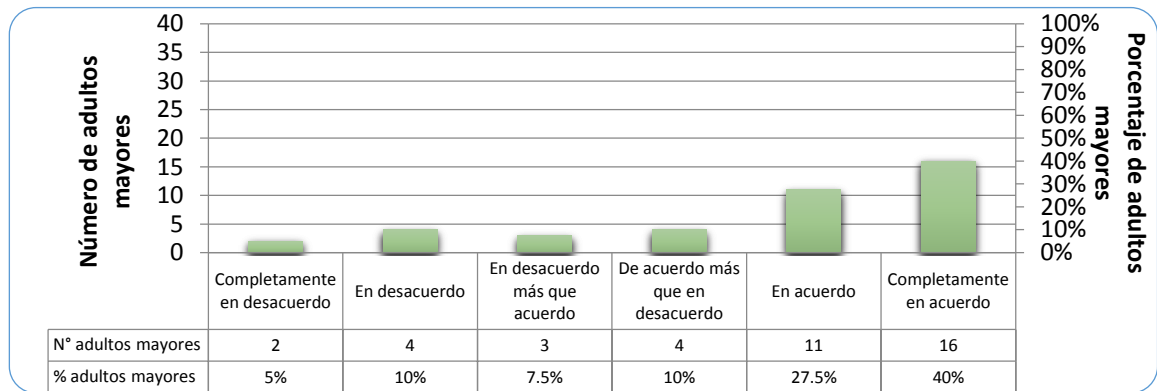
En relación a estos resultados y para efectos de posteriores análisis, se dividen las respuestas en dos secciones: la primera de ellas alude al estado de Desacuerdo general respecto a lo preguntado en la SPS (Extremadamente en desacuerdo, Desacuerdo, y En desacuerdo más que en acuerdo), mientras que la segunda categoría representa el estado de Acuerdo general (De acuerdo más que en desacuerdo, De acuerdo y Extremadamente de acuerdo).

Gráfico N° 9: Frecuencia en número y porcentaje de la creencia *“El perdón es parte importante de mi espiritualidad”*



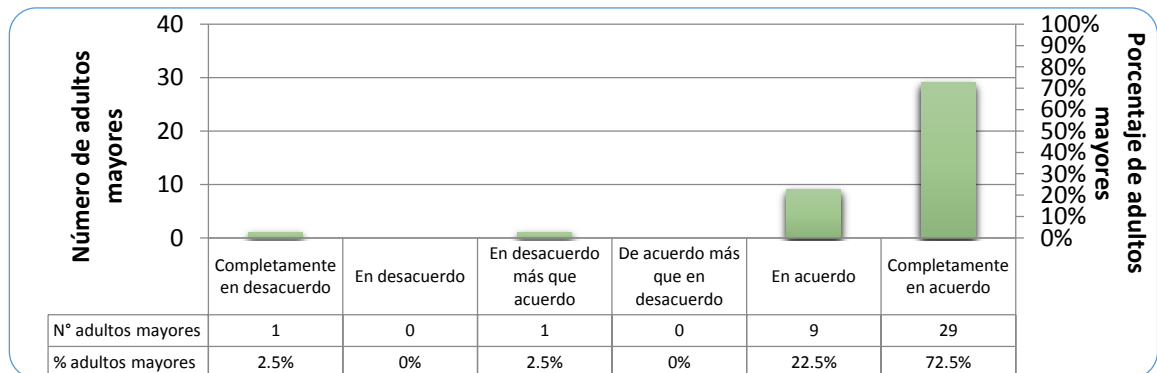
En el Gráfico N°9 se observa que el mayor porcentaje de adultos y adultas mayores (97,5%, n=39) indican encontrarse De Acuerdo con la creencia *“El perdón es parte importante de mi espiritualidad”*, mientras que sólo una persona afirma estar en Desacuerdo (2,5%, n=1).

Gráfico N° 10: Frecuencia en número y porcentaje de la creencia *“Yo busco guía espiritual en las decisiones que tomo en mi diario vivir”*



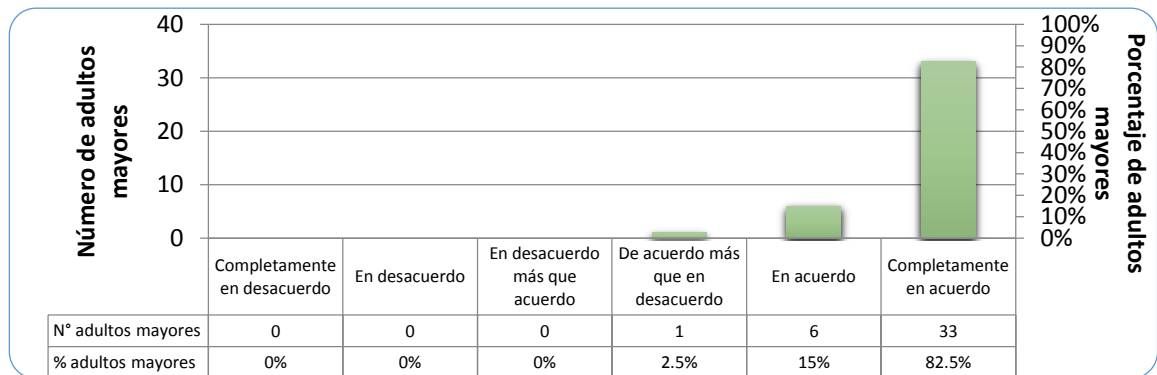
En el Gráfico N°10 se observa que el 77,5% (n=31) de los adultos y adultas mayores con indican estar De Acuerdo con la creencia *“Yo busco guía espiritual en las decisiones que tomo en mi diario vivir”* y el 22,5% (n=9) manifiesta estar en Desacuerdo.

Gráfico N° 11: Frecuencia en número y porcentaje de la creencia *“Mi espiritualidad es una parte significativa de mi vida”*



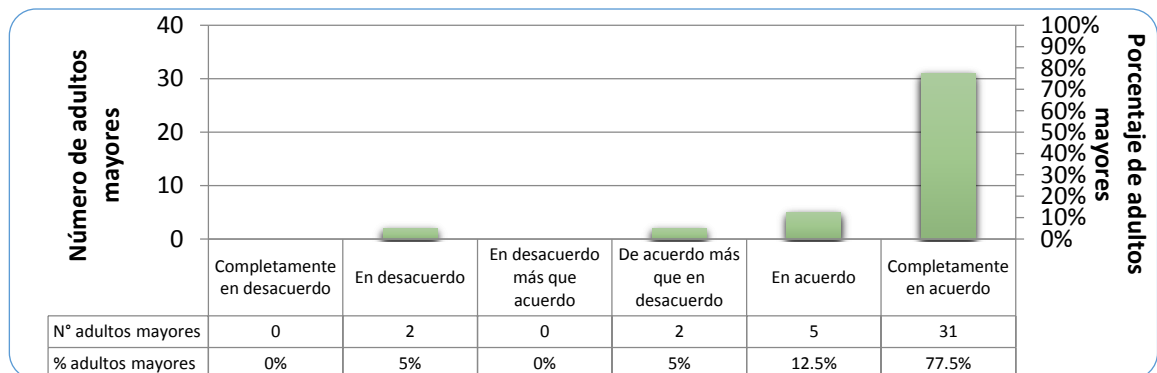
En el Gráfico N°11 se observa que el 95% (n=38) de los adultos y adultas mayores refieren estar De Acuerdo con la creencia *“Mi espiritualidad es una parte significativa de mi vida”*, mientras que sólo dos personas refieren estar en Desacuerdo (5%, n=2)

Gráfico N° 12: Frecuencia en número y porcentaje de la creencia “*Frecuentemente me siento muy cerca de Dios o de un poder superior al orar, al adorar en público o en momentos importantes en mi diario vivir*”



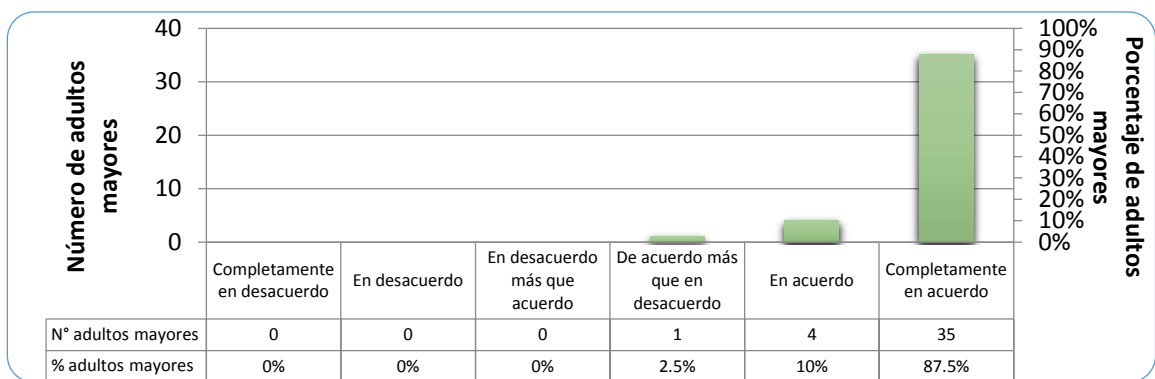
En el Gráfico N°12 se aprecia que el 100% (n=40) de los adultos y adultas mayores (82,5%, n=33) se encuentran en Acuerdo con la creencia “*Frecuentemente me siento muy cerca de Dios o de un poder superior al orar, al adorar en público o en momentos importantes en mi diario vivir*”.

Gráfico N° 13: Frecuencia en número y porcentaje de la creencia “*Mis perspectivas espirituales han ejercido influencia en mi vida*”



En el Gráfico N°13 se observa el mayor porcentaje de adultos y adultas mayores (95%, n=38) se encuentran De Acuerdo con la creencia “*Mis perspectivas espirituales han ejercido influencia en mi vida*”, mientras que sólo dos personas afirman estar en Desacuerdo (5%, n=2).

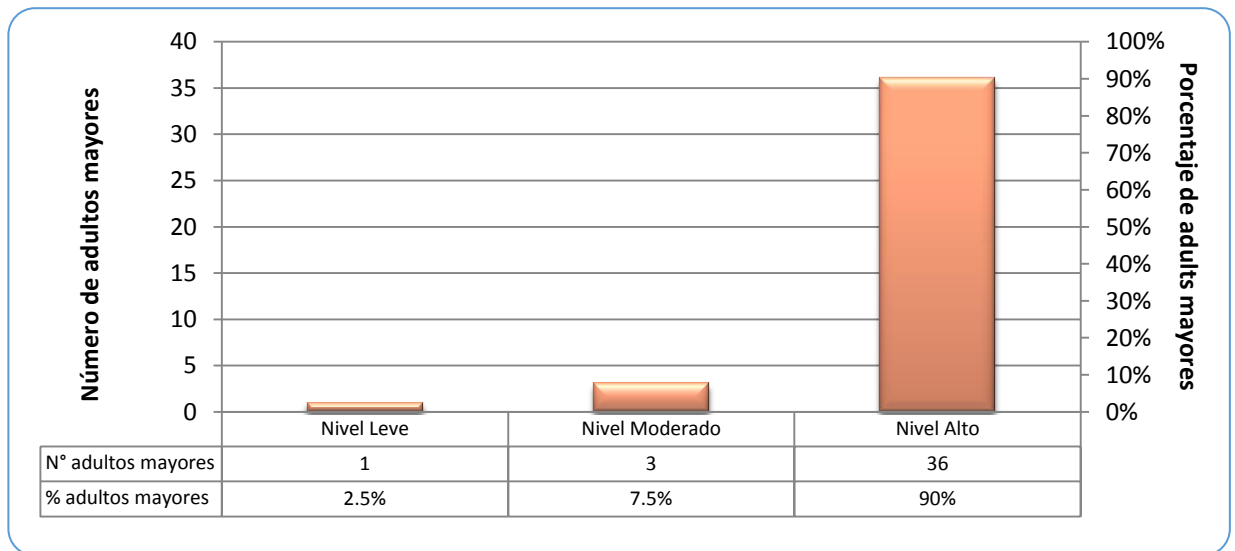
Gráfico N° 14: Frecuencia en número y porcentaje de la creencia “*Mi espiritualidad es especialmente importante para mí porque responde muchas preguntas acerca del significado de la vida*”



En el Gráfico N°14 se aprecia que el 100% (n=40) de los adultos y adultas mayores se encuentran estar De Acuerdo con la creencia “*Mi espiritualidad es especialmente importante para mí porque responde muchas preguntas acerca del significado de la vida*”

4.2.2 Resultado global de la Escala de Perspectiva Espiritual

Gráfico N° 15: Frecuencia en número y porcentaje de los niveles obtenidos en la Escala de Perspectiva Espiritual.



Como se puede observar en el Gráfico N°15, el mayor porcentaje de adultos mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso (90%, n=36) obtuvieron un Nivel Alto de espiritualidad, seguido por el Nivel Moderado (7,5%, n=3) y el Nivel Leve (2,5%, n=1).

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 DISCUSIÓN

5.1.1 CARACTERÍSTICAS BIOPSIOSOCIODEMOGRÁFICAS

Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que en los adultos y adultas mayores con cáncer que se hospedaron en la CONAC Valparaíso existió un predominio del 70% (n=28) del género femenino, mientras que el género masculino representa el 30% (n=12) de la población. En relación a esto, a nivel mundial la incidencia de cáncer es casi 25% mayor en los hombres que en las mujeres, con tasas de 205 y 165 casos por 100.000 habitantes, respectivamente (22). Si bien, en Chile no existen estadísticas actualizadas al respecto, podemos deducir a partir de los datos globales que la incidencia es mayor en hombres que en mujeres. Esto puede ser apoyado por otras cifras estadísticas a nivel nacional, como el riesgo de morir por cáncer, el cual es ligeramente más alto en los varones, con tasas de 120 por 100.000 habitantes, que en las mujeres, quienes presentan tasas de 116 por 100.000 habitantes (26). A su vez, las cifras estratificadas por grupos etarios, señala que la probabilidad de morir por cáncer hasta los 80 años es más elevada en los varones (21,2%) que en las mujeres (15,2%) (26). En este sentido, es necesario enfatizar que el riesgo de morir por una enfermedad depende de varios factores personales y contextuales y no sólo del género. Asimismo, queremos destacar que nuestra población de estudio responde a un contexto muy específico y a factores externos dados principalmente por la CONAC, lo cual no hace posible extrapolar la distribución según género hacia la realidad nacional.

En relación al tipo de cáncer según género, el 52,5% del total de adultos y adultas mayores de la población presentan cáncer de mama, lo cual corresponde al 71,4% (n = 20) del total de mujeres. Dichos datos coinciden con la realidad mundial y nacional, respecto a las tasas de morbilidad del cáncer de mama. Por un lado, a nivel mundial, el cáncer de mama es el más frecuente y la principal causa de muerte en mujeres, siendo el 23% (1.38 millones) del total de nuevos casos y el 14% del total de muertes en el año 2008. A nivel nacional, en el año 2010, fue el tipo de cáncer que causó mayor mortalidad en mujeres, con una tasa de 13,2 por 100.000 habitantes (3).

Por otra parte, del total de la población masculina, (30%, n = 12), el 58,3% (n =7) presenta cáncer de próstata, siendo el más prevalente, seguido por el cáncer de estómago con un 16,6% (n=2). La prevalencia del cáncer de próstata en la población de estudio, concuerda con la realidad mundial y continental según datos de la OPS (24). Asimismo, a nivel nacional, el cáncer de próstata ocupa el segundo lugar de mortalidad en hombres (24,7 por 100.000 habitantes), siendo superado por el cáncer de estómago con 27,4 por 100.000 habitantes (3).

En cuanto a las actividades de recreación de los adultos y adultas mayores que se hospedan en la CONAC Valparaíso, se obtuvo que el 90% (n=36) realiza algún tipo de actividad para su recreación. De estas, las principales fueron tejer, caminar, leer y ver televisión. A su vez, respecto a la realización de alguna ocupación, el 72% (n=29) del total mencionaron tener alguna. Los datos obtenidos pueden ser vinculados con la capacidad de las personas adultas mayores de mantenerse activos y con participación social, lo cual es un factor importante para vivir una adultez mayor plena y satisfactoria. Así, la vinculación con otros, la pertenencia, la actividad grupal, actividades de recreación y ocupación, muestran el grado de bienestar social, lo cual repercute positivamente en la salud física y psicológica de las personas adultas mayores, al contrario del aislamiento y la inactividad (61). De acuerdo a dicha información, sería más beneficioso para la salud de los adultos y adultas mayores, la realización de actividades de recreación de tipo grupal, en las cuales interactúen con otras personas, que las individuales, como ocurre en las actividades con mayor porcentaje de la población de estudio.

Por otro lado, el 97,5% (n=39) de los adultos y adultas mayores cuentan con una red de apoyo. En relación a esto, la teoría de Autotrascendencia de P. Reed explica que las redes de apoyo, al igual que la espiritualidad, son factores moderadores que interactúan entre sí, influyendo en la relación entre la vulnerabilidad y autotrascendencia, y entre la autotrascendencia y el bienestar (40). De igual forma, la evidencia señala que las redes de apoyo tienen la finalidad de mejorar la calidad de vida de las familias y cada uno de sus integrantes, así como promover, fortalecer y mantener su bienestar (62). Por último, la espiritualidad también puede verse influenciada de forma positiva por el apoyo social que recibe la persona, sobre todo si la mayor parte de su círculo social comparte las mismas prácticas y creencias espirituales.

Respecto al tiempo de diagnóstico de cáncer, el 60% (n=24) de los adultos y adultas mayores ha sido diagnosticado hace menos de un año. Así, en el estudio de Ana Mesquita, Érika López, Carolina Valcanti, Denismar Alves, Raquel Gerhke y Emilia Campos, titulado “La utilización del enfrentamiento religioso/espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico”, se menciona que cuanto mayor sea el tiempo de diagnóstico de cáncer, mayor es el conjunto de estrategias cognitivas y conductuales utilizadas para enfrentar situaciones de estrés, entre las cuales encontramos la religión (63), la cual podría favorecer el nivel espiritual.

En relación a la práctica religiosa, el 90% (n=36) de los adultos y adultas mayores que se hospedan en la CONAC de Valparaíso practican algún tipo de religión y el 10% (n=4) no lo hace. Dichos datos obtenidos se asemejan con la realidad nacional donde el 95,5% de los habitantes de sesenta años o más declaró practicar alguna religión o credo, mientras que el 4,5% dijo no tener religión, ser ateo o agnóstico (64).

Por último, del total de la población, el 80% (n=32) es portador de algún tipo de ECNT, además del cáncer. Este tipo de enfermedades generan un cambio en la visión que tiene la persona de sí misma, sintiendo una mayor vulnerabilidad al tener pérdida de su salud. Esto tiene concordancia con las definiciones antes expresadas por P. Reed, la cual explica que las experiencias relacionadas con la salud, como lo son las ECNT, con frecuencia sensibilizan a un individuo a las dimensiones espirituales, es decir, las experiencias de vulnerabilidad favorecen la espiritualidad de la persona (40).

5.1.2 PRÁCTICAS Y CREENCIAS ESPIRITUALES

A continuación, los resultados obtenidos en la aplicación de la SPS de P. Reed se presentarán divididos en dos dimensiones. La primera de ellas es la dimensión de Prácticas espirituales, correspondiente a los primeros cuatro enunciados, y la segunda corresponde a las Creencias espirituales, representada en los seis enunciados que le siguen. Dichos resultados serán comparados con los obtenidos en la investigación de Isabel Gómez, titulada “Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2”, el cual tuvo entre sus objetivos específicos determinar el nivel de espiritualidad en estas personas, de acuerdo a las

creencias y prácticas espirituales. Para ello, Gómez utilizó el instrumento de P. Reed del mismo modo que en nuestro estudio, lo cual hace posible la comparación de resultados (13).

De la primera dimensión Prácticas espirituales, en relación al enunciado “*Al conversar con su familia o amistades, sobre temas espirituales*”, el 75% de los adultos y adultas mayores (n=30) mencionaron hablar temas espirituales con su familia o amigos entre Una vez al día y Una vez a la semana. Lo anterior concuerda con el estudio de comparación, en el cual las opciones de entre Una vez al día y Una vez a la semana obtuvieron el mayor porcentaje entre los encuestados (89,6 %).

En relación a “*Compartir con otros los problemas y alegrías de vivir según creencias espirituales*”, el mayor porcentaje de adultos y adultas mayores (37,5%, n=15) indica que lo hace al menos Una vez a la semana, mientras que el 2,5% de ellos (n=1), que refleja la frecuencia con menor porcentaje, declara hacerlo Menos de una vez al año. Por su parte, en el estudio de comparación, los resultados coinciden con los nuestros, pues la frecuencia de Una vez a la semana y la de Menos de una vez al año obtuvieron el mayor y menor porcentaje respectivamente.

Respecto al enunciado “*Leer material relacionado con temas espirituales*”, el mayor porcentaje de adultos mayores (30%, n=12) indica que realiza dicha actividad Una vez al mes, mientras que el menor (2,5%, n=1) se sitúa en la frecuencia de Menos de una vez al año. Dichos datos difieren con los obtenidos en el estudio de Isabel Gómez, pues en este la mayor frecuencia fue Una vez al día, seguida por Una vez a la semana y Una vez al mes. En nuestro estudio, la frecuencia Una vez al día ocupa el tercer puesto con un 15% (n=6) del total de respuestas, al igual que la alternativa Nunca.

Finalmente, en relación a “*Orar, rezar o meditar en privado*” de la sección de prácticas espirituales, el mayor porcentaje de adultos y adultas mayores (87,5%, n=35) indica que ora, reza o medita en privado Una vez al día, seguido por la frecuencia de Una vez a la semana (10%, n=4). Lo anterior coincide con los resultados obtenidos en el estudio de comparación, pues las frecuencias Una vez al día y Una vez a la semana obtuvieron los dos mayores porcentajes, con un

87,1% y 6,7% respectivamente. En relación a esto, Benson (citado por Navas y Villegas), menciona que todas las formas de oración, tales como la meditación y el rezo, producen una respuesta de relajación que combate el estrés, calma el cuerpo y promueve la sanación. A su vez, la investigación de Byrd (citada por Navas y Villegas) realizada en un hospital de San Francisco, mostró en sus resultados que hubo una mayor mejoría en un grupo de pacientes que recibía oración exterior además del tratamiento convencional, en relación a un grupo de control que sólo recibía tratamiento convencional (9).

Respecto a lo anterior, se pudo identificar que la práctica espiritual realizada con mayor frecuencia en los adultos y adultas mayores fue orar, rezar o meditar en privado (87,5%, n=35 lo realiza de forma diaria), lo cual puede estar relacionado a la respuesta de relajación que produce dicha práctica.

En relación a la dimensión de Creencias espirituales, para efectos de comparación de datos, se determinó analizar los resultados de esta sección en dos categorías, al igual que lo hizo Gómez en su investigación. La primera de ellas alude al estado de Desacuerdo respecto a lo preguntado en la SPS (Extremadamente en desacuerdo, Desacuerdo, y En desacuerdo más que en acuerdo), mientras que la segunda categoría representa el estado de Acuerdo (De acuerdo más que en desacuerdo, De acuerdo y Extremadamente de acuerdo). Asimismo, el porcentaje de cada categoría corresponde a la sumatoria de porcentajes de cada alternativa del grupo (13).

Es así que en relación a la afirmación *“El perdón es parte importante de mi espiritualidad”*, el mayor porcentaje de adultos y adultas mayores (97,5%, n=39) indican encontrarse De Acuerdo a lo preguntado, mientras que sólo una persona afirma estar en Desacuerdo (2,5%, n=1). Dichos resultados concuerdan con el estudio de comparación, donde el mayor porcentaje del grupo de estudio, concuerda con que el perdón es parte importante de su espiritualidad (90.8%). En relación a esto, existe evidencia teórica que avala la importancia del perdón para el individuo en diferentes niveles. Por un lado, Isabel Flores (2009) en sus estudios considera el perdón como un factor de fortaleza que promueve mejores niveles de salud emocional y física, situación que lleva a promover el bienestar personal (65). A su vez, Highfield y Cason junto con Stoll (citados por

Reed), consideran desde una perspectiva más introspectiva que el perdón es una vía para mejorar un sentido de conexión consigo mismo, con otras personas y con Dios o un poder superior (41).

Respecto a la sexta afirmación “*Yo busco guía espiritual en las decisiones que tomo en mi diario vivir*”, el 77,5% (n=31) de los adultos y adultas mayores constituyen el grupo que afirma estar de Acuerdo con lo expresado, situación que coincide con el estudio de comparación, en el cual el 95,7% de la población acuerda en buscar guía espiritual en las decisiones de su vida diaria. Cabe mencionar que la propia persona es quien le asigna un significado a lo que entiende por “guía espiritual”. Es decir, bajo su propia creencia, este concepto puede estar referido a dios, un santo, un cura, un pastor, un símbolo etc.

De acuerdo a esto, hay investigaciones que afirman que la experiencia de la enfermedad, en especial las que son crónicas o significativas, hacen surgir preguntas sobre el sentido de la vida, y una búsqueda de respuestas y una guía para esta (12). Asimismo, en otras culturas también se puede presenciar esta búsqueda de guía espiritual para la vida. En el estudio “Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental”, se menciona que cuando hay un rompimiento en el equilibrio con la naturaleza y se da paso a la aparición de la enfermedad, es cuando la persona mapuche recurre a su guía espiritual, conocido como machi (66).

En relación a la séptima afirmación “*Mi espiritualidad es una parte significativa de mi vida*”, el 95% (n=38) de los adultos y adultas mayores refieren estar de Acuerdo con lo planteado, mientras que sólo dos personas afirman estar en Desacuerdo (5%, n=2). Lo anterior también concuerda con el estudio de Gómez, pues el 96% de su muestra refirió estar en Acuerdo con la afirmación.

En el octavo enunciado “*Frecuentemente me siento muy cerca de Dios o de un poder superior al orar, al adorar en público o en momentos importantes en mi diario vivir*”, el 100% (n=40) de los adultos y adultas mayores indica estar de Acuerdo a lo planteado, hecho que concuerda con el 96,4% de la población del estudio de comparación.

En la novena afirmación “*Mis perspectivas espirituales han ejercido influencia en mi vida*”, el mayor porcentaje de adultos y adultas mayores (95%, n=38) indica encontrarse De Acuerdo a lo preguntado, mientras que sólo dos personas afirman estar en Desacuerdo (5%, n=2). Esto coincide con el estudio de comparación, donde el mayor porcentaje del grupo de estudio, concuerda con que sus perspectivas espirituales han ejercido influencia en su vida (95,7%).

Finalmente, en la última afirmación de la sección “*Mi espiritualidad es especialmente importante para mí porque responde muchas preguntas acerca del significado de la vida*”, el 100% (n=40) de los adultos y adultas mayores refieren estar de Acuerdo con lo planteado, situación que concuerda con el 95,7% obtenido en la población del estudio de Gómez.

En relación a los resultados de la novena y décima afirmación, estos podrían fortalecer la definición de espiritualidad dada por P. Reed (1986), en la cual la describe como una inclinación por encontrar un significado a la vida, por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece, siendo considerada una parte integral en el proceso de desarrollo humano (44, 45).

Finalmente, se identificó que las creencias espirituales con mayor grado de Acuerdo por parte de los adultos y adultas mayores, fueron “sentirse frecuentemente cerca de Dios o un poder superior” y “la espiritualidad es importante porque responde a preguntas acerca del significado de la vida”, lo cual refleja el impacto que tiene la espiritualidad en la vida de estas personas.

5.1.3 NIVEL DE ESPIRITUALIDAD

Según los datos obtenidos en la presente investigación, el nivel de espiritualidad que prevaleció en los adultos y adultas mayores con cáncer que se hospedaron en la CONAC de Valparaíso, en los meses de diciembre de 2015 y enero de 2016, fue el nivel ALTO (90%, n=36), seguido por el nivel MODERADO (7,5%, n=3) y BAJO (2,5%, n=1).

Estos resultados pueden ser comparados con los obtenidos en otras investigaciones sobre espiritualidad. La primera de ellas es la realizada por P. Reed, titulada “Bienestar espiritual en personas enfermas terminales hospitalizadas”, en la cual se estudió a 300 adultos, los cuales

fueron divididos en 3 grupos: el primero estaba constituido por personas con cáncer que conocían la naturaleza terminal de su enfermedad, el segundo por personas hospitalizadas no terminales, y el tercer grupo se constituía de personas sanas. Como resultado de este estudio, se obtuvo que el primer grupo de personas enfermas terminales, las cuales era más vulnerables en comparación al resto, presentó el nivel más alto de perspectiva espiritual al igual que en nuestro estudio, con una puntuación media en el SPS de 4,530 (DE = 1,38). Asimismo, se estimó una relación positiva entre su perspectiva espiritual y su bienestar, es decir, a mayor perspectiva espiritual, mayor percepción de bienestar, como bien menciona P. Reed en sus supuestos teóricos (10).

Por otra parte, en el estudio realizado por Andrea Botello, Vivian Jiménez y Beatriz Giraldo, titulado “Perspectiva espiritual y calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal”, los resultados también muestran ser concordantes con los nuestros. En dicha investigación se trabajó con dos grupos de 50 personas cada uno: el primero correspondía a pacientes en tratamiento con peritoneodiálisis y el segundo a pacientes con hemodiálisis. Los resultados evidenciaron una correlación entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida. Así, la perspectiva espiritual y la calidad de vida fue alta en ambos grupos de estudio, habiendo un cumplimiento de los supuestos teóricos. No obstante, se observó una mayor perspectiva espiritual en las personas en diálisis peritoneal que en las con hemodiálisis (15).

Bajo este punto de vista, si consideramos la teoría de P. Reed, esperaríamos que las personas en tratamiento con hemodiálisis, al ser más vulnerables por encontrarse más próximos al final de la vida producto del estadio y gravedad de la enfermedad, debieran presentar una mayor perspectiva espiritual. A pesar de ello, este fenómeno ocurre y puede ser explicado porque si bien la espiritualidad funciona como un elemento que puede influir positivamente en la relación entre vulnerabilidad y autotranscendencia y entre autotranscendencia y bienestar, no es posible adjudicarle la exclusividad en el mejoramiento de dichos factores. En ella existen factores ambientales y personales, no considerados en la SPS de P. Reed, como lo son la percepción de vulnerabilidad y las conductas relacionadas con la autotranscendencia en cualquiera de sus dimensiones (ej. red de apoyo, nivel cognitivo, la mantención de actividades diarias, la instrumentalización, la percepción de la enfermedad, etc.) (40).

5.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. Retraso en la ejecución de las actividades planificadas según el cronograma de la investigación, a causa del tiempo requerido para la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.
2. Los adultos y adultas mayores que se hospedan en CONAC Valparaíso representan un número reducido, hecho que condicionó el tener que emplear una mayor cantidad de tiempo para obtener una población aceptable de cuarenta personas.
3. Los resultados obtenidos en la investigación son imposibles de extrapolar a un escenario diferente debido al número reducido y especificidad de la población.
4. El horario de tratamiento y el desgaste producido por el mismo, fue una limitación en el tiempo que los adultos y adultas mayores disponían para la aplicación de los instrumentos, por lo que la entrevista debió ser programada acorde a dicha situación.
5. Escasa disponibilidad de estudios sobre espiritualidad en el área de la salud y disciplina de la enfermería que permitieran comparar los resultados obtenidos en nuestra investigación.

5.3 CONCLUSIONES

De acuerdo a los conceptos, resultados y análisis presentados en esta investigación, se concluye que respecto a las características biopsicosociodemográficas de la población, las edades fluctuaron entre los 60 y 80 años de edad, con un promedio de 64,7 años, predominando la población femenina. A su vez, la mayor parte de la población cuenta con algún tipo de red de apoyo, realiza una actividad de recreación, practica alguna religión, porta una o más ECNT, además de cáncer, y presenta un tiempo de diagnóstico menor a un año. En relación al tipo de cáncer según género, en las mujeres prevaleció el cáncer de mama y en los hombres el cáncer de próstata.

Respecto a los resultados de la SPS de P. Reed, la práctica espiritual realizada con mayor frecuencia en los adultos y adultas mayores fue orar, rezar o meditar en privado, lo cual puede estar relacionado a la respuesta de relajación que produce la oración, combatiendo el estrés, calmando el cuerpo y promoviendo la sanación. Por otra parte, las creencias espirituales con mayor grado de Acuerdo por parte de los adultos y adultas mayores, fueron “sentirse frecuentemente cerca de Dios o un poder superior” y “la espiritualidad es importante porque responde a preguntas acerca del significado de la vida”, lo cual refleja el impacto que tiene la espiritualidad en la vida de estas personas. En relación a lo anterior, la identificación de las prácticas y creencias más comunes de espiritualidad representa una herramienta fundamental para el profesional enfermero/a, ya que permite el desarrollo focalizado de estrategias que las potencien, fomentando el área espiritual y contribuyendo en el proceso de sanación de las personas.

En función al nivel de espiritualidad, el que prevaleció en los adultos y adultas mayores con cáncer que se hospedaron en la CONAC de Valparaíso, en los meses de diciembre de 2015 y enero de 2016, fue el nivel ALTO, lo cual refleja un mecanismo positivo para el afrontamiento de la enfermedad en curso. Le siguió en proporción el nivel MODERADO y BAJO. En este contexto, consideramos que haber obtenido un nivel Alto de espiritualidad en una población vulnerable, es un hecho que no podemos pasar por alto al momento de entregar cuidados de enfermería, pues este refleja un alto sentido de pertenencia por parte de estas personas con la dimensión espiritual. Sin embargo, la espiritualidad frecuentemente es desplazada a un segundo plano, en función de la priorización de los aspectos fisiológicos del individuo, lo cual puede ser atribuido a distintas causas, como la falta de tiempo, la sobrecarga laboral y la falta de preparación en la identificación y atención de la necesidad espiritual (16). Frente a esta situación, resulta indispensable la identificación, apoyo y fomento de la espiritualidad, con un alto sentido de responsabilidad, dedicación y respeto, pues esto constituye un recurso fundamental para la curación, afrontamiento de la enfermedad y manejo de la salud (7).

Bajo este contexto, los profesionales enfermeros/as comprometidos/as con la satisfacción de la necesidad espiritual de las personas a su cargo, serán capaces de disponer del tiempo y la actitud

necesarios para llevar a cabo un cuidado espiritual, de forma atingente a las necesidades de la persona y contando con intervenciones específicas dentro de la planificación de los cuidados de enfermería.

En este sentido, es necesario profundizar durante el pregrado la importancia de la esfera espiritual en las personas, enfatizando en cómo reconocerla durante la valoración y permitiendo el desarrollo de estrategias que faciliten su abordaje. Dicho énfasis también debe aplicarse a nivel de la investigación en enfermería, ya que no sólo entrega bases teóricas y empíricas sobre cómo reconocer y abordar la necesidad espiritual en las personas, sino que también contribuye al fortalecimiento del carácter humanista de la disciplina.

Los resultados de nuestro estudio aportan en el desarrollo de la enfermería, ya que permiten conocer e integrar a la práctica fenómenos como la espiritualidad, la cual fue descrita y explicada en base a las experiencias de los adultos mayores en situación de enfermedad y término de la vida. Tener en cuenta este fenómeno sirve para comprender, analizar y reflexionar sobre nuevas estrategias de cuidado, siendo necesario que un mayor número de profesionales enfermeros/as le den importancia e integren el cuidado espiritual, con el objetivo de entregar a la persona y su familia una atención holística y de calidad.

5.4 SUGERENCIAS

1. Enfatizar a nivel de pregrado la importancia de la esfera espiritual en las personas, a través de la realización de investigaciones que aborden el área de la espiritualidad, de manera que proporcionen una base empírica a la enfermería y contribuyan al fortalecimiento del carácter humanista de la misma.
2. Promover las investigaciones correlacionales, que incluyan los niveles de espiritualidad y las características biosociodemográficas, con el fin de reconocer aquellas características que puedan fortalecer o debilitar el desarrollo de la espiritualidad en lo que se refiere al manejo de la salud.

3. Investigar la fluctuación de la perspectiva espiritual de las personas a través del tiempo, con el fin de reconocer el impacto que tiene en ésta el tiempo de diagnóstico, la cercanía a la muerte y la percepción de vulnerabilidad.
4. Integración de la dimensión espiritual en el cuidado de las personas, a través de prácticas cotidianas, como la conversación y la consideración de ellas a la hora de realizar intervenciones, independientemente de la enfermedad y características biopsicosociodemográficas de la persona.
5. Considerar el concepto de Espiritualidad en la salud no sólo desde su arista religiosa, sino que integrándola como un concepto más amplio, el cual está influenciado por diversos factores relacionados con el pensamiento propio, el contexto específico donde se desarrolla, las creencias que tenga y las diferentes formas de puesta en práctica de la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de salud, subsecretaría de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores MINSAL 2014. Chile. Publicado en 2014. [Internet] [Acceso 21 oct 2015]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
- (2) Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Defunciones según grupo de edad, región, gran grupo de causas de muerte y sexo, Chile, 2012. [Internet]. [Acceso 21 oct 2015]. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/05/3.-Defunciones-seg%C3%BAAn-grupo-de-edad-regi%C3%B3n-gran-grupo-de-causas-y-sexo.-Chile-2012.xlsx>
- (3) Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Población, país y regiones: Actualización población 2002-2012 y proyecciones 2013-2020. [Internet]. [Acceso 21 oct 2015]. Disponible en: www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones2014/proyecciones-de-poblacion-2014.xlsx
- (4) Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Anuario de estadísticas vitales 2013. [Internet]. [Acceso 5 ene 2016]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2013.pdf
- (5) Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Mortalidad por causas, según sexo, región de Valparaíso, 2000-2011. [Internet]. [Acceso 21 oct 2015]. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2014/11/6-Valpara%C3%ADso.xlsx>
- (6) Itriago L, Silva N, Cortés G. Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet]. 2013. [Acceso 6 dic 2015]; 24(4). Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/1_Dra.-Laura-Itriago-G.pdf

- (7) Sánchez B. Dimensión espiritual del cuidado de Enfermería en situaciones de cronicidad o muerte. Bogotá (Colombia). Universidad Nacional de Colombia; 2004. 288 p.
- (8) Oliveros E, Barrera M, Martínez S, Pinto T. Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. Rev. de Psicología GEPU [Internet]. 2010. [Acceso 22 oct 2015]; 1(2): 19 - 29. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2225/1/Afrontamiento%20ante%20el%20Diagnostico%20de%20Cancer.pdf>
- (9) Navas C, Villegas H. Espiritualidad y salud. Rev. Ciencias de la Educación. [Internet]. 2006 (ene - jun). [Acceso 22 oct 2015]; 1(27): 29 - 45. Disponible en:
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/volIn27/27-2.pdf>
- (10) P. G. Reed. Spirituality and Well-Being in Terminally Ill Hospitalized Adults. Rev Research in Nursing & Health [Internet]. 1987. [Acceso 20 nov 2015]; 10(5) 335-344. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770100507/epdf>
- (11) Whetsell M.V., Frederickson K., Aguilera P. y Maya J.L.. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza, relacionados con la salud en adultos mayores. Rev Aquichan. [Internet]. 2005. [Acceso 24 dic 2015]; 5(1): 72-85. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/61/126>
- (12) Zavala M., Vázquez Martínez O., Whetsell M.. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Rev Aquichan. [Internet]. 2006. [Acceso 26 dic 2015]; 6(1): 8-21. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/76/157>.
- (13) Gómez I. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2 [Tesis]. Bogotá (CO): Universidad Nacional de Colombia, 2010. Extraído de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3921/1/539496.2010.pdf>
- (14) Galvis-López, M., Pérez-Giraldo, B.. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. Rev. Aquichan. [Internet]. 2011. [Acceso 09 ene 2016]; 11(3):2. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2016>.
- (15) Botello Reyes A. Perspectiva espiritual y calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal [Tesis]. Bogotá (CO): Universidad de la Sabana; 2013. [Acceso 28 dic 2015]. 85 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10818/9340>

- (16) Mc Sherry W. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care *Nursing Standard*. *Nurs Stand*. 1998; 13 (4): 36 – 40.
- (17) Ministerio de salud (MINSAL), subsecretaría de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores 2014. Chile. 2014. [Acceso 19 oct 2014]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%202004-03_14.pdf
- (18) Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos del Observatorio de Salud Global: Población de datos por regiones, 2013. [Acceso 6 dic 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.POP2020?lang=en>
- (19) Martínez R. Proceso de envejecer; Enfermería y envejecimiento, Barcelona (Es); Elsevier-Masson; 2012. p.9-26.
- (20) Organización mundial de la salud (OMS). Temas de salud: envejecimiento, 10 datos sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 2015. [Actualizado sep 2015; acceso 9 dic 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- (21) Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer. [Internet]. Acceso 20 oct 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- (22) Proyecto GLOBOCAN. Todos los cáncer (excluyendo el cáncer de piel no melanoma): Incidencia estimada, mortalidad y prevalencia en todo el mundo en 2012. [Internet]. [Acceso 20 oct 2014]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- (23) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Observatorio Demográfico N°4: La mortalidad en América Latina: una trayectoria auspiciosa pero heterogénea. [Internet]. 2007. [Acceso 6 Dic 2015]. Disponible en: https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwj m57SLgMjJAhWEFpAKHYbnDdsQFggfMAE&url=http%3A%2F%2Fcentrodela familia.uc.cl%2FDescargar-documento%2F767-Observatorio-4-La-mortalidad-en-America-Latina.html&usg=AFQjCNHpxMeVR9LJKDs2VsyPhX-ZObfW_Q&cad=rja
- (24) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mortalidad por cáncer está decayendo en algunos países de las Américas, según nuevo informe de la OPS/OMS [Internet]. [Actualizado 07 nov 2013; acceso 20 oct 2014]. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?id=9135%3Acancer-mortality-is-declining-in-some-countries-of-the-americas-new-pahowho-report&option=com_content

- (25) Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles. [Internet]. [Actualizado ene 2015; acceso 17 feb 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- (26) Medina E, Kaempffer AM. Mortalidad por cáncer en Chile: consideraciones epidemiológicas. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2001. [Acceso 21 oct 2015]; 129(10). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001001000014&lng=en&nrm=iso&tlng=en .
- (27) Foro nacional del cáncer. Mapa de la investigación en cáncer en Chile – cancer research map Chile. Santiago de Chile. 2010.
- (28) Sociedad Americana de Oncología Clínica. El envejecimiento y el Cáncer, 2008. [Internet]. [Citado 21 Ene 2016]. Disponible en <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/el-c%C3%A1ncer-en-adultos-mayores/el-envejecimiento-y-el-c%C3%A1ncer>
- (29) Borrego L., González K. , Borrego L. , Dovale B., González K. Diagnóstico tardío del cáncer en adultos mayores. Correo Científico Médico [Internet]. 2008. [acceso 18 feb 2015] <http://www.cocmed.sld.cu/no125/pdf/n125ori5.pdf>
- (30) Mera P C y Ortiz M. La Relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. *Ter Psicol*[Internet]. 2012, vol.30, n.3 [acceso 15 nov 2015], pp. 69-78. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300007>
- (31) Garcia J.J., Incidencia de tumores óseos de huesos largos evaluados en traumatología y ortopedia del hospital Roosevelt [Internet]. Febr 2012 2015 [acceso 20 nov 2015]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8846.pdf
- (32) Biblioteca nacional de medicina de EE.UU. Cáncer de Prostata [Internet]. agosto 2015 [acceso 18 feb 2015] <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>

- (33) Biblioteca nacional de medicina de EE.UU. Cancer de Mama [Internet]. agosto 2015 [acceso 18 feb 2015] <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000380.htm>
- (34) Escuela de Medicina. Universidad Catolica de Chile. Manual de Patología General. Neoplasia. [Internet]. [acceso 18 feb 2015]. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/Patol_090.HTML
- (35) Borquez P., Romero C. Revista Chilena de Cirugía. Cirugía al Día. El paciente oncológico geriátrico. 2007; Vol 56 [acceso 18 feb 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rhcir/v58n6/art15.pdf>
- (36) Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Psicooncología [internet]. 2004. [acceso 7 Dic 2015]; 1 (2 – 3), p. 211 – 230. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120211A/16254>
- (37) Yélamos A, Fernández B. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. En: Astudillo W, Montiano E, Salinas – Martín A, Díaz – Albo E, Mendinueta C. Manejo del cáncer en atención primaria. 1era ed. San Sebastián (Es): Sociedad Vasca de cuidados paliativos; 2009. 267 – 283.
- (38) Cooper Cary L. “Psychosocial Stress and Cancer” (Estrés y Cáncer). Visión de conjunto: Una revisión de las orientaciones de investigación e históricas. Cáncer y estrés. 1º Ed. John Wiley & Sons Ltd. 1984. [Citado 21 Ene 2016]. Disponible en <https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=4VaKZcnkNb4C&oi=fnd&pg=PA1&dq=estudios+cancer+y+estres&ots=97D878LTt7&sig=9807-BfqT6rSk5JkD54ImPQ-Ylw#v=onepage&q=estudios%20cancer%20y%20estres&f=false>
- (39) Corporación nacional del cáncer (CONAC) ; CONAC [internet] ; 2014 [Acceso 22 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.conac.cl/>
- (40) Alligood MR, Tomey AM. Teoría de la autotrascendencia de Reed. En: Monforte MR, editora. Modelos y teorías de Enfermería. España: Elsevier; 2011. p. 618-637.
- (41) Galvis López M, Pérez Giraldo B. Revisión de la literatura sobre el concepto “Espiritualidad” aplicado a la práctica de Enfermería. ALADEFE. [Internet]. 2013. [Acceso 9 ene 2016]: (3). Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/82/>

- (42) Whetsell Martha V, Frederickson Keville, Aguilera Paulina, Maya Juan Luis. Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. Rev. Aquichán. [Internet]. 2005. [Acceso 20 nov 2015]; 5 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100008&script=sci_arttext
- (43) Sierra Leguía L, Montalvo Prieto A. Bienestar Espiritual de Enfermeras y Enfermeros en unidades de cuidado intensivo. Av. Enferm. [Internet]. 2012. [acceso 10 Ene 2016]; (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a07.pdf>
- (44) Galvis López M., Pérez Giraldo B. Spiritual Perspective of Women with Cancer. Rev. Aquichán. [Internet]. 2011. [acceso 18 nov 2015]; 11(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972011000300003&script=sci_arttext
- (45) Reed P. An Emerging Paradigm for the Investigation of Spirituality in Nursing. Research in Nursing & Health. 1992; 15: 349-357.
- (46) Rodríguez C, Fernández M. La necesidad de espiritualidad en el individuo enfermo. Cuad Bioética. 1995; 6 (23): 343 – 345.
- (47) Henderson V. Principios básicos de los Cuidados de Enfermería. 1era Ed. Washington, D.C., (EUA). Organización Panamericana de la Salud; 1961. 56 p.
- (48) Carpenito L. J. Diagnóstico de enfermería: aplicación a la práctica clínica. 14a. ed. Barcelona (ES): Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins; 2013
- (49) North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). NANDA Internacional diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. 9na ed. Barcelona (ES): Elsevier España; 2010. 431 p.
- (50) Sánchez B. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. Aquichan [internet]. 2009. [Acceso 7 Dic de 2015]; 9 (1): 8 – 22. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74111465003.pdf>
- (51) Pinto N. Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica. InvEnf [internet]. 2007. [Acceso 8 Dic de 2015]; 9 (1): 20 – 35. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/81.pdf>
- (52) Herrera BS. Dimensión espiritual. En: Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad o muerte. Colombia: Universidad de Colombia; 2004. p. 11-31.

- (53) Quintero M. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. En: Universidad Nacional de Colombia. Cuidado y práctica de enfermería. Bogotá (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2000. p. 184 – 191.
- (54) Oliveros E, Barrera M, Martínez S, Pinto T. Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. Rev. de Psicología GEPU [Internet]. 2010. [Acceso 22 oct 2015]; 1(2): 19 - 29. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2225/1/Afrontamiento%20ante%20el%20Diagnostico%20de%20Cancer.pdf>
- (55) Collado R. Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería. Revista 360° [internet]. 2010. [Acceso 8 Dic de 2015]; 5:1–3. Disponible en:
<http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>
- (56) Arjona J. Espiritualidad y religión [internet]. España: Escuela española de desarrollo transpersonal (EDT); 2009. [Actualizado Dic 2015; acceso 10 Dic 2015]. Disponible en:
<https://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/12/religion-y-espiritualidad.pdf>
- (57) Reed, P.G. Spiritual Perspective Scale. University of Arizona College of Nursing. Tucson Arizona. 2008
- (58) Canaval G, González M, Sánchez M. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. Rev Colombia Médica. [Internet]. 2007 Oct-Dic; [Acceso 29 Sept 2015] 38 (4 supl. 2) Disponible en:
<http://www.bioline.org.br/pdf?rc07078>
- (59) Reed, P.G. Religiousness among Terminally Ill and Healthy Adults. Research in NursingandHealth. 1986. 9, 35-42.
- (60) D. Jaramillo-Vélez, D. Ospina-Muñoz, G. Cabarcas-Iglesias, J. Humphreys. Resiliencia, Espiritualidad, Aflicción y Tácticas de Resolución de Conflictos en Mujeres Maltratadas.2005. Rev. salud pública. 7 (3): 281-292.
- (61) Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Participación y vejez. [Acceso 3 mar 2016]. SENAMA. Disponible en: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>

- (62) Da Silva I, Melo S, Nascimento L. Red de apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos. Rev Latino-am Enfermagem [internet]. 2008 [acceso 3 mar 2016]; 16(2). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_24.pdf
- (63) Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. La utilización del enfrentamiento religioso/ espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2013 [acceso 22 feb 2016]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0539.pdf
- (64) Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Síntesis de resultados, Censo 2002. [Internet]. [acceso 5 ene 2016]. Disponible en: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf>
- (65) Flores I. El perdón como Potencial Humano. Rev especializada Temática Psicológica. [Internet]. 2009. [acceso 29 ene 2016]; 5(1). Disponible en: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revistas_postgrado/TEMATICA2009.pdf
- (66) Diaz A., Perez M. , Gonzales C., Simon J. Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. Rev. Ciencia y Enfermería. [Internet]. 2004. [Acceso 5 mar 2016]; Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art02.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Perspectiva Espiritual

ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL – Reed, 1986																
						Número										
PRÁCTICAS ESPIRITUALES	Nunca 1	Menos de una vez al año 2	Una vez al año 3	Una vez al mes 4	Una vez a la semana 5	Una vez al día 6										
1. Al conversar con su familia o amistades, ¿qué tan a menudo menciona temas espirituales?																
2. ¿Qué tan a menudo comparte con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo a sus creencias espirituales?																
3. ¿Qué tan a menudo lee material relacionado con temas espirituales?																
4. ¿Qué tan a menudo ora, reza o medita en privado?																
CREENCIAS ESPIRITUALES	Completamente en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	En desacuerdo más que acuerdo 3	De acuerdo más que en desacuerdo 4	En acuerdo 5	Completamente en acuerdo 6										
5. El perdón es parte importante de mi espiritualidad																
6. Yo busco guía espiritual en las decisiones que tomo en mi diario vivir.																
7. Mi espiritualidad es una parte significativa de mi vida.																
8. Frecuentemente me siento muy cerca de Dios o de un "poder superior" al orar, al adorar en público, o en momentos importantes en mi diario vivir.																
9. Mis perspectivas espirituales han ejercido influencia en mi vida.																
10. Mi espiritualidad es especialmente importante para mí porque responde muchas preguntas acerca del significado de la vida.																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NIVEL LEVE</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">10 – 30 PUNTOS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NIVEL MODERADO</td> <td style="text-align: center;">31 – 45 PUNTOS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ALTO</td> <td style="text-align: center;">40 – 60 PUNTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">PUNTAJE TOTAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">NIVEL DE ESPIRITUALIDAD</td> </tr> </table>							NIVEL LEVE	10 – 30 PUNTOS	NIVEL MODERADO	31 – 45 PUNTOS	ALTO	40 – 60 PUNTOS	PUNTAJE TOTAL		NIVEL DE ESPIRITUALIDAD	
NIVEL LEVE	10 – 30 PUNTOS															
NIVEL MODERADO	31 – 45 PUNTOS															
ALTO	40 – 60 PUNTOS															
PUNTAJE TOTAL																
NIVEL DE ESPIRITUALIDAD																

Anexo 2. Cuestionario de Caracterización Biopsicosociodemográficas

N°:

CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN BIOPSIOSOCIODEMOGRAFICA

A. Fecha de Nacimiento					
B. Sexo	B.1	Femenino	B.2	Masculino	
C. Escolaridad	C.1	Básica completa	C2	Básica incompleta	
	C.3	Media completa	C.4	Media incompleta	
	C.5	Superior (técnico/universitaria) completa	C.6	Superior (técnico/universitaria) incompleta	
D. Ocupación	D.1	Actividad remunerada	D.1.1	Total (>30 horas/semana)	
			D.1.2	Parcial (<30 horas/semana)	
	D.2	Actividad NO remunerada	D.2.1	Total (>30 horas/semana)	
			D.2.2	Parcial (<30 horas/semana)	
D.3	Sin ocupación				
E. Actividad de recreación	E.1	Sí realiza	¿Cuál?		
	E.2	No realiza			
F. ¿Tiene red de apoyo?	F.1	Sí	F.2	NO	
	F.1.1	Pareja			
	F.1.2	Hijos/as			
	F.1.3	Cuidador			
	F.1.4	Amigos			
	F.1.5	Red comunitaria			
	F.1.6	Otra	Especifique		
G. ¿Con quién vive?	G.1	Solo	G.2	Con pareja	
	G.3	ELEAM	G.4	Con hijos/as	
	G.5	Otro	Especifique		
H. ¿Practica alguna religión?	H.1	Sí	¿Cuál?		
	H.2	NO			
I. ¿Qué tipo de cáncer tiene?	I.1	Mama		I.2	Cervicouterino
	I.3	Próstata		I.4	Pulmón
	I.5	Gástrico		I.6	Colorectal
	I.7	Otros	¿Cuál?		

N°:

J. Tiempo de diagnóstico	J.1	0 a 1 año	J.2	1 a 3 años
	J.3	3 a 6 años	J.4	6 años o más
K. Tipo de tratamiento actual	K.1	Quimioterapia		
	K.2	Radioterapia		
	K.3	Cirugía		
	K.4	Medicina alternativa		
	K.5	Otro	¿Cuál?	
L. ECNT'S	L.1	SÍ	L.2	NO
	L.1.1	HTA		
	L.1.2	DM 1 o 2		
	L.1.3	Dislipidemia		
	L.1.4	Artrosis		
	L.1.5	Enfermedad de Parkinson		
	L.1.6	EPOC/asma		
	L.1.7	Otra	¿Cuál?	
M. MMSE	Puntaje obtenido		Normal	Alterado
N. Escala de Yesavage	N.1	Normal (0 - 5 puntos)		
	N.2	Depresión leve (6 - 9 puntos)		
	N.3	Depresión establecida (> a 10 puntos)		

- ELEM: Establecimiento de larga estadía para adulto mayor
- ECNT'S: Enfermedad crónica no transmisible
- HTA: Hipertensión arterial
- DM 1 o 2 : Diabetes mellitus tipo 1 o 2
- NR: No responde
- NC: No corresponde

Anexo 3. Carta de aprobación para utilización de instrumento de Pamela Reed

29/3/2016

Correo de Universidad de Valparaíso - Spiritual Perspective Scale



JAVIERA ANDREA CANELO <javiera.canelo@alumnos.uv.cl>

Spiritual Perspective Scale

2 mensajes

JAVIERA ANDREA CANELO <javiera.canelo@alumnos.uv.cl>
Para: preed@email.arizona.edu, preed@nursing.arizona.edu

4 de abril de 2015, 21:34

Dear Professor Reed,

We introduce ourselves as a group of students who belong to the School of Nursing from University of Valparaíso – Chile. We would like to ask for your permission to use your Spiritual Perspective Scale in our thesis Project for achieving the nurse degree. Our Project is called: "Level of Spirituality in elders with cancer". Is a descriptive study which aims to acknowledge the level of spirituality and social-demographic profile in elders between 60 and 85 years with cancer who attend to the National Corporation of Cancer (Corporación Nacional del Cáncer – CONAC) in Valparaíso, Chile. This is a non-profit Corporation that has private rights and its mission is serving the community through education, prevention, early diagnose, research and cancer treatment in Chile.

Through this study we could elaborate a sort of guide which could help nurses to know the local scenario and based on this, develop holistic strategies that would improve psycho-social and spiritual wellness in the affected people and their families.

For that we thought on using your Theory of self – transcendence as an important part of our research framework, due to we considerate it as a great contribution to our discipline, promotes integral care and allows us to deliver quality care to our patients.

We would like to know as well if you could orientate us about how to get your instrument of measure in English, as we only have it in Spanish.

Thank you in advance

Kind regards,

Pedro Nicolás Agurto Vivar 18.258.524 -6

Katty Tatiana Arredondo Manques 18.036.030-1

Javiera Andrea Canelo Escudero 18.510.357-9

Abner Benjamin Lilo Aguilera 17619884-2

Macarena Andrea Muñiz Alarcón 18.510.357-9

Camila Eiena Orrego Castillo 18.511.539-9

Bárbara Sofía Pérez Villagra 18.583.948-6

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso – Chile.

29/3/2016

Correo de Universidad de Valparaíso - Spiritual Perspective Scale

Para: JAVIERA ANDREA CANELO <javiera.canelo@alumnos.uv.cl>

Dear Javiera and colleagues,

Thank you for your interest in my work. You are most welcome to use the Spiritual Perspective Scale for your thesis project. It sounds very interesting!

In response to your request, I am sending along the SPS in English, along with other information. Many have used the SPS with good results. Please let me know if you have any questions. And if it would be easier for you to have the SPS as a WORD file, let me know and I'll send that.

I wish you the best on your project. It sounds like an important endeavor to help older adults who have cancer.

Sincerely,

Pam

Pamela G. Reed, PhD, RN, FAAN

Professor

The University of Arizona

College of Nursing

1305 N. Martin St.

Tucson, AZ 85721-0209

USA

preed@arizona.edu

Anexo 4. Carta de aprobación al proyecto de investigación por parte de la Corporación Nacional del Cáncer de Valparaíso



CREADA POR DECRETO. N° 1107
DEL 4-IX-1974 DEL MIN. DE JUSTICIA

Valparaíso, 06 de Mayo del 2015

De: Dr. Pedro Acuña G.
Director Médico
CONAC V Región

Para: Sra. Jimena Le Roy.
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso

Estimada Sra. Le Roy;

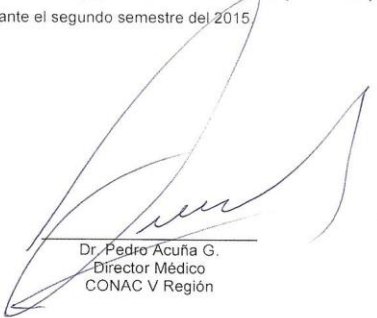
A través de la presente y a nombre de la Corporación Nacional del Cáncer, Filial V Región, quiero manifestar nuestro interés en que los alumnos tesistas;

Pedro Agurto Vivar
Katy Arredondo Manques
Javiera Canelo Escudero
Abner Lillo Aguilera
Macarena Muñoz Alarcón
Bárbara Pérez Villagra
Camila Orrego Castillo

Pertenecientes a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, junto con la docente guía Sra. Johann Vidal Ortega, realicen en nuestra institución la investigación denominada "*Nivel de espiritualidad de adultos y adultas mayores con cáncer entre 60 y 85 años que asisten a la CONAC de Valparaíso*", durante el segundo semestre del 2015.

Sin otro particular,

Cordialmente,



Dr. Pedro Acuña G.
Director Médico
CONAC V Región

BLAS CUEVAS 965 - SUBIDA EL LITRE • FONOS: 222 55 38 - 222 70 67 - 223 16 48 - 222 52 36 - 225 86 26 • VALPARAISO
ERRAZURIZ 829 • FONONO: 291 76 10 • QUILPUE

Anexo 5. Certificación del Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso



FACULTAD DE MEDICINA

Comité de Bioética
para la Investigación



ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 47/2015

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico – cirujano, Daniel Ciudad, kinesiólogo; Patricia Herrera, educadora de párvulos; Carlos Varas, psicólogo, en su sesión del día jueves 12 de noviembre de 2015, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “Nivel de espiritualidad en adultos mayores con cáncer, de 60 años o más, y que asisten a la CONAC de Valparaíso durante el segundo semestre de 2015”, presentado por la investigadora responsable Johana Vidal, adscrita a esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 37/2015, versión en español
2. Hoja Informativa y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.
3. *Currículum Vitae* del investigador responsable.
4. Cédula Biosociodemográfica de recolección de información general.
5. Cartas de autorización instituciones participantes.
6. Escala de Perspectiva Espiritual en inglés (oficial) y traducida.
7. Carta de aprobación ayuda de CAPSI – Universidad de Valparaíso

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar al entendimiento del nivel de espiritualidad de adultos mayores en el contexto del tratamiento por cáncer. El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos, estimados en una cuantía no mayor a la habitual exposición de los sujetos de investigación.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados



como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de los instrumentos, y explicitando el compromiso de activar un protocolo de contención y posterior derivación si se detectara alguna sintomatología que así lo requiriese en los participantes; así también, el investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.

4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el año 2015, bajo la supervisión del de la investigadora responsable, Johana Vidal. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, si correspondiere.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Jimena Le Roy Barría
Presidenta



Ivanny Marchant Ramírez
Secretaria

Valparaíso, 25 de noviembre 2015

C/C.

- Secretaría CBI-FAMED
- Comisión de Investigación Facultad de Medicina

Anexo 6. Consentimiento informado



Consentimiento Informado Hoja Informativa para Adultos Mayores



El propósito del presente documento es invitarlo/a a participar en el estudio “Nivel de espiritualidad en adultos mayores con cáncer, de 60 años o más, que asisten a la CONAC de Valparaíso durante el segundo semestre de 2015”, cuya investigadora principal es Johana Vidal, Enfermera – Matrona, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Valparaíso y sus colaboradores los estudiantes tesisistas de 4º año de dicha Casa de Estudios. Para que pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistirá su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en la Corporación Nacional del Cáncer (CONAC) durante los años 2015 y 2016.
2. La importancia de este estudio se basa en que en las últimas décadas Chile ha presentado un aumento de la esperanza de vida y por consiguiente, un aumento de la vejez en la población. A su vez, el cáncer se ha convertido en la segunda causa de mortalidad en el país, teniendo una alta incidencia en adultos de 65 años y más. Además el cáncer representa una situación de importante estrés y desequilibrio emocional en la persona, desde la etapa de diagnóstico, durante el transcurso de la enfermedad y en etapas avanzadas de la misma, por lo que la espiritualidad se transforma en una herramienta importante y beneficiosa para el afrontamiento y ajuste a la enfermedad.
Su participación en este estudio es relevante ya que permitirá evaluar el nivel de espiritualidad en los adultos mayores con cáncer, lo cual a largo plazo, puede llevar a realizar estrategias y/o intervenciones por parte del equipo de salud, en el ámbito psicosocial de la persona.
3. El objetivo de la investigación es determinar el nivel de espiritualidad en adultos/as mayores con cáncer, entre 60 y 85 años, que asisten a la CONAC de Valparaíso, además de identificar algunas creencias y prácticas espirituales en este grupo de personas.
4. Su participación es voluntaria y no constituye un riesgo para su salud ni su integridad física.
Si accede a participar en esta investigación, se le aplicarán una serie de instrumentos de valoración en la misma corporación, en el siguiente orden y en tres sesiones, siendo ésta la primera: Escala de Minimalista abreviado (para evaluar estado cognitivo), Escala de Yesavage (para evaluar sospecha de depresión), Cédula Biosociodemográfica (donde se recolectarán datos generales como edad, género, situación laboral, redes de apoyo y enfermedades), y la Escala de Perspectiva Espiritual (para medir el nivel de espiritualidad en base a sus creencias y prácticas espirituales).
5. En el caso de que presente alguna perturbación y/o efecto emocional indeseado durante su participación en esta investigación, podrá recibir apoyo emocional y/o contención por parte del investigador y de ser necesario se sugerirá ser derivado al Centro de Atención Psicológica y Salud Integral (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.
6. Su participación no implica costo para usted ni incluye beneficios monetarios. Los gastos asociados son asumidos por la investigación.
7. Durante el desarrollo de esta investigación, usted puede manifestar las dudas que estime conveniente, directamente o contactando a la investigadora responsable al e-mail Johana.vidal@uv.cl o al teléfono +56 9 82 30 75 12. Puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee sin perjuicio alguno, es decir, ello no incidirá en algún tratamiento y/o beneficio que se le esté brindando en la CONAC, ni se interrumpirá su atención habitual.
8. Los datos personales que se registren en este estudio serán confidenciales, es decir no serán expuestos a terceros y sólo podrán ser utilizados por los investigadores. Para resguardar la identidad de las personas participantes, en lugar de su nombre, se utilizará un código numérico.
9. Los datos y resultados serán registrados y resguardados por el investigador principal en archivos,



ubicados en el computador principal de su oficina en Blas Cuevas 1028, Valparaíso, por un plazo máximo de 5 años donde luego serán borrados.

10. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados en revistas de tipo científico y/o académico, de manera que podrán ser utilizados como material de apoyo en otras investigaciones que guarden relación con el estudio original, protegiendo siempre la confidencialidad de los participantes. Usted podrá solicitar los resultados a la investigadora responsable.
11. Este estudio ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, con el cual se podrá contactar a través de su Secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, teléfono: 032-250 73 70.



Anexo 7. Acta de Consentimiento informado



Acta de Consentimiento Informado



Yo,..... RUT..... DECLARO que la investigadora principal Enfermera- Matrona Johana Vidal, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Blas Cuevas 1028, Valparaíso, me ha informado de manera completa en qué consiste la investigación "Nivel de espiritualidad en adultos mayores con cáncer, de 60 años o más, y que asisten a la CONAC de Valparaíso durante el segundo semestre de 2015". De acuerdo a lo explicado y leído en la Hoja Informativa para el Consentimiento, entiendo que:

1. El objetivo del estudio es determinar el nivel de espiritualidad en adultos/as mayores con cáncer que asisten a la CONAC de Valparaíso, además de identificar algunas creencias y prácticas espirituales. El beneficio de esta investigación será indirecto y permitirá al profesional enfermero/a desarrollar estrategias que fortalezcan el bienestar psicológico, social y espiritual de las personas con cáncer u otra enfermedad.
2. Mi participación es voluntaria. Puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin que ello me perjudique en algún modo. Si accedo a participar, me aplicarán una serie de pruebas con preguntas para recoger información sobre mi estado emocional en la misma corporación.
3. Mi participación no implica costo, ni incluye beneficios monetarios.
4. Este estudio no constituye ningún riesgo para mi salud. En el caso de presentar alguna perturbación podré recibir contención por parte del investigador y de ser necesario se me derivará al Centro de Atención Psicológica y Salud Integral (CAPSI) de la Escuela de Psicología Universidad de Valparaíso.
5. El registro de mis datos personales no será expuestos a terceros y sólo podrá ser utilizado por los investigadores de este estudio. En lugar de mi nombre se utilizará un código.
6. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados en revistas de tipo científico y/o académico y podrán ser utilizados en otras investigaciones que guarden relación con el estudio original, protegiendo siempre mi identidad. Además entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
7. Ante cualquier consulta podré contactar al investigador principal, Johana Vidal: +56 9 82 30 75 12/ e-mail johana.vidal@uv.cl.
8. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, a quienes podré contactar al teléfono: 032-250 73 70.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Pedro A. Acuña Gejroba

Nombre y Firma Director Establecimiento o su Delegado

RUT: 8+3+6 68-2

Fecha: 02/12/15

JOHANA VIDAL ORTEGA

Nombre y Firma Investigador

RUT: 10.884.467-1

Título/Grado: ENFERMERA MATRONA

Fecha: 02/12/15

Nombre y Firma Participante

RUT:

Fecha:

Valparaíso,..... de de 201.....

3

Anexo 8. Carta de aprobación al proyecto de investigación por parte del Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso



Valparaíso, 28 mayo 2015
N°02-2015

Señores/as
Comité de Bioética
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso
Presente

Ref: Informa apoyo de proceso de investigación de pregrado para Tesis Pregrado de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso.

Por medio de la presente, se informa a este Comité que el Centro de Psicología Clínica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de esta Universidad, dispone y ofrece el servicio de psicoterapia gratuita a aquellos casos que requieren de atención terapéutica y que fuesen pesquisados a lo largo de cualquier proceso de investigación.

En particular a este caso, la entidad de CAPSIS se compromete a extender este servicio a los entrevistados que evidencien alteraciones de salud mental como resultado del proceso de investigación denominado "Nivel de espiritualidad en adultos mayores con cáncer entre 60 y 85 años que asisten a la CONAC de Valparaíso durante el segundo semestre de 2015".


Dicha investigación está siendo ejecutada por los estudiantes de la Escuela de Enfermería:

- Katty Tatiana Arredondo Manques, 18.036.030-1
- Javiera Andrea Canelo Escudero, 18.510.357-9
- Pedro Nicolás Agurto Vivar, 18.258.524-6
- Macarena Andrea Muñoz Alarcón, 18.703.688-7
- Camila Elenena Orrego Castillo, 18.511.884-9
- Bárbara Sofía Pérez Villagra, 18.583.948-6

La profesora guía a cargo es la Sra. Johana Vidal O.

Sin otro particular.




JAVIER MORÁN
Coordinador CAPSI
Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso

Anexo 9. Flujograma de Contención emocional

FLUJOGRAMA DE CONTENCIÓN EMOCIONAL A PACIENTES PERTENECIENTES A CONAC VALPARAÍSO CHILE.

