



PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE LA MUJER DIAGNOSTICADA CON CÁNCER PROPIO DE SU GÉNERO (SENO, ÚTERO, OVARIOS) Y DE LA MUJER DIAGNOSTICADA CON OTROS TIPOS DE CÁNCER QUE ASISTE A LA CLÍNICA CANCEROLÓGICA DE BOYACÁ EN LA CIUDAD DE TUNJA.

MILENA ALEXANDRA GALVIS LOPEZ

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
2010**



PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE LA MUJER DIAGNOSTICADA CON CÁNCER PROPIO DE SU GÉNERO (SENO, ÚTERO, OVARIOS) Y DE LA MUJER DIAGNOSTICADA CON OTROS TIPOS DE CÁNCER QUE ASISTE A LA CLÍNICA CANCEROLÓGICA DE BOYACÁ EN LA CIUDAD DE TUNJA.

MILENA ALEXANDRA GALVIS LOPEZ

Tesis para optar el título de Maestría en Enfermería

**DIRECTORA.
BEATRIZ PÉREZ GIRALDO
Especialista en Educación y Asesoría Familiar
Magíster en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar.
Directora de Posgrados de la facultad de Enfermería y Rehabilitación
Universidad de la Sabana**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
2010**

NOTA DE ACEPTACION:

Director

Jurado

Jurado

Ciudad y Fecha _____

DEDICATORIA

A mi esposo Germán Javier, por su amor, apoyo incondicional y comprensión, durante estos dos años; por acompañarme e impulsarme en este proceso, él sabe lo importante que es lograr este sueño y el esfuerzo que juntos hemos hecho para lograr nuestros ideales.

A mi hijo Germán Santiago, por el tiempo que no pude dedicarle, por ser mi aliciente en los momentos difíciles y llenar mi vida de alegría y fantasía.

A mis padres, por su empeño en hacer de mí una mejor persona, por los valores que me inculcaron y que hacen que luche y alcance mis metas.

A Dios por haberme bendecido con mi familia y sentir siempre su presencia en todas las actividades de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Para el desarrollo de este trabajo de investigación, tuve la colaboración de muchas personas, de forma directa o indirecta por lo cual debo manifestarles mis agradecimientos, pues sin este apoyo, no se habría culminado este proyecto.

Agradezco a mi asesora, la profesora Beatriz Pérez, quien siempre estuvo ahí, para su orientación oportuna, impulsándome a continuar y hacer las cosas de la mejor forma posible.

A las docentes del programa de Maestría, quienes en estos dos años, me mostraron la verdadera esencia de la enfermería y reafirmaron la convicción de que nuestra disciplina es mucho más de lo que hasta ahora se ha pretendido mostrar y que hay mucho camino por recorrer para darle a Enfermería el valor que merece.

A la Clínica Cancerológica de Boyacá, a su Gerente, la Dra. Alexandra Serrano, quien permitió que este proyecto enriqueciera el quehacer de enfermería con la paciente con cáncer.

A las pacientes de la Clínica cancerológica de Boyacá, razón de ser de este proyecto, por su información, por su tiempo y por todas las enseñanzas que me dejaron.

CONTENIDO

	Pág.
PRELIMINARES	4
1. MARCO DE REFERENCIA	15
1.1 AREA PROBLEMA	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	15
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	20
1.4.1 Objetivo general	20
1.4.2 Objetivos específicos	20
1.5 DEFINICION DE CONCEPTOS	21
1.5.1 Espiritualidad	21
1.5.2 Perspectiva Espiritual	21
1.5.3 Enfermedad Crónica	22
1.6 JUSTIFICACIÓN	23
2. MARCO TEÓRICO	28
2.1 ESPIRITUALIDAD	28
2.1.1 Espiritualidad y Religión	29
2.1.2 Espiritualidad y Salud	30
2.1.3 Necesidad Espiritual	32
2.1.4 Espiritualidad y Enfermería	32

2.2 MODELOS Y TEORIAS QUE CONTEMPLAN LA ESPIRITUALIDAD	35
2.2.1 Modelos en los que la espiritualidad es un concepto incorporado	37
2.2.2 Modelos en los que la espiritualidad es un concepto central	40
2.3 ENFERMEDAD CRÓNICA	45
2.3.1 EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO	45
2.4 MUJER Y CANCER	50
3. MARCO DE DISEÑO	53
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.2 ELEMENTOS DEL DISEÑO	53
3.2.1 Participantes	53
3.2.2 La Variable dependiente	53
3.2.3 Las Variables independientes	53
3.2.4 Hipótesis	54
3.2.5 El tiempo	54
3.2.6 El lugar	54
3.3 SESGO	54
3.3.1 Selección	54
3.3.2 Sensibilización	55
3.3.3 Mortalidad	55
3.3.4 Instrumentación	55
3.4 ELEMENTOS PARA LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	55

3.4.1 Validez del constructo	55
3.4.2 Confiabilidad	56
3.4.3 Pruebas Psicométricas en Colombia	56
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	57
3.6 UNIVERSO	57
3.6.1 Población y muestra	57
3.6.2 Perfil sociodemográfico de la muestra	57
3.7 INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	58
3.7.1 Escala de Perspectiva espiritual de Pamela Reed	58
3.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	58
3.9 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	59
4. MARCO DE ANÁLISIS	61
4.1 MUESTRA	61
4.1.1 Estimación Estadística del tamaño de muestra de cada grupo	61
4.2 PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	63
4.2.1 Instrumento	63
4.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	64
4.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	66
4.4.1 Perfil Socio demográfico de la muestra	66
4.4.2 Niveles de perspectiva Espiritual	68
4.4.3 Discusión de Resultados	81

5. CONCLUSIONES	83
6. RECOMENDACIONES	85
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	93

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Tamaños de muestra y desviaciones estándar en la muestra piloto	42
Tabla 2. Valores asumidos para la determinación del tamaño de muestra en cada grupo	43
Tabla 3. Valores de $f(\alpha,\beta)$	43
Tabla 4. Datos Sociodemográficas de las pacientes de los grupos 1 y 2	47
Tabla 5. Perspectiva Espiritual general de los Grupos 1 y 2	50
Tabla 6. Prueba de la hipótesis, para establecer la diferencia de la perspectiva espiritual de los dos grupos	51
Tabla 7. Comparación de Ítems correspondientes a Creencias Espirituales del grupo 1 y grupo 2	52
Tabla 8. Comparación de Ítems correspondientes a Comportamientos Espirituales del grupo 1 y grupo 2	52
Tabla 9. Comparación entre los niveles de Perspectiva Espiritual general creencias Espirituales y comportamientos Espirituales, con el Test de Mann Whitney	53
Tabla 10. Comparación del grupo 1; por rangos de edad y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual	54
Tabla 11. Comparación del grupo 2; por grupos de edad, y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual	54
Tabla 12. Comparación en el grupo 1, de escolaridad con niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual	56

Tabla 13. Comparación en el grupo dos, por escolaridad y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual	56
Tabla 14 Comparación en el grupo 1, de estado civil y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual	57
Tabla 15 Comparación en el grupo 2, por estado civil y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual	58
Tabla 16 Comparación en el grupo 1, del ítem asistencia a prácticas religiosas y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual	58
Tabla 17 Comparación en el grupo dos, del ítem asistencia a prácticas religiosas y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual	59
Tabla 18 Comparación en el grupo uno, del ítem religión y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual	60
Tabla 19 Comparación en el grupo uno, del ítem religión y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Nivel General De Perspectiva Espiritual Grupo1	Pág. 49
Figura 2. Nivel General De Perspectiva Espiritual Grupo 2	50
Figura 3. Comparación Perspectiva Espiritual/Rango De Edad Grupos 1 Y 2	55
Figura 4. Comparación Perspectiva Espiritual / Escolaridad Grupos 1 Y 2	57
Figura 5. Comparación Perspectiva Espiritual / Estado Civil Grupos 1 Y 2	58
Figura 6. Comparación Perspectiva Espiritual / Práctica Religiosa Grupos 1 Y 2	60
Figura 7. Comparación Perspectiva Espiritual / Religión Grupos 1 Y 2	61

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Encuesta Para Definir El Perfil Sociodemográfico de La Población Participante	71
Anexo B. Formato Consentimiento Informado	72
Anexo C. Escala De Perspectiva Espiritual De La Dra. Pamela Reed.	73
Anexo D. E-Mail. Autorización Dra. Pamela Reed Para Uso Del Instrumento	75

RESUMEN

Objetivo: Comparar la perspectiva espiritual de las mujeres diagnosticadas con cáncer propio de su género (Seno, útero, ovarios) y de la mujer diagnosticada con otros tipos de cáncer, que asisten a la Clínica Cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tunja.

Método: Diseño Cuantitativo de tipo descriptivo comparativo, Corte transversal que medirá la perspectiva espiritual de la mujer con cáncer mediante la Escala de Perspectiva espiritual de Pamela Reed. La muestra incluye a 100 mujeres que se encuentran en tratamiento contra el cáncer en la Clínica Cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tunja, se establecieron dos grupos para el análisis de la información, el grupo 1 compuesto por las mujeres con cáncer propio de su género, (seno, útero, endocervix, ovarios) y el grupo 2 compuesto por mujeres con otros tipos de cáncer. Se aplicó una encuesta Sociodemográfica para caracterizar la población.

Resultados: La perspectiva espiritual de las mujeres con cáncer propio de 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.

Discusión: La literatura frecuentemente, señala un aumento en la espiritualidad en los individuos con cáncer; los resultados de este estudio no permiten corroborar esta afirmación.

Palabras claves: Perspectiva espiritual, enfermedad crónica, Mujer y cáncer

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 ÁREA PROBLEMA

Cómo se manifiesta la espiritualidad en la mujer con Cáncer.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la perspectiva espiritual de la mujer diagnosticada con cáncer propio de su género (Seno, útero, ovarios) y de la mujer diagnosticada con otros tipos de cáncer que asiste a la Clínica Cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tunja?

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En el año 2000 los tumores malignos representaron el 12% de alrededor de 56 millones de muertes que se produjeron en el mundo. Para ese mismo año cerca de 5,3 millones de hombres y 4,7 millones de mujeres desarrollaron la enfermedad, y las proyecciones de la International Agency for Research on Cancer (IARC) muestran que para el año 2020 probablemente se habrá producido un incremento de 50% en el número de casos nuevos, los que llegarán a 15 millones y se prevé que el 60% de los casos nuevos ocurrirán en naciones en desarrollo, lo que ubica al cáncer como un problema mayor de salud pública en los países de bajos recursos.(1)

La distribución del cáncer no es homogénea en el mundo. Algunos cánceres se juzgan propios de los países desarrollados, como lo son el de mama, colon y recto; otros son propios del subdesarrollo, como el de cuello uterino y el gástrico. Los primeros se denominan así porque, comparativamente, su incidencia es mucho más alta en los países desarrollados por sus procesos de industrialización. Los cánceres denominados del “subdesarrollo” se llaman así porque las tasas de mortalidad que producen son mucho más altas en estos países, principalmente por fallas de diagnóstico y falta de tratamiento oportuno. (2)

El cáncer es un problema importante de salud pública en Colombia, debido a que las tasas de incidencia y de mortalidad se han venido incrementando en las últimas décadas. Esto se asocia con los cambios tenidos en algunos determinantes de la enfermedad como el incremento en la esperanza de vida, el desplazamiento poblacional hacia centros urbanos, el incremento en la prevalencia de tabaquismo entre adolescentes y limitaciones importantes en el acceso a los servicios de salud entre otros. (2)

En Colombia, el cáncer ocupa el tercer lugar en las causas de muerte; en el 2005 el Instituto Nacional de Cancerología reportó 6753 casos nuevos de Cáncer en Colombia. (1) El cáncer con mayor incidencia es el de estómago, que afecta tanto a hombres como a mujeres. En los hombres al cáncer de estómago le sigue en frecuencia los de próstata, pulmón, esófago, colon y recto, las leucemias y el linfoma No Hodking. En la población femenina, el cáncer de estómago también ocupa el primer lugar como causa de muerte, le sigue en frecuencia el de mama, cuello uterino, colon y recto, pulmón y ovario.

En nuestro país, las muertes originadas por los tumores representan casi el 15% de la tasa total; para una tasa de 65/100.000 personas/año de exposición pero es muy probable que el cáncer aumente como causa de muerte, 28.279 registros de personas muertas por cáncer como causa básica, que representan el 14.7% de todas las muertes en el país y una tasa de 65.7/100.000 habitantes. Teniendo en cuenta el género, en el 2004, la situación se manifestó así: en los hombres, se registraron 13.940 fallecimientos por cáncer, representando el 12.1% de todas las muertes y una tasa de 65.4/100.000; mientras que en las mujeres el número de fallecimientos por cáncer fue de 14.339, que son el 18.9% del total de muertes y una tasa de 66/100.000.(3)

En Boyacá, los casos nuevos de cáncer para el 2005 eran de 467 casos por año, entre los que se presentan con mayor incidencia según género, el gástrico en los hombres con una incidencia de 231 casos nuevos seguido por el de próstata con 167 casos por año. Y en la mujer se registra mayor incidencia en cáncer de cuello uterino con 246 casos nuevos, mama con 234 casos nuevos, estómago 135 casos nuevos, colon, el recto y el pulmón.

En los diferentes programas de atención del cáncer se han diseñado diferentes estrategias orientadas a su prevención y a la promoción de la salud. Estos programas están orientados a la prevención primaria mediante el control de los factores de riesgo y a la secundaria que consiste en la detección precoz o temprana con el propósito de realizar un tratamiento oportuno y controlar su evolución, para lograr, lo que se ha alcanzado en muchos países, la disminución significativa de sus tasas de incidencia. Sin embargo dicha cobertura es insuficiente en algunos países y su incidencia sigue en aumento.

Se han establecido protocolos de manejo que se refieren al tratamiento, y la hospitalización, pero en algunos casos no se tiene en cuenta cómo, el diagnóstico de cáncer altera la vida de la paciente y su familia. Ya que debe vivir además de un diagnóstico intimidante, los miedos al deterioro, a la soledad, a perder el sentido de la vida, a la falta de control, a lo desconocido, al rechazo, a ser una carga para sus familiares y finalmente a la muerte. (2)

Como Profesionales de enfermería sabemos que las situaciones de enfermedad crónica afectan de manera importante la vida de las personas y la interrelación de éstas con su entorno y del entorno del cual ellas forman parte. Como lo dicen Jennings y col: "La Enfermedad crónica es al principio un intruso no bienvenido que de pronto se convierte en parte de uno mismo", esta experiencia de vida es única para cada ser Humano, para cada familia y para cada grupo y esto debe contemplarse al abordar el cuidado de su Salud" (4)

Este trabajo parte del interés por conocer la relación entre la enfermedad oncológica y la perspectiva espiritual de las mujeres diagnosticadas con cáncer. Al reconocer; que actualmente desde diferentes áreas de las ciencias de la salud, hay un claro deseo de buscar nuevas formas terapéuticas en donde se conciba al ser humano como un ser integral; lo que ha generado un gran cambio en los paradigmas del cuidado de enfermería al paciente con enfermedad oncológica y por lo tanto estos estudios se enfocan a enriquecer éste conocimiento y finalmente transformar los escenarios de cuidado.

Uno de los obstáculos que se ha presentado en el intento de incluir estos nuevos abordajes en el cuidado es que por mucho tiempo se le asignó a la espiritualidad una íntima relación con la práctica religiosa, lo que llevó a que no se le concediera la importancia que realmente tiene.

A través de las investigaciones se ha mostrado, la dimensión espiritual como un concepto diferente de la religión y se ha logrado aceptar que usualmente las creencias religiosas o espirituales ayudan a los individuos a aceptar sus enfermedades y a planificar su futuro. La religión puede servir de ayuda al individuo en el proceso de la muerte, y lo ayuda a fortalecerse durante la vida (5)

Lo que afirma que a pesar de ser dos constructos separados y no permutables sí se pueden superponer. Así mismo muchas veces, las enfermeras no asumen el sustento teórico en donde se contempla la espiritualidad, dentro del contexto holístico del paciente.

Florence Nightingale una de las principales teóricas de enfermería contempló la importancia de la espiritualidad en el cuidado. Para ella la espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona. (5) Lo que nos indica que desde sus inicios la espiritualidad a sido un aspecto contemplado en el cuidado, pero que se le ha restado la importancia que realmente tiene.

Hay evidencia de un aumento en el interés público y profesional en los beneficios de la medicina complementaria, incluyendo el uso de la oración (como práctica religiosa), con la integración de la espiritualidad en una amplia variedad de bases teológicas y culturales (6) resaltando la necesidad de la visión holística del individuo y así mismo del cuidado que se brinda.

Las necesidades espirituales y el mantenimiento del bienestar espiritual son componentes importantes del ser humano, pero con frecuencia es un aspecto desatendido en el cuidado (7) se debe reflexionar sobre su importancia y su papel al dar cuidado en el proceso de afrontamiento de la enfermedad crónica o en la enfermedad terminal.

El profesional de Enfermería administra el cuidado espiritualmente cuando se da una relación humana caracterizada por el arte de estar presente, de escuchar, de respetar y apoyar los valores, creencias, y conexiones importantes, y el más pretencioso, de dar de sí (8)

En la actualidad, se han comenzado a examinar las prácticas de cuidado desde una perspectiva holística, lo que ha llevado a resaltar la importancia de la espiritualidad como parte del cuidado. La espiritualidad representa uno, de los muchos aspectos que constituyen la totalidad del ser humano; y es relevante para la intervención del profesional de enfermería hacia su paciente. (9)

A pesar de la gran evidencia que asocia la religiosidad con la salud esto no significa que la religión y la fe sean la fuente de la salud y de la vida. Se ha demostrado que los individuos con enfermedades crónicas o terminales que vivencian una práctica religiosa, experimentan el deterioro progresivo, debilitamiento, limitaciones y dificultades de todos los demás, pero no lo sufren del mismo modo, pues la fe les brinda a muchos creyentes el impulso interior y la determinación necesaria para superar las inevitables consecuencias de estas enfermedades proveyéndoles un adecuado soporte emocional. (10)

En consecuencia, en el cuidado de enfermería a un paciente con enfermedad oncológica no se puede dejar a un lado esta dimensión espiritual, ya que se constituye en una responsabilidad inevitable el reconocer el rol de la espiritualidad de los pacientes y reconocer así mismo el componente existencial que muchas veces se olvida por ocuparse de lo técnico y científico del tratamiento. Se ha demostrado entonces la implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad y se ha encontrado una relación significativa entre: índices de recuperación y espiritualidad, bienestar espiritual y calidad de vida y entre bienestar espiritual y mejor adaptación a las situaciones que supone la enfermedad, la espiritualidad se constituye entonces en un soporte para los pacientes en el proceso de asumir su enfermedad. (11,12)

El reconocimiento del paciente como persona, logrará que el cuidado logre satisfacer sus necesidades y logre su trascendencia, al mismo tiempo que propicia un mayor bienestar mental en la enfermera/o enriqueciendo su relación terapéutica.

Es importante reconocer que en la espiritualidad lo que realmente reconforta a los pacientes no es la fe religiosa, sino alcanzar un estado de armonía y paz interior, independientemente del camino que hayan elegido para obtenerla. (10)

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General. Comparar la perspectiva espiritual de las mujeres diagnosticada con cáncer propio de su género (Seno, útero, ovarios) y de la mujer diagnosticada con otros tipos de cáncer, que asisten a la Clínica Cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tunja.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Caracterizar el perfil sociodemográfico de la mujer con cáncer de la Clínica Cancerológica de Tunja
- Comparar las creencias espirituales de las mujeres diagnosticada con cáncer propio de su género (Seno, útero, ovarios) y de la mujer diagnosticada con otros tipos de cáncer, que asisten a la Clínica Cancerológica de Tunja.
- Comparar los comportamientos espirituales de las mujeres diagnosticada con cáncer propio de su género (Seno, útero, ovarios) y de la mujer diagnosticada con otros tipos de cáncer, que asisten a la Clínica Cancerológica de Tunja

1.5 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

De acuerdo al estado del arte realizado, para el presente trabajo se tomará el concepto de Espiritualidad descrito por la Dra. Pamela Reed en su instrumento de perspectiva espiritual el cual mide las creencias y comportamientos espirituales de las personas.

El instrumento se fundamenta en una concepción de la espiritualidad como una experiencia humana que es relevante en la vida diaria, durante los acontecimientos relacionados con la salud, y se incrementa cuando se presenta una mayor conciencia de la muerte; la Dra. Pamela Reed establece cómo la espiritualidad también puede ser particularmente aguda en las últimas fases de la vida. Las teorías del sentido de la vida, las cognitivo-social del adulto y de desarrollo de la personalidad, indican un aumento de la perspectiva espiritual en los periodos tardíos de la vida que logran la trascendencia de la enfermedad.

1.5.1 Espiritualidad. Es entendida como una visión personal y de comportamiento que expresa un sentido de relación y de dimensión trascendental con alguien superior a uno mismo. Amplía su conceptualización mediante la adición de indicadores de espiritualidad como: oración, sentido de significado en la vida, lectura y contemplación, sentido de cercanía con un ser superior, interacción con otros y otras experiencias, las cuales reflejan interacción espiritual. (13) Reed dice: que los indicadores de espiritualidad incluyen: la oración, el sentido de significado en la vida, la lectura y la contemplación, sensación de cercanía a un ser superior, interacción con otros y otras experiencias que reflejan la interacción espiritual. (18)

1.5.2 Perspectiva Espiritual: Representa un modo de definir la capacidad de un individuo de encontrar significados en una situación de vida específica a través de su conexión con la oración o una deidad. Implica un conocimiento de sí mismo, un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a uno mismo.

Incluye las creencias y comportamientos espirituales de la persona surgen desde dentro de la persona, pueden surgir de su intelecto y está influenciada por su conducta.

La congruencia de valores y creencias con sentimientos y comportamientos está implicada en la espiritualidad. (13)

- **Creencias espirituales:** Se refiere a los acuerdos o desacuerdos con relación diferentes aspectos espirituales como son: el perdón o la cercanía con Dios. Lo anterior fue operacionalizado mediante la Escala de perspectiva espiritual de Reed. (13)

Entre los usos esta el que las creencias espirituales sirven de guía a los aspectos del diario vivir. Estas creencias son fuente de soporte y fortaleza interior que promueven al individuo hacia un óptimo nivel de bienestar. Otro de sus usos es que las creencias espirituales ayudan a resolver conflictos internos del individuo y aún cuando puede estar influenciado o no por el aspecto religioso, ayuda a la solución de conflictos en la vida de los seres humanos. (18)

- **Comportamientos espirituales:** Son las actividades espirituales que son practicadas por la persona, tales como, la meditación y la oración privada. (13)

1.5.3 Enfermedad Crónica: Es aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante el tiempo y que esta directamente relacionada con la muerte. (14)

Según la Organización mundial de la salud (OMS) Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica. La mayoría de las enfermedades crónicas afectan aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen la enfermedad, sino también a los familiares y amigos.

Las enfermedades crónicas, como el cáncer, no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos. Una de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad). (14)

1.6 JUSTIFICACIÓN

El ser humano en la inmensidad de su existencia, posee todas las herramientas para desarrollar sus potencialidades y para interactuar con el medio que lo rodea, de allí parten sus expresiones humanas que dependen de los significados que haya otorgado a estas experiencias de vida. Lo anterior se ve alterado con la aparición de una enfermedad crónica, ya que ésta se acompaña de la incertidumbre por las pérdidas, el dolor, la vulnerabilidad y el miedo a la muerte. Es cuando el paciente busca estrategias para hacer frente a la enfermedad y lograr la trascendencia para ir más allá de su estado actual de salud.

Tradicionalmente la reacción emocional de la persona ante la aparición de la enfermedad no se había considerado como un componente más en el proceso mórbido, pese a que la experiencia cotidiana pone en evidencia la importancia de dicha reacción en el curso de cualquier afección orgánica y lo más importante en el resultado de su tratamiento.(14)

Es importante reconocer que la respuesta de una persona a la enfermedad varía ostensiblemente si el paciente padece una enfermedad de corta duración (aguda) o si por el contrario, se trata de una enfermedad de larga evolución; o si además su tratamiento no es resolutivo, sino paliativo y la enfermedad trae consigo invalidez o mutilación; como en el cáncer; su diagnóstico y tratamiento afectan al individuo en su totalidad, principalmente porque tiene la característica de estar asociado con la muerte, lo cual lleva a la persona que lo padece a hacerse una serie de preguntas de carácter existencial. (14)

La enfermedad crónica o terminal, trae consigo un componente existencial que la caracteriza y que hace que el individuo que la sufre, tenga unas necesidades específicas, no solo por su estado físico sino en su parte emocional. Muchas veces esta situación se ve ahondada por la separación que se hace entre la parte emocional y física de la persona lo que ha impedido verla de forma holística, ignorando su integralidad.

Una enfermedad crónica o terminal llega a generar muchas limitaciones, se acompaña de una crisis personal que va más allá de los síntomas físicos;

se acompaña de periodos de remisión y exacerbación, influyendo todo esto en la forma de responder del paciente a su dolencia y las modificaciones que tendrá que hacer a su vida. La calidad de vida en estas personas se entrelaza en su significado con la calidad del morir, lo que acentuará el enfrentar la experiencia misma de morir. (15)

Diversos estudios han demostrado una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad crónica y terminal y se han encontrado correlaciones positivas entre los índices de recuperación y espiritualidad (5), (8), (16) Estas investigaciones demuestran que en un alto porcentaje los individuos, creen en un ser superior, y creen en el poder de este para mejorar el curso de la enfermedad. (10), (11), (12), (15), (20)

Cada individuo tiene una reacción diferente frente a su enfermedad, y son muchos los factores que inciden en esta diferencia, los sistemas de apoyo que posea, su edad, su grupo familiar, y su género; en esta investigación se tomó a la mujer con cáncer para establecer su perspectiva espiritual, resaltando su papel a nivel social y personal; y reconociendo los altos niveles de morbilidad y mortalidad por cáncer que en las últimas décadas la ha venido afectando.

En el caso del cáncer de mama, ocupa el primer lugar en incidencia de todos los cánceres que afectan el sexo femenino, de ahí que haya aumentado la preocupación sobre la repercusión que tiene esta enfermedad y su tratamiento en la vida de las mujeres afectadas, con énfasis especial en el impacto del diagnóstico en la imagen corporal y la función sexual en ellas.

Es frecuente encontrar en las mujeres diagnosticadas con cáncer, una actitud de continua observación y preocupación por todo lo nuevo que deben enfrentar; lo que suele provocarles angustia, nerviosismo e irritabilidad. Otras reaccionan ante este mismo problema de salud con abatimiento, actitud que en algún momento es normal, pero no de manera permanente. La rabia es también frecuente; algunas la descargan en la familia o en el personal de salud y se puede manifestar de manera intransigente y exigente con los que las rodean, lo que puede afectar la calidad de vida de la paciente en general. (17)

Estudios realizados en los aspectos emocionales de la mujer con Cáncer han puesto de manifiesto que la dinámica familiar se ve muy afectada lo que genera

sentimientos de aislamiento, falta de comunicación, apoyo emocional, alteración de la interacción «padres-hijos», soledad y represión emocional lo que trae como consecuencia: una pérdida afectiva importante, la inestabilidad en el aspecto laboral, y la carencia de planes para el futuro.

Otras preocupaciones de estas pacientes guardan relación con el manejo de la enfermedad y sus hijos, el miedo a la muerte, los dilemas relacionados con el trabajo, los cambios en la interacción social, la pérdida de la esperanza, la incertidumbre sobre el futuro y la trascendencia del diagnóstico del cáncer, aspectos que contribuyen a que estas mujeres modifiquen en gran medida su bienestar.

A la par de estos hallazgos se presentó un estudio que determinó que recuentos de células T auxiliares y citotóxicas fueron más altos entre mujeres con cáncer de seno metastásico que asignaban mayor importancia a la espiritualidad. (17)

Con lo anterior se está demostrando que la religión y la espiritualidad se relacionan significativamente con las medidas de adaptación y con el tratamiento de síntomas en pacientes con cáncer. Los mecanismos religiosos y espirituales de adaptación se han relacionado con índices inferiores de incomodidad, así como menor hostilidad, ansiedad y aislamiento social de los pacientes con cáncer. (15)

Se ha presentado un aumento en el interés de la comunidad científica en la aceptación de los efectos beneficiosos de un tipo de curación espiritual: la oración; pero hay una renuencia para admitirlo. (6) O'Hara, en su investigación sobre la oración, con relación al cuidado de la salud encontró evidencia de una asociación positiva de la espiritualidad y beneficios en la salud y concluyó que la renuencia de la comunidad médica en aceptar este hecho se deriva de la manera de examinar la espiritualidad y la oración, basados en un pensamiento reduccionista, antes de mirarlo desde el contexto de salud holística. (6)

Es importante resaltar que cualquier discusión sobre la definición de espiritualidad debe considerar su relación con religión, además se debe establecer que son conceptos diferentes aunque pueden llegar a relacionarse estrechamente. (16) Cuando no se hace esa distinción se tiende a apartar la espiritualidad del cuidado asignándole un significado meramente religioso o clerical que muchas veces se contraponen a creencias propias. (9)

Las creencias religiosas o espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales en la vida del individuo. Estas lo ayudan a aceptar su enfermedad y poder compartir con otras personas sobre su condición de salud. Otros individuos ven la enfermedad como una prueba de fe y piensan que si esta es suficientemente grande van a sentirse mejor. (18) Usualmente las creencias religiosas o espirituales ayudan a los individuos a

aceptar sus enfermedades y a planificar su futuro. La religión puede servirle de ayuda en el proceso de la muerte, y lo ayuda a fortalecerse durante la vida. (19)

Entre los usos está el que las creencias espirituales sirven de guía a los aspectos del diario vivir. Estas creencias son fuente de soporte y fortaleza interior que promueven al individuo hacia un óptimo nivel de bienestar. Otro de sus usos es que las creencias espirituales ayudan a resolver conflictos internos del individuo y aun cuando puede estar influenciado o no por el aspecto religioso, ayuda a la solución de conflictos en la vida de los seres humanos. (19)

La espiritualidad se asocia con la enfermedad oncológica en varios aspectos: de una parte, la misma cercanía a la muerte parece modificarla y algunos informes reportan un mayor nivel de perspectiva espiritual en las personas en esta situación (20) De otra, la reacción frente a decisiones sobre la muerte ha demostrado depender en gran proporción de las creencias, la esperanza y el contexto de la persona enferma (21). Más aún, la espiritualidad empieza a ser vista como una herramienta de trabajo en el cuidado paliativo y como un apoyo para el equipo interdisciplinario (22)

La literatura constantemente recomienda que se atienda la espiritualidad de los individuos, pero sobre todo que se integre en el cuidado. (10) A veces por desconocimiento o por falta de interés este cuidado espiritual se brinda pocas veces o simplemente no se da. El que este aspecto haga parte del cuidado brindado servirá de ayuda durante la etapa de recuperación o sanación del individuo o para acompañar en una muerte serena. El reconocimiento del paciente como persona, logrará que el cuidado logre satisfacer sus necesidades y logre su trascendencia al mismo tiempo que propicia un mayor bienestar mental en la enfermera/o enriqueciendo su relación terapéutica. (9)

Es así como el profesional de enfermería no puede pasar por alto el proveer cuidado espiritual, reconociendo las creencias y valores espirituales del paciente; para así poder identificar sus necesidades y ofrecer el cuidado de acuerdo a estas. El reto es lograr reconocer al paciente como la totalidad del ser humano; el enfoque holístico supone que el bienestar del paciente se alcanza cuando el espíritu es incorporado en el cuidado, es un proceso más complicado que trasciende la enfermedad misma y que integra el cuerpo, la mente y el espíritu. (9)

El que el profesional de enfermería reconozca los diferentes usos del concepto espiritualidad le ayudará a identificar las necesidades espirituales del paciente y de la misma forma brindará el cuidado integrado que el necesita. Al mismo tiempo podrá guiarlo y ayudarlo a fomentar su desarrollo espiritual, el cual lo llevará a obtener o alcanzar un estado óptimo de bienestar; lo cual le dará un enfoque

particular a la práctica y ayudará a la enfermera a reconocer cual es su aporte en la recuperación de la salud de las personas.

Con estos procesos de investigación se ha logrado que el profesional de enfermería se inquiete por los saberes y conceptos que forman su sustento conceptual: dónde se originan, cómo se relacionan, su objetividad y confiabilidad y lo más importante cómo responden y promueven el mejoramiento de la práctica del cuidado de enfermería y de la atención de salud del ser humano.

Al reflexionar sobre el cuidado como esencia de la profesión de enfermería muchas veces se encuentra como aspecto crítico un distanciamiento entre los aspectos teóricos y el mundo real de la práctica. Lo que se busca es contrastar la realidad teórica con la práctica y tener mayores argumentos para la conceptualización del Cuidado desde las experiencias vividas tanto de las personas que son cuidadas como de los cuidadores.

2. MARCO TEORICO

2.1. ESPIRITUALIDAD

Es importante hacer una revisión de los conceptos de espiritualidad planteados en los diferentes estudios realizados sobre ésta y su relación con la salud y el cuidado de enfermería. Durante mucho tiempo, se le asignó a la espiritualidad, un significado religioso, lo que afectaba su reconocimiento e importancia para el cuidado de enfermería; afectando la dimensión holística del ser humano.

Las necesidades espirituales y el mantenimiento del bienestar espiritual son componentes importantes del ser humano, pero con frecuencia son aspectos desatendidos en el cuidado. (18)

Como fenómeno universal tiene múltiples definiciones, pero la mayoría señala, como cada ser humano la experimenta de forma diferente según sus experiencias y creencias. A través de la revisión de la literatura se encuentran numerosas definiciones del concepto espiritualidad:

La palabra espiritualidad se deriva del latín “espíritu”, que se refiere a aliento, aire, viento.

En general se puede establecer que se define como una energía o impulso que mueve al ser y que se manifiesta según creencias y valores individuales, es la esencia del ser humano en la búsqueda de sus significados y en la búsqueda de sí mismo. (6)

Al ser la espiritualidad un concepto tan complejo, son numerosas las dimensiones asociadas a éste, se deben relacionar sus componentes para clarificar su significado.

A continuación se relacionan los componentes de la espiritualidad:

- La conexión, (con un ser superior, con sí mismo, con los otros y con la naturaleza).
- El significado, (como búsqueda del sentido de la vida y de lo que representa, la enfermedad, el dolor, etc.... para su trascendencia y su felicidad interior).
- La trascendencia, (para manifestar la conexión con una dimensión superior).
- Valores y Creencias, (la conexión de estos dan el significado de la vida y llevan a la fe, la esperanza, la paz y el fortalecimiento).

- Energía y Emociones, (la espiritualidad es una energía integrante, penetra, une, y dirige todas las dimensiones humanas). (9)

En éstos se evidencia, como la diversidad de aspectos que la componen, hacen de la espiritualidad un concepto amplio que no se puede limitar al aspecto religioso, y que al ser claramente definidos, engrandecen la visión que se tiene del ser humano.

2.1.1 Espiritualidad y Religión

En cuanto a su relación con la religión se ha establecido que cualquier discusión sobre la definición de espiritualidad debe considerar su relación con religión. Una idea común y errada es que los dos son sinónimos. Sin embargo, aunque haya una superposición, la religión y la espiritualidad son dos constructos separados y no son permutables (17)

La religión se define como un fenómeno social y cultural; lo espiritual es individual y personal (23)

Con base en hallazgos de las investigaciones sobre la relación entre el concepto espiritual y religión, se señala que el tema no solo implica asuntos positivos, sino que exige una formación que trascienda el abordaje mecanicista de solución de problemas y busque una relación más simétrica entre el cuidador y el cuidado, que no enfatice lo individualista y respete la totalidad del ser. (10)

En consonancia con el concepto de bienestar espiritual, Ellison lo describió como un estado doble, con un componente religioso y un componente espiritual o existencial; este aspecto otorga un sentido de propósito y satisfacción con la vida personal. De ahí que la religión se defina como un sistema organizado de creencias y de prácticas compartidas por una determinada colectividad (24)

Lo anterior demuestra que la espiritualidad envuelve la búsqueda de significado y propósito existencial en la vida en relación al Yo, la comunidad, el ambiente y un ser superior o Deidad. (9)

Algunos individuos ven la enfermedad como una prueba de fe y piensan que si ésta es suficientemente grande van a sentirse mejor, lo anterior basado en el significado que le dan a la enfermedad, al dolor y al sufrimiento. (30) La religión puede servir de ayuda al individuo en el proceso de la muerte, y lo ayuda a fortalecerse durante la vida. (7) Todo esto se manifiesta según las experiencias que el paciente haya tenido en la vida, estas pueden ser positivas o negativas y promueven el desarrollo del fortalecimiento frente a la enfermedad.

Se han desarrollado múltiples investigaciones donde se pretende demostrar esta conexión positiva y todas las implicaciones que se dan en materia de cuidado y bienestar del paciente en todas sus dimensiones y en su trascendencia.

2.1.2 Espiritualidad y Salud

Con relación a la asociación de este concepto y la salud; investigaciones coincidían en señalar en que existe una conexión entre una espiritualidad fuerte y una mejoría en la salud mental, con la habilidad para afrontar el estrés de una enfermedad y el duelo; y se describe la espiritualidad como la inclinación por encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece (8) a continuación se presentan algunos autores que han demostrado esta relación significativa:

Emblen analizó las definiciones de bienestar espiritual en la literatura de enfermería, coincidiendo en que la falta de una definición unificada sobre espiritualidad para la disciplina entorpece la investigación y el desarrollo de intervenciones espirituales. (18)

Burkhardt definió la espiritualidad como “el misterio revelado por medio de una interconexión armoniosa que nace de la fortaleza íntima”, utilizó la palabra “espiritualidad” como un concepto que connota un proceso y como tal se considera más útil para enfermería. (16)

Goddard mediante un análisis filosófico del concepto, propone una definición de espiritualidad como una energía integradora que es capaz de producir armonía interna y holística, que combina cuerpo, mente y espíritu. Algunos atributos de la espiritualidad que Goddard identifica son la corporeidad, la vitalidad y fortaleza (25)

En lo pertinente a este trabajo de investigación se revisan las definiciones establecidas por la doctora Pamela Reed, a lo largo de los diferentes estudios realizados sobre espiritualidad.

En 1987, Reed amplió el número de investigaciones sobre la espiritualidad y el bienestar de los enfermos terminales adultos. Sobre la base de las conclusiones de su estudio de 1986, Reed modificó la denominación RPS (escala de perspectiva religiosa) y la denominó SPS (escala de perspectiva espiritual). (26)

Reed afirma que los "indicadores de la espiritualidad son entre otros: la oración, el sentido de significado en la vida, la lectura y la contemplación, el sentido de proximidad a un ser superior, las interacciones o conexiones con otros y otras experiencias espirituales que reflejen interacción o la conciencia". Ella define espiritualidad "en términos de: puntos de vista personales (creencias) y comportamientos que expresan un sentido de relación con una dimensión trascendente o algo mayor que sí mismo.

La perspectiva espiritual incluye las creencias y comportamientos espirituales de la persona, surgen desde su interior, pueden surgir de su intelecto y están influenciados por su conducta. La congruencia de valores y creencias con sentimientos y comportamientos está implicada en la espiritualidad.

Las creencias religiosas o espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales en la vida del individuo. Estas ayudan al individuo a aceptar su enfermedad y poder compartir con otras personas sobre su condición de salud (26)

Posteriormente Reed en 1991 amplía la conceptualización de la espiritualidad, describiendo la capacidad de un ser humano para encontrar significados a través de lo ordinario y lo extraordinario. Su visión se originó desde la perspectiva de Christian Western. Reed estableció que la "espiritualidad 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 y conceptualizo que 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 (27)

En resumen en la mayoría de los conceptos mencionados la espiritualidad es asociada con un ser superior y un poder mayor que uno mismo. La totalidad, la fe en un poder mayor, y el esfuerzo por el logro de un gran ideal, son vistos como la expresión de la espiritualidad en los seres humanos.

Desde estas dimensiones se concibe entonces una continua interrelación que lleva a la “necesidad espiritual”, que es aquello que siente la persona para mantener, aumentar o recuperar creencias, la fe o llevar a cabo obligaciones religiosas con el fin de llenar vacíos que hay en su interior. (28)

2.1.3 Necesidad Espiritual

La identificación de la Necesidad Espiritual, según Shelly y Fish (28), en la mayoría de las personas se orienta a la búsqueda de un propósito o significado como: la necesidad de amar, de relacionarse y de perdonar. Lo cual tiene una gran trascendencia en la vida de las personas e influye en sus condiciones de vida, modos de vida, estilos de vida, actitudes y sentimientos respecto a la enfermedad y la muerte.

Laukhuf y Werner (29) en sus estudios señalan que los seres humanos tienen cuatro necesidades espirituales principales:

- Significado y propósito en la vida.
- Dar y recibir amor.
- Esperanza y creatividad
- Perdón

Dentro de este contexto teórico, la meta de todo profesional de enfermería es el cuidado comprehensivo del paciente es decir, visualizándolo como una totalidad, para poder así determinar sus necesidades espirituales. (29)

Lo anterior demuestra como la espiritualidad abarca a toda la persona y está presente en las actitudes, comportamientos y relaciones y por lo tanto se vive, ya que nace de la experiencia personal, lo que referencia el sentido de vida en las personas y su plenitud. (25) En estas condiciones el bienestar espiritual se presentaría como un modo de vivir, un estilo de vida mediante el cual se ve y vive la vida como algo agradable y con sentido, que busca la oportunidad de enriquecerla y trascenderla. (30)

2.1.4 Espiritualidad y Enfermería

Las investigaciones realizadas en este aspecto indican las asociaciones positivas de espiritualidad y salud, haciéndola una cuestión importante para la profesión de enfermería. El desafío está en apropiarse de este aspecto en el cuidado de enfermería en la práctica diaria. Para que los profesionales de enfermería puedan brindar un buen cuidado espiritual, deben apoyar a su paciente e identificar y explorar lo que

es significativo en sus vidas. Además de conocer cuáles son las formas en que ellos se ajustan al dolor y sufrimiento de las enfermedades. Debe tener en cuenta además los problemas relacionados con “el sufrimiento espiritual” definido como una alteración en el principio vital que integra y trasciende la naturaleza biológica y psicológica del individuo; o experimenta un trastorno en el sistema de valores y creencias que le da fuerza esperanza y significado a la vida. Este aspecto se refleja en la actitud, en el afecto, en sus expresiones verbales, en sus relaciones interpersonales y en el entorno. (9)

La espiritualidad en la profesión de enfermería implica la preocupación por el paciente en su necesidad de cuidado físico o información y su reconocimiento como persona. Es la mezcla del arte de la profesión de enfermería con la ciencia humana. (31)

En la práctica clínica, la enfermera que procura “evaluar” el “estado” espiritual de los pacientes, debe estar abierta a sus señales y conocer lo que les representa la felicidad, cual es el significado de la enfermedad para él y la necesidad para el cuidado.

La enfermera administra el cuidado espiritualmente cuando se da una relación humana caracterizada por el arte de estar presente, de escuchar, de respetar y apoyar los valores, creencias, y conexiones importantes, y, el más pretencioso, de dar de sí .(9)

Aunque el holismo se considera como un concepto importante en la práctica de enfermería, se ha prestado escasa atención a la noción de la espiritualidad como parte de la percepción del estado de salud. La enfermería se ha centrado en la tecnología y el progreso científico, es cuando los intentos de satisfacer necesidades espirituales se descuidan.

Con base en lo anterior las enfermeras están empezando a reconocer la dimensión espiritual del paciente. Por lo tanto, están en condiciones de reconocer el estado general de salud de las personas y coordinar su cuidado conociendo sus características propias y planeando un cuidado en el que se tenga en cuenta:

- Fomentar la integridad dentro de los pacientes.
- Promover los vínculos interpersonales
- Respetar y aumentar la búsqueda personal de significado. (9)

Las tácticas de intervención pueden consistir en hablar, escuchar, orar y lecturas religiosas o de naturaleza espiritual; muchas veces esta intervención se puede limitar a “estar” con el paciente en silencio y cuidar que el paciente pueda tener

momentos de privacidad espiritual. (28) Por esto se ha resaltado el papel de la espiritualidad en las enfermedades crónicas, dándole un papel significativo en la exploración de la enfermedad y en el bienestar y la calidad de vida del paciente crónico.

El profesional de Enfermería debe tener en cuenta además los problemas relacionados con “el sufrimiento espiritual” definido como una alteración en el principio vital que integra y trasciende la naturaleza biológica y psicológica del individuo; o éste experimenta un trastorno en el sistema de valores y creencias que le da fuerza, esperanza y significado a la vida. Este aspecto se refleja en la actitud, en el afecto, en sus expresiones verbales, en sus relaciones interpersonales y en el entorno. (28)

Existen evidencias del enfoque holístico del cuidado de enfermería, pero poco se ha demostrado sobre si este aspecto incluye la espiritualidad y qué aspectos de los seres humanos pueden abordarse como espiritualidad; por lo que muchas veces es difícil para la enfermera, el abordar las cuestiones espirituales. Una de las razones de esta confusión es que la mayoría de los modelos y teorías de enfermería no se centran específicamente en la dimensión espiritual. Oldnall denunció esta falta de claridad e instó a las enfermeras a desarrollar teorías y modelos que se ocupen de la espiritualidad. (32)

Uno de los mayores obstáculos para la investigación en enfermería y la práctica en este campo ha sido la falta de claridad conceptual del término “espiritualidad”.

En la última década se ha dedicado mucha atención a la clarificación y la definición del concepto de la espiritualidad en la literatura de enfermería.

Con base en lo anterior es necesario conocer las teorías de enfermería y las ideas que plantean sobre espiritualidad. A continuación la Espiritualidad será examinada en modelos conceptuales y teorías de enfermería con relación a dos diferentes visiones del mundo, y en relación con espiritualidad como concepto central, de estas teorías.

2.2 MODELOS Y TEORIAS QUE CONTEMPLAN LA ESPIRITUALIDAD.

VISIONES DEL MUNDO PARA DEFINIR LA ESPIRITUALIDAD (33)

En los últimos 60 años el desarrollo científico de la disciplina de enfermería ha sido significativo y éste avance es evidente en el desarrollo de la investigación y en el desarrollo y expansión de modelos conceptuales y teorías, que constituyen un marco de referencia para la práctica profesional.

La práctica enfermera es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas. Requiere de un proceso intelectual que orienta a acciones pensadas, reflexionadas que responden a las necesidades particulares de las personas. La práctica contempla la creación de un cuidado individualizado, en donde se utiliza a sí mismo como medio terapéutico, integrando habilidades específicas, lo cual se ve influenciado por la visión individual con la cual se ve al mundo, y los aspectos filosóficos, epistémicos y ontológicos del cuidado.

Algunas de las marcadas diferencias en la definición de espiritualidad pueden atribuirse a las diferentes visiones del mundo desde las cuales se pretende conceptualizar. La Visión del mundo se define como "una concepción global o la imagen de el universo de la humanidad y la relación con él. Del mismo modo, el concepto de la espiritualidad dentro de cada modelo conceptual o teoría es un reflejo de la visión del mundo adoptada por ese modelo o teoría.

Fawcett (34) declaró que los modelos conceptuales y teorías de enfermería reflejan dos visiones del mundo: la visión de interacción recíproca del mundo y la visión de acción simultánea. En la visión de interacción recíproca del mundo, los seres humanos son vistos en una dimensión de la persona sólo en el contexto del conjunto. Las Interacciones entre los seres humanos y sus entornos son recíprocas, y el cambio puede producirse continuamente o sólo en respuesta a las amenazas por la supervivencia.

En la visión de acción simultánea del mundo, los seres humanos se identifican por un patrón y no por partes o dimensiones. Este patrón evoluciona continuamente como campos auto-organizados, y se encuentran en intercambio mutuo y rítmico con su entorno. El cambio se produce continuamente como los seres humanos avanzan hacia la más compleja organización (34)

La teoría da una base científica de conocimientos para poder llevar a la práctica nuestro trabajo, nos fundamenta y nos enseña a actuar con un sentido. Es capaz de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos. Nos ayuda a mejorar los resultados de la intervención de enfermería y sobre todo nos da autonomía. Si profundizamos más descubrimos que la teoría ayuda a analizar los hechos, nos plantea retos y nos hace superar, crea bases para funcionar, y en general potencia y adecua la práctica de los cuidados y la investigación de enfermería.

Para desarrollar una teoría hay que partir de una serie de conceptos básicos que quedan recogidos en la filosofía (lógica, ética, investigación, uso del razonamiento, etc.). Las teorías o modelos teóricos contemporáneos fueron clasificadas por Fawcett (34) o bien como de la visión de interacción recíproca (Watson, Johnson, Levine, Orlando Pelletier, Andrews & Roy, Leininger, King, Peplau, Neuman, Orem) (33) o de la postura filosófica de la acción simultánea (Rogers Newman, Parse) (33)

Estas dos visiones del mundo afectan la forma en que la espiritualidad se ve en el modelo conceptual o la teoría.

En los modelos que propugnan la visión de interacción recíproca del mundo, la espiritualidad es vista como una parte o dimensión de la persona que interactúa con otras partes de ella en un enfoque holístico. En los modelos que propugnan la visión acción simultánea, la espiritualidad es vista en el contexto del patrón. (34)

La Espiritualidad en las teorías de enfermería también puede ser representada por el grado en que el concepto está representado en ésta; se abarca de tres maneras distintas. En la primera algunos teóricos (por ejemplo, Orlando, Pelletier, King, Peplau, Orem) no se refieren al concepto de espiritualidad en sus modelos. (33) La segunda manera es que en algunos modelos y teorías de enfermería, el concepto de espiritualidad es implícito e incrustado como un sub-concepto en lugar de un gran concepto del modelo o la teoría (34), en este caso, la supresión del concepto de la teoría no significa modificarla. Ejemplos de estos modelos y teorías son los de Levine, Johnson, Andrews & Roy, Leininger y Rogers (33). La tercera manera en que la espiritualidad se aborda en los modelos conceptuales o teorías de enfermería implica la inclusión del concepto como uno de los principales y centrales en la teoría.

En tales teorías, el concepto se presenta, ya sea explícita o implícitamente de tal manera que su supresión en la teoría o modelo teórico causa un cambio importante. (33) Ejemplos de estos modelos y teorías son las de Neuman, Newman, Parse y Watson (33)

2.2.1 Modelos en los que la Espiritualidad es un Concepto incorporado.

MYRA LEVINE (35)

Levine conceptualiza al ser humano como un ser adaptable en constante interacción con el medio ambiente.

- El individuo es visto como un todo integrado cuyos comportamientos son respuestas a estímulos ambientales internos y externos.
- El entorno externo se conceptualiza con tres componentes: percepción, operacional y conceptual.
- El entorno conceptual incluye la cultura, idioma, pensamiento, estilos personales y espiritualidad.

El objetivo global de la enfermería, de acuerdo con el modelo de Levine, es promover la adaptación entre el paciente y el medio ambiente. Según Levine, la adaptación se produce a través de la conservación. ¿Qué ocurre cuando el medio ambiente afecta directamente la conservación de la integridad personal? La integridad Personal es considerada el sentido del valor que puede ser conservado a través de la consideración de la diversidad cultural, étnica, religiosa y las relaciones familiares.

Shaefer y Potylycki realizaron un estudio descriptivo basado en el modelo de Levine que se centra en la fatiga asociada con insuficiencia cardíaca congestiva. Se describen cualidades de la fatiga y se determinaron las intervenciones para la fatiga incluyendo actividades espirituales. Sin embargo, no hubo detalles sobre que actividades espirituales específicas se consideraban particularmente útiles en aliviar la fatiga. (36)

DOROTHY JOHNSON (37)

El Modelo de Johnson del sistema de comportamiento tiene un único foco que se centran en la individualidad, se considera como un sistema integrado de comportamiento de los sub-sistemas.

La noción de modelo es que los individuos tienen patrones específicos de respuesta (comportamiento social), que juntos forman un todo organizado e integrado que tiene la capacidad para adaptarse a los factores que inciden en el sistema de comportamiento Johnson propone que el sistema de comportamiento tiene siete sub-sistemas: (a) Afectivo o afiliativo (b) dependencia, (c) ingestivo, (d) eliminativo, (e) sexual, (f) agresivo (g) y de logro.

Derdarian (37) sugiere que la práctica de enfermería basada en el Sistema de comportamiento del modelo Johnson se ocupa de lo espiritual en dos de los sub-sistemas. Una de las tres categorías de comportamiento en el sub-sistema afiliativo en relación con las propias creencias, Dios, o ser espiritual. El objetivo de adaptación en este subsistema es lograr la intimidad. Una categoría del sistema de comportamiento en el sub-sistema del logro es lograr tener esperanza o creer que Dios presta ayuda para lograrlo.

Enfermería se transforma necesariamente cuando un sistema de comportamiento no es capaz de mantener la estabilidad o alcanzar un nivel óptimo de funcionamiento.

Las acciones de enfermería tienen por objetivo "preservar la organización y la integración de la conducta del paciente a un nivel óptimo en esas condiciones en las que el comportamiento constituye una amenaza a la salud física y social, o en los que la enfermedad se establece."(38)

SOR CALLISTA ROY (39)

En el Modelo de Adaptación de Roy la moral-ético-espiritual de sí mismo es considerada como un aspecto de la persona. Ésta se describe como un "conjunto compuesto de partes que funcionan como una unidad para algún propósito".

Cuatro categorías adaptativas o modos de comprender la persona: la fisiológica, el auto-concepto, la función de rol, y los modos de interdependencia

El auto-concepto es el aspecto de la persona que da al individuo el sentido de quién es él o ella; esta necesidad de saber quien se es da la energía mental necesaria para experimentar un sentido personal de la unidad.

El modo del auto-concepto tiene dos sub-áreas: el yo físico y el yo personal:

El personal comprende los conceptos de auto-coherencia, ser ideal, y la moral-ético-espiritual de sí mismo.

El aspecto moral-ético-espiritual se relaciona con la propia respuesta de cada uno a la pregunta: "¿En qué creo?" En el modelo de Roy, un sentido de autonomía es directamente relacionado con una ética de las propias creencias y un sistema propio de valores.

En el modelo de Roy se acuñó el término Veritivity, el cual tiene relación con la trascendencia y el propósito de la vida humana, derivado del latín veritas que significa verdad, relacionado con un propósito común de la existencia humana; presenta unos principios basados en el humanismo y son los siguientes:

- Las personas tienen relaciones mutuas con el mundo y con Dios.

- El significado humano esta enraizado en un punto omega de convergencia del universo.
- Dios se revela en la diversidad creativa de conciencia, iluminación y fe.

El investigador o el practicante de enfermería pueden utilizar el modelo de Roy para orientar la evaluación de la forma en que el paciente utiliza creencias religiosas o espirituales como recursos para ayudar a promover la adaptación. (39)

MADELEINE LEININGER (40)

En la teoría de enfermería de Leininger los dos conceptos centrales son el cuidado y la cultura. De acuerdo con Leininger, el cuidado es “prestar apoyo, o permitir que el comportamiento de un individuo (o grupo) con evidentes necesidades se tenga en cuenta para mejorar una condición humana o estilo de vida”.

Cultura se define como “la adquirida, compartida, y se transmiten valores, creencias, normas y prácticas de la vida de un grupo que guía el pensamiento, decisiones y acciones en el estilo de vida ”

Según Leininger, los grupos culturales son estructurados por varios factores que dan sentido y orden al grupo. Entre estos están los religiosos, de parentesco, políticos, económicos, educativos, tecnológicos, y los valores culturales y factores de la forma de vida. Estos factores influyen en el cuidado y el estado de la salud de los individuos, familias, grupos e instituciones.

Leininger sugiere que los investigadores de enfermería pueden investigar la relación entre uno o más de los factores de la estructura social y su influencia sobre el cuidado de los patrones y las expresiones de la salud y el bienestar.

Las creencias acerca de la religión, la filosofía, cultura, valores y formas de vida relacionadas con lo popular y profesional de los sistemas de salud son las áreas apropiadas de investigación en la vista teórica de Leininger. (40)

Por ejemplo, Leininger investigó el significado de cuidado y salud en el sur en las zonas rurales de blancos y negros americanos. Uno de los temas dominantes asociados con la salud en ambos grupos fue "el vivir por la Biblia y hacer lo que Jesús (o Dios) enseña”.

MARTHA ROGERS (41)

Rogers no utiliza la palabra espiritualidad en sus discusiones de la ciencia unitaria de los seres humanos tal vez debido a la ambigüedad y reduccionismo asociado con el término.

Los autores que se presentan a continuación han tratado de inferir el concepto en el marco de su modelo:

Malinski sostuvo que la integralidad, es reflejo de lo que se ha denominado la espiritualidad en la literatura. (42)

Sobre la base de las dimensiones de la espiritualidad descrita por Elkins et al. proponen que el modelo de Roger es congruente con varias de las principales dimensiones de la espiritualidad:

- ✓ La confianza de que la vida tiene sentido.
- ✓ compromiso con la actualización del potencial positivo en todos los aspectos de la vida.
- ✓ toma de conciencia de la interrelación de la vida.
- ✓ la creencia en una conexión beneficiosa para la trascendencia. (43)

Smith además, prueba la relación entre la espiritualidad y el poder con el modelo de Roger utilizando la espiritualidad como un indicador de cambio en el patrón. Smith encontró una correlación estadísticamente significativa entre el poder y la espiritualidad en una muestra de los supervivientes de la polio y adultos sanos. Los sobrevivientes de la Poliomiéлитis eran similares a adultos sanos en el poder, pero se manifiesta significativamente una mayor espiritualidad.

Smith sugirió que estos resultados apoyan las ideas de Rogers que los seres humanos sometidos a las influencias negativas patológicas y del medio ambiente alcanzan resultados en la unidad con la naturaleza y evoluciona. Al encontrar "más apoyo empírico lograría comenzar una teoría de espiritualidad dentro del modelo de enfermería de Rogers" (44)

2.2.2 MODELOS EN LOS QUE LA ESPIRITUALIDAD ES UN CONCEPTO CENTRAL. (33)

BETTY NEUMAN (45)

En el modelo de sistemas de Neuman, el sistema cliente / cliente es representado como un núcleo centra rodeado por anillos concéntricos. El núcleo central, o estructura básica de recursos de energía, incluye los recursos de energía innata básica de supervivencia o los factores comunes en todos los seres humanos. Los anillos son mecanismos que protegen el núcleo central. Dentro de todo este sistema cliente/cliente se encuentran cinco variables: fisiológicas, psicológicos, socio-cultural, de desarrollo, y espiritual.

Todas estas cinco variables están interrelacionadas y deben tenerse en cuenta para hacer frente a la totalidad del concepto de cuidado. La variable espiritual se añadió al modelo en 1989 y se amplió y aclaró en 1995.

Para Neuman esta variable se describe como "... innata, un componente de la estructura básica, en todo caso este nunca es reconocido o desarrollados por el cliente o el sistema del cliente". En la descripción de la variable espiritualidad, Neuman utiliza la analogía del espíritu humano como el de una «semilla» que tiene el potencial enorme de energía dentro de un individuo.

La conciencia espiritual puede producirse en cualquier punto a lo largo del ciclo de vida. Una combinación del espíritu humano, Espíritu Santo desde Dios, y los acontecimientos de la vida "catalizan" esta "semilla" para que la energía espiritual se haga reconocible como proceso de pensamiento en la persona.

Una hipótesis de este modelo es que "... el desarrollo espiritual en diversos grados faculta al sistema del cliente hacia el bienestar por dirigir positivamente la energía espiritual para el uso en primer lugar por la mente y luego por el cuerpo "(45)

Entre los autores que han ampliado la teoría de Neuman se encuentran:

Fulton quien identificó los aspectos de la espiritualidad que podrían ser superpuestos en el Modelo de sistemas de Neuman: bienestar espiritual, necesidades espirituales, cuidado espiritual, angustia espiritual. (46)

Curran define Espíritu Santo en relación con diversas perspectivas, religiosas, culturales y de Dios, o el nombre que sea dado a la fuerza creadora en el universo. (47)

Varios autores han intentado llevar a la práctica la variable espiritual; en la práctica de enfermería basada en el modelo de sistemas de Neuman. Entre ellos se encuentra, Reed quien sugiere que la variable espiritual podría considerarse dentro de la base de la estructura como una fuente de poder y de fuerza; y los valores espirituales, creencias, religiosas o prácticas espirituales serían parte de los mecanismos de protección. (48)

Pierce y Hutton describen las intervenciones para resolver los problemas de desesperanza mediante la aplicación de la espiritualidad desde los componentes del modelo Neuman a la evaluación de un paciente con SIDA. (49)

Clark et al. Utiliza el modelo de Neuman para guiar un estudio cualitativo de necesidades espirituales en adultos con hospitalizaciones anteriores. En que la energía representa el flujo entre la enfermera y el sistema del cliente, que incluye la variable espiritual como parte de la estructura básica de recursos energéticos, por lo tanto, ponen de relieve que la variable espiritual de Neuman es fundamental para todos los organismos. (50)

MARGARET NEWMAN (51)

La teoría de la salud de Margaret Newman ha sido fuertemente influenciada por Martha Rogers, Newman amplió la idea de Rogers de los campos de energía humanos como único patrón de la conciencia. La conciencia se define como la capacidad del sistema para interactuar con el medio ambiente, y Newman sugiere que el proceso de la vida implica movimiento hacia niveles más altos de conciencia. Este proceso se ve facilitado por la intuición e implica una trascendencia del ser espacio-temporal a un "reino" espiritual. La Salud, entonces, refleja un patrón fundamental de la persona y el medio ambiente que envuelve un patrón de totalidad. El reconocimiento del patrón es fundamental para el proceso de la evolución a niveles superiores de conciencia.

El objetivo de enfermería es ayudar a los clientes a avanzar hacia la ampliación de la conciencia, una trascendencia de la transformación física hacia una dimensión espiritual. Para lograr esto la enfermera ayuda a los clientes a identificar su patrón de interacción con el medio ambiente.

También es necesario para las enfermeras ponerse en contacto con sus propios patrones para poder tocar el patrón de otros. El enfoque es uno de "ser con" en lugar de "hacer para", que permite a los clientes encontrar el centro de su verdad y descubrir las nuevas normas que se aplican a su situación. Por lo tanto, la relación enfermera-cliente es una de las asociaciones que conducen a la expansión de la conciencia, en ellos. Tal vez porque Newman describe la expansión de la conciencia como un término espiritual general; las enfermeras que han utilizado la teoría en la práctica no han separado específicamente elementos como espiritualidad. (49).

ROSEMARY PARSE (52)

Derivó su teoría basándose en una parte de la teoría de Rogers. La teoría de Parse de los seres humanos se ha desarrollado para cambiar la visión de enfermería de la persona desde el modelo médico o mecanicista de la ciencia humana.

En la visión de las ciencias humanas, la persona es vista como un participante que experimenta situaciones. El objetivo de enfermería es descubrir el significado en la experiencia humana desde el punto de vista de la persona.

Parse se basa en nueve supuestos filosóficos y tres supuestos acerca del ser humano. Ninguno de los supuestos o principios filosóficos, menciona directamente la espiritualidad.

Sin embargo, los atributos de la espiritualidad incluyendo significado y valor son

aspectos importantes de la teoría de Parse. Desde la perspectiva de Parse, el fenómeno de interés para la enfermería es el proceso salud-universo-humano. Por lo tanto, aunque el término «espiritualidad» no se utiliza; el significado personal que es un componente central de espiritualidad, causaría significados teóricos similares en la teoría de Parse.

El uso de esta teoría en la práctica significa que la enfermera vive en relación con las personas en lugar de tratar de cambiarlas. Debido a que las definiciones de la espiritualidad se refieren a la determinación de significado y trascendencia, se puede argumentar que las enfermeras que utilizan metodologías relacionadas con estos aspectos de la experiencia humana están tratando la espiritualidad en la práctica. (52)

JEAN WATSON (53)

La teoría de cuidado de Jean Watson se centra en la interacción enfermera-paciente. La teoría se basa en lo espiritual-existencial, en orientaciones fenomenológicas y se basan en la filosofía oriental. En su conceptualización de la persona es similar a las teorías de Rogers y Newman en las que los seres humanos son sistemas abiertos y ámbitos de la energía que muestra los patrones de conciencia. Sin embargo, se caracteriza porque uno de los supuestos de la teoría es un reconocimiento de una dimensión espiritual de las personas.

Como parte de esta dimensión espiritual, Watson ha elaborado el concepto de alma que "... Se refiere a el espíritu, ser-interior, o esencia de la persona, que es atado a un mayor sentido de auto-conciencia, a un mayor grado de conciencia, una fuerza interior, y un poder que puede ampliar las capacidades humanas y permitir que una persona se trascienda a si misma. Los términos alma, ser-interior, ser espiritual se refieren al mismo fenómeno y tienden a ser intercambiables. (53)

El mundo del espíritu se vuelve más importante de acuerdo a como la persona crece y madura Individualmente y evoluciona como ser humano colectivamente. La Salud se refiere a la unidad y la armonía de cuerpo, mente y espíritu, y también está relacionada con "el verdadero ser, con el desarrollo de la esencia espiritual del ser y, en el sentido más alto, del ser mejor"

El objetivo de la enfermería es ayudar a las personas a obtener la armonía dentro de cuerpo, mente, y espíritu; encontrar significados a su existencia y experiencia. Este proceso de crear la armonía y el significado debería permitir más auto-conocimiento, auto-control y auto-sanación, independientemente de la condición de salud.

Tanto el cuidador como la persona cuidada se consideran como co-participantes en esta auto-sanación. En esta teoría, el cuidado se considera la esencia de la práctica de enfermería que requiere la participación personal, social, moral y espiritual de la enfermera. Watson describe el cuidado transpersonal como un proceso entre la enfermera y paciente que "tiene la capacidad de expandir la conciencia humana, lograr la trascendencia y potenciar la curación" (53)

Además, se describen los factores de cuidado o intervenciones de enfermería, para el proceso de cuidado humano. Ejemplos de estas intervenciones son la promoción de la fe, la esperanza y la asignación de un foco fenomenológico-existencial-espiritual.

Lo anterior demuestra como la espiritualidad posee un sustento teórico que apoya su inclusión en el cuidado de enfermería, y proporciona las bases para que la práctica de enfermería tenga la visión holística que se espera.

Esto ayudará a reconocer el papel de la enfermera en la dimensión espiritual del paciente, entendiendo la importancia de las manifestaciones espirituales encontrando el significado para la familia y personas con problemas de salud crónicos, lo que facilitará tener acceso y movilizar recursos para encontrar el significado de su enfermedad. Lo cual llevara a una mejor adaptación, a una vida con una enfermedad oncológica, y así mismo logrará una mejor calidad de vida al poder reducir las sensaciones negativas, de dolor de tristeza, de abandono que suele generar el cáncer y poder lograr una mejor situación para el paciente que lo lleve a reconocer satisfacciones diarias.

Las teorías mencionadas además se relacionan con el bienestar que puede dar la enfermera al paciente oncológico, complementándose para brindar herramientas adicionales para un mejor manejo terapéutico e integral; este manejo multidimensional va a permitir manejar un balance entre sus estados de bienestar y malestar propios de los síntomas y tratamiento de su enfermedad.

La espiritualidad, puede ayudar a que ciertas necesidades se alivien y se superen, como lo son: la necesidad de resistir o de aceptar el diagnóstico de una enfermedad crónica (como el cáncer); la necesidad de tener esperanza; la necesidad de poder ser creativo; la necesidad de poder practicar cualquier religión; la necesidad de hacer preguntas acerca de la existencia; la necesidad de procurar contestar al porqué enfermedad; la necesidad de descubrir el propósito para la vida; la necesidad dar y pedir perdón; la necesidad de compañía o soledad, la sensación de culpa, la necesidad de poder amar a otros; incluyendo Dios o la deidad en la que se crea; las preocupaciones sobre la muerte, o el pensamiento de qué sucederá después de la muerte.

2.3 ENFERMEDAD CRONICA

El padecer una enfermedad crónica no sólo afecta físicamente, sino también emocional, social y a veces, incluso, económicamente; la forma en que a un paciente le afecta una enfermedad crónica, depende de la enfermedad en particular y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de ésta y el tipo de tratamientos que requiere.

Aceptar y adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad crónica requiere tiempo, muchas veces se busca mecanismos de apoyo que logren una participación en el cuidado de su salud para superar o sobrellevar el proceso de afrontamiento. (14)

Se considera que los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, etc., hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, etc.; y aún más alarmante desde el punto de vista estadístico es que el mayor número de personas desarrollará algún tipo de incapacidad o enfermedad crónica que pueda llegar a ser causa de muerte. Las enfermedades crónicas, como el cáncer, no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos.

2.3.1 EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO

La mayoría de los pacientes atraviesan varias fases en el proceso de asumir que padecen una enfermedad crónica y de aprender a vivir con ella. Cuando a una persona le diagnostican una enfermedad crónica en concreto, puede sentir muchas cosas; algunas personas se sienten vulnerables, confundidas y preocupadas por su salud y su futuro. Otras se decepcionan y se auto compadecen. Algunos encuentran injusto lo que les ha pasado y se enfadan consigo mismas y con la gente a quien quieren. Estos sentimientos forman parte del principio del proceso de afrontamiento. Cada persona reacciona de una forma diferente, pero todas las reacciones son completamente normales.

La parte emocional, se ve comprometida ya que la persona se ve obligada a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad).

En la etapa crítica de la enfermedad crónica se identifican una serie de reacciones comunes, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocional: mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales y la preparación para el futuro. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; el más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otra estrategia frecuentes es la búsqueda de información acerca de la enfermedad y apoyo social- familiar. (54)

Usualmente la negación se presenta inmediatamente después del diagnóstico, la cual cumple para el paciente una función protectora al reducir los niveles de estrés. Así, la negación cumpliría un papel importante en el manejo de la enfermedad, pues disminuiría el nivel de estrés en el paciente y permitiría un manejo más adecuado de su proceso de adaptación. (54)

La próxima fase del proceso de afrontamiento consiste en aprender cosas sobre la enfermedad. La mayoría de los pacientes que tiene que vivir con una enfermedad crónica descubre que el conocimiento es poder — cuanto más saben sobre su trastorno, más sienten que controlan la situación y menos les asusta.

La tercera fase del proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica consiste en tomar las riendas de la situación. En esta etapa, el paciente se siente cómodo con los tratamientos y las herramientas (que debe usar como parte del tratamiento) para llevar una vida normal.

No existen límites definidos de tiempo para completar el proceso de afrontamiento — en el proceso el paciente debe hacerse a la idea y aceptar que padece una enfermedad crónica, es diferente en cada persona. De hecho, la mayoría de gente comprobará que tiene las emociones contrarias en todas las fases del proceso. (54) Aunque el tratamiento tenga buenos resultados, la tristeza y preocupación pueden predominar. Reconocer esas emociones y ser consciente de ellas cuando emergen forma parte del proceso de afrontamiento.

Es difícil reconocer sentimientos; las emociones pueden no ser fáciles de identificar. Muchas veces se manifiestan en un aumento de los periodos de sueño, llanto incontrolable, o ira que se están manifestando como signos de depresión. También es bastante habitual que las personas que padecen una enfermedad crónica se sientan estresadas, al enfrentarse a la realidad de padecer una enfermedad crónica, y continuar con su rol, cumplir los compromisos sociales y otros aspectos de su vida cotidiana. (55)

Los pacientes que padece una enfermedad crónica a menudo buscan formas de asumir su enfermedad; ya que de acuerdo con Selye, lo que afecta esencialmente la vida de cualquier persona y determina su calidad no son tanto los factores de estrés en sí mismos sino la forma como la persona reacciona ante éste, y su habilidad para adaptarse al cambio (56) La espiritualidad se constituye como una forma de afrontamiento para los pacientes, más que una forma de negación o evitación, algunas investigaciones han mostrado que muchos pacientes desean el reconocimiento de esta dimensión. (10)

En los estados avanzados de la enfermedad oncológica, no es solamente el dolor lo único que acongoja al paciente, sino un conjunto complejo de emociones por las pérdidas, despedidas y separaciones, miedo al deterioro, a la soledad y el abandono, a la pérdida de sentido de la vida, a la falta de control, a lo desconocido, al rechazo, a ser una carga para otros y finalmente a la muerte; también suelen aparecer sentimientos de incredulidad, ira, desamparo e indefensión Por esta razón la pretensión no debe ser únicamente paliativa, sino se deben fomentar y fortalecer estrategias de afrontamiento, habilidades que buscan conseguir la tranquila y progresiva adaptación a la cercanía de la muerte.(10)

En un tipo de pacientes con enfermedades de larga evolución, las alteraciones tendrán unas características que en otro tipo de enfermedad crónica resulten secundarias o menos importantes. Pero de manera orientativa, los aspectos relevantes que la enfermera debe tener en cuenta son los siguientes:

- Tipo de enfermedad e implicaciones que supone para la persona en las diferentes esferas de su vida (personal, familiar y social).
- Vivencia de la incapacidad por parte del paciente y de su familia. Debe valorarse la existencia de ansiedad, de sentimientos de desvalorización, impotencia, desesperanza, ira, hostilidad, temor a la enfermedad y a sus consecuencias, necesidad de dependencia de la familia o del equipo terapéutico o sensación de falta de control.
- Creencias y valores personales y familiares. La capacidad de adaptación a la situación de irreversibilidad, así como la intención de poder superarla de manera activa y positiva, en parte determinada por las propias creencias y conceptos acerca de lo que es importante y lo que es accesorio (belleza, concepto de salud y bienestar, creencia en un vida posterior que compense los sufrimientos propios de su patología crónica).
- Limitaciones existentes para afrontar la incapacidad (falsas creencias, problemas emocionales, falta de apoyo, aislamiento social –voluntario o involuntario-, falta de conocimientos, falta de motivación para asumir la responsabilidad del propio

cuidado, baja autoestima o autoconcepto, desinterés por la propia vida, situación de precariedad económica, situación geográfica de aislamiento o lejanía de los centros de cuidados y tratamiento, etc.).

- Recursos personales. Para valorar la capacidad de adaptación, deben considerarse las competencias de la persona, así como de la familia en la resolución del problema, nivel de capacidad de aprendizaje, capacidad para encontrar nuevos modos y filosofía de vida que resulten satisfactorios y adecuados a sus posibilidades de salud, etc.
- Sistema de apoyo del que dispone la persona y la familia. Deben valorarse los recursos de apoyo naturales y organizados (amigos, vecinos, familia extensa, asociaciones de enfermos crónicos, sistemas de ayuda profesional existentes, etc.) que pueden ser utilizados por el sujeto, como ayuda en un proceso de adaptación a la enfermedad. De este modo, debe considerarse la relevancia del soporte existente para la familia con el fin de fortalecer su capacidad de ayuda. (14)

La enfermedad, las experiencias del Cuidado de la Salud y los eventos que a esto se asocian, tienen con frecuencia más de un significado. El significado de enfermar no es inerte. Algunas veces puede cambiar a medida que las creencias culturales, los valores e ideologías dominantes cambian. Otras veces puede cambiar durante el largo curso de la enfermedad crónica.

Enfermar puede tener muchos significados específicos impuestos a la enfermedad por la cultura y éstos enmarcan la experiencia de enfermedad para el individuo y se combinan con un significado personal de la enfermedad que se deriva de la experiencia de vida de la persona enferma.(55)

El significado cultural de la enfermedad puede estar vinculado a la enfermedad misma o a los síntomas específicos y rótulos de la enfermedad, por ejemplo, para nosotros, un significado perverso de la enfermedad puede ser la muerte reflejando creencias y actitudes prevalentes. Los significados incluyen una falta de control sobre la propia vida y muerte, inhabilidad para controlar efectos de la tecnología, dificultades de aceptación, amenaza de desfiguración por el tratamiento con pérdida de la autoimagen y discriminación y estigma de la enfermedad auto adquirida. (55) Culturalmente las enfermedades acarrean un significado que se aplica a las personas, las identifica y son difíciles de remover. Sus creencias y valores relacionados con enfermedad son expresados en su mayoría con mitos y metáforas permitiendo hacer familiar lo que es extraño, interpretar y aprender a

vivir con la aceptación. Para quien vive una experiencia de enfermedad crónica, la enfermedad y la historia de vida se entretienen; y la enfermedad da significado personal al mundo de la persona enferma. (57)

En la sociedad occidental actual, la actitud dominante es de negación y poca confrontación a la realidad de la muerte como parte de la existencia humana. La Enfermedad crónica significa en este sentido confrontar la creencia y el valor sobre enfermedad curable y reta al conocimiento actual con la realidad de la muerte o de la limitación progresiva de la funcionalidad.

En los últimos años, la atención ha estado cada vez más centrada en la importancia del papel de la espiritualidad dentro del cuidado de las enfermedades crónicas, siendo reconocida como factor importante en la exploración de la enfermedad, y en última instancia, como el contribuidor a una mejora en la calidad de vida. Los individuos con enfermedad crónica utilizan recursos espirituales, tales como: inclusión como miembro religioso de organizaciones, el rezo, la lectura espiritual, la meditación, y conectándose con la naturaleza. La espiritualidad es el medio que permite superar estados en la enfermedad y proporciona un sentido o propósito a cerca de la vida. (58)

La adaptación a la enfermedad crónica puede ser difícil, pero para ello se pueden utilizar estrategias frente al desarrollo de la enfermedad, una de las cuales es reconocer y emplear la espiritualidad.

La Trascendencia de la enfermedad es importante porque ayuda a la gente a mirar más allá de su estado actual de la salud para conectarse con una energía más alta, así, utilizan la fuerza de esa conexión para manejar su enfermedad, y en última instancia, alcanzan el propósito en la vida. Todos estos aspectos de la espiritualidad contribuyen a encontrar sentido y esperanza, actitudes que ayudan y motivan a la gente para superar sus limitaciones. (59)

Las personas con enfermedades crónicas, comentan que gracias a la espiritualidad han encontrado comodidad, ayuda, consuelo, actuando frente a sus relaciones con una energía más alta. El reconocimiento del papel de la espiritualidad para los individuos con un problema de salud crónico ayudará a tener acceso y a movilizar recursos para encontrar el significado de las enfermedades. (10) Cuando esto se logra, el paciente se fortalece, crece a nivel espiritual y hay cambios en su vida diaria, participa en el tratamiento de la enfermedad lo cual es beneficioso para su bienestar, mejora su capacidad de relación y de compartir con los demás, demuestra serenidad interior, capacidad de valorar lo cotidiano y lo que aparentemente es intrascendente, reconoce el valor de la persona humana y lo maravilloso de lo simple. (59)

Varios investigadores documentan la relación entre la espiritualidad y la salud y entre el desarrollo de rituales y prácticas religiosas y la calidad de vida. Se encuentra descrito en la literatura cómo las creencias afectan el estilo de vida, la dieta, el tratamiento, las decisiones frente al cuidado de la salud y la percepción de la situación de enfermedad. Algunos estudiosos asocian la espiritualidad con comportamientos saludables. Otros documentan las manifestaciones particulares de la espiritualidad en sus dimensiones religiosa o existencial en las personas con enfermedad crónica o cercanía de la muerte. (60)

2.4 MUJER Y CÁNCER.

El cáncer es una enfermedad que a menudo cambia el futuro, y el punto de vista acerca de la vida y la muerte, por la naturaleza existencial que a esto concierne. Aunque muchas personas logran adaptarse a este proceso, ocurre también que los síntomas se prolonguen e intensifiquen, dificultándolo y convirtiéndose en una fuerte alteración ante la inminencia de la muerte.

Para la mujer, hay una multitud de factores estresantes, que van desde el impacto inicial generado por la noticia de la enfermedad, lo imprevisible de su evolución, el pronóstico de la misma, el efecto de la quimioterapia, hasta la toma de conciencia de la posibilidad de morir. Hay una gran variación del estado de ánimo y su progreso en el tiempo, hay un cambio hacia una autoimagen negativa, por los cambios corporales y las pérdidas, la presencia de anhedonia, de desesperanza, una pobre respuesta al apoyo recibido, agitación y deseos de acelerar la muerte.(60)

Estudios realizados en los aspectos emocionales de la mujer con Cáncer han puesto de manifiesto que la dinámica familiar se ve muy afectada lo que genera sentimientos de aislamiento, falta de comunicación, apoyo emocional, alteración de la interacción «padres-hijos», soledad y represión emocional lo que trae como consecuencia: una pérdida afectiva importante, la inestabilidad en el aspecto laboral, y la carencia de planes para el futuro. (61)

También llega a presentarse restricción de las relaciones humanas, una sexualidad insatisfactoria e incapacidad de manifestar sus sentimientos a los otros. La ansiedad y la depresión suelen ser las respuestas psicológicas más comunes y que, además, más se han estudiado. (17)

La depresión es un trastorno de la afectividad y se caracteriza por una disminución en el estado de ánimo o pérdida de interés por todo o casi todo lo que antes le resultaba placentero al paciente.

Desde el punto de vista físico, la paciente puede presentar:

- Disminución del apetito.
- Pérdida de peso.
- Cansancio físico y mental.
- Dolores por tensión muscular.
- Fatiga.

Desde el punto de vista Emocional:

- Capacidad de concentración disminuida.
- Problemas a la hora de tomar decisiones.
- Desesperanza.
- Irritabilidad.
- Excesivos sentimientos de culpa.
- Dificultad en las actividades diarias.
- Alteraciones del sueño.

Las intervenciones en la parte emocional, en el caso del cáncer se han dirigido fundamentalmente a conseguir un buen apoyo social y afectivo, así como a informar para neutralizar el impacto emocional y social del cáncer.

Por otra parte, los tratamientos como la radioterapia y la quimioterapia, que pueden conseguir aumentar la expectativa de vida e incluso la curación de la mujer enferma de cáncer; empeoran su calidad de vida, ya que suelen aparecer efectos colaterales negativos, tales como náuseas y vómitos, pérdida de pelo,

fatiga y ansiedad, sentimientos de culpabilidad, estados de inhibición y adinamia por todo el componente de rol sociofamiliar que desempeña; la incertidumbre hacia el futuro, hacia su supervivencia y al desarrollo normal de su actividad familiar, social y laboral todo lo anterior se genera debido a la gran confrontación existencial sobre la vida y la muerte que se produce como consecuencia de la enfermedad. (62)

El diagnóstico de cáncer altera la vida de la paciente y su familia pues al parecer "Cáncer" todavía sigue siendo una palabra que muchos no querrían escuchar y se asocia con sufrimiento y tratamientos dolorosos, no sólo se enfrenta el impacto emocional del diagnóstico sino el hecho de preguntarse si dicha reacción es normal. Cuando el malestar psicológico interfiere en la habilidad del paciente para participar activamente en su tratamiento o funcionar adaptativamente se hace

necesaria la intervención para que la calidad de vida de la paciente no se vea disminuida. (63)

En los estados avanzados de la enfermedad oncológica, no es solamente el dolor lo único que acongoja al paciente, sino un conjunto complejo de emociones por las pérdidas, despedidas y separaciones, el miedo al deterioro, a la soledad y el abandono, a la pérdida de sentido de la vida, a la falta de control, a lo desconocido, al rechazo, a ser una carga para otros y finalmente a la muerte; también suelen aparecer sentimientos de incredulidad, ira, desamparo e indefensión.

Por lo anteriormente mencionado la pretensión no debe ser únicamente paliativa, sino se deben fomentar y fortalecer estrategias de afrontamiento, y habilidades que buscan conseguir la tranquila y progresiva adaptación a los cambios de la enfermedad o a la aceptación de la cercanía de la muerte .(64)

3. MARCO DEL DISEÑO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación se utilizó un diseño Cuantitativo de tipo descriptivo comparativo, se trata de descubrir las posibles causas del fenómeno en estudio mediante la comparación de los grupos para determinar la posible relación de causa y efecto observando unas consecuencias existentes y haciendo búsqueda de información como posibles factores causales. (65)

Se describirá de manera sistemática las características de la población, situación o área de interés; este procedimiento implica registro, análisis e interpretación de información (datos) para identificar la esencia de una cosa y/o la identificación de la composición de los fenómenos. (65)

Su abordaje es de tipo cuantitativo, de corte transversal por lo que se utilizó un instrumento para describir la perspectiva espiritual de la mujer con cáncer a partir de una escala en la que se define espiritualidad como un conocimiento de sí mismo, a un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a uno mismo; que describe las creencias y comportamientos espirituales de la persona.

3.2 ELEMENTOS DEL DISEÑO

3.2.1 Participantes: Mujeres adultas de 18 a 65 años con cáncer, que se encuentren en tratamiento (crioterapia, conización, quimioterapia, radioterapia); y que asistan a la clínica cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tunja.

3.2.2 La variable dependiente: Se denomina Perspectiva espiritual en sus componentes de creencias y comportamientos espirituales.

3.2.3 Las Variables independientes: Tipos De Cáncer,

3.2.4 Hipótesis: Se describe así: “La perspectiva espiritual de las mujeres diagnosticadas con cáncer propio de su género (Seno, útero, ovarios) es diferente a la de la mujer diagnosticada con otros tipos de cáncer, que asisten a la Clínica Cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tunja”.

Hipótesis Nula: Se describe así: “La perspectiva espiritual de las mujeres diagnosticadas con cáncer propio de su género (Seno, útero, ovarios) es igual a la de la mujer diagnosticada con otros tipos de cáncer, que asisten a la Clínica Cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tunja”

3.2.5 El tiempo. La variable se midió a través de la escala de perspectiva espiritual, la cual se aplicó durante el segundo semestre del 2009.

3.2.6 El lugar. La aplicación del instrumento se realizó en la institución participante, *Clínica Cancerológica de Boyacá* en un consultorio determinado para tal fin.

3.3 SESGO

Los aspectos que se tuvieron en cuenta para evitar el sesgo fueron los siguientes:

3.3.1 Selección: Este aspecto se controló teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión para mantener la homogeneidad de la muestra. A continuación se presentan:

INCLUSION

- Mujeres con cáncer
- Edad: 18-65 Años
- En tratamiento contra el cáncer
- Asistentes a tratamiento o control
-

EXCLUSION

- Edades menores a 18 años y mayores de 65 años
- Asistente a primer control
- Estados Terminales

3.3.2. Sensibilización: Se realizó la prueba piloto a mujeres que cumplían con los criterios de inclusión ya descritos, para establecer aspectos que pudieran afectar la investigación.

3.3.2 Mortalidad: Este sesgo puede presentarse durante la presente Investigación por las características propias de la enfermedad oncológica, a pesar que la encuesta y la escala se aplican en un único momento.

3.3.4 Instrumentación: Este sesgo se controló utilizando la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) de Pamela Reed, que se encuentra debidamente validada.

La meta en la construcción de la Escala de Perspectiva Espiritual por sus siglas en ingles: SPS fue desarrollar un instrumento que cuantificara un aspecto de la espiritualidad, la perspectiva espiritual, en una forma que tuviera sentido y sin embargo, fuera sencillo y fácil de administrar en virtud de una variedad de entornos y condiciones de salud de los encuestados. Los participantes responden a la SPS, en referencia a la espiritualidad, tal como se define en términos generales que no excluye necesariamente a las expresiones organizadas de la espiritualidad que las personas que consideren pertinentes.

Las propiedades psicométricas de la SPS son considerablemente buenas. En un principio se había probado en más de 400 adultos de todas las edades, incluidos los sanos, hospitalizados, y grupos de enfermos graves.

La Confiabilidad, estimada por el alfa de Cronbach, es evaluada constantemente por encima de .90 con muy poca redundancia entre los ítems. El Promedio de correlación entre ítems está en la gama de .54 a .60 en grupos de adultos. La correlación de los ítems de la escala se encuentra por encima de .60. (13)

3.4 ELEMENTOS PARA LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

3.4.1 Validez de Constructo.

Como se ha descrito, la escala de perspectiva espiritual, ha sido utilizada en diversos estudios, en los cuales se contemplan indicadores de espiritualidad: como oración, sentido de significado en la vida lectura y contemplación, sentido de cercanía con un ser superior, interacción con otros y otras experiencias, en las que se refleja la interacción espiritual.

La “Escala de perspectiva Espiritual” ha sido utilizada secuencialmente en siete estudios por cuatro diferentes grupos de investigadores; entre los que se destacan el de Reed quien utiliza su instrumento con pacientes adultos con enfermedad terminal, J. Gray en el año 1997, utiliza el instrumento en mujeres VIH positivas, Tuck y colaboradores en el año 2001, determina la validez concurrente de la escala. Es un instrumento confiable ya que en la literatura científica se encuentran sus aplicaciones en diferentes poblaciones dando un alto margen de confiabilidad.

Reed examinó la validez de constructo, a través del estudio en donde 165 mujeres reportaron fortaleza religiosa asociada con altos puntajes con relación al instrumento SPS “Escala de perspectiva espiritual”

Con relación a las pruebas psicométricas, se comprobó la validez discriminante a partir del estudio de Reed en 1987, con tres grupos de pacientes (300 sujetos de estudio), primer grupo adultos hospitalizados con enfermedad terminal (100), segundo grupo pacientes hospitalizados sin enfermedad terminal (100), tercer grupo pacientes sanos no hospitalizados (100), indicando diferencias significativas entre los pacientes con enfermedad terminal y los otros dos grupos de pacientes.

3.4.2 Confiabilidad

Respecto a la confiabilidad, posee consistencia interna mediante un Alfa de Cronbach de .90, un promedio de correlación entre ítems de 0.54 – 0.60. El rango de promedio de correlación entre ítems fue de 0.57 – 0.68 a través de grupos con una no correlación entre ítems por debajo de 0.41.

3.4.3 Pruebas Psicométricas realizadas en Colombia

En Colombia se han realizado dos estudios aplicando la Escala de Perspectiva Espiritual de la Dra. Pamela Reed. El primero sobre Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas en la Universidad de Antioquia. La escala de perspectiva espiritual mostró una consistencia interna de 0.8. (66)

El segundo estudio en la Universidad del Valle sobre Resiliencia, espiritualidad y distrés en mujeres maltratadas. La escala en este estudio arrojó un alfa de Cronbach de 0.90 para la escala en general y 0.87 para la subescala de prácticas espirituales y 0.79 para la subescala de creencias espirituales. (67)

3.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Los criterios ya mencionados, anteriormente.

Se formaron dos grupos, para el análisis de la información; el primer grupo se conformó por las mujeres que tenían un diagnóstico de cáncer propio de su género (Seno, útero, endocervix, ovarios) y el segundo grupo por las mujeres con otros tipos de cáncer.

3.6 UNIVERSO

Estuvo compuesto por todas las mujeres con cáncer que estaban en tratamiento en la Clínica Cancerológica de Boyacá, en la ciudad de Tunja, durante el segundo semestre de 2009.

3.6.1 Población y Muestra.

Participaron las mujeres que cumplían los criterios de inclusión y exclusión ya definidos, que están siendo atendidas en la Clínica Cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tunja, durante el segundo semestre de 2009.

Se conformaron dos grupos para el análisis de datos, uno estaba conformado por las mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer propio de su género (seno, ovarios, endocervix, útero) y el otro grupo, de mujeres con otros tipos de cáncer.

3.6.2. Perfil sociodemográfico de la muestra.

Para el estudio, a las mujeres participantes se les realizó una encuesta con el fin de definir e identificar sus características sociodemográficas en aspectos tales como: (Anexo 1)

- Edad
- Grado De Escolaridad
- Estado Civil
- Tipo De Cáncer,
- Ocupación
- Nivel Socioeconómico,
- Religión.

3.7 INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

3.7.1 Escala de Perspectiva espiritual de Pamela Reed.

En 1986 la Doctora Pamela Reed, utiliza el instrumento “Escala de Perspectiva Religiosa” (RPS) y la escala de bienestar espiritual, mediante el desarrollo de entrevistas a profundidad con 114 sujetos adultos, 57 con enfermedad Terminal y 57 adultos saludables. En el año 1987 refina el instrumento al aplicarlo en adultos con enfermedad terminal y modifica su nombre, a “Escala de Perspectiva Espiritual” (SPS); ampliando su conceptualización mediante la adición de indicadores de espiritualidad como: oración, sentido de significado en la vida, lectura y contemplación, sentido de cercanía con un ser superior, interacción con otros y otras experiencias, las cuales reflejan interacción espiritual. En este sentido, la espiritualidad es entendida como una visión personal y de comportamiento que expresa un sentido de relación y de dimensión trascendental con alguien superior a uno.

Consta de 10 ítems, que miden las creencias y comportamientos espirituales de la persona, con una escala Likert de 6 puntos, con un rango total que puede ir de 10 a 60. Las cuatro primeras preguntas hacen referencia a la frecuencia de actividades espirituales que son practicadas por la persona (meditación y oración privada), para estas, la escala Likert tiene un puntaje en donde corresponde a nunca y corresponde a más o menos una vez al día. Las seis últimas preguntas hacen referencia a los acuerdos o desacuerdos con relación a diferentes aspectos espirituales (perdón o la cercanía con Dios), la escala Likert tiene un puntaje en donde corresponde a extremadamente en desacuerdo y corresponde a extremadamente de acuerdo. (Anexo 2)

3.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se siguieron tres procedimientos así:

Solicitud a través de cartas de la autorización a las instituciones participantes para: la obtención de datos estadísticos, realización de la prueba piloto y aplicación del instrumento a las pacientes.

Aplicación de un consentimiento informado para las pacientes que participaron en la Investigación.

Solicitud de autorización a la Doctora Pamela Reed para la utilización del instrumento.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Se tuvo en cuenta para el proceso y desarrollo de la investigación, el respeto a la dignidad humana y la justicia, por lo cual se proporcionó a las participantes la información adecuada, clara y completa respecto a la investigación, con lo cual podían de manera libre aceptar o no la invitación a participar del estudio; para esto se les informó los objetivos del estudio, el tipo de datos que debían proporcionar, el tiempo y duración del estudio, la forma en que se realizaría la recolección de información, los beneficios, la garantía de confidencialidad, el consentimiento voluntario y el derecho a no proporcionar la información y no hacer parte del estudio, con lo anterior se tuvieron en cuenta los principios bioéticos que toda investigación con seres humanos debe tratar.

La resolución No 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y la Ley 84 de 1989, manifiestan que este tipo de investigación solo necesita consentimiento informado no escrito, debido a que no representa ningún riesgo para los seres humanos. (68)

Sin embargo es importante contar con el consentimiento informado como una forma de respeto por el manejo de la información proporcionada por la paciente, para lo cual se diseñó un formato con todos los requerimientos que la resolución exige y aprobado por el comité de ética de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la universidad de la Sabana y por el comité de Ética y Técnico científico de la clínica Cancerológica de Boyacá. (Anexo 3)

Los principios de la Bioética que se tuvieron en cuenta en el desarrollo de la presente investigación fueron:

- **Autonomía.** El respeto por las personas es el primer principio y este nos exige que cada individuo sea tratado como un ser único y como un ser igual a todos los individuos. No se pretende interferir en los propósitos, la privacidad o los comportamientos individuales de cada persona.
- **Justicia.** El principio de justicia estipula la igualdad de trato entre los iguales y la diferencia de trato entre los desiguales, conforme a sus necesidades. En lo que compete a enfermería, es la satisfacción de necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico que se traduce en brindar un cuidado holístico.
- **Beneficencia.** Se define en la virtud de hacer el bien. Es importante que se identifique en la práctica de enfermería, las reglas morales que reconocen el principio de Beneficencia; proteger y defender los derechos de los pacientes, prevenir que suceda algún daño, suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros, ayudar al necesitado.

- **No Maleficencia.** Se refiere al principio de no hacer daño. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Es relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología, porque muchas técnicas pueden acarrear daños o riesgos. En la evaluación del equilibrio entre daños-beneficios, se puede cometer la falacia de creer que ambas magnitudes son equivalentes o reducibles a análisis cuantitativo.
- **Confidencialidad.** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. (68)

4. MARCO DE ANALISIS

El estudio se desarrolló en la Clínica Cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tunja, durante el segundo semestre de 2009.

La metodología usada se basó en un diseño cuantitativo de tipo comparativo descriptivo de corte transversal. Para el análisis de la información se empleó estadística descriptiva, principalmente promedios, distribución de frecuencias y las medidas de tendencia central. (65)

4.1 MUESTRA

La población de estudio la conformaron las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión antes descritos, que estaban siendo atendidas en la Clínica Cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tunja; durante el segundo semestre de 2009.

Los grupos de estudio se conformaron según el tipo de enfermedad oncológica con la cual estaban diagnosticadas.

La muestra se definió estadísticamente, (ver tabla 1) después de la realización de la prueba piloto, con base en los hallazgos de ésta.

El acceso a las participantes se dió cuando llegaban a control, consulta o tratamiento a la clínica. Se solicitó el consentimiento informado a la población y su colaboración voluntaria para el diligenciamiento de la Encuesta sociodemográfica y la Escala de Perspectiva espiritual.

4.1.1 Estimación Estadística del tamaño de muestra de cada grupo

Para efectos de estimación de los tamaños de muestra de cada grupo de comparación, se tuvieron en cuenta algunos resultados de la muestra piloto los cuales se compilan en la Tabla 1, que presenta el tamaño de la muestra piloto para cada grupo y de igual manera las desviaciones estándar del puntaje total.

Tabla 1. Tamaños de muestra y desviaciones estándar en la muestra piloto

	Tamaño de la muestra	Desviación estándar
Grupo 1	37	1.957122973
Grupo 2	30	3.520710482

Fuente: Datos de la investigación

Del contenido de la tabla 1 se estima la varianza común en 7,651670132 que reemplazada en la expresión 1, junto con la adopción de la probabilidad de error de tipo I de 0.05 y de la probabilidad de error de tipo II de 0.05, al igual que una diferencia de dos unidades entre los promedios para establecer la singularidad del error de tipo II, se concluye que cada grupo debe contar con 50 pacientes, luego de tomar el entero siguiente al cálculo obtenido de $n = 49,73585586$. Estos elementos se compilan en la tabla 2. .

Tabla 2. Valores asumidos para la determinación del tamaño de muestra en cada grupo

Varianza común estimada	7,651670132
Probabilidad del Error tipo I, α	0.05
Probabilidad del Error tipo II, β	0.05
$f(\alpha, \beta)$	13
$\mu_1 - \mu_2$	2

Fuente: Datos de la investigación

El término $f(\alpha, \beta)$ se toma de la tabla 3, teniendo en cuenta los valores de α y β preestablecidos.

Tabla 3. Valores de $f(\alpha, \beta)$.

Probabilidad de Error tipo I	Probabilidad de Error tipo II			
	0.05	0.1	0.2	0.5
0.10	10.8	8.6	6.2	2.7
0.05	13.0	10.5	7.9	3.8
0.02	15.8	13	10.0	5.4
0.01	17.8	14.9	11.7	6.6

Fuente: Datos de la investigación

La expresión utilizada para la determinación de los tamaños de las muestras de cada grupo fue:

$$n = 2\sigma^2 f(\alpha, \beta) / (\mu_1 - \mu_2)^2 \quad (1)$$

El tamaño (50 para cada grupo) fue calculado con base en los datos de la muestra piloto, Esta muestra garantiza el control de los errores de tipo I y de tipo II, así como también la precisión ligada a la diferencia entre los promedios de los dos grupos.

Se estima la varianza común en 7,651670132 que reemplazada en la expresión 1, junto con la adopción de la probabilidad de error de tipo I de 0.05 y de la probabilidad de error de tipo II de 0.05, al igual que una diferencia de dos unidades entre los promedios para establecer la singularidad del error de tipo II:

Con lo cual se concluye que cada grupo debe contar con 50 pacientes, luego de tomar el entero siguiente al cálculo obtenido de $n = 49,73585586$.

4.2 PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Para la recolección de datos, se tomaron a las mujeres con cáncer, que asistieron a control, tratamiento o consulta de manera intencional, se explicaron los objetivos de la investigación y posteriormente se firmo el consentimiento informado.

Se aplicó la encuesta sociodemográfica (ver anexo1) y posteriormente el instrumento: Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), se realizó en un consultorio, proporcionado por la clínica, para garantizar la tranquilidad y privacidad de la paciente, en el desarrollo de la entrevista.

4.2.1 Instrumento.

La Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) mide la relevancia de la perspectiva espiritual en la vida de una persona.

Específicamente los 10 ítems miden las percepciones de los participantes referentes a determinados puntos de vista espiritual y su participación en las interacciones relacionadas con la espiritualidad.

En general, la espiritualidad se refiere a una conciencia del ser interior y un sentido de conexión con un ser superior, la naturaleza y otros, o para una dimensión o propósito mayor a sí mismo; se basa en una concepción de la espiritualidad como una experiencia humana que es relevante en la vida diaria,

durante los acontecimientos relacionados con la salud, y las horas de mayor conciencia de la mortalidad. (26)

La meta en la construcción de la SPS fue desarrollar un instrumento que cuantificara un aspecto de la espiritualidad, la perspectiva espiritual, en una forma que tuviera sentido y sin embargo, fuera sencillo y fácil de administrar en virtud de una variedad de entornos y condiciones de salud de los encuestados. Los participantes responden a las SPS, en referencia a la espiritualidad, tal como se define en términos generales que no excluye necesariamente a las expresiones organizadas de la espiritualidad que las personas que consideren pertinentes. (26,27)

Las propiedades psicométricas de la SPS ya han sido enunciadas y son satisfactorias. La Confiabilidad, estimada por el alfa de Cronbach, es evaluada constantemente por encima de .90 con muy poca redundancia entre los ítems. El Promedio de correlación entre ítems está en la gama de .54 a .60 en grupos de adultos. La correlación de los ítems de la escala se encuentra por encima de .60.

La autorización para utilizar el SPS se obtiene por contacto con la Dr. Reed por correo electrónico y la devolución del Formulario de solicitud por este mismo medio, con la información sobre el trabajo de investigación.

La SPS se puede administrar como un cuestionario o en un formato de entrevista.

Instrucciones de puntuación:

La SPS es calificada por el cálculo de la media aritmética de todos los elementos, para una puntuación total que oscila entre 1.0 a 6.0.

Las respuestas a cada uno de los elementos son seleccionados mediante un punto escala tipo Likert que se relaciona con una escala de palabras descriptivas.

Respuesta van desde:

1 = Nada / Totalmente en desacuerdo a 6 = Aproximadamente una vez al día / Muy de acuerdo

4.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Los datos fueron procesados estadísticamente utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17.0 se empleó estadística descriptiva principalmente promedios y distribución de frecuencias. (65)

Para describir las características sociodemográficas de la población, se utilizó una encuesta identificando 11 aspectos tales como edad, estrato, escolaridad,

ocupación, estado civil, diagnóstico, tipo de tratamiento, y religión que práctica. Cada uno de los ítems, tiene una codificación numerada que va de 1 a 12, dependiendo de los aspectos considerados en cada ítem.

Una vez diligenciadas las encuestas se incorporaron en una matriz creada en Excel. Luego se procesaron con el paquete estadístico SPSS 17.0. Utilizando promedios y frecuencias absolutas y se realizaron gráficos de barras para su posterior Análisis. El análisis estadístico, consistió en elegir y aplicar una técnica que permitiera juzgar la hipótesis nula de igualdad de dos promedios.

La prueba de comparación de grupos se hace con el empleo de **prueba de MANN-WITHNEY** es la más popular para el estudio de dos muestras independientes. Es equivalente a la prueba de suma de rangos de Wilcoxon y a la prueba de dos grupos de Kruskal-Wallis. Es la alternativa no paramétrica a la comparación de dos promedios independientes a través de la t de Student. Se utiliza cuando se desea efectuar la comparación de dos grupos en quienes se les ha medido una variable cuantitativa continua que no tiene una distribución normal o cuando la variable es de tipo cuantitativa discreta. Tiene tres asunciones:

1. La variable independiente es dicotómica y la escala de medición de la variable dependiente es al menos ordinal.
2. Los datos son de muestras aleatorias de observaciones independientes de dos grupos independientes, por lo que no hay observaciones repetidas
3. La distribución de la población de la variable dependiente para los dos grupos independientes comparte una forma similar no especificada, aunque con una posible diferencia en las medidas de tendencia central.

Las observaciones de ambos grupos se combinan y acomodan, con el rango promedio en el caso de pares. El número de pares debe ser pequeño en relación al número total de observaciones. Si las poblaciones son idénticas en situación, los rangos deben mezclarse al azar entre las dos muestras. Se calcula el número de veces que una cuenta del grupo 1 precede una cuenta del grupo 2 y el número de veces que una cuenta del grupo 2 precede una cuenta del grupo 1. La prueba de Mann-Whitney es el número más pequeño de estos dos números. (69)

Se trabajó con un nivel de significancia de 0.05, para asegurar la potencia del estudio y disminuir la probabilidad de error tipo 1.

Para la interpretación de los resultados de la escala de Perspectiva Espiritual, se siguieron las indicaciones que la Dra. Reed, sugiere en el instructivo de la escala.

4.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

4.4.1 Perfil Socio demográfico de la muestra.

Se hizo un análisis de estadística descriptiva, principalmente de promedio y frecuencias absolutas (65) de las variables relacionadas con edad, estrato, escolaridad, ocupación, estado civil, diagnóstico, tipo de tratamiento, y religión que práctica.

Tabla 4. Datos Sociodemográficos de las pacientes de los grupos 1 y 2

GRUPO 1. Mujeres con cáncer propio de su género.	GRUPO 2. Mujeres con otros tipos de cáncer
Edad: promedio 52 años	Edad: Promedio 48 años
Estrato: 2 con 26 mujeres, 53% de la población	Estrato: 2 con 24 mujeres, un 48 % de la población
Escolaridad: Secundaria con 19 mujeres, el 38.78% de la población	Escolaridad: universitaria con 20 mujeres, el 40% de la población
Ocupación: Ama de Casa con 23 mujeres el 46.94% de la población	Ocupación: Ama de Casa con 22 mujeres el 44% de la población
Estado Civil: Casada con 31 mujeres, el 63.27% de la población	Estado Civil: Casada con 29 mujeres, el 58% de la población
Diagnostico: Ca de Seno con 42 mujeres, el 85.71% de la población	Diagnostico: Ca Gástrico con 16 mujeres, el 32 % de la población
Tiempo de Diagnostico: Menos de una año, con 34 mujeres, el 69.39 % de la población	Tiempo de Diagnostico: Menos de una año, con 32 mujeres, 64 % de la población.
Tipo de Tratamiento: Quimioterapia, 38 mujeres, el 77.55%	Tipo de Tratamiento: Quimioterapia, 36 mujeres, el 72%
Asiste a alguna práctica religiosa: Si, 46 mujeres, el 93.8% de la población.	Asiste a alguna práctica religiosa: Si, 47 mujeres, el 94% de la población.
Religión: Católica con 40 mujeres, el 81.3% de la población	Religión: Católica con 42 mujeres, el 84% de la población.

Fuente: Datos del estudio.

En la tabla número 4, se presentan los datos obtenidos en la encuesta sociodemográfica, comparando el grupo 1 y 2 y sus resultados se presentan a continuación:

Grupo 1. Conformado por mujeres con cáncer propio de su género:

Sus edades fluctuaron principalmente entre los 45 a 58 Años con una edad promedio de 52 años.

Este grupo se ubico en el estrato dos con un 53.06%; el nivel educativo fue Secundaria con un 38.78% seguido de universitario con un 36.73% y primaria con un 24.49%; la ocupación que prevaleció fue la de ama casa con un 46.94% seguida de comerciante con un 12.24%, el estado civil con un mayor porcentaje fue casada con un 63.27% y el tipo de diagnostico que más se presentó fue el de Cáncer de seno con un 85.715, seguido del cáncer de ovario con apenas un 8.16%; el tiempo de diagnóstico se estableció en menos de un año para un 69.39% de los casos; el tipo de tratamiento que presentó un mayor porcentaje correspondió a quimioterapia con un 77.55% seguido de radioterapia con un 20.41% y un 2.04% para cirugía; un 93.86% afirmo asistir a prácticas religiosas y la religión con un mayor porcentaje fue la católica con un 81.63%.

Grupo 2. Conformado por mujeres con otros tipos de cáncer:

Sus edades fluctuaron principalmente entre los 39 a 55 Años con una edad promedio de 48 años.

Este grupo se ubico en el estrato dos con un 48%; el nivel educativo fue Universitario con un 40% seguido de primaria con un 34% secundaria con un 24% y estudios técnicos 2%; la ocupación que prevaleció fue la de ama casa con un 44% seguida de comerciante con un 14% y docentes con un 12%, el estado civil con un mayor porcentaje fue casada con 58%, soltera con un 16% y separada con un 14%, el tipo de diagnostico que más se presento fue el de Cáncer gástrico con un 32% , seguido del cáncer de intestino y recto con un 16%y de pulmón con un 8% los otros casos correspondieron a cáncer de boca, tiroides, abdomen, páncreas, renal, huesos, piel, linfomas y cabeza con porcentajes que oscilan entre el 2 y el 4%; el tiempo de diagnóstico de los casos se estableció en menos de un año para un 64% de la muestra; el tipo de tratamiento que presento un mayor porcentaje correspondió a quimioterapia con un 72% seguido de radioterapia con un 24% y un 4% para cirugía; un 94% afirmo asistir a prácticas religiosas y la religión con un mayor porcentaje fue la católica con un 84%.

ANALISIS COMPARATIVO: GRUPO 1 Y GRUPO 2

El perfil socio demográfico de los dos grupos, según los datos arrojados por la encuesta socio demográfico, son muy homogéneos y tienen datos muy relacionados que nos indican que se originan en un mismo grupo de población con características similares.

La edad promedio de las mujeres participantes para el grupo uno es de 52 años y para el grupo dos es de 48, en el caso del grupo uno en el cual se agruparon las mujeres con cáncer propio de su género (seno, útero, endocervix y ovario) esta edad es en la que según la literatura se detectan en un mayor porcentaje los casos de cáncer de seno (3); para el grupo 2 el cáncer con mayor porcentaje fue el gástrico, lo cual coincide con los reportes del Instituto Nacional de cancerología, que ubica al cáncer gástrico, con la mayor incidencia tanto en hombres como en mujeres. (1) En las estadísticas de Tunja, el cáncer con mayor morbilidad, corresponde al cáncer de Seno.

Estos datos del perfil socio demográfico, se presentaran, contrastados con la variable de perspectiva espiritual.

4.4.2 Niveles de perspectiva Espiritual

En cuanto al nivel de perspectiva espiritual general, Se usó la escala de perspectiva espiritual de Reed que consta de 10 enunciados que se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60, a mayor puntaje mayor espiritualidad; la escala mide la visión espiritual de una persona y las interacciones relacionadas con la espiritualidad; se refiere a un sentido de conexión que se puede experimentar intrapersonalmente y transpersonalmente con un Ser de Naturaleza Superior o a la existencia de un Propósito Supremo. A través de la conexión la persona es capaz de moverse más allá «de las estructuras de la existencia diaria» (13)

El instrumento se basa en la conceptualización de espiritualidad como una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida y en momentos donde se aumenta la conciencia de la mortalidad. (26) El instrumento consta de una primera parte denominada creencias espirituales (enunciados del número 1 al número 4) y otra parte denominada comportamientos espirituales (enunciados del número 5 a 10); ambas sub-escalas se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 24 la primera y de 36 la segunda. (66)

Se toman los niveles establecidos por la Dra. María del Refugio Zavala y colaboradores en su estudio sobre bienestar espiritual en pacientes diabéticos, en el cual

presenta los siguientes niveles: son medidos de 10-30 puntos como nivel bajo de espiritualidad, de 31-45 puntos como nivel moderado de espiritualidad y de 46-60 puntos como nivel alto de espiritualidad, pues en el instructivo que presenta la Dra. Pamela Reed; no hay indicaciones de cómo se pueden establecer estos niveles, los hallazgos de los dos grupos se presentan a continuación:

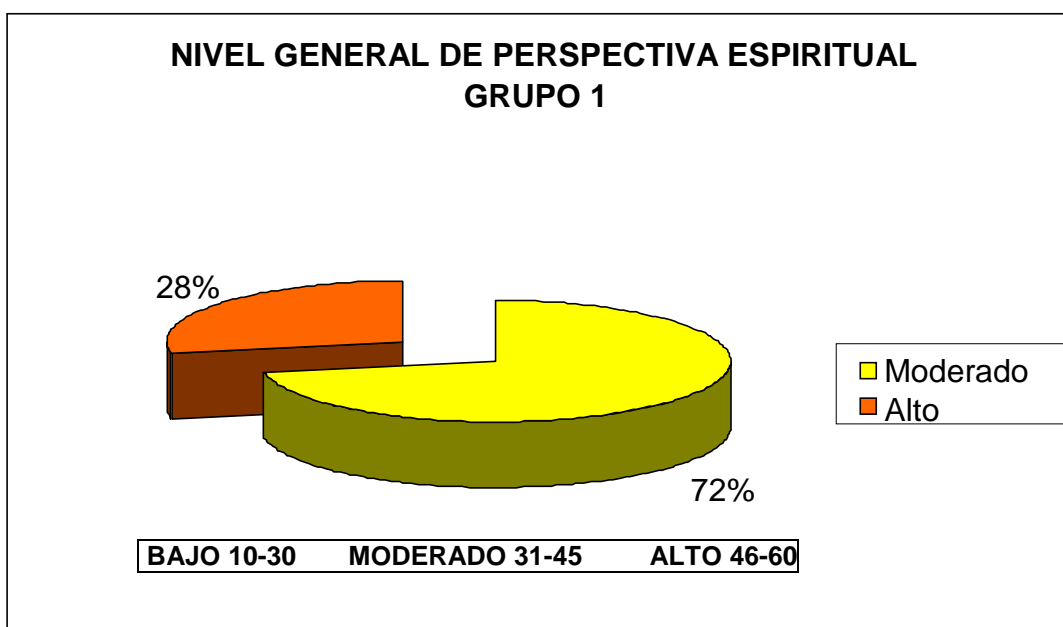


Figura 1. Nivel General de Perspectiva espiritual Grupo 1.
Fuente: Datos del estudio.

Como se aprecia en la figura 1, el mayor porcentaje de los niveles totales de perspectiva espiritual se ubicaron en el rango de 31-45 que corresponde a nivel moderado de espiritualidad, en este grupo no se presentaron niveles de espiritualidad bajos, en el rango de 10-30 puntos.

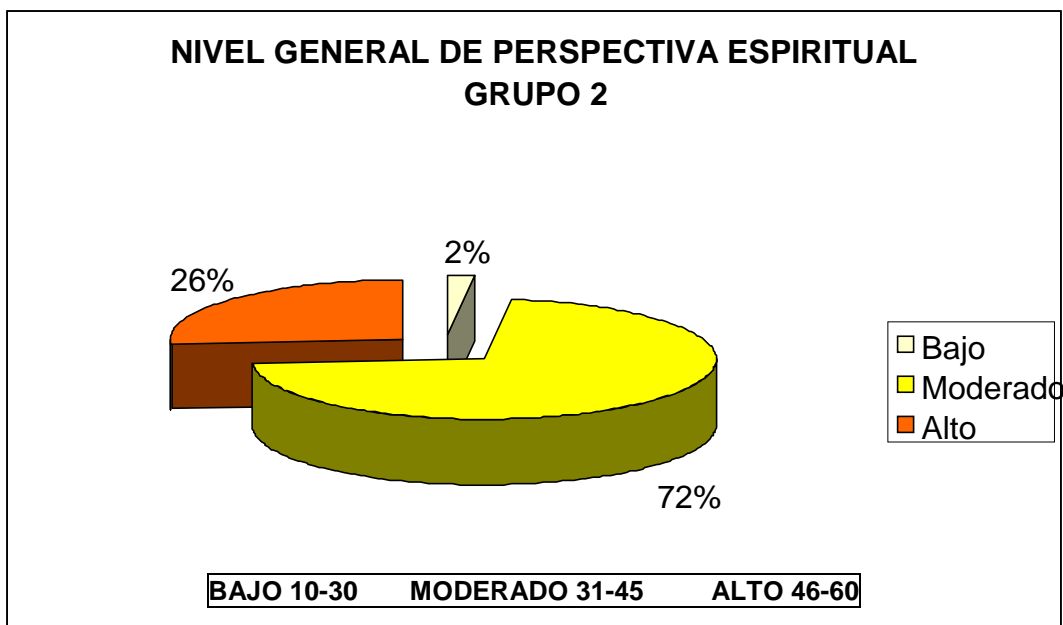


Figura 2. Nivel General de Perspectiva Espiritual Grupo 2

Fuente: Datos del estudio

Como se aprecia en la figura 2, el mayor porcentaje de los niveles totales de perspectiva espiritual se ubicaron en el rango de 31-45 que corresponde a nivel moderado de espiritualidad, seguido por un 26% que corresponde al nivel alto y un 2% en el nivel bajo.

Tabla 5. Perspectiva Espiritual general de los Grupos 1 y 2.

RESULTADOS	GRUPO 1. Mujeres con cáncer propio de su género.	GRUPO 2. Mujeres con otros tipos de cáncer
Nivel promedio de perspectiva Espiritual General.	46.12	43.92
Valor Máximo	60	57
Valor Mínimo	39	21
Desviación Estándar	5.956	5.809
Numero de la muestra	50	50

Fuente: Datos del estudio.

En la tabla 5 se presenta el promedio de la perspectiva espiritual general que fue de 46.12 para el grupo 1 y 43.92 para el grupo 2, lo que evidencia la similitud en la perspectiva espiritual de los dos grupos, estableciendo un nivel de perspectiva espiritual moderado para los dos.

Los resultados en general, son muy pares y esto es afirmado por el Test para la prueba de hipótesis (Prueba de Mann Whitney) de la cual se presentan los resultados a continuación:

Tabla 6. Prueba de la hipótesis, para establecer la diferencia de la perspectiva espiritual de los dos grupos.

TECNICA UTILIZADA	TEST DE MAN-WHITNEY
ESTADISTICA UTILIZADA	T1, por presentar demasiados empates en la asignación de rangos
HIPOTESIS NULA Ho	$F(x) = F(y)$ frente a la Hipótesis alterna $H_0: F(x) \neq F(y)$. Siendo $F(x)$ la función de distribución para el grupo 1 y $F(y)$ la función de distribución para el grupo dos
CONCLUSION	No Existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, lo que puede entenderse como la carencia de argumentos para identificar niveles de espiritualidad distintos en los grupos
BIBLIOGRAFÍA	Practical nonparametric statistics, Third edition. W. J. Conover. John Wiley and sons, Inc. 1999. ISBN 0-471-16068-7

Fuente: Análisis Estadístico del estudio

En la tabla 6 se comparan los niveles de perspectiva espiritual del grupo 1, mujeres con cáncer propio de su género y el grupo 2 mujeres con otros tipos de cáncer, no se aprecia diferencia significativa en los dos grupos; el promedio de la suma total de los enunciados fue de 46.25 para el grupo 1 y de 43.98 para el grupo 2, con un valor mínimo de 39 para el grupo 1 y de 21 para el grupo 2, lo que ubica un nivel moderado de espiritualidad en uno de los totales del grupo 2, y un máximo de 60 para el grupo 1 y de 57 para el grupo 2, en el cual no se alcanzó el puntaje máximo del nivel espiritual que es de 60.

Lo anterior señala que aunque la diferencia no es significativa si se evidencian valores de puntajes más bajos en el grupo dos en contraste con el grupo uno.

Los ítems con mayor puntaje para el grupo 1 correspondieron al ítem 5: *“Tratar de obtener perdón es una parte importante de mi creencia espiritual”*, con un promedio de 5.24 en el grupo 1 seguido del ítem 10: *“Mis creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tengo sobre el significado de la vida”*; con un promedio de 5,14; estos ítems hacen parte de la valoración de los comportamientos espirituales en la escala.

En el grupo 2 el ítem de la escala con mayor puntaje fue el ítem 10: *“Mis creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tengo sobre el significado de la vida”*; con un promedio de 5.06, seguido del ítem 5 *“Tratar de obtener perdón es una parte importante de mi creencia espiritual”*, con un promedio de 5.04 estos dos ítems hacen referencia a la valoración de los comportamientos espirituales en la escala.

Lo anterior nos señala que en la comparación de los grupos 1 y 2; los ítems con mayor puntaje en los dos; se relacionan con las actividades espirituales que son practicadas por la persona, tales como, la meditación y la oración privada; y evidencian las reflexiones existenciales que se presentan cuando se vive la enfermedad oncológica (19) (13) (60) También nos está señalando un componente de la espiritualidad que hace referencia al significado, (como búsqueda del sentido de la vida y de lo que representa, la enfermedad, el dolor, etc., para su trascendencia y su felicidad interior). (9)

Tabla 7. Comparación de Ítems correspondientes a Creencias Espirituales del grupo 1 y grupo 2.

RESULTADOS	GRUPO 1	GRUPO 2
Valor Máximo	24	24
Valor mínimo	15	21
Valor Promedio	17.90	16.68
Número de la muestra	50	50

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 8. Comparación de Ítems correspondientes a Comportamientos Espirituales del grupo 1 y grupo 2.

RESULTADOS	GRUPO 1	GRUPO 2
Valor Máximo	36	36
Valor mínimo	23	13
Valor Promedio	28.42	27.4
Número de la muestra	50	50

Fuente: Datos del estudio.

A continuación se presenta el análisis comparativo de la tabla 7 y 8 correspondiente a creencias espirituales y comportamiento espirituales del grupo 1 y 2:

En cuanto a los Ítems 1-4 de creencias espirituales en el grupo 1 el puntaje promedio fue de: 17,90 con un puntaje total mínimo de 15, del máximo que es 24 y en cuanto a los ítems 5- 10 de comportamientos espirituales el promedio fue de 28.42, con un puntaje total mínimo de 23 del máximo que es 36.

Estos valores se relacionan con el nivel moderado de perspectiva espiritual en que se encuentra el puntaje de este grupo.

En cuanto a los Ítems 1-4 de creencias espirituales en el grupo 2 el puntaje promedio fue de: 16,68 con un puntaje total mínimo de 21, del máximo que es 24 y en cuanto a los ítems 5- 10 de comportamientos espirituales el promedio fue de 27.4, con un puntaje total mínimo de 13 del máximo que es 36.

En estos valores se evidencia: Un valor más bajo en lo correspondiente a creencias, del grupo 2 respecto al valor del grupo 1, en estos ítems se hace referencia a los acuerdos o desacuerdos con relación a diferentes aspectos espirituales como son: el perdón o la cercanía con Dios lo que nos indicaría un rango menor en el reconocimiento de estos aspectos para este grupo lo que afectaría el nivel óptimo de bienestar, ya que según la literatura (18) estas creencias son fuente de soporte y fortaleza interior que promueven al individuo hacia un óptimo nivel de bienestar. Las creencias espirituales también ayudan a resolver conflictos internos del individuo y aún cuando puede estar influenciado o no por el aspecto religioso, ayuda a la solución de conflictos en la vida de los seres humanos. (19), lo cual puede verse afectado en este grupo.

En los ítems que están relacionados con los comportamientos espirituales aunque la diferencia no es significativa sí, se presenta un puntaje menor en el grupo 2, respecto al valor del grupo 1; en esta parte de la escala se hace referencia las actividades espirituales que son practicadas por la persona, tales como, la meditación y la oración.

Al realizar este análisis, en la práctica de enfermería se puede reconocer la perspectiva espiritual y utilizar el modelo de Roy para orientar la evaluación de la forma en que el paciente utiliza creencias religiosas o espirituales como recursos para ayudar a promover la adaptación a la enfermedad crónica. (39)

Así mismo basados en el modelo de sistemas de Neuman; tal y como sugiere Reed la variable espiritual podría considerarse dentro de la base de la estructura como una fuente de poder y de fuerza; y los valores espirituales, creencias, religiosas o prácticas espirituales serían parte de los mecanismos de protección. (48)

Tabla 9. Comparación entre los niveles de Perspectiva Espiritual general creencias Espirituales y comportamientos Espirituales, con el Test de Mann Whitney.

Prueba Analizada	Valor de la diferencia	Nivel de Confianza	Valor de P
Perspectiva Espiritual	0.881	95	0,188
Creencias Espirituales	1.050	95	0.146
Comportamientos Espirituales	0.495	95	0.310

Fuente: Datos del estudio.

El valor de diferencia más alto hace referencia a las creencias espirituales, lo que se demostró en las tablas 7 y 8 y reafirma lo enunciado; de la importancia de las creencias para el proceso de afrontamiento de la enfermedad oncológica; ya que estas pueden ser un mecanismo de soporte para encontrar el significado de su enfermedad y trascenderla.

Tabla 10. Comparación del grupo 1; por rangos de edad y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual.

Grupo de edad	Promedio Edad	Promedio Creencias Espirituales	Promedio Comportamientos Espirituales	Perspectiva Espiritual
18-40	35	19.5	30	50
40-60	53	16	26	43
60 y más	62	16	27	42

Fuente: Datos del estudio.

En el grupo de edad de 18-40 se presentó el nivel de perspectiva espiritual más alto, respecto a los otros dos grupos de edad, en los cuales la perspectiva espiritual se mantiene en un nivel moderado, considerando que en este grupo se

encuentran las mujeres se encuentran diagnosticadas con cáncer propio de su género, seno, útero, endocervix, que aun están en una etapa de vida sexual y reproductiva más activa que los otros dos grupos; según la revisión de la literatura en las mujeres con diagnóstico de cáncer que se relaciona con su salud sexual y reproductiva y en estas edades este aspecto puede afectar notablemente, el estado de ánimo de la mujer, se presenta además un cambio negativo en la autoimagen, por los cambios corporales y las pérdidas, la presencia de anhedonia, de desesperanza, una pobre respuesta al apoyo recibido, agitación y deseos de acelerar la muerte (60) lo que afecta el proceso de afrontamiento y puede llevar a la reflexión existencial, lo que hace surgir o incrementar las creencias y valores espirituales., otro componente importante de la espiritualidad, Valores y Creencias, (la conexión de estos dan el significado de la vida y llevan a la fe, la esperanza, la paz y el fortalecimiento). (10)

Tabla 11. Comparación del grupo 2; por grupos de edad, y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual.

Grupo de edad	Promedio Edad	Promedio Creencias Espirituales	Promedio Comportamientos Espirituales	Perspectiva espiritual
18-40	32	16	26	42
40-60	50	17	27	44
60 y más	62	16	26	42

Fuente: Datos del estudio.

En este grupo se evidencia que los niveles de creencias, comportamientos y perspectiva espiritual total; Son muy similares, se encuentran en moderado y no hay diferencia muy significativa entre un grupo y otro.

Al relacionar los resultados de los dos grupos se puede afirmar, que en cuanto a las creencias espirituales, hay un leve cambio en el grupo con cáncer propio de su género que están en la edad de 18-40 años con respecto a las otras mujeres del grupo y así mismo respecto a el grupo, tal vez esto se puede explicar por la etapa de la vida que atraviesan las mujeres de estas edades y que el ver amenazada su integridad corporal o su maternidad, las lleva a reflexiones de tipo existencial o a buscar un poder superior, lo que demuestra que la espiritualidad envuelve la búsqueda de significado y propósito existencial en la vida en relación al Yo, la comunidad, el ambiente y un ser superior o Deidad. (9)

Lo anterior demuestra como la espiritualidad abarca a toda la persona y está presente en las actitudes, comportamientos y relaciones y por lo tanto se vive, ya que nace de la experiencia personal, lo que referencia el sentido de vida en las personas y su plenitud. (25). En la figura 3 se expresa lo anterior:

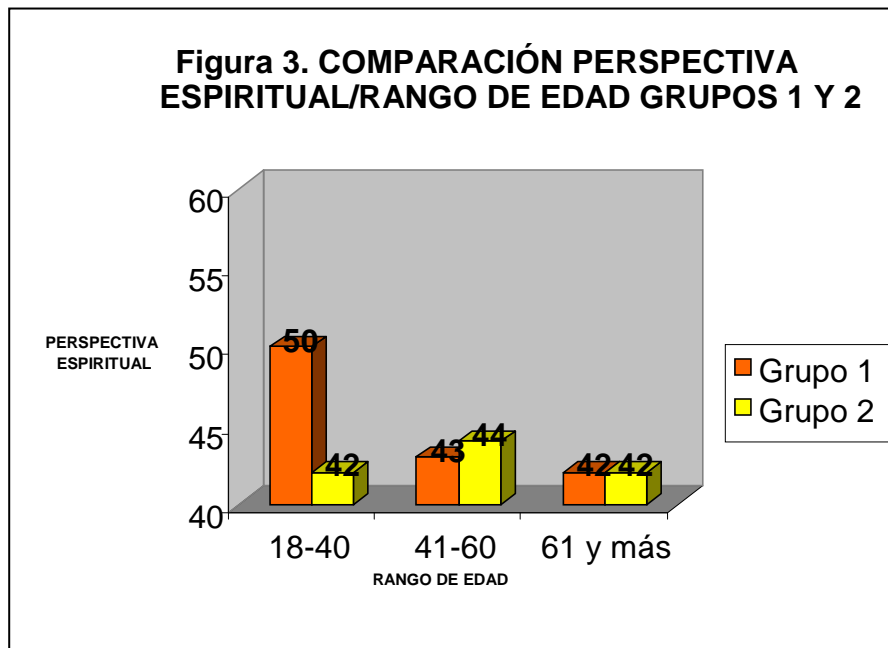


Figura 3. Comparación de la Perspectiva Espiritual/ Rango de Edad grupos 1 y 2
Fuente: análisis de datos

Tabla 12. Comparación en el grupo 1, de escolaridad con niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual.

Escolaridad	Promedio Creencias Espirituales	Promedio Comportamientos Espirituales	Perspectiva espiritual
Primaria	17	28	45
Secundaria	18	28	47
Universitario	17	28	46

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 13. Comparación en el grupo dos, por escolaridad y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual.

Escolaridad	Promedio Creencias Espirituales	Promedio Comportamientos Espirituales	Perspectiva espiritual
Primaria	16	27	43
Secundaria	17	27	44
Universitario	17	27	44
Otros	16	35	44

Fuente: Datos del estudio.

No se evidencia una diferencia significativa en los niveles de escolaridad y las creencias, comportamientos y perspectiva espiritual, en ninguno de los grupos, lo que demuestra que el nivel de escolaridad en las mujeres, no afecta notoriamente el nivel de perspectiva espiritual de las participantes en el estudio.

En la figura 4 se expresa lo anterior:

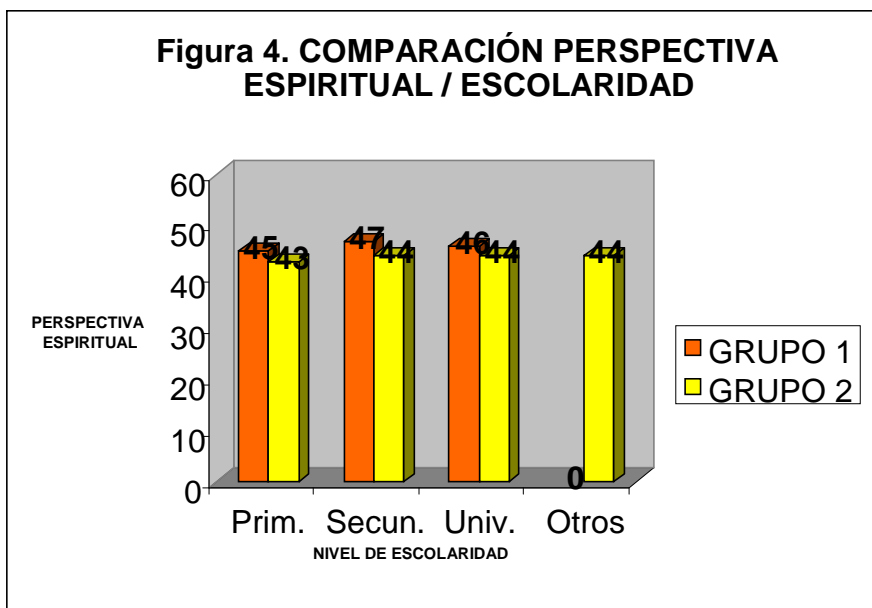


Figura 4. Comparación de perspectiva Espiritual/ escolaridad
Fuente: Análisis de datos

Tabla 14 Comparación en el grupo 1, de estado civil y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual.

Estado civil	Promedio Creencias Espirituales	Promedio Comportamientos Espirituales	Perspectiva espiritual
Soltera	18	29	47
Casada	17	28	46
Separada	16	26	46
Viuda	18	30	49

Fuente: Datos del estudio.

En este grupo, la perspectiva espiritual más alta se encontró en las mujeres viudas; con respecto a las solteras, casadas y separadas, igualmente para los comportamientos sin una diferencia muy significativa, el mayor promedio se presento en las viudas.

Tabla 15 Comparación en el grupo 2, por estado civil y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual.

Estado civil	Promedio Creencias Espirituales	Promedio Comportamientos Espirituales	Perspectiva espiritual
Soltera	17	27	44
Casada	16	28	44
Separada	17	27	44
Unión Libre	10	30	40
Viuda	16	27	43

Fuente: Datos del estudio.

Los promedios no mostraron una variación significativa, la siguiente figura expresa lo anterior:

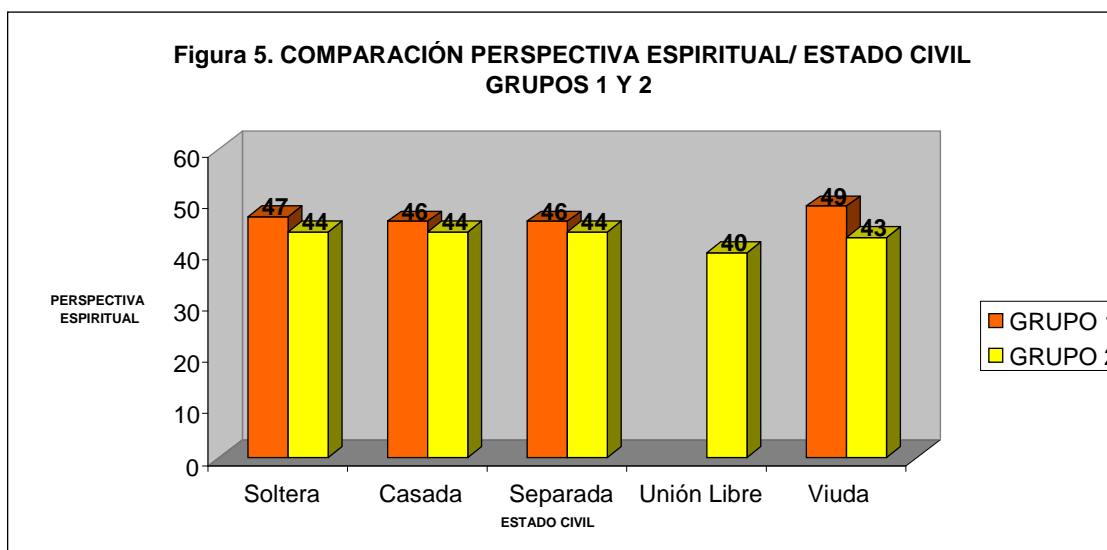


Figura 5 Comparación Perspectiva espiritual/Estado Civil grupos 1 y 2

Fuente: Análisis de datos

Tabla 16 Comparación en el grupo 1, del ítem asistencia a prácticas religiosas y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual.

Asiste a prácticas religiosas	Promedio Creencias Espirituales	Promedio Comportamientos Espirituales	Perspectiva espiritual
Si	17	28	46
No	16	25	41

Fuente: Datos del estudio.

Con este ítem, se esperaba contrastar, la parte de prácticas religiosas, con las creencias y comportamientos espirituales y así mismo, con la perspectiva espiritual del grupo 1, en este grupo se presenta una leve diferencia en la perspectiva espiritual, entre los que si asiste a prácticas religiosas y los que no; resaltando una de las dimensiones de la espiritualidad y es la parte de religiosidad.

Tabla 17 Comparación en el grupo dos, del ítem asistencia a prácticas religiosas y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual.

Asiste a prácticas religiosas	Promedio Creencias Espirituales	Promedio Comportamientos Espirituales	Perspectiva espiritual
Si	16	29	45
No	16	27	43

Fuente: Datos del estudio.

En este grupo, la diferencia no es significativa, es mayor dos puntos, entre las mujeres que si asisten a prácticas religiosas y las que no; la perspectiva espiritual total, al comparar los dos grupos, se encuentra en su máximo valor en el grupo uno lo que refleja un mayor sentido de trascendencia vertical (de las personas hacia Dios, un ser superior o una fuerza superior) que horizontal (de ellas hacia sí mismas, hacia los demás y hacia el entorno). (9). Se evidencian algunos componentes de la espiritualidad: la conexión, (9) en este caso con un ser superior, y la trascendencia. En la figura 6 se expresa lo anterior:

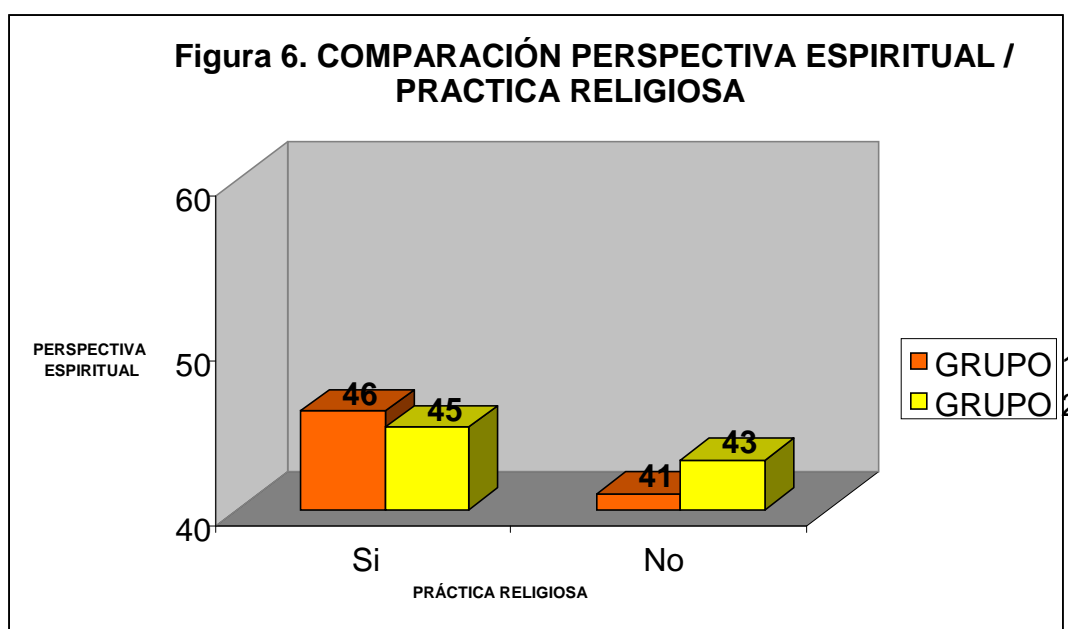


Figura 6 Comparación de la Perspectiva Espiritual/ Prácticas Religiosas.

Fuente: Análisis de datos

Tabla 18 Comparación en el grupo uno, del ítem religión y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual

Religión	Promedio Creencias Espirituales	Promedio Comportamientos Espirituales	Perspectiva espiritual
Católica	18	29	47
Evangélica	16	26	42
Cristiana	19	28	47
T. Jehová	20	30	50

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 19 Comparación en el grupo uno, del ítem religión y niveles de creencias espirituales, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual

Religión	Promedio Creencias Espirituales	Promedio Comportamientos Espirituales	Perspectiva espiritual
Católica	17	28	44
Evangélica	18	26	43
Cristiana	16	35	51
T. Jehová	13	24	37

Fuente: Datos del estudio.

Tanto en el grupo uno como en el dos, el mayor porcentaje de la población se clasificó como católica. Al hacer la comparación, las católicas no tuvieron la perspectiva espiritual más alta, y específicamente aunque en la religión cristiana se encontró un nivel ligeramente más alto, no es significativo, lo cual nos reafirma que la religión y la espiritualidad son constructos diferentes y no permutables y se ratifica que la espiritualidad no es prerrogativa de los creyentes, pues puede estar desvinculada de la religión y no ser expresada como una práctica religiosa. (10)

Es importante recordar que quienes no han consolidado sus creencias religiosas lo pueden hacer en tiempos de crisis, ya que vuelven a la religión por ayuda, como una fuente de esperanza y fortaleza, permitiendo que la experiencia de vida sea un espacio para el encuentro espiritual (18)

Por lo cual la religión, no establece con certeza, que una mujer sea más espiritual que otra.

En la figura 7 se expresa lo anterior:

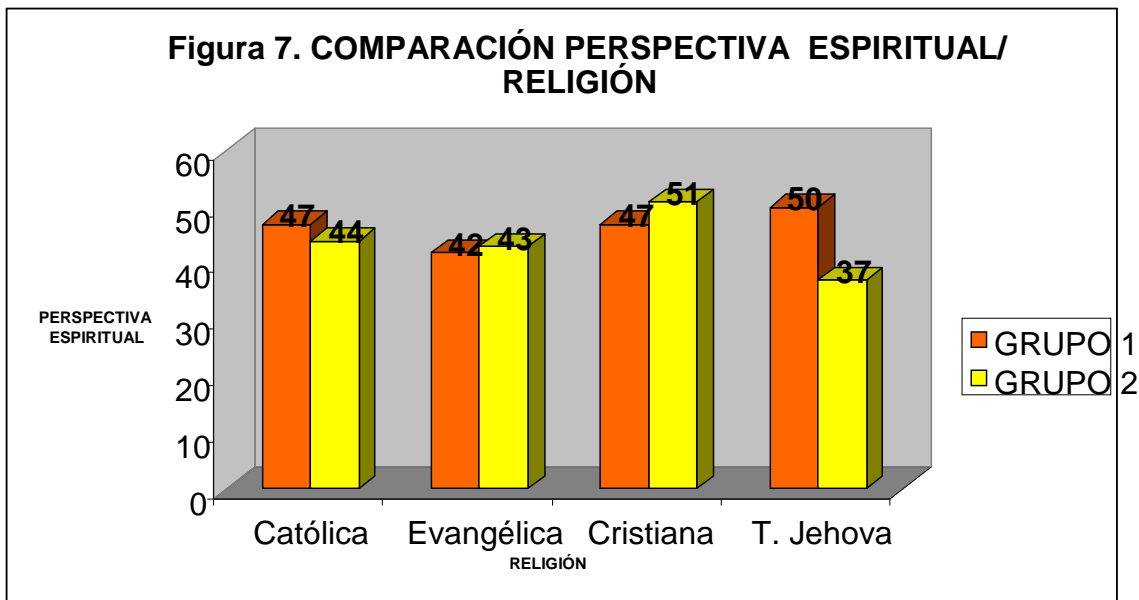


Figura 7: Comparación de la Perspectiva Espiritual /Religión

Fuente: Datos del estudio

4.4.3 DISCUSION DE RESULTADOS

Es importante señalar que en el grupo 2, se encontró un 2% de las mujeres con baja perspectiva espiritual, estos hallazgos son sobre los cuales se debe enfocar la práctica de enfermería al lograr satisfacer las necesidades espirituales que pueden surgir de esta perspectiva espiritual baja, utilizando las teorías de enfermería que sustentan la práctica.

Puesto que la literatura señala que con la enfermedad oncológica (crónica) se genera un impacto en la espiritualidad y que la espiritualidad a su vez tiene efectos en la vivencia de la enfermedad, sería de esperar que la diferencia encontrada entre los grupos fuera mayor. Algunos de los argumentos que podrían explicar que el estudio apoye la hipótesis nula, que estableció que no hay diferencias entre los grupos, se enuncian a continuación:

En primer lugar, los dos grupos tenían el mismo diagnóstico (Cáncer) y la diferencia se establecía, en el lugar o sistema del organismo que afectaba, en el caso del grupo uno, mujeres con cáncer propio de su género, que se asociaba con su dimensión sexual y reproductivo y en el grupo dos a otros tipos de cáncer en otras partes del cuerpo y tal vez en la conciencia de las mujeres de ambos grupos, no se asociaba a la parte del cuerpo en el que se desarrollaba el cáncer sino al diagnóstico de ésta enfermedad y su estrecha relación con la muerte. Es decir, una persona puede encontrar significado y propósito en su experiencia de salud (enfermedad oncológica, sin importar que parte afecte) que la lleve a la

construcción de cambios en la vida y la reorganización de los valores personales, y otra puede no hacerlo.

Otra posible explicación es que las edades promedios para los dos grupos oscilaban entre los 45 y los 55 años, en los que la vida reproductiva de la mujer ya está finalizando y tal vez su dimensión espiritual en relación consigo misma no se ve significativamente deteriorado, por lo cual su perspectiva espiritual no se ve notoriamente afectada.

Otro factor que pudo intervenir fue el tiempo de diagnóstico, en los dos grupos fue de menos de un año, en el cual puede estar desarrollando su proceso de afrontamiento a la enfermedad crónica y tiene una visión, más tranquila y esperanzadora frente a su enfermedad oncológica.

La falta de estudios que muestren y relacionen los niveles de perspectiva espiritual en las mujeres con cáncer en el contexto colombiano y departamental, impide hacer un contraste del presente trabajo con otros similares para poder relacionar si el hecho de estar en un contexto en el cual se ha resaltado la tradición religiosa, lo que se demuestra en cada iglesia, monasterio y conventos en Boyacá que cuenta siglos de historia, marcados por la fe y la tradición, pueden llegar a demostrar que afectan las creencias y comportamientos espirituales de la mujer con cáncer e influir en el significado ella hace de su experiencia.

5. CONCLUSIONES

Las mujeres con cáncer propio de su género (grupo1) que asisten a la Clínica Cancerológica de Boyacá tienen un perfil, que se caracteriza por rasgos tales como: una edad promedio de 52 años, en estrato socioeconómico dos, con un nivel educativo de secundaria, con un estado civil casada, el diagnóstico que predominó, fue el cáncer de Seno, llevaban un año o menos de un año en tratamiento y el tratamiento que más se presentó, fue la quimioterapia, casi todas las mujeres asiste a prácticas religiosas (misas, rosarios, novenas, culto) y la religión predominante fue la católica.

Las mujeres con otros tipos de cáncer, (grupo 2) que asisten a la Clínica Cancerológica de Boyacá tienen un perfil, que se caracteriza por rasgos tales como: una edad de 48 años, un estrato socioeconómico dos, con un nivel educativo de universitario, con un estado civil casada, el diagnóstico que predominó, fue el cáncer gástrico, llevaban un año o menos de un año en tratamiento y el tratamiento que más se presentó, fue la quimioterapia, casi todas las mujeres asiste a prácticas religiosas (misas, rosarios, novenas, culto) y la religión predominante fue la católica.

A pesar de la diferencia en el tipo de diagnóstico los dos grupos presentaron muchos datos homogéneos, que no permitieron establecer una diferencia muy representativa.

En las mujeres con enfermedad oncológica que asistieron a la Clínica cancerológica de Boyacá, en la ciudad de Tunja; en los meses de junio a septiembre el nivel de perspectiva espiritual, del grupo 1 es moderado, al igual que la de las mujeres con diagnóstico de otro tipo de cáncer. Al comparar la perspectiva espiritual de estos dos grupos, no se encontró evidencia estadística que señale diferencias significativas

En la comparación de los grupos respecto a los ítems con mayor puntaje (ítem 5 y 10 para los dos grupos) estos se relacionan con los comportamientos espirituales, que se definen como las actividades espirituales que son practicadas por la persona, tales como, la meditación y la oración privada; y evidencian las reflexiones existenciales que se presentan cuando se vive la enfermedad oncológica

Los niveles de creencias espirituales del grupo uno y dos, también se encuentran en un nivel moderado y al compararlos no se aprecia una diferencia significativa entre los valores de los dos grupos.

Los niveles de comportamientos espirituales del grupo uno y dos, también se encuentran en un nivel moderado y al compararlos no se aprecia una diferencia significativa entre los valores de los dos grupos.

A pesar de lo anteriormente enunciado, es decir en los grupos los ítems correspondientes a creencias espirituales (1-4) y comportamientos espirituales (5-10) no se presentó una diferencia estadísticamente significativa; en estos valores se evidencia un valor más bajo en lo correspondiente a creencias del grupo dos, en estos ítems (1-4) se hace referencia a la frecuencia de actividades espirituales que son practicadas por la persona (meditación) lo que nos indicaría una rango menor en la frecuencia de realización de estas actividades para este grupo, de la misma manera para los comportamientos aunque la diferencia no es significativa sí, se presenta un puntaje menor en el grupo dos, en esta parte de la escala se hace referencia a los acuerdos o desacuerdos con relación a diferentes aspectos espirituales (cercanía con Dios), los cuales estarían en una menor proporción presentes lo que afectaría el nivel óptimo de bienestar, ya que según la literatura estas creencias son fuente de soporte y fortaleza interior que promueven al individuo hacia un óptimo nivel de bienestar.

Con base en los datos recopilados en la Escala de perspectiva espiritual de Reed, no se puede afirmar que exista diferencia en la perspectiva espiritual de los grupos estudiados, el presente estudio aporta nuevo conocimiento a la construcción del cuidado de las mujeres con enfermedad oncológica y señala que una perspectiva espiritual moderada puede ser un potencial para su cuidado integral, en el que la enfermera reconozca sus objetivos en el cuidado de la mujer como un ser total, más que a el tipo de cáncer que tiene.

Este estudio, hace un reconocimiento a la importancia de explorar la espiritualidad en la mujer con enfermedad oncológica, ya que ésta puede convertirse en una herramienta, para un mejor afrontamiento y trascendencia de su enfermedad; cuando la enfermera haga este reconocimiento a tiempo podrá guiarlo y ayudarlo a fomentar su desarrollo espiritual, el cual lo llevará a obtener o alcanzar un estado óptimo de bienestar; lo cual le dará un enfoque particular a la práctica y ayudará a la enfermera a reconocer cual es su aporte en la recuperación de la salud de las personas (10)

6. RECOMENDACIONES

Se debe integrar la dimensión espiritual de la mujer con cáncer en el tratamiento que se brinda, para lo cual es importante que a través del cuidado de Enfermería se establezca el nivel de perspectiva espiritual de la paciente, sus creencias y comportamientos espirituales, para así poder llegar a satisfacer sus necesidades espirituales y mejorar el proceso de afrontamiento de su enfermedad y por lo tanto su calidad de vida.

Se deben establecer actividades en las cuales las mujeres con cáncer, indaguen, reflexionen y reconozcan su espiritualidad para buscar el significado de su experiencia y trascenderla.

La enfermera, debe reconocer la dimensión espiritual de la mujer con cáncer, como un potencial para su cuidado, para aumentar su calidad de vida, facilitar su crecimiento personal y enfrentar el impacto emocional de su enfermedad.

Lo cual mejorara su capacidad de relación y de compartir con los demás, aumentará su serenidad interior, y su capacidad de valorar lo cotidiano y lo que aparentemente es intrascendente.

En futuros trabajos de investigación en los cuales se utilice la escala de Perspectiva espiritual de Pamela Reed, es importante, establecer y agrupar las edades de las participantes, reconociendo el hecho que la perspectiva espiritual según la Dra. Pamela Reed se incrementa en edades avanzadas, por lo cual se establecerían diferencias significativas dependiendo el grupo etáreo en el que se encuentren las participantes

Son pocos los estudios sobre perspectiva espiritual y sus implicaciones en el cuidado de enfermería de la mujer con cáncer, por lo cual es un campo rico en oportunidades para implementar trabajos de investigación en diferentes contextos, regiones e idiosincrasias que permitan contrastar resultados y al mismo tiempo incrementar el conocimiento de enfermería para dar un mejor sustento a la práctica.

El desarrollo de estudios cualitativos sobre la perspectiva espiritual de la mujer con cáncer, enriquecerá, los conocimientos que sobre este tema se tienen, ya que este tipo de estudios permite una mayor interacción con el participante, con lo cual la evidencia investigativa va aumentar mucho más.

Se debe establecer claramente, el estado del proceso de afrontamiento de la mujer con cáncer, ya que según la etapa en la que se encuentre, experimentará unos sentimientos diferentes y tendrá unas expectativas heterogéneas hacia su enfermedad, lo cual afectara directamente sus percepciones; con lo anterior se logrará hacer una relación sobre este aspecto y la perspectiva espiritual.

7. BIBLIOGRAFIA

1. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Subdirección de Epidemiología y LNR. Centro Control de Enfermedades. Estimaciones de población por sexo y zona según departamentos de Colombia, 2001.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E El Cáncer, Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Ministerio de Protección social 2004 P 8-10
3. Ochoa FL, Montoya LP. Mortalidad por cáncer en Colombia. Cuando aumentar no es mejorar. Revista CES Medicina Vol. 17 No. 1 Enero-Julio/2003.
4. Jennings and Col. Patient outcomes research: Seizing the opportunity. Article in Advances in Nursing Science. 14(2):59-72, December 1991.
5. Coyle, J. "Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health", Journal of Advanced Nursing, 37 (6): 589-597, 2002.
6. Tanyi, Ruth A. Towards clarification of the meaning of spirituality. En: Journal of Clinical Nursing. Vol. 39 No 5 (2002); p.500-509
7. Koenig, Harold. *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*, London, Templeton Foundation Press, 2002.
8. Peri, T.A Promoting spirituality in persons with acquired immunodeficiency syndrome: A Nursing Intervention. Holistic Nursing Practice 1995; (1):58-76
9. Minner Williams, Denise. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework En: Journal of Clinical Nursing. Vol. 15 (2006); p.811-821
10. Sánchez, Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. En: AQUICHAN Vol. 4 No 4 (2004) p.6-9
11. Whetsell, Martha, Frederickson, Keville, Aguilera, Paulina, Maya Juan Luis. Niveles de Bienestar Espiritual y de Fortaleza relacionados con la salud en los adultos mayores. En: AQUICHAN, Octubre.Vol 5 (2006) No1 P. 72- 85

12. Vázquez .Martínez Olga, Whetsell. Martha, Zavala. M^a. Del Refugio. Bienestar Espiritual y Ansiedad en Pacientes Diabéticos. En: AQUICHAN Vol. 6(2006) No 1 p.8-21
13. Reed Pg. Development resources and depression in the elderly: A longitudinal study. Nursing Research, 35,368-374 1986
14. Novel, G. Lluch, T Y. Rourera. A. Enfermería Psicosocial y Salud Menta. Aspectos Psicosociales de los Cuidados. Capítulo 24. Elsevier España
15. Taylor, Johnston Elizabeth PhD, R. Spiritual Needs of Patients with Cancer and Family Caregivers. En base de datos OVID: Cancer Nursing™, Vol. 26, No. 4, 2003. Consultado el 19 de abril de 2006.
16. Burkhart, L, Solari-Twadell, A. Spirituality and religiousness: Differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. Nursing Diagnosis, (2001).12(2), 45-54.
17. Sephton Se, Koopman C, Schaal M, Et Al.: Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. Breast J 7 (5): 345-53, 2001 Sep-Oct.
18. Emblen, J. D. *Religion and spirituality* defined according to current use in nursing literature. Journal of Professional Nursing, 8 (1), 41-47(1992).
19. Reed P.G. Spirituality and well-being in terminally-ill hospitalized adults. Research in Nursing and Health 10:335-344. 1987.
20. Coward Dd, Kahn Dl. Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment. Journal Holistic Nursing. 2005; 23(3):264-283
21. Marrone R. "Dying, mourning, and spirituality: a psychological perspective". Death Stud, 1999 Sep; Vol. 23 (6), pp. 495-519.
22. Ameling A. "Prayer: an ancient healing practice becomes new again". Holistic Nursing Practice. 2000, Apr; 14, pp. 40-8.
23. Espeland, K. (1999). Achieving spiritual wellness: using reflective questions. Journal of Psychosocial Nursing, 37 (7), 36-40.
24. Ellison Cw. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. Journal of Psychology and Theology 1983; 11 (4):330-340

25. Goddard Nc. Spirituality as integrative energy: A philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22:808-815

26. Reed Pg. Religiousness among terminally ill and healthy adults *Research in Nursing and Health*, 9, 35-42. 1986

27. Reed Pg. Spirituality and mental health in older adults. Extant knowledge for nursing. *Fam Community Health* 1991; 14: 14-25.

28. Shelly, J.A, Fish, A; Spiritual Care. En KOZIER et al, conceptos y temas en la práctica de enfermería. Mexico, interamericana, p581 1994

29. Laukhuf, J.L, Werner, H. Spirituality: the Missing Link. *Journal of Neuroscience Nursing*, 30(1), 60-68.

30. Hungelmann J, Kenkel-Ross E, Klassen L, Stollenwerk Rm. Spiritual well-being in older adults: Harmonious interconnectedness. *Journal of Religion and Health* 1985; 24:147-153

31. Chilton, B. A. Recognizing spirituality. *Journal of Nursing Scholarship*, 30, (1) 400-410

32. Oldnall A.S. On the absence of spirituality in nursing theories and models. *Journal of Advanced Nursing* 1995 21, 417-418. [[Full text Link](#)] [[Medline Link](#)] [[CINAHL Link](#)]

33. Martsof, Donna; Mickley, Jacqueline. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus *Journal of Advanced Nursing*. Volume 27(2) February 1998 pp 294-303.

34. Fawcett J. *Analysis and Evaluation of Nursing Theories*. F.A. Davis, Philadelphia.1993

35. Levine M.E. Conservation and integrity. In *Nursing Theories in Practice* (Parker Ed.) National League for Nursing, New York. 1990pp. 189-210.

36. Shaefer K.M. Potylycki M.J.S. Fatigue associated with congestive heart failure: use of Levine's conservation model. *Journal of Advanced Nursing* 1993 18(2), 260-268. [[Medline Link](#)] [[CINAHL Link](#)]

37. Johnson D.E. The behavioral system model for nursing. In *Conceptual Models for Nursing Practice* Appleton-Century-Crofts, New York, 1980 pp. 207-216.

38. Derdarian A.K. The Johnson behavioral system model: perspectives for nursing practice. In *Patterns of Nursing Theories in Practice* (Parker M.E. ed.), National League for Nursing Press, New York, 1993 pp. 267-284.
39. Roy, C. Andrews H.A; Essentials of the Roy adaptation model. In *The Roy Adaptation Model: the Definitive Statement*. Appleton; Lange, Norwalk, Connecticut, 1991,pp.3-25.
40. Leininger M.M. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly* 1988 1(4), 152-160. [[Medline Link](#)][[CINAHL Link](#)]
41. Rogers M.E. Nursing: science of unitary, irreducible, human beings: Update 1990. In *Visions of Rogers' Science-Based Nursing* (Barrett E.A.M. ed.), National League for Nursing, New York, pp. 5-11.
42. Malinski V.M.Spirituality: a pattern manifestation of the human/environment mutual process. *Visions* 1994 2(1), 12-18. [[CINAHL Link](#)]
43. Elkins D.N., Hedstrom L.J., Hughes L.L., Leaf J.A. Toward a humanistic-phenomenological spirituality: definition, description, and measurement. *Journal of Humanistic Psychology* 1988 28(4), 5-18.
44. Smith D.W. Toward developing a theory of spirituality. *Visions* 2(1), 35-43. [[CINAHL Link](#)] (1994)
45. Neuman B. *The Neuman Systems Model* 2nd ed. Appleton 1989 Lange, Norwalk, Connecticut..
46. Fulton R.A.B. The spiritual variable: essential to the client system. In *The Neuman Systems Model* 3rd ed. Neuman B. ed. Appleton Lange, Norwalk, Connecticut, 1995 pp. 77-91.
47. Curran G. The spiritual variable: a world view. In *The Neuman Systems Model* 3rd ed. Appleton 1995; Lange, Norwalk, Connecticut, p.581-589.
48. Reed K.S. Adapting the Neuman systems model for family nursing. *Nursing Science Quarterly* 1993 6(2), 93-97. [[Medline Link](#)] [[CINAHL Link](#)]
49. Pierce J.D; Hutton E. Applying the new concepts of the Neuman systems model. *Nursing Forum* 1992. 27(1), 15-18. [[Medline Link](#)] [[CINAHL Link](#)]
50. Clark C.C., Cross J.R., Deane D.M.Spirituality: integral to quality care. *Holistic Nursing Practice* 1991 5(3), 67-76. [[Medline Link](#)] [[CINAHL Link](#)]

51. Newman M.A. Health as Expanding Consciousness 2nd ed. National League for Nursing Press, 1994 New York.
52. Parse R.R. Parse's research methodology with an illustration of the lived experience of hope. Nursing Science Quarterly 1990 3(1), 9-17. [CINAHL Link]
53. Watson M.J. New dimensions of human caring theory. Nursing Science Quarterly 1988 1(4), 175-181. [Medline Link] [CINAHL Link]
54. Folkman, S. Lazarus, R.S. Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martinez-Roca. (1986).
55. Koenig, H.G, Et Al The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. Gerontologist, 28, 303-310 1998.
56. Selye H. The stress of life. New York McGraw Hill; 1975.
57. Sánchez B, Barrera L, Pinto N, Habilidad de Cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: Revista de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermería/Enfermería 9206>
58. Knestrick, Joyce, Lohri-Posey Brenda "Spirituality and Health: Perceptions of Older Women in a Rural Senior High Rise. Journal Of Gerontological Nursing 31.10 (2005): 44-52. Health & Medical ProQuest. Biblioteca Digital del Tecnológico de Monterrey.
59. Caro, De Pallares Sarita. Abordaje de la necesidad espiritual en la Relación de ayuda En: Salud Uninorte Barranquilla (Col), 18; 3-7, 2004
60. Sánchez Beatriz, Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. En: AQUICHAN, Abril Vol. 9 (2009) N1 P. 8-22
61. Murillo, Raúl Y Colaboradores Modelo para el control del Cáncer en Colombia. Ministerio de la protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Bogotá Enero de 2006
62. Herdman C. Et Al. Cuidado Paliativo para las Mujeres con Cáncer de Cuello Uterino: Un Manual para Personal de Salud que Trabaja en Comunidad. ENGENDER HEALTH. Improving Women's Health Worldwide 2003.
63. Rodriguez S, Bertha A. Proceso Enfermero. 2ª edición. Ediciones Cuellar. México, 2002.

64. Gómez-Robles J, Domingo-Pozo M. Plan de cuidados estandarizado para el paciente sometido a quimioterapia siguiendo las taxonomías NIC y NOC, investigación y cuidados, 2003; 1(2):28-37
65. Polit, Denise. Investigación científica en ciencias de la salud. Mc. Graw Hill Interamericana. Sexta edición 2000
66. Jaramillo Vélez, D. Ospina Muñoz, D. Cabarcas Iglesias, G.Humpreys, J. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. Rev. Salud Pública 7, 3 281-292, 2005.
67. Canaval, G. E., GONZÁLEZ, M. C, SÁNCHEZ, M.O: Proyecto resiliencia, Espiritualidad y distrés en mujeres maltratadas. Registro No 1510 Vicerrectoría de Investigaciones Universidad del Valle 2005- 2007. Se espera aprobación de artículo en Revista Colombia Médica
68. Rumbold, G. Ética En Enfermería: México. Tercera Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2.000
69. Conover W.J. Wiley John And Sons Practical nonparametric statistics, Third edition Inc. 1999. ISBN 0-471-16068-7

ANEXO A
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
MAESTRIA EN ENFERMERÍA

ENCUESTA PARA DEFINIR EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE

1. Código _____
2. Edad _____
3. Estrato Socioeconómico _____
4. Nivel de Escolaridad:
Primaria _____ Secundaria _____ Universitario _____
Otro _____
5. Ocupación Actual: _____
6. Estado Civil:
Soltera _____ Casada _____ Separada _____ Unión Libre _____
Otro _____
7. Diagnóstico: _____
8. Tiempo de Diagnostico _____
9. Tipo de tratamiento _____
10. Realiza o participa en alguna actividad Religiosa: _____
11. A que religión pertenecen estas prácticas: _____

ANEXO B
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, acepto de forma voluntaria participar en la investigación científica: **PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE LA MUJER CON CÁNCER DE LA CLÍNICA CANCEROLÓGICA DE BOYACÁ EN EL 2009.**

Se me informa que la investigación ha sido coordinada con el Comité de Ética y Comité Técnico científico de la Clínica Cancerológica de Boyacá y será dirigida por Milena Alexandra Galvis López, estudiante de la Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana.

Además se me informó que será aplicado un cuestionario en forma personal, en la Clínica Cancerológica de Boyacá, dentro del horario y fecha acordados previamente y que el tiempo para su aplicación es de aproximadamente media hora.

Se me harán preguntas relacionadas con información personal (documento de identificación, edad, estrato socioeconómico, estado civil, ocupación, diagnóstico, tiempo de diagnóstico, religión) y preguntas acerca de cómo he vivido mi enfermedad Oncológica y su grado de compromiso espiritual.

De otra parte se me ha informado que el manejo de la información suministrada será de carácter estrictamente científico y confidencial, y que se me garantizará la posibilidad de retiro voluntario en el momento en que así lo desee.

Esta investigación no genera ningún tipo de retribución a los participantes, ni compromiso con la institución que hace parte del estudio.

Se me informa que el investigador puede ponerse en contacto con el sujeto de investigación en el futuro, a fin de aclarar o complementar información si esto fuera necesario, a pesar que la información será recolectada en un solo momento.

Fecha _____

Firma de Participante _____

C.C. _____

Firma del investigador. _____

C.C. _____

ANEXO C
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
“ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL” (SPS)

Instrucciones: Responda a cada pregunta poniendo una “X” en la línea que indique con que frecuencia usted hace cada una de las siguientes cosas.

	Nunca	Menos de una vez al año	Mas o menos una vez al año	Mas o menos una vez al mes	Mas o menos una vez a la semana	Mas o menos una vez al Día
1. Cuando esta hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona <u>usted</u> los asuntos espirituales?						
2. ¿Cuántas veces comparte <u>usted</u> con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
3. ¿Cuántas veces lee <u>usted</u> materiales de algo espiritual?						
4. ¿Cuántas veces reza <u>usted</u> en privado?						

Instrucciones: Por favor indique el grado con que usted está de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases marcando con una “X” en la línea.

	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo mas que en acuerdo	De acuerdo mas que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
5. Tratar de obtener perdón es una parte importante de mi creencia espiritual						
6. Trato de obtener guía espiritual al hacer las decisiones en cada día de mi vida.						
7. Mis creencias espirituales son una parte importante de mi vida						
8. Frecuentemente, me siento muy cerca de Dios o a un "poder mas Grande" en momentos importantes de mi vida diaria						
9. Mis creencias espirituales han afectado mi vida.						
10. Mis creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tengo sobre el significado de la vida.						

ANEXO D

E-mail. AUTORIZACIÓN Dra. PAMELA REED PARA EL USO DEL INSTRUMENTO

Dear Ms. Lopez,

You are welcome to use my instrument, the Spiritual Perspective Scale, for your master's research. I have attached the instrument, along with other information. Please complete and return the Request Form, by email to me.

If you have any questions about the SPS or about my theory of self-transcendence, you are welcome to contact me at preed@nursing.arizona.edu

Thank you very much for your interest in the scale. It is used by many researchers, with ease and good results.

Best wishes on your project.

Pam

Pamela G. Reed, PhD, RN, FAAN
Professor
College of Nursing
University of Arizona
1305 N. Martin St.
Tucson, AZ 85721-0203
preed@nursing.arizona.edu