



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

UNIVERSIDAD DEL BIOBIO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERIA

“INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL Y NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL BIENESTAR ESPIRITUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA AVANZADA DEL PROGRAMA ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL SAN CARLOS, 2014”

Autoras:

Acevedo Ramírez, Valentina Paz
Bastías Sandoval, Nicol Gesmarina
Hernández Yáñez, Carolina Andrea
Toro San Martín, Alejandra Elizabeth

Docente Guía:

Sra. Contreras Contreras, Sonia Eugenia
Magister en Enfermería

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
2014

AGRADECIMIENTOS

Las autoras desean manifestar sus agradecimientos a las personas que han colaborado en el proceso y culminación de esta investigación:

A la docente guía, Sra. Sonia Contreras, por su apoyo incondicional durante este largo proceso.

Al Sr. Miguel Ángel López por su fundamental colaboración.

A la Srta. Pilar González por su tiempo y buena disposición durante la realización de la prueba piloto en Policlínico Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital de Bulnes.

Al personal del Policlínico Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital de San Carlos.

A los pacientes que participaron en el estudio, por su buena disposición y colaboración.

DEDICATORIAS

Dedicado con cariño a mi familia, principalmente a mi madre por entregarme contención para superar las adversidades que nos presentó la vida, pero en especial a ti (hijo), Maximiliano, por llegar a mi vida, enseñarme el más sincero amor y por darme la oportunidad de construir juntos un camino, esto no ha sido fácil, pero sin duda fuiste tú quien con alegría me animó a seguir con esta lucha y destruir los obstáculos que se presentaban en nuestras vidas.

Valentina.

Dedico este arduo trabajo a mi familia, en especial a mi madre por haberme enseñado que con esfuerzo se logra la tan anhelada meta. Además agradezco al hombre que está a mi lado por su amor incondicional, y a mi segunda casa “Hogar Esperanza Juvenil” por haberme brindado apoyo, cariño y sobretodo paciencia.

Nicol.

Con amor a quienes hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, mi padre y en especial tú mamá. A mi pequeña familia: mi hija, pilar de mi alegría y la fuerza para continuar mi camino, y al hombre que me dio la mano cuando sentía que el camino se terminaba, sin ustedes a mi lado no lo hubiese logrado. “Sofía y Fernando” mi referencia para el presente y futuro.

Carolina.

Mi familia es el pilar fundamental en mi vida, son los que han contribuido a cumplir mis sueños y a llevar a cabo esta investigación a pesar de que no siempre han podido estar conmigo durante esta etapa: papá, mamá, hermano y abuelita gracias por su comprensión, alegría y amor. Si bien nunca tuve una hermana, en el Hogar Esperanza Juvenil “mi segunda casa” encontré más que eso, hice amigas las cuales se que extrañaré en un futuro. Como no mencionar al hombre que me apoyado incondicionalmente, que ha estado en los buenos y malos momentos, gracias Víctor. Y por último gracias Diosito.

Alejandra.

RESUMEN

Durante los últimos años, se ha producido un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como es el cáncer. En su incidencia están involucrados factores económicos, sociales y culturales. Para enfrentar este problema se creó el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Este contempla el cuidado espiritual de la persona en situación de enfermedad avanzada, representando una necesidad al final de la vida. Para abordar este ámbito se utilizó el modelo de enfermería del Cuidado Humanizado de Jean Watson.

OBJETIVO: Establecer la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Carlos, 2014.

METODOLOGIA: Estudio de tipo correlacional, de corte transversal a 37 pacientes con enfermedad oncológica avanzada, sin deterioro cognitivo, contactados mediante visitas domiciliarias. Se aplicó Cuestionario de Antecedentes Personales, de Apoyo Social MOS y la Escala de Perspectiva Espiritual. Los datos fueron analizados en SPSS versión 15, aplicando frecuencias observadas y porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, R de Pearson, Rho de Spearman, Tau de Kendall y regresión logística para las variables de interés.

RESULTADOS: La mayoría de los pacientes fueron mujeres, adultos mayores, profesaron religión en su totalidad, con nivel educacional bajo y pertenecientes a un estrato socioeconómico medio. El Apoyo Social y el Nivel Socioeconómico muestran una correlación negativa no significativa con el Bienestar Espiritual.

CONCLUSIÓN: La literatura señala que el Apoyo Social y Nivel Socioeconómico pueden modificar el Bienestar Espiritual, la relación con Dios, con el propio ser y la relación con las demás personas y el entorno. Los resultados del estudio no permiten corroborar estos hallazgos. **PALABRAS CLAVES:** Apoyo Social, Nivel Socioeconómico, Bienestar Espiritual, Cuidados Paliativos

ABSTRACT

In the last years, the no-contagious chronic disease have increased meaningful, as the cancer. In the influences of cancer are involving economical, social and cultural factors. For facing this situation was created the relief of pain and palliative cares program. The program takes spiritual care of the patient into account when the disease is advanced, being a necessity at the end of life. To deal this matter was used the model's Jean Watson about cares more human of nursing.

OBJETIVE: To determine the influence of the social support and socio-economical standard in the spiritual welfare in patients with advanced oncological disease of the relief of pain and palliative cares program of San Carlos hospital, 2014.

METHODOLOGY: Study of correlational type, of face section to 37 patients with advanced oncological disease, no damage cognitive. They were contacted through visit houses. It was applied them a personal history questionnaire, a social support MOS and spiritual perspective scale. The information was analyzed on SPSS version 15, applying observed frequencies and percentages, measures of key trends and dispersion, R of Pearson, Rho de Spearman, Tau of Kendall and logical regression for the attention variables.

RESULTS: The most of the patients were women, senior citizen, all of them had some kind of religion. They had low level educational and they belonged a middle socio-economical class. The social support and the socio-economical standard show not-significant negative correlation with the spiritual welfare.

CONCLUSION: Literature shows that the social support and socio-economical standard can modify the spiritual welfare, the relation with god, with one-self and the relation with the other people and the environment. The investigation results do not let confirm these evidences.

KEY WORDS: social support, socio-economical standard, spiritual welfare, cares palliatives.

ÍNDICE

I-INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.-FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.3.-PROBLEMATIZACIÓN	5
1.4.-MARCO TEÓRICO	6
1.5.-MARCO EMPÍRICO	16
1.6.-PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
1.7.-OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	25
1.8.-HIPÓTESIS.....	26
II -METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	26
2.1.-TIPO DE DISEÑO	26
2.2.-POBLACIÓN EN ESTUDIO	26
2.3.-CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	27
2.4.-UNIDAD DE ANÁLISIS	27
2.5.-ASPECTOS ÉTICOS	27
2.6.-LISTADO DE VARIABLES.....	28
2.7.-DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES.....	29
2.8.-RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
2.9.-PRUEBA PILOTO	34
2.10.-PROCESAMIENTO DE DATOS	34
III.-RESULTADOS.....	35
3.1.-CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	35
3.2.-ANÁLISIS DE RESULTADOS	35
IV.-DISCUSIÓN	45
4.1.-DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	45
4.2.-LIMITACIONES.....	50
4.3.-SUGERENCIAS	51
4.4.-CONCLUSIONES.....	52

V-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
VI.-ANEXOS.....	64
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	65
ANEXO 2: ESCALA 1 MINIMENTAL ABREVIADO (MMSE)	66
ANEXO 3: SOLICITUD DE INVESTIGACION SERVICIO DE SALUD ÑUBLE	67
ANEXO 4: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES.....	69
ANEXO 5: CUESTIONARIO 1 DE ANTECEDENTES PERSONALES.....	74
ANEXO 6: CUESTIONARIO 2 APOYO SOCIAL MOS.....	75
ANEXO 7: ESCALA 2 PERSPECTIVA ESPIRITUAL (SPS)	77
ANEXO 8: MATRIZ DE CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA.....	79
ANEXO 9: APROBACIÓN COMITÉ DE ETICA HOSPITAL SAN CARLOS.....	80
ANEXO 10: SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN PRUEBA PILOTO HOSPITAL BULNES.....	81

I-INTRODUCCIÓN

Durante el transcurso de los últimos años, se ha producido un aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles, una evidencia de ello es el caso del cáncer en Chile. En su incidencia se han visto involucrados factores económicos, sociales y culturales, muchos de ellos prevenibles, los que afectan a una gran parte de la población convirtiéndose así, en un problema de Salud Pública. Según el informe emitido por la OMS sobre el cáncer, su incidencia seguirá en aumento, proyectando para el año 2030 el 70.00% del total de las defunciones a nivel mundial será por esta causa.

El gran impacto biopsicosocial de una persona con cáncer, genera un fuerte estrés que va desde el conocimiento del diagnóstico hasta etapas avanzadas de la enfermedad, afectando principalmente el Bienestar Espiritual percibido por estos pacientes. Muchos estudios consideran el tema Bienestar Espiritual como fundamental en la etapa final de la vida, debido a que crean una actitud mental positiva que puede ayudar a que un paciente aumente su sensación de bienestar, influyendo en la disminución de la ansiedad, depresión, enojo y malestar, potenciando consigo la capacidad de disfrutar la vida durante el tratamiento.

El principal objetivo de este estudio es establecer la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual y con ello, destacar la importancia del conocimiento de la dimensión espiritual, ya que corresponde a una necesidad de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, aportando con esto herramientas para ofrecer cuidados de enfermería con una visión humanista y ética.

1.1.-FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente el cáncer constituye una de las principales causas de muerte a nivel mundial (1) y la segunda a nivel nacional, afectando a una gran parte de la población, convirtiéndose en un problema de Salud Pública (2,3). En su aparición y supervivencia influyen factores económicos, sociales y culturales, la mayoría de ellos modificables y prevenibles (1,4).

El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), organismo que pertenece a la OMS y se especializa en la lucha contra esta enfermedad, publica el tres de Febrero del 2014 “El cáncer está creciendo a un ritmo alarmante” y se enfoca en la necesidad de adoptar estrategias eficaces de prevención para frenar la enfermedad. En el 2012 la carga mundial del cáncer alcanzó los 14 millones nuevos de casos al año y se prevé que aumente hasta los 22 millones en los próximos veinte años, produciendo un incremento de las muertes por esta enfermedad que va desde los 8.2 a 13 millones de casos anuales (5).

En Chile el año 2007, el cáncer ocupaba el segundo lugar dentro de las causas de muerte, provocando 20 mil defunciones anuales después de las enfermedades cardiovasculares (3). Según datos epidemiológicos expuestos en el estudio denominado “Tendencias de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por cáncer en Chile 2000-2010”, entre los cánceres de mayor prevalencia para el género femenino se encuentra el de mama (11.17%), estómago (10.12%) y vesícula (9.85%), mientras que para el género masculino predomina el cáncer de estómago (19.13%), próstata (14.18%) y pulmón (13.44%) (6). A nivel de la Provincia de Ñuble un 22.00% de las muertes se debe a tumores malignos dentro de ellos el de estómago, pulmón y vesícula (7).

Para poder enfrentar este problema de Salud Pública, Chile ha diseñado el Programa Nacional del Cáncer, compuesto por otros cinco subprogramas; el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino creado en 1987, el Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas

del Adulto "PANDA", Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas Infantil "PINDA", el Programa Nacional de Cáncer de Mama (1995) y el Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos constituido en el año 1995, además se inicia el desarrollo de la radioterapia oncológica en el sector público y el Plan de Formación de Recursos Humanos en cáncer (8). El MINSAL a través de las metas sanitarias que comprenden el período 2011-2020, pone de manifiesto en el segundo objetivo estratégico la intención de disminuir la tasa de mortalidad por esta causa (9).

Muchos estudios han sugerido que el Bienestar Espiritual es una necesidad del paciente en situaciones finales de la vida, pues este se cuestiona el sentido y propósito de vida o de enfermedad (10), es por ello que los pacientes con cuidados paliativos deben recurrir al Bienestar Espiritual como recurso para el afrontamiento de esta enfermedad permitiendo nutrir la esperanza, el sentido a la vida, la enfermedad y la muerte (11).

La definición de espiritualidad es vaga, general y abstracta, utilizada como sinónimo de religión, sin embargo posee un sentido mucho más amplio y más complejo, ya que agrupa las ideas filosóficas acerca de la vida, significado y propósito. Lo espiritual no es prerrogativa de los creyentes, sino una dimensión dentro de cada persona (12). Según Freud, citado por Sánchez (13) lo señala "como un elemento presente, oculto, inasequible e influenciabile, siendo lo que nos vuelve humanos. Otro concepto planteado se refiere a la existencia de una fuerza interna que permite tomar decisiones, hacer reflexiones y continuar activa ante las dificultades de la vida, desarrollando diversas potencialidades" y Ellison que "El Bienestar Espiritual puede ser medido a partir de la percepción de cada persona, la que se compone de dos dimensiones que interactúan de manera estrecha: una dimensión transversal o existencial - hacia sí mismo y hacia los demás- y otra vertical o religiosa - hacia Dios, un ser o una fuerza superior-".

Se han publicado variados estudios relacionados al Bienestar Espiritual en una situación avanzada de enfermedad, pocos lo correlacionan con variables que podrían influir directamente como el Nivel Socioeconómico y el Apoyo Social, éste último es considerado

una construcción compleja por tener efectos directos y amortiguadores en el ajuste emocional y en el bienestar de los pacientes (14). Por lo tanto, para la profesión de enfermería esta investigación es un gran aporte, pues como lo estipula el artículo 113 del Código Sanitario, la enfermera está a cargo de la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedad o lesión, ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente (15), logrando la satisfacción personal en el ámbito humano, espiritual y transpersonal, en donde el ser humano es considerado como " Una unidad de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza", el que se esfuerza por mantener el equilibrio entre alma, cuerpo, y espíritu, lo que es mencionado por Jean Watson en su Teoría del Cuidado Humanizado, sosteniendo además que el amor incondicional y la relación transpersonal de la persona, son esenciales para la supervivencia (16). El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) considera que la función de estos profesionales es fundamental en los Cuidados Paliativos, los que están destinados a reducir el sufrimiento, mejorar la calidad de la vida de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada y la de sus familias mediante la evaluación e identificación de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, culturales y espirituales (17), por lo tanto para la profesión de enfermería es fundamental conocer la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el proceso de Bienestar Espiritual experimentado por los pacientes oncológicos, ya que permitirá abordar la situación de manera integral, entregando cuidados holísticos que promuevan el humanismo, salud y calidad de vida, permitiendo descubrir una condición transpersonal del mundo y una actualización más extensa de las competencias ontológicas para la enfermería (16).

Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica en Pubmed, Medline, Scielo, Redalyc entre otros, no fue posible encontrar estudios que midan las tres variables en cuestión, en consecuencia esta investigación tiene la finalidad de determinar la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad

oncológica avanzada del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos - PAD y CP -del Hospital San Carlos.

1.2.-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influye el Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Carlos, 2014?

1.3.-PROBLEMATIZACIÓN

- ¿Cuál es la edad, sexo y religiosidad presente en los pacientes oncológicos?
- ¿Cuál es el nivel de Bienestar Espiritual de los pacientes oncológicos?
- ¿Cuál es el Apoyo Social y Nivel Socioeconómico presente en los pacientes oncológicos?
- ¿Cómo influye el Apoyo Social en el Bienestar Espiritual de los pacientes oncológicos?
- ¿Cómo influye el Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual de los pacientes oncológicos?

1.4.-MARCO TEÓRICO

Enfermedad oncológica avanzada según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, corresponde a una enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hasta la muerte a mediano plazo (18), en donde los pacientes con cáncer avanzado no sólo deben enfrentar los cambios físicos ocasionados por la enfermedad, sino también los cambios relacionados con el estilo de vida, percepción de bienestar, aspectos emocionales, sociales y espirituales, que hacen de la enfermedad un proceso multidimensional, que exigen al paciente la utilización de estrategias internas y externas para adaptarse a esta condición (19).

La OMS en el año 1990, describió los Cuidados Paliativos como un “cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”, definición que en el año 1994, dio lugar en Chile al -PAD y CP-, en el que según la Reforma de Salud iniciada el 2001 y su incorporación a las Garantías Explícitas en Salud en el año 2005, plantea los derechos espirituales de los pacientes como una fuente de bienestar y de calidad de vida al aproximarse a la muerte (20). El Cuidado Paliativo es valorado por contemplar aspectos biológicos, funcionamiento psicosocial y el cuidado del componente espiritual que se centra en la vida de la persona en situación de enfermedad, al mismo tiempo que incluye las preocupaciones del grupo familiar (21).

Los trabajos de Engel y White citados en Puchalski *et al.* (22), propusieron un modelo que no sólo incluye aspectos biológicos, psicológicos y sociales, sino también lo espiritual, por lo que no es posible desglosar la totalidad que conforman las partes, pero sí que cada uno de estos aspectos se vea afectado de diferente manera por la historia individual y la enfermedad.

Diversos estudios indican a la espiritualidad como una necesidad del paciente en etapas finales de la vida, razón por la cual se destaca la cobertura de atención para dicha

necesidad, en donde los profesionales logran una conexión con sus pacientes, escuchando sus miedos, desarrollando habilidades para encontrar consuelo y disponer de un recurso de afrontamiento positivo para la búsqueda de significado y propósito en medio del sufrimiento y el dolor a medida que evolucionan las consecuencias de la enfermedad (23). El significado espiritual se hace evidente en un proceso que incluye una revisión general denominada “tomarlo todo”, un avance llamado “seguir adelante con las cosas” y luego una fase de integración que se denomina “ponerlas todas juntas”, a medida que las personas experimentan esas fases describen niveles más profundos de entendimiento del ser, con lo cual incorporan un mayor nivel de crecimiento, perspectiva y conocimientos espirituales (21). Según Freud, citado por Sánchez (13), "el alma es un elemento espiritual que esta oculta, es inasequible y altamente influenciable", lo que confirma la definición de espiritualidad como una fuerza dinámica que mantiene a la persona cambiando de manera continua, involucrándola en un proceso emergente, mediante la combinación de dos dimensiones de trascendencia, una vertical explicada como una relación de la persona con Dios -un ser, fuerza superior o valores supremos- y una horizontal que menciona la relación con uno mismo, con otras personas y el mundo natural, que en su conjunto representan una parte integral del ser humano, incluyendo un significado profundo a la vida, enfermedad y muerte, convirtiéndose en un sistema de guía interno básico para el bienestar humano. Debido al conjunto de características que abarcan estas dimensiones, sobre todo en la relación vertical, se hace necesario distinguir la espiritualidad de la religiosidad, ya que esta última se define como la fe en un credo, la obediencia a un código moral establecido o la participación en un culto, siendo un componente de la espiritualidad, que actúa como puente con esta dimensión, fomentando formas de pensamiento, sentimientos y comportamientos que ayudan a las seres humanos a experimentar un sentido de significado.

Ellison, citado por Zavala *et al.* (24), describió el Bienestar Espiritual como un estado doble, con un componente religioso y un componente espiritual o existencial; por lo que este aspecto otorga un sentido de propósito y satisfacción con la vida personal. Cuando

una persona es privada de satisfacer las necesidades de esta índole, se genera un distrés espiritual, caracterizado por sentimientos de vacío y desespero, por lo que la evaluación del Bienestar Espiritual es un aspecto crítico y fundamental en la actividad holística y multidisciplinar que consiste en determinar el estado general de salud espiritual, evidenciado por la presencia de significado, propósito y plenitud en la vida (10).

La Eleven Conference on Classification of Nursing Diagnoses convirtió al Bienestar Espiritual en un diagnóstico de enfermería definido como: “El proceso de desarrollo individual o exploración de lo desconocido a través de interconexiones armoniosas que brotan de las fuerzas interiores”, un estudio denominado “Bienestar Espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente” manifiesta que la espiritualidad es un componente innato del ser humano que lo motiva y le permite buscar un sentido a la vida, fortaleciendo las capacidades de adaptación a las diferentes situaciones vitales que pueden afectar positiva o negativamente la salud (23).

En la teoría de Autotrascendencia generada por Reed, citado por Sánchez (12), señala que “los seres humanos como sistemas abiertos imponen límites conceptuales para definir su realidad, suministrar un sentido de integridad y conexión dentro de ellos mismos y su ambiente”. La importancia de esta teoría radica en la asociación de conceptos con el Bienestar Espiritual en un paciente receptor de los cuidados paliativos en su fase oncológica avanzada y la relación de estos con factores moderadores -sociodemográficos, biopsicosociales, entre otros-, que influyen positiva o negativamente al paciente y a su Bienestar Espiritual (25). Según Reed, citado por Sánchez (21), “la perspectiva espiritual vista como una manifestación de trascendencia, se expande durante el evento final de la propia vida”, lo que fue reportado por un estudio comparando adultos enfermos con conciencia de la proximidad del final de la vida y un grupo de adultos sanos, encontrándose un mejor nivel de perspectiva espiritual en el primer grupo mencionado.

En el campo de enfermería, comprender el componente espiritual es lograr unificar elementos esenciales de las personas y lo trascendente de las experiencias de vida para

fomentar la autonomía y dignificar la condición humana hasta la muerte. De hecho la palabra “Nurse”, viene del griego y significa “nutrir al espíritu humano”. En Alemania, alrededor del año 1836 la enfermería moderna implementó programas oficiales de formación religiosa, a cargo del pastor Theodor Fliedner, perteneciente a una orden religiosa protestante, escuela reconocida por la formación de Florence Nightingale, quien debido a su propuesta diferente del cuidado, logró establecer que la enfermería total es asegurar la dimensión espiritual como parte integral del ser humano y esencial para la sanación. Los principios de Florence Nightingale han sido acogidos por muchas enfermeras, una de ellas es Jean Watson que en su Teoría del Cuidado Humanizado o Transpersonal, incluye la dimensión espiritual, describiendo al “cuidado”, no como un procedimiento ni una acción, sino como una razón moral o proceso interconectado de emociones compartidas entre el profesional de enfermería y el paciente, a través de un acto sanador del cuerpo y el espíritu, conectando las experiencias de vida con lo existencial-espiritual. Esta teórica decía: “Quizás sea sólo cuando nosotros reconocemos que tanto dolor y sufrimiento hay en nuestros corazones rotos y en nuestros espíritus, en nuestro mundo quebrado dentro y fuera, podemos retornar a aquello que no tiene tiempo, que puede reconfortarnos, sostenerlos e inspirarnos...”(21), es así como en sus últimos estudios Watson expande a diez los factores que componen el cuidado humanizado y que son mencionados a continuación: (I) Formación de un sistema de valores humanos y altruistas para dar sentido al acto de cuidar, (II) Inculcación de la fe y esperanza, para que el cuidado se transforme en una presencia auténtica que sostenga el sistema profundo de creencias, (III) Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo, los demás, las prácticas espirituales y transpersonales estableciendo una relación persona a persona para lograr resultados, (IV) Desarrollar cuidados humanos de ayuda y confianza mutua,(V) Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos, desarrollando el autoconocimiento y la aceptación para comprender emocional e intelectualmente una situación, (VI) Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones, lo que da el carácter científico a la práctica del cuidado, (VII)

Promocionar la enseñanza y el aprendizaje mutuo, con el objetivo de entregar información a la persona cuidada mejorando su adaptación y disminuyendo el estrés (VII)
Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual proporcionando un ambiente sanador, reforzando la paz, integridad y dignidad , (IX)
Ayudar a la satisfacción de las necesidades básicas humanas hasta alcanzar un sentido de integridad de la mente, cuerpo y espíritu, por último (X) Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas, para atender los misterios de la vida y la muerte cuidando el alma de uno mismo y del ser que cuida. Según un estudio realizado en Chile por Poblete *et al.* (26), estos factores son cada vez más importantes en los sistemas de salud, donde surge la necesidad de evaluar la percepción de diferentes aspectos del cuidado a través de instrumentos validados y adaptados culturalmente. Uno de ellos es la Escala Caring Efficacy Scale (CES) validada mediante convergencia con la Escala Nyberg's Caring Assessment (NCA), ambas basadas en el trabajo teórico de Watson. Se obtuvo un alfa de cronbach de 0.76 y 0.82 respectivamente, determinando que ambas escalas son útiles para la comunidad de enfermería.

Un aspecto que incluye a todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario, es el Apoyo Social (27). Este concepto nace en la década de los años setenta en la escuela de antropología británica de la Universidad de Manchester y es definido como un proceso interactivo en el que la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social en la que se encuentra inmerso, considerando la prestación económica, asistencial y/o sanitaria como proveedores de "Apoyo Social" (28, 29). Según Caplan, citado en Vega y González (30), explica que el Apoyo Social procede de personas significativas para el sujeto, aquéllas con quienes se mantienen buenas relaciones, lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de la persona dentro de los distintos contextos sociales, además caracteriza al Apoyo Social como el aporte de información, guía cognitiva, recursos tangibles y apoyo emocional hacia los individuos, otorgando el control emocional en un evento estresante. Lin y Ensel citado

en Vega y González (30), explican que el apoyo se entrega a través de provisiones instrumentales y/o expresivas, reales, o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos añadiendo que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas o de crisis, de igual forma Vaux, citado por Castro *et al.* (31), lo define como un meta constructo, e identifica varios conceptos relacionados con el Apoyo Social; *recursos de la red social de apoyo* -conjunto de personas que asisten a un individuo en caso de necesidad-; *conductas de apoyo* -actos específicos de apoyo-; *valoración del apoyo* -evaluación subjetiva de la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles- y en último lugar *orientación del apoyo* -percepción sobre la utilidad y los riesgos de buscar y encontrar ayuda en una red social-.

Se han definido clásicamente dos perspectivas dentro del concepto de Apoyo Social, en primer lugar la perspectiva estructural, se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarlo a resolver problemas y la interconexión que realiza con aquellas y en segundo lugar la perspectiva funcional esta otorga énfasis a las percepciones de disponibilidad de soporte -percepción del individuo a creer que es estimado, valorado, y de cuidado- (32), además destaca la importancia de las funciones que desempeñan las relaciones sociales, subclasificándolas en *Apoyo Emocional* -expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño, simpatía, empatía y/o pertenencia a grupos- ofrecidas a los individuos mediante su grupo más cercano, *Apoyo Instrumental* -prestación de servicios, recursos monetarios y no monetarios como apoyo en comidas, transporte, labores del hogar- y *Apoyo Informativo* -proceso a través del cual las personas reciben información, consejos o guía que ayude al entorno familiar, laboral y comunitario a comprender su realidad y adaptarse a los cambios que existen en él y *Apoyo Interacción Social Positiva*, la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los demás y la disponibilidad de estas para distraerse, conversar, divertirse (33). El concepto de Apoyo Social explica que las relaciones interpersonales de los pacientes que cursan un factor estresor, protegen a las personas de los posibles efectos negativos del estrés (29).

En los pacientes oncológicos el Apoyo Social entrega mayor capacidad de adaptación frente a eventos estresantes. Las investigaciones de Apoyo Social en pacientes oncológicos, demuestran diversidad respecto a las variables evaluadas, dimensiones y metodología de estudio empleada, estas han determinado la contribución del Apoyo Social en términos de supervivencia, mortalidad y pronóstico, evaluando la respuesta de las redes de apoyo del paciente y de sus efectos sobre la salud, además explican que los pacientes con cáncer no reciben suficiente Apoyo Social, o no reciben el Apoyo Social apropiado, porque pueden haber sido victimizados inadvertidamente por sus familiares y amigos (32). Hinds, citado por Cacante y Arias (33) “exploró el sufrimiento de los parientes encargados de cuidar a pacientes con cáncer y encontró ruptura comunicativa, falta de apoyo y sensación de impotencia, aspectos identificados como generadores de sufrimiento”.

Hegelson y Cohen (34), explican que la incertidumbre y la amenaza a la vida ante una enfermedad como el cáncer le confiere una característica especial que incrementa la necesidad de Apoyo Social en los pacientes, de igual modo Marín refiere que el sistema de Apoyo Social permite mantener la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo aumentando las capacidades personales de sus miembros con el fin de promover el logro de sus metas vitales (33).

La intervención del profesional de enfermería y la relación de ayuda hacia el paciente ha sido descrita por Peplau *et al.* citado por Ramos *et al.* (35), como una herramienta clave para ser utilizada a la hora de establecer relaciones de apoyo, además la definen como una relación interpersonal donde se llegan a conocer lo suficiente como para enfrentar en forma conjunta los problemas, con el fin de que los pacientes y sus familias, comprendan los procesos de enfermedad, identificando el Apoyo Social como una “oportunidad de clarificar la situación a través de la discusión e interacciones de apoyo con otros”.

De acuerdo a la diversidad de conceptos y dimensiones que posee Apoyo Social, se logró determinar el significado de Apoyo Social eficaz, indicando que este consigue realmente mejorar la autoestima, aumentar las ganas de vivir y de recuperar la salud, mejorar el estado de ánimo y reducir el impacto de la enfermedad. Cuanto mayor sea el Apoyo Social que una persona recibe y percibe, a través de las relaciones estrechas con los miembros de su familia, familiares, personal de salud y comunidad, menor será el impacto de la enfermedad. Independientemente del apoyo requerido por el paciente, la enfermera debe reconocer esta situación como una oportunidad de ayuda mutua en la que si bien el paciente recibe un beneficio, ésta puede convertirse en un referente no sólo para el paciente y su familia, sino también para el equipo de salud, como profesional de los cuidados (29, 33).

TEORIA DEL APOYO/ SOPORTE SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

A causa del interés demostrado en los últimos años sobre la influencia que ejerce el Apoyo Social sobre la enfermedad crónica, diversos autores intentan explicar el mecanismo de acción del Apoyo Social (36).

Según Matud y Bethencourt citado por Acuña y Bruner (37), explica que “la percepción del Apoyo Social se relacionan directamente con el bienestar. Por ejemplo las personas que perciben contar con la ayuda de un número relativamente grande de red apoyo, tienden a tener un mayor autoestima y experimentar menos síntomas depresivos y psicosomáticos”.

Existen dos teorías que se han propuesto explicar los resultados positivos que el Apoyo Social logra sobre la salud y el bienestar; Teoría del Efecto Directo y Teoría del Efecto Amortiguador o buffer. Thoits, citado por Castro *et al.* (31), indicó que la Teoría del Efecto Directo, establece tres grandes mecanismos de acción; el primero destaca el incremento en la percepción de identidad, desempeñando los diferentes roles sociales a través de las interacciones con otras personas, el segundo enfatiza el incremento del autoestima

producto de la valoración que los demás hacen del comportamiento y el tercer mecanismo indica el incremento de la percepción de control, autoeficacia y dominio sobre el ambiente, aumentando su bienestar, en consecuencia favorece los efectos positivos del Apoyo Social en los procesos fisiológicos, psicológicos y cambios en las conductas de los individuos. Barrón, citado por García (38), explica que el Apoyo Social actúa sobre estas variables directamente, independiente del nivel de estrés de la persona, la percepción de apoyo otorga mayor sensación de control de la persona sobre su ambiente, aumentando la capacidad para prever experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación. Según el modelo “efecto directo”, el Apoyo Social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés.

La segunda Teoría de Apoyo Social es conocida como el “modelo del efecto amortiguador”. Indica que el Apoyo Social actúa como efecto tampón y atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad crónica. Se desarrollaron dos hipótesis que explican el mecanismo de acción; en primer lugar el Apoyo Social permite a los individuos, que tras la exposición al factor estresor, sea capaz de redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o inhibir los procesos psico-patológicos que pueden desencadenarse en ausencia del Apoyo Social, en segundo lugar el Apoyo Social evita que los individuos, previo a la exposición definan una situación como estresante mediante la seguridad que les ofrece tener la posesión de diversos recursos materiales y emocionales con los que pueden enfrentarse a ella (31).

Lin y Ensel citado por Castro *et al.* (31), proponen un modelo denominado “Teoría del Apoyo Social y su relación con la salud”, que integra el ámbito social, fisiológico y psicológico. En cada dimensión se establecen los factores estresores y los recursos que facilitan el afrontamiento. Este autor indica que el factor estresor social serán las

adversidades que acompañan a los acontecimientos estresantes y que ejercen influencia negativa en el bienestar del sujeto y el Apoyo Social es el recurso utilizado (35).

El estudio del soporte social se está convirtiendo en una importante variable de análisis en la práctica de enfermería, especialmente en la búsqueda de estrategias de intervención ante problemas de salud con implicaciones tan complejas como las enfermedades crónicas. La familia es la fuente principal de Apoyo Social con que cuenta el enfermo crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacándose el papel del cuidador primario, quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional (32).

Las investigaciones realizadas respecto al efecto de intervenciones y programas de Apoyo Social al enfermo crónico y su cuidador, documentan resultados positivos, indicando la disminución del impacto psicológico, reduciendo la posibilidad de que los niveles de estrés puedan contribuir a la aparición o agravar la enfermedad, influyendo directamente sobre la enfermedad física y proceso de rehabilitación, este soporte desarrolla mecanismos de afrontamiento y control del estrés generado por los efectos de la enfermedad o la sobrecarga del cuidador entregando herramientas para desarrollarse dentro del entorno (29,33).

Otro factor de interés en la influencia del Bienestar Espiritual es el Nivel Socioeconómico, término ambiguo y difícil de definir, se han diseñado instrumentos adaptados a la realidad local, por lo que para esta investigación se considera una definición que lo abarca como “una medida económica sociológica que determina la posición económica-enfocada en el patrimonio de bienes materiales- y social- relacionada con el nivel educacional del jefe de hogar-“(39).

El Nivel Socioeconómico influye en la vida de las personas en muchos ámbitos, un ejemplo de ello es el nivel educacional – ya que un nivel económico alto propicia una mayor accesibilidad y mejor nivel de educación- en el caso de los pacientes oncológicos

con mayor nivel educacional aceptan y entienden de mejor manera una enfermedad avanzada como una etapa de la vida, llevan a cabo relaciones interpersonales favoreciendo el Apoyo Social percibido y una mayor plenitud personal. Por otra parte los pacientes con un nivel educativo bajo emplean con mayor frecuencia prácticas de tipo espiritual- hablar de la situación de vida presente, ayudar a otros, lecturas de índole espiritual-religiosa y asistencia a actos religiosos- que aquellos con un nivel más alto (40). Este factor también es determinante en el acceso y la calidad de los servicios de salud, lo cual se asocia a un menor Apoyo Social percibido por parte de los profesionales, ya que el hecho de enfermar produce una disminución en el nivel económico producto de los inconvenientes laborales que genera en donde la demora en la obtención de los recursos incrementa el estrés familiar, debido a que con frecuencia el cuidado es asumido por otro miembro de la familia, viéndose en la necesidad de modificar su situación laboral, ya sea reduciendo o abandonando jornadas de trabajo y/o estudios (41).

1.5.-MARCO EMPÍRICO

Evaluación del Bienestar Espiritual en pacientes en Cuidados Paliativos.

Reig *et al.* (10)

Estudio de tipo descriptivo con corte transversal, con objetivo de determinar el Bienestar Espiritual de 60 pacientes no oncológicos con procesos crónicos en fases avanzadas, atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de San Vicente del Raspeig-Alicante-, en donde el 50% de la muestra correspondía a mujeres con edades comprendidas entre 29 y 92 años. Se utilizó el Cuestionario del Sentido de la Vida - Meaning in Life Scale-, el que se compone de cuatro escalas: Propósito, Falta de Significado, Paz y Beneficios de la Espiritualidad, obteniendo una puntuación global de esta última. Se consideraron además variables de tipo clínico y socio demográficas, así como estimaciones del estado de salud, calidad de vida, felicidad personal y grado de religiosidad. Según los resultados los pacientes con puntuaciones más altas de

espiritualidad refirieron ser más religiosos, tener una mejor calidad de vida general y mejor estado de salud, siendo más felices.

Niveles de Bienestar Espiritual y Fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores.

Whetsell *et al.* (42)

Estudio descriptivo-correlacional. Se investigó la relación entre niveles de Bienestar Espiritual y fortaleza en 160 adultos mayores con edades entre 65 y 85 años que vivían en una zona urbana de México. Se utilizó la escala de fortaleza y la de Bienestar Espiritual de Reed. Los resultados mostraron que la mayoría de la población en estudio oscilaba entre 71 y 74 años, la mayor proporción la ocupaba el sexo femenino con educación primaria en un 62.50% y sin educación con 25.00%, además todos profesaban religión, concluyendo con ello que la espiritualidad se relaciona positivamente con fortaleza, sexo, edad, educación y religión. Existiendo una correlación positiva entre los niveles de Bienestar Espiritual y fortaleza relacionada con la salud.

Sobrecarga, Apoyo Social y Autocuidado en cuidadores informales.

Espinoza y Jofré (43)

Estudio descriptivo con el objetivo de conocer el nivel de sobrecarga, Apoyo Social percibido, la capacidad de agencia de autocuidado y otros factores relacionados en cuidadores/as informales de pacientes dependientes en Chile. La muestra la constituyeron 30 cuidadores informales a quienes se les aplicaron instrumentos por medio de visitas domiciliarias. Los resultados arrojaron que estos son principalmente mujeres, adultas, con pareja, con educación básica incompleta, sin trabajo ni participación social y con percepción económica insuficiente, dedicando gran parte del día a cuidar, sin ayuda de terceros.

Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte.

Sánchez (12)

Estudio descriptivo que presenta las reflexiones, avances y proyecciones que en este sentido tiene el grupo académico de cuidado al paciente crónico y su familia de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en donde se evidencia la importancia de la persona como un ser espiritual. Este puntualiza la relación de la espiritualidad con el cuidado de la salud y su pertenencia en situaciones de cronicidad y muerte. Es por ello que se resalta el cuidado de quienes viven con enfermedad priorizando aspectos espirituales donde se logran espacios de reconciliación con Dios, ser o fuerza superior, compañía de los demás y reflexión de la propia vida como parte fundamental de la experiencia de salud. Además destaca que quienes no habían consolidado sus creencias religiosas, 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, reconociendo el cuidado del Bienestar Espiritual, ya que puede significar un factor de crecimiento personal, un hecho trascendente que los acerca a muchas respuestas necesarias para dar sentido a la vida, al dolor y al sufrimiento humano.

Determinants of Quality of Life in Patients with Cancer.

Dapuetto *et al.* (44)

Estudio de tipo correlacional, con corte transversal, con el objetivo de evaluar los factores determinantes de la calidad de vida en pacientes con cáncer. Se utilizó una muestra de 309 pacientes uruguayos de habla española, cuya edad oscilaba 18-75 años, pertenecientes en su mayoría a un nivel educacional bajo y analfabetismo observado con un 47.70% y 11.70% respectivamente. En esta investigación uno de los factores evaluados en calidad de vida, fue la afiliación religiosa y Bienestar Espiritual, esta variable se valoró utilizando la "Evaluación funcional de las Enfermedades Crónicas-Terapia

Bienestar Espiritual”, este instrumento con 2 sub escalas: una mide un sentido de significado a la paz, y el otro evalúa el papel de la fe en un aspecto importante, es decir como un potencial factor que influye en la calidad de vida de los pacientes. Se concluyo la relación del aspecto biológico, psicosocial y factores espirituales como determinantes de la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores.

Vivaldi y Barra (45)

Este estudio tuvo como objetivo examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el Apoyo Social percibido y la percepción de salud en adultos mayores junto con examinar posibles diferencias de género y de estado civil con las variables evaluadas. La muestra estuvo constituida por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años) de la ciudad de Concepción (Chile). Según los resultados obtenidos se concluyó que existen diferencias de género significativas, a favor de los hombres, en las variables percepción de salud y bienestar psicológico global, no observándose diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de Apoyo Social, indicando que la percepción social estaría influenciada no sólo por variable de géneros, si no que por otras variables personales, por ejemplo la apreciación subjetiva de sus recursos propios de afrontamiento.

Influencia de los cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos terminales en la obstinación terapéutica.

Mendoza *et al.* (46)

Estudio cualitativo-descriptivo. Su objetivo fue determinar algunas características que indiquen que el cuidador primario informal del enfermo oncológico terminal influya de algún modo en las decisiones de no aplicar el límite del esfuerzo terapéutico en personas con diagnóstico de cáncer en una institución pública de la ciudad de México. En los resultados se encontró que los familiares coincidieron en que, a partir del diagnóstico, se comienza a vivir una fase difícil, de desesperación, pero que paulatinamente se va aceptando la realidad de “voluntad de Dios”. Se mencionó que con la ayuda de los familiares y del hospital, el paciente va aceptando progresivamente su enfermedad y sus consecuencias. Por otro lado se aprecia que las decisiones las toma principalmente el cuidador o éste en unión con otros miembros cercanos a la familia dando menor importancia a la autonomía del paciente.

Bienestar Espiritual en personas con y sin discapacidad.

Sánchez (13)

Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo-comparativo. El propósito fue medir el Bienestar Espiritual de un total de 86 personas, 43 de ellas vinculadas al proceso integral de rehabilitación y otras 43 con características sociodemográficas similares y sin alteraciones funcionales pertenecientes a la Universidad Sergio Arboleda-Colombia-. Se concluyó que el grupo de personas se componía de 41.86% de hombres y un 58.14% de mujeres, con edades que fluctuaron entre 18 y 35 años, donde el mayor porcentaje presentó un nivel educativo de universidad completa y al comparar los niveles se encontró un alto Bienestar Espiritual, con mayor desarrollo de la dimensión religiosa que la existencial en ambos grupos. Por lo que este estudio no puede afirmar que exista diferencia entre el Bienestar Espiritual de los grupos estudiados.

Bienestar Espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas.

Sánchez (21)

Estudio cuantitativo de tipo descriptivo-comparativo. El objetivo principal fue describir y comparar el Bienestar Espiritual de personas con enfermedad avanzada y el de personas aparentemente sanas. La muestra fue intencional, constituida por 88 personas divididas en dos grupos, el primero de ellos compuesto de 44 pacientes hospitalizados en la Clínica Luis Carlos Galán de Bogotá-Colombia incluidos por presentar enfermedad crónica cuyo pronóstico fuera muerte inminente, mientras que el segundo 44 personas aparentemente sanas semejantes en edad y nivel educacional al grupo anterior. Para la evaluación se utilizó la escala de Ellison compuesta de dos subescalas: una que mide la dimensión existencial y la otra la dimensión religiosa, generando resultados para cada una de ellas y uno para el Bienestar Espiritual total. Citándose los resultados de los estudios de Pamela Reed, donde se muestra que los adultos enfermos que tienen conciencia de la proximidad de sus vidas, reportan un mayor nivel de perspectiva espiritual que otros adultos, sin variación por su edad, sexo, nivel de educación o vínculo religioso. El estudio concluyó que al comparar el Bienestar Espiritual de ambos grupos, las personas sanas presentaron un mayor Bienestar Espiritual general, lo que no coincide con los resultados de Reed.

Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características socio demográficas en enfermos crónicos.

Quiceno y Vinaccia (40)

Estudio exploratorio, transversal, comparativo, ex-post-facto Correlacional. El propósito fue identificar las diferencias de las creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso en función de características socio demográficas como género, edad, escolaridad, religiosidad, estado civil en 121 pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica, quienes en su mayoría pertenecían a un estrato socioeconómico medio-bajo. Se concluyó que no se observaron asociaciones entre género y religión. Por el contrario entre la edad y religión se aprecia que variables como la edad tienen asociación positiva con el apoyo

social religioso, es decir, cuanto más edad tenga el paciente ó se encuentren cercanos a la senectud, es más probable que busquen compartir con personas de su misma comunidad religiosa y sea fundamental para ellos tener objetos y símbolos espirituales, escuchar música religiosa y/o leer libros o textos de inspiración espiritual-religiosa. En cuanto al nivel educativo se asocia negativamente, ya que los que practicaron actividades como orar/rezar, hablar de la situación de vida presente y ayudar a otros son estrategias que pueden ser más utilizadas si el paciente es de un nivel educativo bajo, y en relación al estrato socioeconómico se observa que las estrategias de afrontamiento religioso se manifiestan en mayor frecuencia en las personas de un Nivel Socioeconómico 1 y 2, clasificado como estrato socioeconómico bajo.

Cognición hacia la enfermedad, Bienestar Espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal.

Payán *et al.* (19)

Estudio con diseño exploratorio-descriptivo y correlacional de corte transversal. El objetivo fue evaluar la relación de la cognición hacia la enfermedad y el Bienestar Espiritual con la calidad de vida, en 50 pacientes con edades entre 21 y 78 años, con cáncer en estado avanzado de la ciudad de Medellín, Colombia. Los resultados de este estudio en relación al estrato socioeconómico colombiano muestran un mayor agrupamiento de la muestra en el nivel bajo con un 54.00%, seguido del nivel medio con 34.00% y el estrato alto correspondiente a un 12.00%. En conclusión, la espiritualidad y las cogniciones positivas frente a un proceso de enfermedad en estado terminal, lleva a las personas a la búsqueda de un poder más alto para encontrar los propósitos de la vida, donde principalmente en etapa adulta y en etapas posteriores es cuando alcanzan mayor bienestar y satisfacción con la vida y han adquirido mayor experiencia en el afrontamiento de eventos estresantes a través de los años. Por lo que estas variables son consideradas mediadoras, amortiguadoras y moduladoras de la calidad de vida a nivel físico, psicológico, emocional, social, espiritual y económico.

Bienestar Espiritual de los pacientes con enfermedades crónicas de una institución de cuidado domiciliario.

Rivas *et al.* (47)

Estudio descriptivo, transversal. El objetivo principal fue determinar el Bienestar Espiritual de los pacientes con enfermedades crónicas de una institución de cuidado domiciliario, la muestra estuvo representada por 106 pacientes con enfermedades crónicas, en su mayoría (53%), pertenecientes al sexo masculino y el 80% ese encontraba en el intervalo entre 60 y 85 años, razón que demuestra los cambios demográficos de la población, hacia un aumento de la población en edad avanzada, contribuyendo al incremento de morbilidad y mortalidad. A cada uno de ellos se les aplicó la Escala de Bienestar Espiritual de Jarel, que valoró el Bienestar Espiritual y se observó que el ser humano cree fuertemente en un ser omnipresente, la oración, meditación, reunión de grupos religiosos, permitiendo dar respuesta y soporte a situaciones difíciles, por lo que se podría pensar que en momentos críticos de la vida y con un nivel socioeconómico con mayores limitaciones, es más probable que las personas busquen respuestas más allá de sus límites humanos, señalando que el afrontamiento espiritual-religioso actúa como factor protector frente a la presencia de emociones negativas, síntomas físicos y calidad de vida, transformando la situación crítica en un recurso positivo que permita enfrentar la enfermedad.

Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá.

Novoa *et al.* (48)

Estudio de tipo descriptivo-correlacional y transversal, en el que se utilizó un muestreo intencional de sujeto-tipo. Se evaluó la calidad de vida y el bienestar psicológico de pacientes oncológicos con diagnóstico de enfermedad avanzada y que al momento de la evaluación se encontraban en Cuidados Paliativos en Bogotá, Colombia. La muestra

estuvo constituida por 83 personas mayores de edad de ambos sexos, con diversos tipos de enfermedad oncológica y con diagnóstico de enfermedad avanzada.

En la discusión se demostró que el mayor factor que influye en la calidad de vida y el bienestar psicológico se relaciona con los elementos propios del proceso de Apoyo Social por parte de cuidadores, la oportunidad de la atención médica y manejo de síntomas, relacionando estos aspectos con la disminución significativa de las razones para afrontar en forma activa la enfermedad. Esto sustenta que el proceso patológico y la red de apoyo son factores significativos que ayudan al paciente a afrontar la enfermedad.

Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico.

Salas y Grisales (49)

Estudio transversal de asociación. Determinó la calidad de vida y algunos factores asociados en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama inscritas en el año 2009 en los programas de tratamiento oncológico. Participaron 220 mujeres entre 28 y 80 años y la mayor parte de ellas provenía de un nivel socioeconómico medio – bajo. Se les aplicó el dominio de WHOQOL BREF relacionados con la calidad de vida entregando los siguientes resultados; la mayoría de los pacientes con mayor nivel de escolaridad presentaron mayor adherencia al tratamiento con índices más altos de calidad de vida, permitiéndoles optar a un mejor acompañamiento, apoyo psicológico y social, condición que dificulta en gran medida a los que pertenecen a un nivel socioeconómico más bajo. Además se encontró que las mujeres que percibían apoyo de sus familiares, amigos, comunidad y además poseían creencias personales, espirituales y/o religiosas presentaron un afrontamiento positivo hacia la enfermedad.

1.6.-PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del PAD y CP del Hospital San Carlos, 2014.

1.7.-OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo General

1. Establecer la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del PAD y CP del Hospital San Carlos, 2014.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la muestra según sexo, edad, nivel educacional y presencia de religiosidad en los pacientes con enfermedad oncológica avanzada del PAD y CP del Hospital San Carlos, 2014.
2. Conocer el Apoyo Social Percibido y el Nivel Socioeconómico de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada del PAD y CP del Hospital San Carlos, 2014.
3. Conocer el Bienestar Espiritual de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada del PAD y CP del Hospital San Carlos, 2014.
4. Determinar la influencia del Apoyo Social en el Bienestar Espiritual, en base a las dimensiones: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada del PAD y CP del Hospital San Carlos, 2014.

5. Determinar la influencia del Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual, en base al nivel educacional y cantidad de bienes materiales de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada del PAD y CP del Hospital San Carlos, 2014.

1.8.-HIPÓTESIS

- Un mayor Apoyo Social Percibido influye positivamente en el Bienestar Espiritual de los pacientes oncológicos del Hospital San Carlos.
- El Nivel socioeconómico alto influye positivamente en el Bienestar Espiritual de los pacientes oncológicos del Hospital San Carlos.

II -METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.-TIPO DE DISEÑO

Estudio cuantitativo de tipo correlacional con corte transversal.

2.2.-POBLACIÓN EN ESTUDIO

Pacientes inscritos en el Programa de Alivio Del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital de San Carlos. Se consideró una población de 53 pacientes con enfermedad oncológica avanzada, inscritos hasta el 03 de junio del 2014.

2.3.-CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Criterios de Inclusión

Pacientes inscritos en el programa hasta el 03 de junio del 2014.

Participación voluntaria mediante firma del Consentimiento Informado (ANEXO 1).

Pacientes que en la aplicación de MMSE presentaron un puntaje mayor o igual a 14 puntos (ANEXO 2).

Criterios de Exclusión

Pacientes con domicilio en zona de extrema ruralidad.

Pacientes que durante la visita domiciliaria, se encuentren fallecidos.

2.4.-UNIDAD DE ANÁLISIS

Paciente con enfermedad oncológica avanzada inscrito en el PAD y CP del Hospital de San Carlos.

2.5.-ASPECTOS ÉTICOS

Las autoras de este estudio canalizaron la autorización al Comité Ético Científico (CEC) del Hospital de San Carlos, por medio del Servicio de Salud Ñuble, patrocinado por la Dirección de la Escuela De Enfermería de la Universidad Del Bío -Bío, de acuerdo a la ley

Nº20.120, descrito en el Artículo 2º (50), garantizando las actividades de investigación científica biomédica en pacientes pertenecientes al recinto hospitalario (ANEXO 3).

Se explicó a cada paciente el consentimiento informado, según lo establecido en la declaración de Helsinki (51), indicando las responsables, procedimiento de recolección de datos y el propósito de la investigación, solicitando firma del consentimiento informado, previa aceptación voluntaria y no remunerada con el derecho de abandonar la participación en el estudio durante cualquier momento de la aplicación de los instrumentos, garantizando la confidencialidad de la información entregada.

2.6.-LISTADO DE VARIABLES

Variable dependiente

- Bienestar Espiritual

Variables independientes

- Apoyo Social
- Nivel Socioeconómico

Covariables

- Edad
- Sexo
- Religión
- Nivel educacional

Definición nominal y operacional de variables (ANEXO 4).

2.7.-DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES

La recolección de datos está constituida por dos cuestionarios, dos escalas y una matriz de clasificación, los cuales se describen a continuación:

Cuestionario 1 de Antecedentes Personales

Creado por las autoras de esta investigación el año 2014 con el objetivo de caracterizar a la muestra de estudio, a través de la información aportada por el familiar o cuidador. Consta de tres preguntas: la primera es de tipo abierta que se relaciona con la edad del paciente medido en años cumplidos, mientras que la segunda y la tercera son de tipo dicotómicas que consideran sexo -mujer o hombre- y si el paciente profesa religión o no, respectivamente.

Además a este instrumento se adicionan dos preguntas politómicas de tipo likert extraídas de la Matriz de Clasificación de Hogares, las cuales permitirán la clasificación del Nivel Socioeconómico del paciente en ABC1, C2, C3, D y E considerando en primera instancia el nivel educacional del paciente cuyas alternativas son -sin estudios, básica incompleta, básica completa, media incompleta, media completa, técnico incompleto, universitaria incompleta o técnico completa, universitaria completa- y en segunda instancia considera la cantidad de bienes materiales presentes en el hogar del paciente-ducha, TV color, refrigerador, lavadora, calefont, microondas, automóvil (auto, camioneta, jeep, van), TV cable o satelital, PC, internet- (ANEXO 5).

Cuestionario 2 Apoyo Social MOS

Desarrollado por Sherbourne y Cols, en 1991 por el grupo MOS-SSS, The Medical Outcomes Study Social Support Survey, mide el Apoyo Social percibido y fue aplicado en un estudio de desenlaces en pacientes con enfermedades crónicas en Estados Unidos. Ha sido validado en España por De la Revilla (2005) con un alfa de cronbach de 0.97,

oscilando entre 0.91 y 0.96 para las subescalas, presentando una fiabilidad test-retest 0,78.

Se trata de un cuestionario de 20 ítems, que explora 4 dimensiones del Apoyo Social: la primera dimensión es el *Apoyo Emocional* -expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información- abarca las preguntas: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19; el *Apoyo Instrumental* -La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona- incluye las preguntas: 2, 5, 12 y 15; la *Interacción Social Positiva* -la disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse- a través de las preguntas: 7, 11, 14 y 18 y el *Apoyo Afectivo* -expresiones de amor y de afecto- representadas en las preguntas: 6, 10 y 20, asignando un puntaje del 1 a 5 por pregunta.

Para la interpretación de resultados se considerará el Apoyo Social Global obtenido de la suma de puntajes de cada una de las cuatro dimensiones categorizadas en niveles Mínimo, Medio y Máximo (52) (ANEXO 6).

Escala 1 Minimental abreviado (MMSE)

Instrumento modificado que surgió en base a la Escala Mini Mental Status Examination creado por Folstein en el año 1975 en Estados Unidos, diseñada para analizar estado cognitivo de los pacientes. En el año 1999 este instrumento fue modificado con un puntaje total de 19 y validado en Chile por Quiroga *et al* (53), presentando una sensibilidad del 93.00% y una especificidad del 46.00%.

Este instrumento consta de 6 ítems que evalúan la *orientación temporal y espacial de las personas*, a través del conocimiento del mes, día del mes, año y día de la semana -a cada respuesta correcta se le asigna 1 punto, con un máximo de 4 puntos-; *memoria a cortoplazo* -la persona debe recordar 3 palabras: árbol-mesa-avión, las que serán repetidas hasta cinco veces por el entrevistador, a cada respuesta correcta se le asigna 1

punto, con un máximo de 3 puntos-; *atención, concentración, abstracción, comprensión, memoria e inteligencia* -el entrevistador debe decir 5 números impares 1-3-5-7-9, estos serán repetidos una sola vez, luego la persona debe decir los mismos números pero al revés, a cada número dicho de manera correcta se le asigna 1 punto, con un máximo de 5 punto; *capacidad ejecutiva*, es decir, la capacidad de seguir instrucciones -el entrevistador entrega 3 instrucciones de manera lenta, pausada y de una sola vez, estas son : “1.-tome el papel con la mano derecha, 2.-doblelo por la mitad con ambas manos y 3.-colóquelo sobre sus piernas”, a cada ejecución correcta se le asigna un punto, con un máximo de 3 puntos-; *memoria a largo plazo*, el entrevistador pide a la persona que repita las tres palabras mencionadas anteriormente en cualquier orden -se asigna 1 punto a cada respuesta correcta, con un máximo de 3 puntos- y *capacidad viso constructiva*, previa demostración, la persona debe dibujar dos círculos que convergen -si lo realiza correctamente se le asigna 1 punto que corresponde al máximo (54).

Se considerará normal si el puntaje obtenido es mayor o igual a 14 puntos, siendo excluidos los pacientes con alteración del estado cognitivo o puntaje menor o igual 13 puntos (ANEXO 2).

Escala 2 Perspectiva Espiritual

Instrumento desarrollado por Pamela Reed en Arizona, Estados Unidos en el año 1986, con el nombre de Escala de Perspectiva Religiosa, la que un año más tarde Reed modifica denominándola Escala de Perspectiva Espiritual, con el objetivo de medir este último en las personas (55).

La autora comprobó la fiabilidad a partir de un estudio realizado a tres grupos de pacientes, con un total de 300 participantes, obteniendo como resultado un alfa de cronbach de 0,79 y 0,76 para la base de datos del primer y segundo grupo respectivamente. Otro estudio sobre resiliencia, realizado en la Universidad del Valle, en

Colombia, arrojo un alfa de cronbach de 0,90 para la escala general (56). Esta escala se compone de dos dimensiones, una intrapersonal que evalúa el conocimiento de sí mismo y consta de 4 preguntas tipo Likert que se clasifican y puntúan de la siguiente manera : Nunca -1 punto-, menos de una vez al año -2 puntos-, más o menos una vez al año -3 puntos-, más o menos una vez al mes -4 puntos-, más o menos una vez a la semana -5 puntos-, más o menos una vez al día -6 puntos- y una transpersonal que evalúa la conexión o la existencia de un propósito o ser supremo, constituida por 6 preguntas del mismo tipo que se puntúan según: extremadamente en desacuerdo -1 punto-, en desacuerdo -2 puntos-, en desacuerdo más que acuerdo -3 puntos-, en acuerdo más que en desacuerdo -4 puntos-, de acuerdo -5 puntos-, extremadamente de acuerdo -6 puntos. Para la interpretación del Bienestar Espiritual se considera la suma de los puntajes obtenidos en ambas dimensiones, clasificándose en:

- Nivel Alto de Bienestar Espiritual: entre 46 y 60 puntos.
- Nivel Moderado de Bienestar Espiritual: entre 31 y 45 puntos.
- Nivel Bajo de Bienestar Espiritual: entre 10 y 30 puntos (57) (ANEXO 7).

Matriz de Clasificación Socioeconómica

En el año 1999, Adimark desarrolló un modelo simple de estimación del Nivel Socioeconómico de los hogares chilenos, basado en solo dos variables, según las pautas de ESOMAR, utilizando en el año 2003 la información obtenida por el INE en la aplicación del Censo 2002 para adaptar este modelo, considerando el nivel educacional y el listado de bienes materiales, obteniendo como resultado la Matriz de Clasificación Socioeconómica.

Para la clasificación se debe considerar el nivel educacional del jefe de hogar: sin estudios, básica incompleta, básica completa, media incompleta, media completa, técnico incompleto -1 a 3 años-, universitaria incompleta o técnico completa, universitaria

completa o más y la cantidad de bienes o servicios que posee el hogar: presencia de ducha, televisor a color, refrigerador, lavadora, calefón, microondas, tv cable o satelital, PC, internet y vehículo. Los datos obtenidos permiten identificar los grupos socioeconómicos en cinco categorías: ABC1, C2, C3, D y E (58) (ANEXO 8).

2.8.-RECOLECCIÓN DE DATOS

Posterior a la aprobación del CEC del Hospital de San Carlos (ANEXO 9), se acudió a la unidad de PAD y CP, para la recopilación de datos como nombre, dirección y teléfono del libro de pacientes. Se agruparon los domicilios de acuerdo a su ubicación geográfica y se estableció comunicación vía telefónica con el paciente o cuidador y se coordinó fecha, hora y lugar de la visita domiciliaria. Una vez ubicada la dirección del sujeto en estudio, se realizó la presentación formal y se explicó el propósito de la investigación. En primer lugar se entregó, explicó y solicitó firma del consentimiento informado al paciente, a continuación se evaluó la capacidad cognitiva mediante Minimental abreviado, aplicado en un tiempo de diez minutos, en un contexto de privacidad y tranquilidad, respondiendo dudas e inquietudes. Luego se procedió a la aplicación de los instrumentos en presencia del cuidador principal, para la entrega de información respecto a antecedentes personales del paciente, en un tiempo estimado de cinco minutos. Posteriormente el Cuestionario de Apoyo Social MOS y la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), en un tiempo de quince minutos para cada una. Todos los instrumentos fueron aplicados por una de las autoras de la investigación. Al concluir la visita se otorgó los agradecimientos correspondientes, se recordaron las condiciones del estudio y la posibilidad de solicitar la información entregada por ellos y/o los resultados de la investigación. Se suspendió la aplicación de los instrumentos si el paciente verbalizó o manifestó cansancio y/o dolor, coordinando una nueva visita para continuar con la entrevista.

2.9.-PRUEBA PILOTO

Con el objetivo de calibrar los aspectos relacionados con la aplicación de los instrumentos del estudio y asegurar la comprensión léxico contextual, se aplicó a una muestra piloto de 5 pacientes de procedencia urbana, inscritos en el PAD y CP del Hospital Comunitario de Bulnes, previa solicitud de autorización a la directora (ANEXO 10). Durante la aplicación de los instrumentos los pacientes no manifestaron problemas de comprensión. Posteriormente, se calculó la fiabilidad del Cuestionario de Apoyo Social MOS obteniendo un alfa de cronbach de 0.94 siendo muy alto para el total de ítems que contempla. Mientras que para la Escala de Perspectiva Espiritual se obtuvo un alfa de cronbach de 0.91.

2.10.-PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 15 (en español). La variable independiente de tipo cualitativa Nivel Socioeconómico y las covariables fueron descritas con frecuencias observadas y porcentajes, mientras que el Apoyo Social se describió con medias y desviación típica, previa comprobación de normalidad con la aplicación de la prueba Kolmogorov-Smirnov. Luego, fue categorizada según instrucciones del autor del instrumento, describiéndose como una variable de tipo cualitativa.

Con el objetivo de correlacionar las variables de interés, se aplicó la correlación R de Pearson (en condiciones de normalidad), la de Rho de Spearman en caso contrario o en presencia de una variable cualitativa y el coeficiente de Kendall para variables cualitativas ordinales, rechazando hipótesis nula con un nivel de significación de 0.05 (59).

III.-RESULTADOS

3.1.-CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

De un universo de 53 pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada pertenecientes al PAD y CP del Hospital San Carlos, se estudió a 37 pacientes correspondientes al 69.81% del total, quienes contestaron satisfactoriamente todos los ítems de los cuestionarios sin abandonar la entrevista. El porcentaje restante correspondió a 3 personas fallecidas, 4 con deterioro cognitivo y 9 con extrema ruralidad.

3.2.-ANÁLISIS DE RESULTADOS

La tabla 1, muestra los antecedentes personales de los pacientes del estudio, encontrándose que el 51.40% de la muestra estuvo compuesta por mujeres, y el 40.50% tuvo edades comprendidas entre 61 y 76 años; el 48.6% indicó tener una escolaridad básica incompleta y el 37.8% presentó un Nivel Socioeconómico C3. El 100% refirió profesar algún tipo de religión.

Tabla 1

Distribución de pacientes oncológicos según sus características sociodemográficas (n=37)

Características sociodemográficos	N	%
Sexo		
Mujer	19	51.40
Hombre	18	48.60
Edad		
Entre 45 y 60 años	11	29.70
Entre 61 y 76 años	15	40.50
Entre 77 y más años	11	29.70
Religión		
Sí	37	100.00
No	0	0.00
Nivel educacional		
Sin estudios	5	13.50
Básica incompleta	18	48.60
Básica completa	4	10.80
Media incompleta	2	5.40
Media completa	6	16.20
Técnica incompleta	1	2.70
Técnica completa o universitaria incompleta (1-3 años)	0	0.00
Universitaria (4 años o más)	1	2.70
Nivel Socioeconómico		
ABC1	1	2.70
C2	4	10.80
C3	14	37.80
D	10	27.00
E	8	21.60

ABC1: Población con 9 bienes promedio y nivel educacional del jefe de hogar universitario completa.

C2: Población con 7 bienes promedio y nivel educacional técnica completa o universitaria incompleta.

C3: Población con 6 bienes promedio y nivel educacional del jefe de hogar media completa.

D: Población con 4 bienes promedio y nivel educacional del jefe de hogar media incompleta.

E: Población con 3 bienes promedio y nivel educacional del jefe de hogar básica incompleta.

Fuente: Acevedo V, Bastías N, Hernández C, Toro A: "Influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Carlos, 2014"

La tabla 2 muestra la descripción del Apoyo Social evaluada en la muestra del estudio, el cual presentó una media global de 83.19 puntos (dt=14.34). Considerando un rango que oscila de 31 a 95 puntos, este grupo de pacientes se tiende a calificar con un Apoyo Social aceptable.

Tabla 2
Puntajes medios del Apoyo Social percibido por los pacientes oncológicos del estudio (n=37)

Apoyo Social	$\bar{x} \pm sd$	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Dimensión 1: Apoyo Emocional	34.11 ± 7.76	8	40
Dimensión 2: Apoyo Instrumental	18.70 ± 2.78	8	20
Dimensión 3: Interacción Social Positiva	16.51 ± 4.39	4	20
Dimensión 4: Apoyo Afectivo	13.86 ± 2.38	13	15
Puntaje Global	83.19 ± 14.34	31	95

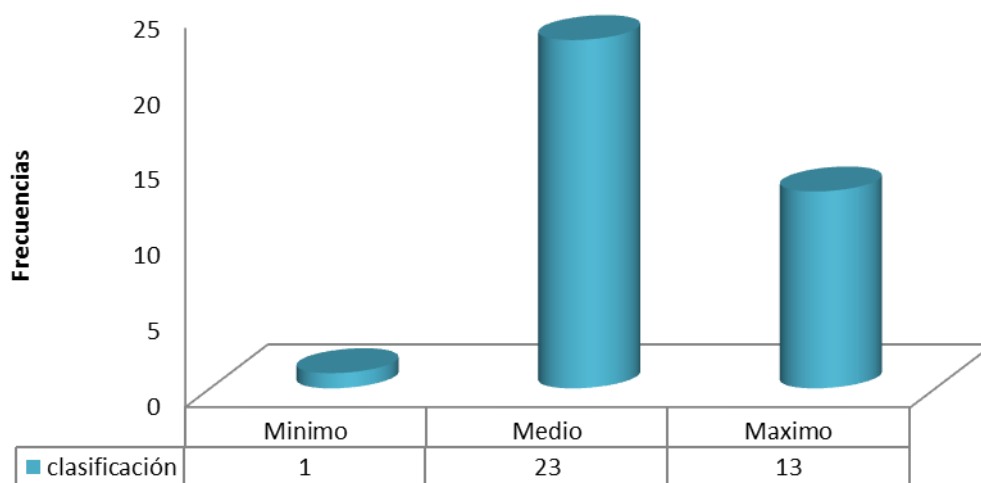
Los datos se ajustaron a una distribución normal, según la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con $p > 0.05$.

$\bar{x} \pm sd$ = media aritmética ± desviación típica

Fuente: Ídem tabla 1

La figura 1 muestra la clasificación de Apoyo Social Global del total de los participantes del estudio, habiendo 23 pacientes clasificados con “medio” Apoyo Social Global (62.16%), 13 con “máximo” Apoyo Social Global (35.14%) y 1 fue clasificado con un Apoyo Social Global “mínimo” (2.70%).

Figura 1
Distribución de participantes según Clasificación de Apoyo Social (n=37)



Fuente: Ídem tabla 1

La tabla 3 muestra los estadísticos descriptivos del Bienestar Espiritual. La media global fue de 55.57 puntos (dt=4.59), de un rango que oscila entre 41 y 60 puntos, calificándose a esta muestra con un alto nivel de Bienestar Espiritual.

Tabla 3
Puntajes medios del Bienestar Espiritual percibido por los pacientes oncológicos del estudio (n=37)

Bienestar Espiritual	$\bar{x} \pm sd$	Mediana	Mínimo	Máximo
Dimensión 1: Intrapersonal †	21.16 ± 2.43	22.00	13	24
Dimensión 2: Transpersonal †	34.40 ± 2.88	36.00	27	36
Puntaje global ‡	55.57 ± 4.59	57.00	41	60

† Los datos no se ajustaron a una distribución normal, según la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con $p < 0.05$.

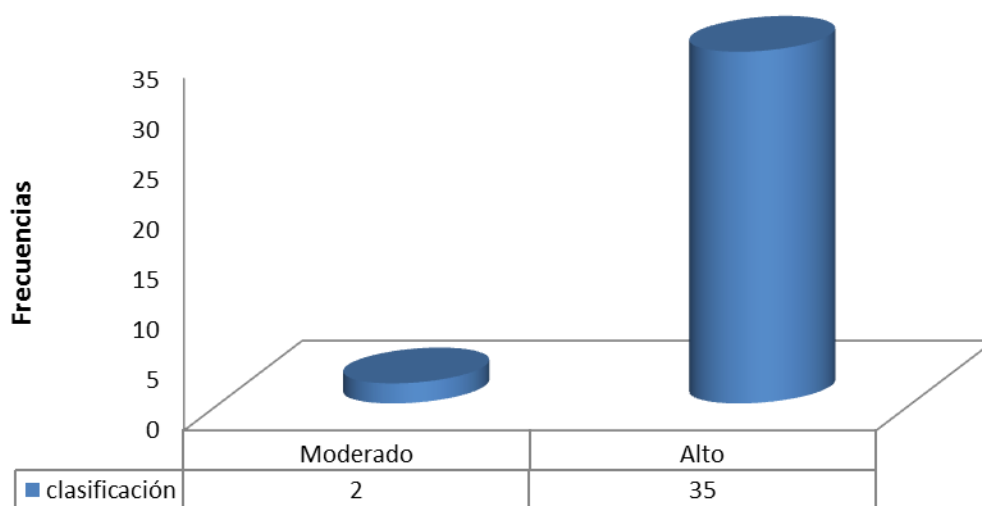
‡ Los datos sí se ajustaron a una distribución normal, según la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con $p > 0.05$.

Fuente: Ídem tabla 1

La figura 2 muestra la clasificación del Bienestar Espiritual Global, encontrándose a 35 con un “alto” nivel (94.59%) y 2 con Bienestar Espiritual “moderado” (5.41%). No hubo pacientes calificados con un Bienestar Espiritual “bajo”.

Figura 2

Distribución de los participantes del estudio según clasificación del Bienestar Espiritual (n=37)



Fuente: Ídem tabla 1

La tabla 4 indica los valores de correlación entre el Bienestar Espiritual y Apoyo Social de los pacientes de la muestra. Se observó que tanto las dimensiones “Intrapersonal” y “Transpersonal” como en el puntaje global de la escala de Bienestar Espiritual no se correlacionaron estadísticamente con ninguna de las dimensiones del Apoyo Social (todas con $p>0.05$).

Tabla 4
Correlación entre los puntajes de Bienestar Espiritual y Apoyo Social (n=37)

Apoyo Social	Bienestar espiritual		
	Intrapersonal	Transpersonal	Puntaje global
Apoyo Emocional	0.07	0.04	0.09
Apoyo Instrumental	-0.14	0.08	-0.08
Interacción Social Positiva	0.03	0.02	-0.00
Apoyo Afectivo	0,11	0.06	0.11
Puntaje Global	-0.02†	0.04	-0.01†

† Coeficiente de correlación R de Pearson (se asumió normalidad previo chequeo con prueba de Kolmogorov-Smirnov, $p>0.05$). Para el resto de los cruces se utilizó el coeficiente Rho de Spearman, por encontrarse distribuciones no normales (prueba de Kolmogorov-Smirnov, con $p<0.05$).

Fuente: Ídem tabla 1

La tabla 5 muestra la frecuencia de participantes que fueron clasificados en una de las tres categorías del Bienestar Espiritual y Apoyo Social. En ella se encontró que no hubo una correlación estadísticamente significativa, con un coeficiente de Kendall bajo (-0.08 y $p=0.64$).

Tabla 5
Distribución de los pacientes oncológicos del estudio según Bienestar Espiritual y Apoyo Social (n=37)

Apoyo Social	Bienestar Espiritual			Total
	Bajo	Moderado	Alto	
Mínimo	0(0.00%)	0 (0.00%)	1(2.90%)	1(2.70%)
Medio	0(0.00%)	1 (50.00%)	22(62.90%)	23 (62.20%)
Máximo	0(0.00%)	1(50.00%)	12(34.20%)	13(35.10%)
Total	0 (0.00%)	2(100.00%)	35(100.00%)	37 (100.00%)

n (%); Coeficiente Tau de Kendall= -0.08, $p=0.64$

Fuente: Ídem tabla 1

La tabla 6 muestra los valores de correlación entre el Bienestar Espiritual y el Nivel Socioeconómico de los pacientes de la muestra. Se observó que tanto las dimensiones “Intrapersonal” y “Transpersonal” como en el puntaje global de la escala de Bienestar Espiritual no se correlacionó estadísticamente con la clasificación del Nivel Socioeconómico (todas con $p > 0.05$).

Tabla 6
Correlación entre el Bienestar Espiritual y Nivel Socioeconómico (n=37)

Nivel Socioeconómico	Bienestar Espiritual
0.02	Dimensión 1: Intrapersonal
-0.10	Dimensión 2: Transpersonal
-0.08	Global

Se utilizó el coeficiente Rho de Spearman, por encontrarse distribuciones no normales (prueba de Kolmogorov-Smirnov, con $p < 0.05$).

Fuente: Ídem tabla 1

La tabla 7 muestra la frecuencia de participantes que fueron clasificados en una de las tres categorías del Bienestar Espiritual y de la clasificación del Nivel Socioeconómico. En ésta se encontró que no hubo una correlación estadísticamente significativa, con un coeficiente de Kendall bajo (0.01 y $p=0.91$).

Tabla 7
Distribución de los pacientes oncológicos del estudio según Bienestar Espiritual y Nivel Socioeconómico

Nivel Socioeconómico	Bienestar Espiritual			Total
	Bajo	Moderado	Alto	
ABC1	0(0.00%)	0(0.00%)	1(2.90%)	1(2.70%)
C2	0(0.00%)	0(0.00%)	4(11.40%)	4(10.80%)
C3	0 (0.00%)	1(50.00%)	13(37.10%)	14(37.80%)
D	0(0.00%)	1(50.00%)	9(25.70%)	10(27.00%)
E	0(0.00%)	0(0.00%)	8(22.90%)	8(21.60%)
Total	0 (0.00%)	2(100.00%)	35(100.00%)	37(100.00%)

n (%); Coeficiente Tau de Kendall=0.01 $p=0.91$

Fuente: Ídem tabla 1

Observación:

Al analizar las consistencias internas de los instrumentos aplicados se obtuvo que: el grado de fiabilidad del Cuestionario de Apoyo Social MOS se calificó como muy buena (0.92) y la fiabilidad del Bienestar Espiritual fue de 0.71, siendo esta alta.

IV.-DISCUSIÓN

4.1.-DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El propósito de este estudio fue determinar la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del PAD y CP del Hospital San Carlos, 2014. No encontrándose estudios con un propósito similar, sin embargo existen investigaciones donde se consideró el Apoyo Social con Bienestar Espiritual y el Nivel Socioeconómico con Bienestar Espiritual.

En relación a los antecedentes personales, la muestra de estudio estuvo compuesta por 37 pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica en estado avanzado, de los cuales un 51.40% correspondió a mujeres y 48.60% a hombres, resultados similares se obtuvieron en el estudio de Sánchez (13), donde igualmente predominaron las mujeres en relación a los hombres con un 58.14%. Respecto a la edad de los participantes, se observó que el rango de mayor frecuencia estuvo comprendido entre 61 y 76 años, con una edad media de 69.9 años y una desviación estándar de 11.5 años, lo que concuerda con los datos obtenidos por Rivas *et al.* (47), donde la distribución de la edad coincide con los cambios demográficos de la población general demostrando un aumento de las personas en edad avanzada visualizado en la pirámide poblacional. Por lo anterior es posible inferir que la mayoría de los pacientes que pertenecían al PAD y CP se encontraron en tramos de edad avanzados, convirtiéndolo en un grupo etario vulnerable a la hora de la aparición del cáncer según lo señalado por la OMS (1).

Al analizar la edad con el nivel educacional se observó una relación inversamente proporcional, ya que los participantes fueron mayoritariamente personas de edad avanzada, analfabetas y quienes no terminaron la enseñanza básica lo que estadísticamente es reafirmado por Whetsell *et al.* (42), indicando la relación de salud de las personas mayores con edades que fluctúan entre 65 y 85 años, en donde el 25.00 % no presentó educación, mientras que el 62.50% había cursado la enseñanza básica. De igual

modo al analizar la edad con el Nivel Socioeconómico se observó una relación inversamente proporcional, ya que los participantes fueron mayoritariamente personas de edad avanzada y pertenecientes a niveles socioeconómicos medio y bajo, al igual que el estudio de Payán *et al.* (19), en el cual 34.00% y 54.00% se ubicaron en los mismos niveles respectivamente.

Cabe destacar que el 47.00% de la muestra de este estudio correspondió a una población rural, lo que pudo haber representado una dificultad en el acceso a la educación o sugerir que las circunstancias de la vida tuvieron un efecto negativo en su escolaridad, influyendo en la comprensión de algunas preguntas, por lo tanto, para la profesión de enfermería se hace fundamental la búsqueda de estrategias prácticas para educar en las áreas de salud, a las personas con bajo nivel educacional independiente de la edad en que se encuentren.

Otro de los antecedentes relevantes correspondió a que el 100% de los pacientes del estudio, indicaron profesar algún tipo de religión, similitud con el estudio de Whetsell *et al.* (42), donde el total de los participantes se consideró religioso. En cuanto al nivel educacional el mayor porcentaje correspondió a básica incompleta y sin estudios con un 48.60% y 13.50% respectivamente lo que se asemeja con lo señalado por Dapuetto *et al.* (44), donde los porcentajes corresponden a 47.70% y 11.70% respectivamente a las mismas categorías.

En relación al Nivel Socioeconómico se observó que 48.60% pertenecía a un nivel bajo (D y E), seguido del nivel medio (C3) con 37.80% y en un menor porcentaje en el nivel alto (ABC1 y C2) con un 13.50%, cuya distribución es compartida en el estudio de Payán *et al.* (19), con 54.00% en el nivel bajo, 34.00% en el medio y 12.00% en el alto.

De acuerdo a las variables sociodemográficas se observó una independencia entre sexo, edad y religión, ya que no existió diferencia significativa en el comportamiento religioso entre hombres y mujeres, lo que se contradice con lo analizado en el estudio de Quiceno y Vinaccia (40), debido a que en situaciones de enfermedad de mayor complejidad creer en Dios y pedir su apoyo, ayuda a las personas a sobrellevar su situación consolidando con

ello sus creencias religiosas (12). Los pacientes del estudio en su mayoría fueron personas de edad avanzada, etapa que los lleva a la búsqueda de un poder más alto para encontrar los propósitos de la vida (19), mediante las relaciones con los miembros de su misma comunidad religiosa, participando en actos y practicas propias de su religión (40), tal vez si la muestra hubiera sido más heterogénea en cuando a edad, se podría haber establecido una asociación entre edad y religiosidad. En cuanto al nivel educacional y religiosidad se observó una asociación negativa, ya que no existe una diferencia significativa entre las personas con analfabetismo o con bajo nivel educacional con aquellos que presentaron un mayor nivel de estudio. Encontrándose de igual modo esta asociación con el Nivel Socioeconómico, sin embargo, esto difiere con lo expuesto por Quiceno y Vinaccia (40), quien señala que las prácticas religiosas se manifiestan en mayor frecuencia en las personas de estratos bajos y medios.

En relación a la distribución de los participantes del estudio de acuerdo al Apoyo Social Global, los resultados arrojaron que 23 pacientes fueron clasificados con Apoyo Social Global medio (62.16%), 13 con Apoyo Social Global máximo (35.14%) y 1 fue clasificado con Apoyo Social Global mínimo (2.70%), donde el sexo, la edad y religión no establecieron diferencias significativas con esta variable, lo que se evidencia en un estudio realizado en Chile denominado: “Bienestar Psicológico, Apoyo Social percibido y percepción de salud en Adultos Mayores” realizado por Vivaldi y Barra (45), que al igual que éste no mostró diferencias entre hombres y mujeres en relación a la percepción del Apoyo Social, ya que esto permitiría al individuo un mayor control percibido, sentirse productivo y tener un sentido a la vida en absoluta independencia. Una explicación a esto sería que la percepción social estaría influenciada no sólo por variable de géneros, si no que por otras variables personales, por ejemplo la apreciación subjetiva de sus recursos propios de afrontamiento.

Al analizar la religiosidad con el Apoyo Social se observó una independencia entre ellos, puesto que sin importar el nivel de Apoyo Social percibido, todos manifestaron ser religiosos, lo que quizás al considerar aspectos de esta índole, las personas logran espacios

de reconciliación con Dios, en compañía de los demás, lo que incrementaría su percepción de apoyo a la vez que consolidan sus creencias religiosas (12).

En cuanto al nivel educacional no se encontraron diferencias entre los pacientes que poseían mayor escolaridad con los que alcanzaron un bajo nivel educacional o no recibieron ningún tipo de estudios, lo que se contradice según un estudio de Salas y Grisales (49), donde los pacientes con mayor escolaridad presentaron mayores índices de calidad de vida, permitiéndoles optar a un mejor acompañamiento, apoyo psicológico y social.

Se apreció que un 97.30% de los pacientes oncológicos poseían Apoyo Social medio y máximo y solo un 2.70% de ellos presentó apoyo mínimo, lo que al relacionarlo con el Nivel Socioeconómico no es posible establecer asociación. Sin embargo, es importante considerar que el principal Apoyo Social para todos los estratos corresponde a familiares, siendo uno de los integrantes del grupo familiar el cuidador principal y en algunas ocasiones abandona su empleo lo que trae consigo vulnerabilidad de la situación socioeconómica del hogar, lo que obliga a continuar solventando los gastos con menores ingresos en la mayoría de los casos, lo que trae consigo dificultades financieras (43).

En cuanto a la relación entre Bienestar Espiritual y Nivel Socioeconómico, se encontró que el mayor número de pacientes se ubicó entre el Nivel Socioeconómico medio y bajo con alto Bienestar Espiritual y solo dos de ellos presentaron un moderado Bienestar Espiritual, mientras que los del Nivel Socioeconómico alto también poseían un alto Bienestar Espiritual, por lo que en este estudio no existieron diferencias significativas. Sin embargo, estudios citados por Rivas *et al.* (47), existen diversos que pretenden analizar si los factores sociodemográficos tienen influencia directa o indirecta en el comportamiento espiritual – religioso, encontrándose a los más influyentes el tener un bajo estatus económico y educativo, ya que se podría pensar que en momentos críticos de la vida las personas se sumergen en la búsqueda de respuestas más allá de sus límites humanos.

En relación a la distribución de los participantes del estudio de acuerdo al Bienestar Espiritual, los resultados arrojaron un 94.59% para el Bienestar Espiritual Alto, un 5.41% para el Moderado y no encontrándose pacientes con Bienestar Espiritual Bajo. Al asociar Bienestar Espiritual con sexo y edad se observó que estas son independientes entre sí, ya que la muestra de estudio estuvo compuesta por una cantidad homogénea de hombres y mujeres, correspondientes solo a adultos y personas mayores, con edades comprendidas entre 49 y 88 años, al respecto diversos estudios han planteado que las personas en etapa adulta y en etapas posteriores es cuando alcanzan mayor bienestar y satisfacción con la vida, manejan mejor la enfermedad crónica a nivel emocional, ya que han adquirido mayor experiencia en el afrontamiento de eventos estresante a través de los años (19). Lo que concuerda con los resultados de los estudios de Reed citado por Sánchez (21), que muestran que los adultos con enfermedad que tienen conciencia de la proximidad del final de sus vidas reportan un mayor nivel de perspectiva espiritual.

De igual modo al relacionar Bienestar Espiritual con religiosidad se observó que 94.59% de los pacientes presentó un alto Bienestar Espiritual y un 100% de los encuestados indicaron profesar religión, lo que permitió concluir que en situaciones de crisis las personas se refugian en la religión por considerarla una fuente de esperanza y fortaleza, permitiendo que la experiencia de vida sea un espacio para el encuentro espiritual (12). Lo que es confirmado por un estudio que relaciona la espiritualidad y religiosidad, realizado por Reig *et al.* (10), que señala que aquellos pacientes que presentan religiosidad, obtienen un puntaje más alto en espiritualidad y que además los que creen en la existencia de un ser superior, obtienen mayor beneficio de su fe, opinando que su enfermedad ha fortalecido sus creencias espirituales.

En el presente estudio se apreció que 95.65% de los pacientes con Apoyo Social medio, y el 92.31% con Apoyo Social máximo presentaron un alto bienestar espiritual. Según estudio realizado por Mendoza *et al.* (46), los familiares de los pacientes coinciden que a partir del diagnóstico se comienza a vivir una fase difícil, de desesperación, pero que paulatinamente se va aceptando la “voluntad de Dios”, por lo que el paciente con la ayuda

de familiares y del hospital va aceptando progresivamente su enfermedad y sus consecuencias razón por la cual los pacientes otorgan una alta valoración al Apoyo Social, lo que también es mencionado en los resultados obtenidos por Novoa *et al.* (48), los que sustentan que la red de Apoyo Social es un factor positivo para afrontar el proceso patológico. Estudios que concuerdan ampliamente con los resultados de esta investigación.

4.2.-LIMITACIONES

- Escasas investigaciones relacionan las variables en conjunto: Apoyo Social, Nivel Socioeconómico y Bienestar Espiritual.
- Retraso en la aprobación de la investigación por parte del Comité de Ética del Hospital San Carlos.
- No contar con autorización para acceder a ficha clínica de los pacientes en estudio, impidiendo conocer si ellos se encontraban en conocimiento del diagnóstico de enfermedad avanzada.
- Muestreo por conveniencia no garantiza la generalización de los resultados encontrados, al trabajar con un tamaño muestral pequeño.

4.3.-SUGERENCIAS

A partir de las limitaciones para la realización de este estudio, es posible considerar ciertas recomendaciones para futuras investigaciones relacionadas con Bienestar Espiritual:

- Realizar un estudio con similares características en donde se incluya otro tipo de variables como la calidad de vida y sus dimensiones.
- Considerar el diseño descriptivo para futuras investigaciones, en caso de un tamaño muestral pequeño.
- Realizar un nuevo estudio que considere una muestra más grande de pacientes oncológicos.
- Ampliar este estudio y comparar los resultados con otros Policlínicos en donde impartan el PAD y CP de la región.
- Dar a conocer los resultados del estudio a los profesionales que participan en el PAD y CD.

4.4.-CONCLUSIONES

El profesional de enfermería cumple un papel cada vez más relevante en la investigación de la espiritualidad en la práctica clínica. La necesidad de apoyo espiritual en la población estudiada se transforma en una necesidad humana perdurable a través del tiempo, permitiendo la adaptación al cambio que se produce en la etapa de transición hacia el final de la vida, demostrándose que el Bienestar Espiritual, otorga un crecimiento personal, sentido a la vida, al dolor y al sufrimiento, orientando el camino para afrontar los cambios físicos y psicosociales que se producen en el proceso de enfermedad incurable avanzada. Debido a estas circunstancias y contexto sociocultural del individuo, se destaca la importancia de las intervenciones del profesional de enfermería encargado del -PAD y CD-, quienes son los líderes en el programa de atención domiciliaria, responsables de elaborar y mantener estrategias de intervención efectivas en cada una de las atenciones, realizando un seguimiento del Bienestar Espiritual, Apoyo Social, a través del tiempo. Además se encarga de mantener una relación interpersonal con el paciente y familia, destacando la importancia terapéutica de la espiritualidad, el derecho del usuario a ser respetado como ser humano, a través de un cuidado ético y humanizado como lo señala la Teoría Transpersonal de Jean Watson. Esta interacción Enfermera – Paciente se transforma en una relación de ayuda, que tiene como objetivo orientar al núcleo familiar hacia la mantención de la salud, entregando herramientas para potenciar su bienestar físico y social a través del fortalecimiento espiritual, que confiere al paciente la oportunidad de vivir bien y en armonía con los demás.

Respecto a las variables Apoyo Social y Nivel Socioeconómico y sus asociaciones positivas con el Bienestar Espiritual, señaladas por la literatura, sirvieron de referencia para el planteamiento de las hipótesis principales de este estudio, que proponían que a un mayor Apoyo Social Percibido y un Nivel Socioeconómico alto influían positivamente en el Bienestar Espiritual de los pacientes oncológicos del Hospital San Carlos, sin embargo, al correlacionar las variables de interés no se determinaron asociaciones estadísticamente

significativas, por lo que los resultados obtenidos no permitieron corroborar los hallazgos de las investigaciones encontrados a la fecha, debido al pequeño tamaño muestral, por lo tanto se rechazan hipótesis nulas.

V-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Organización Mundial De La Salud [Online]. OMS; [Acceso 04 marzo 2014]. Centro de Prensa [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- 2.- Ministerio De Salud. Reporte de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles [Online]. Chile: MINSAL; [Acceso 04 de Marzo 2014]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/InformeNacionalVENTChile2011.pdf>
- 3.- Ministerio De Salud. Primer informe de registros poblacionales de Cáncer de Chile Quinquenio 2003-2007 [Online].Chile: MINSAL; [Acceso 02 de Octubre 2013]. Disponible en:<http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/cancer/INFORME%20RPC%20CHILE%202003-2007,%20UNIDAD%20VENT,%20DEPTO.EPIDEMIOLOGIA-MINSAL,13.04.2012.pdf>
- 4.-Sociedad Americana Contra El Cáncer. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/latinos 2012-2014 [Online]. Atlanta, Georgia: Sociedad Americana Contra El Cáncer; [Acceso 02 de Octubre 2013]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036792.pdf>
- 5.-Organización Mundial de la Salud [Online].OMS; [Acceso 05 de Marzo 2014]. Centro de prensa. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/cancer-report-20140203/es/>
- 6.-Herrera C, Kuhn L, Rosso R, Jiménez J. Tendencias de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por cáncer en Chile 2000-2010 [power point]. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: [http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.lanacion.cl%2Fnoticias%2Fsite%2Fartic%2F20130611%](http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.lanacion.cl%2Fnoticias%2Fsite%2Fartic%2F20130611%2F)

- 7.- Servicio de salud Ñuble. Situación de salud en Ñuble [Online]. Chile: Servicio de salud Ñuble; [Acceso 15 de Octubre 2013]. Disponible en: <http://www.serviciodesaludnuble.cl/portal/index.php?Sec=contenidos&IdContenido=8>
- 8.-Ministerio De Salud. Programa Nacional de Cáncer [Online]. Chile: MINSAL; [Acceso 15 de Octubre 2013]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/PROGRAMA NACIONAL DE CANCER>
- 9.-Ministerio de Salud. Estrategia Nacional De Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 [Online]. Chile: MINSAL; [Acceso 22 de Octubre 2013]. Disponible en: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf>
- 10.- Reig A, Ferrer R, Fernández M, Albaladejo N, Priego M. Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en cuidados paliativos. MedPaliat. [revista en internet] 2013. [Acceso 22 de Octubre 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.03.008>
- 11.-Nuñez P, Enríquez D, Irrarázaval M. La espiritualidad en el paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad. Ajayu [revista en internet] 2011. [Acceso 22 de Octubre 2013]; 10: [95]. Disponible en: <http://ucbconocimiento.ucbca.edu.bo/index.php/raj/article/view/723/698>
- 12.- Sánchez B. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Aquichan [revista en internet] 2004. [Acceso 9 Abril 2013]; 4(4): [6-9]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74140402>.
- 13.- Sánchez B. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. Aquichan [revista en internet] 2009. [Acceso 22 de Octubre 2013]; 9(1): [8-22]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/164/1667>

- 14.- Usta Y. Importance of social support in cancer patients. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.2012; 13(8): [3569-72]. Citado en Pubmed PMID: 23098436. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23098436>
- 15.- Código sanitario. Ley 20.724/1967 de 11 de diciembre. Biblioteca del congreso nacional de chile nº 725, (31-01-1968). Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>
- 16.-Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7º ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011. [91-112].
- 17.- International Council of Nurses. La función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias [Online]. International Council of Nurses; [Acceso 10 de Marzo 2014]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A12_Cuidados_pacientes_moribundos-Sp.pdf
- 18.- Organización médica colegial y sociedad española de cuidados paliativos. Declaración sobre la atención medica al final de la vida [online]. Madrid: departamento de humanidades biomédicas, Universidad de navarra; 2002. [Acceso 20 Abril 2014]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/secpal1.html>
- 19.- Payán E, Vinaccia S, Quiceno J. Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. Aquichan [revista en internet] 2011. [Acceso 20 de marzo 2014]; 14(2): [79-89]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79822611008>
- 20.- Ministerio De Salud. Guía Clínica Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos [Online]. Chile: MINSAL; 2011 [Acceso 20 de marzo 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>

- 21.- Sánchez B. Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. Aquichan [revista en internet] 2009. [Acceso 20 de marzo 2014]; 27 (1): [86-95]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198009>
- 22.- Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis S, Baird P, Bull J, Chochinov H et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos. MedPaliat. [revista en internet] 2011. [Acceso 20 de marzo 2014]; 18(1): [20-40]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-paliativa-337/la-mejora-calidad-los-cuidados-espirituales-como-90027772-special-article-2011>
- 23.- Gallegos M, Hernández D. Bienestar Espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social [revista en internet] 2008. [Acceso 20 de marzo 2014]; 16(2): [99-104]. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=139:bienestar-espiritual-en-pacientes-con-cancer-de-mama-identificado-a-traves-de-la-relacion-enfermera-paciente&catid=104:ano-2008-volumen-16&Itemid=81
- 24.- Zavala M, Vázquez O, Whetsell M. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Aquichan [revista en internet] 2006. [Acceso 20 de Abril 2014]; 6(1): [8-21]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160103>.
- 25.- Espíndula J, Martins E, Bello A. Religión y Espiritualidad: Una Perspectiva de Profesionales de la Salud [base de datos en internet]. Brasil: Revista latino-Am Enfermagem, diciembre 2010, [Acceso 20 de Abril 2014]. Citado en Scielo. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_25.pdf
- 26.- Poblete M, Valenzuela S, Merino JM. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson.

Aquichan [revista en internet] 2012. [Acceso 07 de Abril 2014]; 12(1):[8-21]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/redalyc-seam/articulo.oa?id=74124091002>

27.-Sarason I, Sarason B. Social support: Mapping the construct. Journal of Social and Personal Relationships [revista en internet] 2009. [Acceso 10 abril 2014]; 26(1): [113-20]. Disponible en: <http://www.psych.uw.edu/research/sarason/files/SSMC.pdf>

28.- Arredondo A, Márquez E, Moreno F, Bazán M. Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [revista en internet] 2006. [Acceso 01 de abril 2014]; 11(3): [43-48]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312479004>

29.- Rodríguez J, Pastor M, López S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema [revista en internet] 1993. [Acceso 01 de Abril 2014]; 5: [349-372]. Disponible en: <http://148.215.2.11/articulo.oa?id=72709924>

30.- Vega M, Gonzéles S. Elemento clave de apoyo social para enfrentar enfermedades crónicas. Enfermería Global [revista en la Internet] 2009. [Acceso 8 de Abril 2014]; 16. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000200021>

31.-Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Revista Saúde Pública [revista en Internet] 1997. [Acceso 8 de Abril 2014]; 31(4): [425-435]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>

32.- Terol M. Apoyo Social y salud en pacientes oncológico [Tesis doctoral]. España: Universidad Miguel Hernández; 1999. [Acceso 8 de Abril 2014].

- 33.- Cacante J, Arias M. Tocar los corazones en busca de apoyo: el caso de las familias de los niños con cáncer. Aquichan [Revista en internet] 2009. [Acceso 10 de Abril 2014]; 27 (2):[170-180]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213195002>
- 34.- Helgeson V, Cohen S. Social Support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, Correlacional, and intervention research. HealthPsychology [revista en internet] 1996. [Acceso 05 de Abril 2014]; 15(2):[135-48]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8681922>
- 35.- Ramos F, Rico V, Martínez P. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. Enfermería Global [revista en internet] 2012. [Acceso 12 de Abril 2014]; 11(25): [219-232]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100013>
- 36.- Contreras S. Teoría del Apoyo (Soporte) Social. [Tesis]. Concepción: Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de enfermería; 2011.
- 37.- Acuña L, Bruner C. El Efecto de un número percibido creciente de prestadores de ayuda sobre el Bienestar Psicológico. Revista Mexicana de Psicología [revista en internet] 2009. [Acceso 12 de Abril 2014]; 26:[223-232]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016315009>
- 38.- García M. Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. Revista Digital [revista en internet] 2002. [Acceso 12 de Abril 2014]; 51: [3]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd51/bien2.htm>
- 39.- Amai. Nivel Socioeconómico. España. 2008. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/rne/docs/Pdfs/Mesa4/20/HeribertoLopez.pdf>

40.- Quiceno J, Vinaccia S. Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychología* [revista en internet] 2011. [Acceso 12 de Abril 2014]; 5:[25-36]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224114003.pdf>

41.-Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. La equidad en el acceso a los servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Revista Salud Pública* [revista en Internet] 2007. [Acceso 12 de Abril 2014]; 9(1):[26-38]. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0124-00642007000100005&script=sci_arttext

42.- Whetsell M, Frederickson K, Aguilera P, Maya J. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. *Aquichan* [revista en Internet] 2005. [Acceso 04 de abril 2014]; 5(1):[72-85]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74150108>.

43.- Espinoza K, Jofré V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería* [revista en Internet] 2012. [Acceso 04 de abril 2014]; 18(2): [23-30]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>.

44. Dapuetto J, Servente L, Francolino C, Hahn EA. Determinants of quality of life in patients with cáncer. *Revista de Oncología y radioterapia* [revista en internet] 2005. [Acceso 20 de marzo 2014]; 103(5): [1072-81]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15666324>

45.- Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Aquichan* [revista en internet] 2012. [Acceso 05 de Marzo 2014]; 30(2): [23-29]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523006002>

46.- Mendoza I, Virgen M, Pichardo L. Influencia de los cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos terminales en la obstinación terapéutica. *Revista de Especialidades*

Médico-Quirúrgicas [revista en internet] 2013. [Acceso 05 de Marzo 2014]; 18(2): [87-92].
Disponibile en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47327854006>

47.- Rivas A, Romero A, Vásquez M. Bienestar espiritual de los pacientes con enfermedades crónicas de una institución de cuidado domiciliario. Revista de la facultad de ciencias de la salud [revista en internet] 2013. [Acceso 04 de abril 2014]; 10(1): [22-23]. Disponible en: <http://investigacion.unimagdalena.edu.co/revistas/index.php/duazary/article/view/202>

48.- Novoa M, Caycedo C, Aguillón M, Suárez R. Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. Aquichan [revista en internet] 2008. [Acceso 20 de marzo 2014]; 4(10): [177-192]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111670012>

49.- Salas C, Grisales H. Calidad de Vida y factores Asociados en Mujeres Con Cáncer de mama en Antioquia, Colombia. RevPanam Salud Pública [revista en Internet] 2010. [Acceso 20 de marzo 2014]; 28(1): [9-18]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000700002>

50.- Investigación Científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana. Ley nº 20.120/2010 de 22 de noviembre. Biblioteca del congreso nacional de Chile, nº 114, (19-11-2011). Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1032919&r=2>

51.- Universidad de Chile. Declaración de Helsinski de la Asociación Médica Mundial [Online]. Chile: Universidad de Chile; [Acceso 20 de marzo 2014]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-enbioetica/documentos/76030/declaracion-de-helsinski-de-la-asociacion-medica-mundial>

- 52.-Villora B. Satisfacción y apoyo social familiar en una muestra de personas con Trastorno Mental Grave [Tesis licenciado]. Madrid: Universidad de castilla, la mancha; 2011. Disponible en: <http://www.uclm.es/bits/archivos/trabajos/BEATRIZ%20V%20C%20%8DLLORA%20GALINDO.pdf>
- 53.-Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad en Chile. Rev. méd. Chile [revista en Internet] 2004. [Acceso 20 de marzo 2014]; 132(4): [467-478]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000400009>
- 54.-Subsecretaria de Salud Pública. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor [Online]. Chile: programa de salud del AM, división de prevención y control de enfermedades. [Acceso 20 de marzo 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
- 55.-IN CAM. Spiritual Perspective Scale [base de datos en internet]. [Acceso 20 de marzo 2014]. Disponible en: <http://www.outcomesdatabase.org/node/734>
- 56.- Glavis M, Pérez B. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. Aquichan [revista en internet] 2011. [Acceso 20 de marzo 2014]; 11(3): [256-273]. Disponible en: http://www.scielo.org.cp/scielo.php?pid=S1657-59972011000300003&script=sci_arttex
- 57.- Sierra L, Montalvo A. Bienestar espiritual de enfermeros y enfermeras en unidades de cuidado intensivo. Avances en enfermería [revista en internet] 2012. [Acceso 20 de marzo 2014]; 30(1): [64-74]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a07.pdf>
- 58.- Adimark. Nivel socioeconómico de los hogares del país basado en datos del Censo. Chile: 2002. Disponible en: http://www.adimark.cl/medios/estudios/Mapa_Socioeconomico_de_Chile.pdf

- 59.- Geoffrey N, Streiner D. Bioestadística. Barcelona: Mosby; 1996. p. 14-28.
- 60.- Diccionario Real Academia Española. Edad [Online]. [Acceso 10 de marzo 2014].
Disponibile en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=edad>
- 61.- Diccionario Real Academia Española. Sexo [Online]. [Acceso 10 de marzo 2014].
Disponibile en: <http://lema.rae.es/drae/?val=SEXO>
- 62.-Valencia S. Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. Aquichan [revista en internet] 2006. [Acceso 10 de marzo 2014];2(2):[241-257]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67920205.pdf>
- 63.- Lisondo G, Ilanque C. Depresión. Revista paceña de medicina familiar [revista en internet] 2008. [Acceso 10 de marzo 2014]; 5(7): [24-31]. Disponible en: http://www.mflapaz.com/Revista_7_pdf/5%20DEPRESION.pdf
- 64.- Asociación chilena de empresas de investigación de mercado. Grupos Socioeconómicos [Online]. Chile: AIM; 2008. [Acceso 10 de marzo 2014]. Disponible en: [http://www.aimchile.cl/wp-content/uploads/2011/12/Grupos Socioeconomicos AIM-2008.pdf](http://www.aimchile.cl/wp-content/uploads/2011/12/Grupos_Socioeconomicos_AIM-2008.pdf)
- 65.- Real Academia Española. Cantidad de bienes [Online]. [Acceso 10 de marzo 2014].
Disponibile en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=711QinQReDXX25ba9lgG>

VI.-ANEXOS



ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a)

El presente documento tiene la finalidad de solicitar su participación VOLUNTARIA en el estudio denominado **“Influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Carlos, 2014”**,-Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería- cuyo propósito del estudio es Determinar la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Carlos, 2014.

Destacando lo siguiente:

- La información que usted nos facilite es confidencial. Su nombre no aparecerá en ningún sitio. No hay datos personales que puedan identificarle. En los informes finales del estudio no figurará su nombre.
- La entrevista tendrá una duración máxima de 30 minutos.
- La participación en esta investigación científica no será remunerada. Para hacer esta investigación, y que sus resultados sean válidos y representativos, es necesario que todas las personas seleccionadas, como usted, colaboren.
- La participación en este estudio es voluntaria y sus respuestas no le comprometen en nada. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. Si decide no participar o retirarse no recibirá ningún tipo de penalización o pérdida de beneficios de salud.
- La participación en esta investigación no tiene riesgos para su salud, su integridad física y psicológica.

He leído y comprendido la información incluida en este documento de consentimiento informado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Acepto voluntariamente participar en este estudio. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

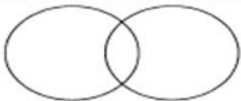
Investigadoras Responsables		Profesor Guía de Tesis:	
Nombre	Rut	Nombre	Rut
Valentina Paz Acevedo Ramírez	17.988.478-k	Sonia Contreras Contreras	7.830.494-4
Nicol Gesmarina Bastías Sandoval	17.911.482-2		
Carolina Andrea Hernández Yáñez	17.749.800-9		
Alejandra Elizabeth Toro San Martin	17.976.020-7		

Acepto Colaborar

Rechazo Colaborar

Nombre y firma del participante

ANEXO 2: ESCALA 1 MINIMENTAL ABREVIADO (MMSE)

EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)																	
<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote un punto por cada respuesta correcta </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">BIEN MAL N.S N.R</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Día mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Año</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Día semana</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>N.S = No sabe N.R = No responde</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	BIEN MAL N.S N.R		Mes		Día mes		Año		Día semana							
BIEN MAL N.S N.R																	
Mes																	
Día mes																	
Año																	
Día semana																	
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer. </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">CORRECTA</td> <td style="width: 40px;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">NO SABE</td> <td style="width: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Arbol</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Mesa</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Avión</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Número de repeticiones</p>	CORRECTA		NO SABE		Arbol				Mesa				Avión			
CORRECTA		NO SABE															
Arbol																	
Mesa																	
Avión																	
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">1 3 5 7 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej: 9 7 5 3 1 = 5 puntos </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Respuesta Correcta</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">9</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">7</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">5</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">3</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">1</td> </tr> </table> <p>N° de dígitos en el orden correcto</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	Respuesta Entrevistado						Respuesta Correcta	9	7	5	3	1				
Respuesta Entrevistado																	
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1												
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelolo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquese sobre las piernas:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. </div>	<p>Ninguna acción 0</p> <p style="text-align: right; padding-right: 10px;">Correcto</p> <p>Toma papel con la mano derecha <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Dobla por la mitad con ambas manos <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Coloca sobre las piernas <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden. </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">CORRECTO</td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">INCORRECTO</td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">NR</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Arbol</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Mesa</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Avión</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR	Arbol				Mesa				Avión			
	CORRECTO	INCORRECTO	NR														
Arbol																	
Mesa																	
Avión																	
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad.</p> <p>Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">CORRECTO</td> <td style="width: 40px;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">INCORRECTO</td> <td style="width: 40px;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">NR</td> <td style="width: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	CORRECTO		INCORRECTO		NR											
CORRECTO		INCORRECTO		NR													
<p style="text-align: center;">Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p style="text-align: right;">Suma total = <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos.</p> <p style="text-align: center;">Normal = ≥ 14 Alterado = ≤ 13</p>																

ANEXO 3: SOLICITUD DE INVESTIGACION SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

OFICIO N° 039/2014

MAT.: Lo indicado

CHILLAN, abril 02 de 2014

A: **DR. IVAN PAUL ESPINOZA**

Director Servicio Salud Ñuble

DE: **SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**

Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada **“Influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Carlos, 2014”**, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

- Valentina Acevedo Ramírez 17.988.478-k
- Nicol Bastías Sandoval 17.9110482-2
- Carolina Hernández Yáñez 17.749.800-9
- Alejandra Toro San Martín 17.976.020-7

Académico Guía:

Sra. Sonia Contreras Contreras, Magister en Enfermería

Propósito de la Tesis:

- Determinar la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Carlos, 2014.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en los pacientes con enfermedad oncológica avanzada del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Carlos, 2014.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes puedan acceder a entrevistar y aplicar instrumentos de análisis de datos a los usuarios inscritos en el Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Carlos.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes se realizará durante el mes de abril y mayo del año en curso, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, se despide atentamente,



ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería

c.c.

📁 Sra. Angela Ibáñez Fuentes – Encargada Convenios Asistencial Docentes SSÑuble.

📁 Sr. Nivaldo Mora Ortega – Director Hospital de San Carlos.

📁 Archivo Escuela Enfermería.

ANEXO 4: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN		INSTRUMENTO (PARA MEDIR LA VARIABLE)
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona (60).	Años cumplidos por el paciente al momento de la entrevista.	Cuestionario 1 de Antecedentes personales
SEXO	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (61).	Se considera a los grupos Hombre y Mujer.	Cuestionario 1 de Antecedentes personales.
RELIGIÓN	Conjunto de creencias o dogmas de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual, social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto (62,63).	Profesa algún tipo de religión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Cuestionario 1 de Antecedentes personales.
NIVEL EDUCACIONAL	Nivel máximo de estudios alcanzados (64).	<input type="checkbox"/> Sin Estudios <input type="checkbox"/> Básica Incompleta <input type="checkbox"/> Básica Completa <input type="checkbox"/> Media Incompleta	Cuestionario 1 de Antecedentes personales y Matriz de Clasificación

		<input type="checkbox"/> Media Completa <input type="checkbox"/> Técnica Incompleta <input type="checkbox"/> Técnica Completa O Universitaria Incompleta (1-3 Años) <input type="checkbox"/> Universitaria (4 años o más)	Socioeconómica.
CANTIDAD DE BIENES DEL HOGAR	Conjunto de bienes propios capitalizados y adscritos susceptibles de estimación económica (65).	<input type="checkbox"/> Ducha <input type="checkbox"/> Tv Color <input type="checkbox"/> Refrigerador <input type="checkbox"/> Lavadora <input type="checkbox"/> Calefón <input type="checkbox"/> Microondas <input type="checkbox"/> Tv Cable O Satelital <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Vehículo	Cuestionario 1 de Antecedentes personales y Matriz de Clasificación Socioeconómica.
NIVEL SOCIOECONÓMICO	<p>Medida económica sociológica que determina la posición económica-enfocada en el patrimonio de bienes materiales- y social-relacionada con el nivel educacional del jefe de hogar (39).</p> <p>ABC1: Población con 9 bienes promedio y nivel educacional del jefe de hogar universitario completa.</p> <p>C2: Población con 7 bienes promedio y nivel educacional técnica completa o universitaria</p>	<input type="checkbox"/> ABC1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Matriz de Clasificación Socioeconómica.

	<p>incompleta.</p> <p>C3: Población con 6 bienes promedio y nivel educacional del jefe de hogar media completa.</p> <p>D: Población con 4 bienes promedio y nivel educacional del jefe de hogar media incompleta.</p> <p>E: Población con 3 bienes promedio y nivel educacional del jefe de hogar básica incompleta (58).</p>		
<p>APOYO SOCIAL</p>	<p>Proceso interactivo en el que la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social en la que se encuentra inmerso, considerando la prestación económica, asistencial y/o sanitaria (28,29).</p>	<p>Los niveles de Apoyo Social se definirán en base a los puntajes obtenidos en el cuestionario, el cual se compone de 20 preguntas, en donde la primera de ellas corresponde a una pregunta abierta referente al número de amigos íntimos y cercanos, mientras que de la segunda en adelante se categorizan en : Nunca (1 punto), Pocas veces (2 puntos), Algunas veces (3 puntos), La mayoría de veces (4 puntos), Siempre (5 puntos), las que se encuentran divididas en cuatro dimensiones:</p> <p>La primera es el apoyo emocional -expresión de afecto y comprensión empática, así como la</p>	<p>Cuestionario 2 Apoyo Social MOS</p>

		<p>guía y oferta de consejos e información- abarca las preguntas: 3, 8, 9, 13, 16, 17y 19; la segunda el apoyo instrumental -La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona- incluye las preguntas: 2, 5, 12 y 15; la tercera la interacción social positiva -la disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse- a través de las preguntas: 7, 11, 14 y 18 y la cuarta el apoyo afectivo -expresiones de amor y de afecto- representadas en las preguntas: 6, 10 y 20.</p> <p>Para la interpretación de resultados se considerará el Apoyo Social Global obtenido de la suma de puntajes de cada una de las cuatro dimensiones dividiéndose en tres niveles: Apoyo Social Global Máximo con un puntaje de 95 puntos, Apoyo Social Global Medio mayor a 57 puntos y Apoyo Social Global Mínimo con un puntaje igual o inferior a 19 puntos.</p>	
<p>BIENESTAR ESPIRITUAL</p>	<p>Es un estado doble, con un componente religioso y un componente espiritual o existencial; por lo que este aspecto otorga un sentido de propósito y satisfacción</p>	<p>Se compone de dos dimensiones: -Intrapersonal: Las primeras cuatro preguntas evalúan el conocimiento de sí mismo. -Transpersonal: seis preguntas que evalúan la conexión y la existencia de un propósito</p>	<p>Escala 2 Perspectiva Espiritual</p>

	<p>con la vida personal (24).</p>	<p>supremo.</p> <p>Los niveles de Bienestar Espiritual se definirán en base a los puntajes obtenidos en la escala, la que se compone de 10 preguntas con un puntaje de 1 a 6 cada una.</p> <p>Las primeras cuatro preguntas se categorizan en : Nunca (1punto), Menos de una vez al año (2 puntos), Más o menos de una vez al año (3 puntos), Más o menos de una vez al mes (4 puntos), Más o menos una vez a la semana (5 puntos), Más o menos una vez al día (6 puntos).</p> <p>De las preguntas cinco a la diez se responde a los criterios: Extremadamente en desacuerdo (1 punto), En desacuerdo (2 puntos), En desacuerdo más que acuerdo (3 puntos), En acuerdo más que en desacuerdo (4 puntos), De acuerdo (5 puntos), Extremadamente de acuerdo (6 puntos).</p> <p>La categorización de los resultados se divide en tres niveles: Nivel Alto de Bienestar Espiritual con un puntaje entre 46 y 60 puntos, Nivel Moderado de Bienestar Espiritual entre 31 y 45 puntos y Nivel Bajo de Bienestar Espiritual con un puntaje entre 10 y 30 puntos.</p>	
--	-----------------------------------	---	--

ANEXO 5: CUESTIONARIO 1 DE ANTECEDENTES PERSONALES

I.-EDAD:

II.- SEXO

- MUJER
- HOMBRE

III.- PROFESA ALGÚN TIPO DE RELIGIÓN

- SI
- NO

NIVEL EDUCACIONAL

- SIN ESTUDIOS
- BÁSICA INCOMPLETA
- BÁSICA COMPLETA
- MEDIA INCOMPLETA
- MEDIA COMPLETA
- TÉCNICA INCOMPLETA
- TÉCNICA COMPLETA O UNIVERSITARIA INCOMPLETA (1-3 AÑOS)
- UNIVERSITARIA (4 AÑOS O MAS)

CANTIDAD DE BIENES DEL HOGAR

- DUCHA
- TV COLOR
- REFRIGERADOR
- LAVADORA
- CALEFÓN
- MICROONDAS
- TV CABLE O SATELITAL
- PC
- INTERNET
- VEHÍCULO

ANEXO 6: CUESTIONARIO 2 APOYO SOCIAL MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos:

--	--

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3-Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4-Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6-Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7-Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8-Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9-Alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10-Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11-Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12-Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13-Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14-Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15-Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18- Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19- Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20-Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

Interpretación cuestionario MOS

VALORES	MÁXIMO	MEDIO	MÍNIMO
Emocional	40	24	8
Instrumental	20	12	4
Interacción Social	20	12	4
Afectivo	15	9	3
Índice Global	95	57	19

El **índice global de Apoyo Social** se obtiene sumando los 19 ítems.

El **Apoyo Social es Escaso** cuando el Índice es inferior a 57 puntos.

Habrá **Falta de Apoyo Emocional** cuando la puntuación sea menor a 24.

Habrá **Falta de Apoyo Instrumental** cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrá **Falta de Interacción Social** cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrá **Falta de Apoyo Afectivo** cuando la puntuación sea menor a 9.

ANEXO 7: ESCALA 2 PERSPECTIVA ESPIRITUAL (SPS)

	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
1.- Cuando está hablando con su familia o sus amigos ¿Cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?						
2.- ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
3.- ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?						
4.- ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?						
	Extremadamente en desacuerdo	En Desacuerdo	En desacuerdo más que de acuerdo	En acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
5.- El perdón es una parte importante de su espiritualidad.						
6.- Ve la espiritualidad como guía para tomar decisiones en su vida diaria.						
7.- Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida.						
8.-Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un "Poder más grande" en momentos importantes de su vida diaria.						

9.-Sus creencias espirituales han influenciado su vida.						
10.- Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.						

Nivel Alto de Bienestar Espiritual: entre 46 y 60 puntos.

Nivel Moderado de Bienestar Espiritual: entre 31 y 45 puntos.

Nivel Bajo de Bienestar Espiritual: entre 10 y 30 puntos

ANEXO 8: MATRIZ DE CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA



ANEXO 9: APROBACIÓN COMITÉ DE ETICA HOSPITAL SAN CARLOS.



RECOMENDACIÓN COMITÉ DE ETICA HOSPITAL SAN CARLOS.

San Carlos, 26 de Mayo del 2014.

Fecha: 26 de Mayo 2014.

Con fecha 16 de mayo se realiza reunión de comité de ética:

Asistentes: Dra. Ema Mora, Dr. Celso Castillo, Dra. Denise Monadier, Enf. U. Viviana González.

Ausentes: Dr. Moisés Retamal, Dr. José Maturano, Sr. Alejandro Jiménez, Dra. Hortensia Castro.

Se da lectura a solicitud de autorización realizada por parte de la Sra. Elena Espinoza LaVoz, Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, para la realización de la tesis de alumnos de V año de Enfermería titulada "Apoyo social y nivel socioeconómico: influencia que tienen en el bienestar espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del programa alivio del dolor y cuidados paliativos del Hospital San Carlos 2014", en conocimiento además de la oficina de convenio docentes asistenciales Sra. Nidia Díaz.

De su lectura destaca que para la realización de la tesis se solicita obtener datos simples de la ficha clínica como: nombre dirección y teléfono de los pacientes en control en el policlínico del dolor y de esta forma acceder a entrevistar y aplicar instrumentos de análisis como aplicación de encuestas a los pacientes y para lo cual se solicitara un consentimiento informado.

Entre los asistentes, no encontramos contraindicación para su realización, pero como sugerencia y para no intervenir en datos de fichas clínicas, se sugiere acceder a los datos de nombre, dirección y teléfono en cuadernos de registro de policlínico del dolor.

Esperando el éxito en la realización del proyecto de tesis, sin otro particular.

MEDICO JEFE
SERVICIO PEDIATRIA
Hospital San Carlos
Denise Monadier Stavelot
Secretario Comité de Ética.

Cc:
Dra. Ema Mora Calzadilla Presidenta Comité de Ética.
Sra. Alicia Contreras Directora Hospital San Carlos.
Dr. René Coza Subdirector médico.
Sra. Nidia Díaz Jefa de Departamento de Control de Gestión y Convenio docente asistenciales.

ANEXO 10: SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN PRUEBA PILOTO HOSPITAL BULNES

OFICIO N° 096/2014

MAT.: Lo indicado

CHILLAN, abril 24 del 2014

A: **Sra. SANDRA PESUTIC PEREZ**

Directora – Hospital Comunitario de Salud Familiar Bulnes.

DE: **SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**

Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada **“Influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico: en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos”**, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

- Valentina Acevedo Ramírez 17.988.478-k
- Nicol Bastías Sandoval 17.9110482-2
- Carolina Hernández Yáñez 17.749.800-9
- Alejandra Toro San Martín 17.976.020-7

Académico Guía:

Sra. Sonia Contreras Contreras, Magister en Enfermería

Propósito de la Tesis:

- Determinar la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.

Objetivo General de la Tesis:

- Establecer la influencia del Apoyo Social y Nivel Socioeconómico en el Bienestar Espiritual en los pacientes con enfermedad oncológica avanzada del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes puedan realizar su prueba piloto, a través de entrevistas y aplicación de instrumentos de análisis de datos a los usuarios inscritos en el Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, del establecimiento de Salud, a su cargo.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes se realizará durante el mes de mayo del año en curso, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, se despide atentamente,


ELENA ESPINOZA LAVOZ
Directora Escuela de Enfermería

C.c.

📁 Sra. Patricia Guerra Tapia – Matrona Encargada, Policlínico Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes.

📁 Archivo Escuela Enfermería.