

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO / FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS/  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

**AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL Y RELIGIOSO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA  
HOSPITALIZACIÓN EN LOS PACIENTES DE LOS CENTROS DE RESPONSABILIDAD DE  
MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA INDIFERENCIADA DEL HCHM DE CHILLÁN, 2014**

Autoras : Gómez Sáez, Celia  
Navarrete Ramos, Patricia  
Pérez Zavala, Karen  
Schuffeneger Tapia, Jennifer  
Profesor guía : EU. Mg. Hermosilla Ávila, Alicia

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA  
JULIO 2014, CHILLÁN**



## **AGRADECIMIENTOS**

*A nuestra docente guía Sra. Alicia Hermosilla Ávila por su apoyo y supervisión durante el proceso de realización de esta investigación, a pesar de las circunstancias.*

*Al Sr. Miguel Ángel López por su disposición y guía en el análisis estadístico.*

*Al Hospital Hermina Martín de Chillán por proporcionar la información para llevar a cabo este estudio.*

*A Cada Uno De Los Usuarios Que Participaron En Este Estudio Por Su Colaboración Y Disposición.*

## DEDICATORIAS

A mi familia primeramente, por representar las bases y los pilares sólidos de lo que hoy estoy forjando para mi futuro, su presencia, apoyo incondicional y paciencia han sido fundamentales en cada una de las decisiones que he tomado en la vida.

A las autoras de esta investigación, que de no haber perseverado y creído en este tema, los esfuerzos puestos en ella, no habría tenido los resultados que ahora se ven.

*Celia Gómez Sáez*

A mi familia, por ser el pilar para seguir adelante, especialmente a mi madre por su paciencia, amor y apoyo incondicional.

A aquellas personas que confiaron más que nadie en mí y brindaron contención cuando lo necesite.

A mis amigas y compañeras de tesis, Celia, Karen y Jennifer por la perseverancia y compromiso con esta investigación.

Gracias por formar parte de este camino.

*Patricia Navarrete Ramos*

A cada una de mis compañeras de tesis Jennifer, Celia y Patricia por su dedicación y compromiso en la realización de este estudio.

A nuestra profesora guía Alicia Hermosilla por su disposición, sus correcciones y paciencia en la elaboración de nuestra tesis.

A nuestro profesor Miguel Ángel por asesorarnos con mucha paciencia.

A nuestros queridos pacientes por su participación, ellos son los que me motivan a dar lo mejor de mí.

A mis padres sin su apoyo no estaría logrando mis objetivos.

*Karen Pérez Zavala*

Dedicar esta tesis a mis padres por su amor, trabajo y sacrificio a lo largo de estos años dándome la oportunidad de lograr esta meta, a mi hermano por toda su ayuda incondicional y a mi abuela Marta por haberme brindado su apoyo y ejemplo.

*Jennifer Schuffeneger Tapia*

## RESUMEN

La espiritualidad del ser humano es un componente importante en la capacidad de afrontar procesos estresantes, es por ello que el objetivo del estudio fue determinar la relación entre el afrontamiento espiritual-religioso y la percepción de la hospitalización en 211 pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM, Chillán. **Instrumentos:** Escala de Estrategias de Afrontamiento (SCS) y cuestionario elaborado por las autoras del estudio. **Resultados:** Respecto a los factores socio-demográficos y de salud, hubo diferencias estadísticamente significativas con sexo ( $p=0,043$ ) y religión ( $p=0,001$ ) en relación al puntaje global de la escala (SCS), obteniendo un mayor puntaje las mujeres y personas que profesaban una religión, en el estado civil ( $p=0,003$ ) hubo una diferencia estadísticamente significativa con la dimensión religiosa de la escala (SCS) donde los viudos presentaron un mayor puntaje. En el cuestionario de percepción de hospitalización se encontró una diferencia estadísticamente significativa con religión ( $p=0,010$ ), donde las personas no religiosas presentaron mejor percepción. En el mismo cuestionario se identificaron diferencias estadísticamente significativas con el tipo de patología ( $p=0,003$ ), siendo las enfermedades respiratorias, endocrinas, metabólicas y nutricionales quienes presentaron un mejor puntaje. Respecto al afrontamiento espiritual-religioso y la percepción de la hospitalización no hubo una relación estadísticamente significativa ( $p=0,306$ ). Sin embargo, la dimensión de estrategias no religiosas con percepción de la hospitalización estableció una relación estadísticamente significativa pero débil ( $p=0,009$ ). **Conclusión:** Por lo tanto el afrontamiento espiritual-religioso no influye considerablemente en una mejor percepción de la hospitalización.

Palabras claves: *Afrontamiento espiritual y religioso, Percepción de hospitalización, Paciente hospitalizado.*

## ABSTRACT

The spirituality of the human being is an important factor in the ability to cope with stressful process, which is why the aim of the study was to determine the relationship between the spiritual-religious coping and the perception of hospitalization in 211 patients in the responsibility centers; internal medicine and undifferentiated surgery HCHM, Chillán. Instruments: Spiritual Coping Strategies Scale (SCS) and questionnaire developed by authors of the study. The results regarding socio-demographic and health factors, were statistically significant in gender ( $p = 0.043$ ) and religion ( $p = 0.001$ ) in relation to the overall score (SCS), obtaining the highest score women and religious people. In marital status ( $p = 0.003$ ) there was a statistically significant difference with the religious dimension of the scale (SCS) where widows had higher scores. In the inpatient perception questionnaire was found a statistically significant difference with religion ( $p=0,010$ ), where no religious people had better perception. In the same questionnaire were identified a statistically significant differences with the type of pathology ( $p=0,003$ ), being respiratory, endocrine, metabolic and nutritional diseases which had higher score. Regarding the spiritual-religious coping and perception of hospitalization showed no statistically significant relationship ( $p=0,306$ ). However the dimension of non-religious strategies with perception of hospitalization showed statistically significant relationship, but weak ( $p=0,009$ ). Conclusions: spiritual-religious coping does not influence a better perception of hospitalization.

Keywords: spiritual and religious coping, perception of hospitalization, Inpatient.

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b>                          | <b>9</b>  |
| 1.1. Fundamentación del problema                | 11        |
| 1.2. Problema de investigación                  | 16        |
| 1.3. Problematización                           | 16        |
| 1.4. Marco teórico                              | 18        |
| 1.5. Marco empírico                             | 25        |
| 1.6. Propósito de la investigación              | 29        |
| 1.7. Objetivos generales y específicos          | 29        |
| 1.8. Hipótesis                                  | 30        |
| <b>II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>      | <b>31</b> |
| 2.1. Tipo de Diseño                             | 31        |
| 2.2. Población de estudio                       | 31        |
| 2.3. Criterios de elegibilidad                  | 31        |
| 2.4. Unidad de análisis                         | 32        |
| 2.5. Aspectos Éticos                            | 32        |
| 2.6. Variables de estudio                       | 33        |
| 2.7. Descripción instrumento recolector         | 34        |
| 2.8. Procedimiento para la recolección de datos | 35        |
| 2.9. Procesamiento de datos                     | 35        |
| <b>III. RESULTADOS</b>                          | <b>37</b> |
| <b>IV. DISCUSIÓN</b>                            | <b>49</b> |
| 4.1. Discusión de resultados                    | 49        |
| 4.2. Limitaciones                               | 55        |
| 4.4. Conclusiones                               | 57        |
| <b>V. BIBLIOGRAFÍA</b>                          | <b>60</b> |
| <b>VI. ANEXOS</b>                               | <b>65</b> |

## I. INTRODUCCIÓN

La necesidad espiritual del ser humano es un componente importante en la capacidad de sobresalir frente a la adversidad, sea por enfermedad u otro proceso estresante, como lo es una estadía hospitalaria<sup>1</sup>. El manejo de una situación límite, como es el caso de un proceso clínico, la cual depende en gran medida de la espiritualidad y religiosidad, repercuten en la labor del profesional respecto a las respuestas esperadas del usuario en su proceso de atención<sup>2</sup>.

Han sido varios los autores que han desarrollado investigaciones que incorporan la dimensión espiritual y religiosidad en sus estudios con pacientes que padecen alguna enfermedad crónica<sup>3-5</sup>, en etapas avanzadas de la vida<sup>1,6</sup>, o en aquellos que cursan enfermedades terminales<sup>7-10</sup>, con el objetivo de establecer si influye su espiritualidad y religiosidad en la percepción del proceso patológico o no. Sin embargo, han sido escasos los hallazgos que intentan explicar cómo afrontan los usuarios situaciones complejas de salud, como una larga estadía hospitalaria. Desde esta perspectiva, se hace importante la investigación de las estrategias de afrontamiento de los usuarios a un entorno desconocido, sometido a una serie de normas y la escasa intimidad que significa estar en un servicio clínico.

Mediante esta investigación fue importante analizar el nivel de afrontamiento espiritual y religioso a través de la aplicación del instrumento: Spiritual Coping Scale (SCS), 2003, adaptada en Colombia el año 2008<sup>11</sup>, y como afecta en la percepción del proceso de hospitalización del usuario. Además de características socio-demográficas diferentes en cada individuo, como: la edad, sexo, nivel socioeconómico, etc. y otros factores importantes relacionados con su salud: días de hospitalización y patologías.

De esta manera, la finalidad de este estudio es aumentar el conocimiento empírico en el área de la salud, y con ello contribuir a mejorar los procesos de atención, especialmente en el área de enfermería, determinando la relación existente entre el afrontamiento espiritual-religioso y la percepción de la hospitalización del usuario, además de otras variables socio-demográficas y de su salud.

### **1.1. Fundamentación del problema**

El ser humano al ser expuesto a un ambiente hospitalario enfrenta un desafío inmediato en su salud y bienestar, pudiendo generar un distress espiritual significativo<sup>12</sup>. Toda persona realiza una valoración de lo que acontece y evalúa cognitivamente, asumiendo el elemento emocional que conlleva la situación de hospitalización<sup>12</sup>.

El individuo genera una respuesta ante un estímulo que llamamos Afrontamiento, definido por Folkman y Lazarus como *“la forma natural o aprendida de responder a un entorno cambiante, un problema o situación específica”*<sup>12</sup>, el cual se concreta y realiza a través de estrategias. Koenig afirma que la espiritualidad es importante para prevenir o aliviar las consecuencias de los sucesos estresantes, tal como lo es el proceso de hospitalización<sup>12</sup>.

Actualmente, la estadía hospitalaria ha disminuido incluso en días, debido a la mejor calidad de atención al paciente, el rápido manejo de patologías recurrentes en los hospitales y a la hospitalización domiciliaria que se ocupa generalmente en pacientes geriátricos<sup>13</sup>.

Según las estadísticas de hospitalización las patologías con mayor egresos corresponden a las tratadas en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada que durante el año 2011 presentaron la mayor cantidad de egresos a nivel nacional, encontrándose en primer lugar las Enfermedades del Sistema Circulatorio con 1.083.781 correspondiente al 11,3% del total de egresos, luego, las Enfermedades del Sistema Respiratorio con 989.837 correspondiente al 10,3% de los egresos, además de las Enfermedades del Sistema Digestivo con una cantidad considerable de 908.372 correspondiente al 9,5% de los egresos totales nacionales<sup>14</sup>.

En cuanto a los egresos según sexo, en las Enfermedades del Sistema Circulatorio es mayor en hombres (566.064 egresos), que en mujeres (517.717 de los egresos) y en relación a las Enfermedades del Sistema Respiratorio, las mujeres presentan mayor cantidad con 517.717 egresos y 493.441 egresos en hombres por este tipo de patología, a su vez, las mujeres presentan 474.940 y los hombres 433.432 de total de egresos de las Enfermedades Digestivas<sup>14</sup>.

Según el Servicio Nacional de Salud (SNS), los indicadores hospitalarios al año 2012 corresponden a 7.061.425 días total nacional de estada hospitalaria, un promedio de camas disponibles 25.121 y 1.116.605 egresos. En la Región de Ñuble, los días de estada son de 216.887, con un promedio de camas disponibles de 853 y un número de egresos de 34.478<sup>14</sup>.

El HCHM, institución donde se centra nuestra investigación, cuenta con una disponibilidad de 431 camas, de las cuales 211 camas corresponden a los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada, en el cual se realizan anualmente 18.412 intervenciones quirúrgicas aproximadamente<sup>15</sup>.

Ante la gran cantidad de pacientes hospitalizados en Chile, y los desafíos en la atención en salud, siendo el usuario el centro de los cuidados profesionales, mediante una visión en lo físico, psicológico, social y la espiritual. Es necesario considerar la espiritualidad como un factor importante dentro del área psicológica del individuo, como una fuente de creencias y actitudes que ayuda a los individuos a encontrar el sentido de la vida y su propia visión del mundo, debido al riesgo de sufrimiento espiritual que presentan la mayoría de los pacientes hospitalizados<sup>16</sup>. Por lo tanto, es importante que las enfermeras fomenten la espiritualidad y religiosidad del paciente, con el fin de responder adecuadamente a todas las necesidades durante la hospitalización.

Profundizando en el legado de Florence Nightingale, la enfermera científica Margaret Jean Harman Watson, enmarca al paciente de manera integral, como un ser Biopsíquicosocial que trasciende al aspecto físico, incluyendo además, la dimensión espiritual en los planes terapéuticos de la atención sanitaria<sup>17</sup>. En la actualidad, estas premisas se encuentran respaldadas por investigaciones que integran la espiritualidad como un elemento significativo en la salud, influyendo de forma positiva, revelando menor prevalencia en los trastornos mentales, mejorando la calidad de vida, aumentando la supervivencia y disminuyendo los días de estada hospitalaria<sup>17</sup>.

En la actualidad, el Modelo de Atención de Salud se encuentra en constante cambio, enfocado tanto a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo, que mediante el desarrollo de investigaciones en esta área, existe certeza de la íntima relación entre estos aspectos<sup>17</sup>. El surgimiento de estudios que relacionan la espiritualidad o religiosidad y un proceso estresante para el paciente, como lo son enfermedades crónicas<sup>1,4</sup> o el dolor<sup>18</sup> son relativamente nuevos y abundantes en realidades culturales, políticas y económicas distintas a las actuales en Chile. Es por ello que uno de los propósitos esenciales de este estudio, es generar conocimiento de los procesos de afrontamiento espiritual y religioso que tiene la población atendida en el principal Centro de Salud de Ñuble.

A partir de lo establecido en el Código Sanitario en el Artículo 113, la Gestión del Cuidado desde su carácter de integralidad debe organizarse desde los niveles de mayor complejidad hasta el nivel domiciliario, en ambos sentidos abarcando todos los niveles de atención (promoción, restauración y rehabilitación) así como la prevención y curación de enfermedades<sup>19</sup>. Por lo tanto, el profesional de Enfermería es quien está a cargo del rol de la Gestión del Cuidado, siendo importante considerar la integración de afrontamiento del área espiritual/ religiosa como un eje fundamental para el bienestar psicológico.

Como revela la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson “Relación de Cuidado Transpersonal”, considera al ser humano como alma, cuerpo y espíritu, donde la persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres componentes para conseguir su armonía<sup>20</sup>. Esta teoría del cuidado humano se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, como señala el Artículo 113 del Código Sanitario, nuestra labor exclusiva es la prevención de la enfermedad y en el caso de nuestro estudio el cuidado de los enfermos hospitalizados. Al ayudar al usuario a tener un mejor afrontamiento estamos brindando cuidados holísticos que promueven el humanismo, la salud y la calidad de vida.

### **Importancia en la profesión de enfermería.**

El ser humano al estar ante una situación crítica como lo es una hospitalización, presenta alteraciones en su diario vivir, lo cual lo inserta en un ambiente ajeno de vulnerabilidad que puede ser percibido con gran incertidumbre, por lo tanto va a elaborar diversas estrategias para afrontar esta situación.

Toda atención otorgada en los múltiples contextos de asistencia debe ir dirigida a satisfacer las necesidades del individuo, ya sea que el ser humano esté en salud, enfermedad, recuperación o rehabilitación. Es por esto que el profesional de Enfermería debe emplear diferentes conductas en la atención, visualizando al individuo como un ser biológico, psicológico, social, espiritual, un ser holístico e integral.

Por lo tanto, la mayoría de las personas implementan nuevos recursos para superar dificultades vitales, para lo cual, se debe educar y enseñar mecanismos de afrontamiento. Y aprender como profesional del área de salud fortalezas humanas, ser consciente de las emociones y sentimientos tanto de uno mismo como de los demás, saber comportarse en las diferentes situaciones sociales con empatía y adquirir habilidades de cómo tratar el tema cómodamente.

De manera, que el profesional de enfermería sea consciente que la religión/ espiritualidad son dos componentes en la Fé del paciente y que el afrontamiento es un mecanismo innato y adquirido mediante un proceso de aprendizaje dinámico y multidimensional, generado por la interacción constante entre el individuo y el entorno mediada por factores que se modifican constantemente, que forja conexiones con la inmensidad del universo y provee de significado en su vida, para así mejorar las estrategias de afrontamiento ante situaciones adversas.

Consiguiente a lo anterior, es necesario realizar esta investigación, para analizar si el afrontamiento espiritual y religioso tienen un rol significativo en como el paciente percibe la hospitalización. Fue importante conocer las distintas realidades tanto espirituales como religiosas de cada persona hospitalizada, para así tener un enfoque que conecta más holísticamente o en forma más eficaz el cuidado en esta etapa, de cómo pueden llevar la hospitalización.

La comprensión de la influencia de la espiritualidad/ religiosidad en el afrontamiento del paciente y la importancia que ejercen en la percepción de su hospitalización, nos provee de conocimientos que permitirán al profesional de enfermería afrontar y abordar de mejor forma la planificación de la atención del paciente, dirigiendo los cuidados de una forma holística e integral, adjudicando la importancia que corresponde al área espiritual/religiosa según lo requiera cada paciente, para la satisfacción de sus necesidades y generando nuevas estrategias de abordaje en situaciones que el individuo requiere del proceso de adaptación.

## **1.2. Problema de investigación**

¿Existe relación entre el afrontamiento espiritual y religioso con la percepción de la hospitalización de los pacientes, en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM de Chillán durante los meses de abril y mayo en el año 2014?

## **1.3. Problematización**

- ¿Cuáles son las características socio demográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, estado civil, red de apoyo familiar y religión) de los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM de Chillán?
- ¿Cuáles son las características clínicas (morbilidad, estadía hospitalaria) de los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM de Chillan?
- ¿Cuál es el grado de afrontamiento espiritual y religioso que tienen los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada?
- ¿Cuál es la percepción de la hospitalización de los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada?
- ¿Serán similares las medias de los puntajes obtenidos de la Escala SCS y Percepción de la Hospitalización de los pacientes según características socio-demográficas en los

pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada?

- ¿Serán similares las medias de los puntajes obtenidos de la Escala SCS y Percepción de la Hospitalización de los pacientes según características de salud en los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada?
- ¿Influye la percepción de la hospitalización en el afrontamiento espiritual y religioso de los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada?
- ¿Influyen las características socio-demográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, estado civil, red de apoyo familiar y religión) de los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM de Chillan, en su Afrontamiento Espiritual y Religioso?
- ¿Influye la duración de la estancia hospitalaria y el tipo de patología en el afrontamiento espiritual y religioso de los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada?

#### 1.4. Marco teórico

Desde los primeros tiempos se ha tenido una concepción del hombre como un ser multidimensional, multi proviene del latín *multus* que significa muchos y dimensión que se define como cada una de las magnitudes de un conjunto que sirven para describir un fenómeno<sup>21</sup>. El hombre está rodeado por dimensiones como la biológica, social, intelectual, ética, moral y la espiritual, interactuando con cada una de ellas.

La dimensión espiritual tiene aspectos cognitivos, experienciales y de comportamiento. El concepto de espiritualidad deriva de la palabra latina *spiritus*, que significa “soplar” o “respirar”, refiriéndose a aquello que da vida o esencia al ser humano<sup>12</sup>.

Reed define espiritualidad como la parte del ser humano que busca el significado y el propósito a través de la conexión intrapersonal, interpersonal y transpersonal<sup>12</sup>. Mientras que Brady, Peterman y Fitchett plantean la relación de esta dimensión con el hecho de poder encontrar respuestas satisfactorias acerca de la vida, la enfermedad, y la muerte<sup>22</sup>.

Según Ross la espiritualidad tiene tres aspectos fundamentales que poseen significado y propósito, estas son: la voluntad de vivir, la fé en uno y en los demás o en un ser superior. Estas pueden influenciar la percepción de la persona logrando una comprensión profunda del significado de la vida o por un intenso deseo de vivir<sup>22</sup>.

Etimológicamente el concepto religión viene del latín *religio*, formada por el prefijo *re-* que indica intensidad, el verbo *ligare* que significa “ligar” o “amarrar” y el sufijo *-ión* de acción o reflejo, lo que significaría la acción y efecto de ligar fuertemente (con un ser superior)”. Por lo tanto la religiosidad se refiere a las creencias, practicas, valores, rituales y símbolos que comparten una determinada comunidad, como una forma de guiar y orientar sus conductas frente a la familia, enfermedad, muerte, etc.

Autores como Gómez, Quiceno y Vinaccia, mencionan que si bien la espiritualidad puede expresarse mediante una religión, también puede manifestarse por medio de una creencia o una filosofía de vida. Esto explicaría que una persona puede ser espiritual aún si no se identifica con un credo o confesión religiosa<sup>23</sup>.

Navas y Villegas afirman que la Espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza<sup>22</sup>. Entonces cuando la espiritualidad forma parte de la personalidad del sujeto, tiende a expresarse en las estrategias de afrontamiento religioso del mismo, con un impacto positivo en su salud al emplear eficientemente dichas estrategias contra el estrés producido por la hospitalización y la enfermedad<sup>24</sup>.

El afrontamiento en términos sencillos lo podemos definir como la forma natural o aprendida de responder a un entorno cambiante, problema o situación específica<sup>12</sup>.

Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona<sup>25</sup>.

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, siendo estos los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto, pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de

forma relativamente estable ante diferentes situaciones, mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación<sup>26</sup>.

El desarrollo de las estrategias de afrontamiento dependerá de los mecanismos internos y externos que el usuario disponga, siendo uno de ellos la espiritualidad y religiosidad, los cuales varían en cada paciente.

El afrontamiento espiritual y religioso utiliza las creencias o comportamientos para prevenir o aliviar las consecuencias negativas de los sucesos estresantes, para facilitar la resolución de problemas<sup>27</sup>.

El modelo de Pargament hace referencia a tres estilos de afrontamiento religioso: Estilo autodirigido: en el cual las personas confían en sí mismas más que en un ser superior para solucionar sus problemas, estilo elusivo o evitativo: en donde la responsabilidad es dejada en manos de la divinidad y estilo colaborativo en el que se establece una dinámica compartida entre el hombre y un ser superior en el proceso de afrontamiento<sup>28</sup>.

El estilo o estrategia de afrontamiento que utiliza el individuo estará determinada por características de personalidad, como también de los recursos disponibles dentro de los principales encontramos: la salud y energía, creencias positivas, apoyo social, recursos materiales<sup>25</sup>.

Se conoce que el proceso de hospitalización trae repercusiones en el ser humano, siendo el estrés la principal afección, donde la persona experimenta cambios en su estado de equilibrio. El agente estresante es cualquier estímulo o situación que provoca el estrés, la enfermedad es uno de ellos, pudiendo tener efectos positivos o negativos dependiendo de la fase del desarrollo en la que se encuentre el individuo<sup>12</sup>.

La palabra percepción deriva del latín *perceptio*, compuesta del prefijo per- (intensidad), el verbo *capere* capturar y el sufijo -tío (acción y efecto), es decir “la acción y efecto de capturar bien las cosas”. Entonces podemos definir percepción como: “el proceso por el cual la persona, conoce el mundo exterior a partir de las impresiones que le transmiten los sentidos”.

La percepción de la hospitalización es el proceso que el paciente construye para darle sentido a sus síntomas y condición en que se encuentra. Esto puede verse afectado por múltiples factores: culturales, sociales, creencias o experiencias<sup>29</sup>.

### **Teoría del cuidado humano de Margaret Jean Watson**

Se caracteriza por un enfoque centrado en el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de diversas reestructuraciones administrativa de gran parte de los sistemas de cuidado de salud en el mundo. Plantea como importante rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

Los conceptos relevantes de la teoría para el estudio son los siguientes<sup>30</sup>:

Interacción enfermera- paciente: se define como un proceso entre dos personas en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad y compromisos con una dimensión propia y personal. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

Relación transpersonal de cuidado: Transpersonal se define como ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. El cuidado transpersonal intenta conectarse y

abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

Siendo la práctica del cuidado fundamental en enfermería, Watson establece y define diversos factores que tendrían gran impacto en la entrega del cuidado en el paciente, estos enfocan diversas áreas que es importante no obviar al momento de brindar la atención.

Con el tiempo Watson complementa su teoría y estructura los 10 factores caritativos o proceso caritas, estos se encuentran en su libro *“Nursing: Human Science and Human Care. A theory of nursing”*.

A continuación se mencionan los factores del cuidado con relevancia para el estudio:

Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción del paciente, dando un mayor sentido de sí mismo.

Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: la enfermería debe considerar la influencia de los entornos tanto internos como externos que afectan en la salud y la enfermedad de las personas. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el

paciente. Mientras que el usuario debe satisfacer primeramente las necesidades de menor rango antes de cubrir las necesidades un rango superior.

### **Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy**

Las personas hospitalizadas están expuestas a un sin número de estímulos que generan respuestas adaptativas o de afrontamiento. Callista Roy define el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza una persona para atender las demandas del ambiente, las cuales actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad<sup>31</sup>.

Callista define los niveles de adaptación como un punto en un proceso constante, compuesto por estímulos focales y residuales<sup>32</sup>.

En el modelo de adaptación Callista Roy, postula que el subsistema cognoscitivo es el proceso de afrontamiento principal de la persona y se manifiesta bajo una respuesta de autoconcepto, función de rol e interdependencia<sup>32</sup>.

Se refiere al afrontamiento y a los procesos de adaptación como a un constructo multidimensional que representa las respuestas o modos fisiológicos y psicosocial. Como sistema posee niveles Jerárquicos pues abarca procesos cognoscitivos tanto a nivel de entradas o estímulos<sup>32</sup>.

En los estímulos podemos encontrar tres tipos principales: Estímulos focales: Es el estímulo interno o externo que se enfrenta la persona de forma más inmediata; Estímulos contextuales: son todos los estímulos que contribuyen y están presentes en la situación de estímulo focal y hace referencia tanto a factores externos como internos, aunque no ocupa su centro de atención; Estimulo residual: son factores del entorno dentro y fuera

del sistema humano, cuyos efectos en la situación actual del paciente no pueden discernirse con claridad<sup>32</sup>.

Callista Roy habla de que los mecanismos de afrontamiento que están clasificados como formas innatas de respuestas o adquiridas ante el entorno<sup>31</sup>.

Cuando se habla de innato es aquello que se determina genéticamente o son comunes a las especies, no se piensa en ello cuando se actúa, se perciben de forma automática.

Cuando se habla de afrontamiento adquirido se desarrolla mediante aprendizajes y experiencias de la vida, contribuyendo a que se desarrollen con experiencias propias adaptadas a los estímulos concretos<sup>31</sup>.

Ambas teorías son de importancia en la investigación. La *Teoría del cuidado humano de Margaret Jean Watson*, entrega los fundamentos de un enfoque transpersonal del ser humano, valorando el impacto de la dimensión espiritual en la vida del paciente y como una efectiva relación enfermera-paciente puede potenciar esa área. Por otra parte el *Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy*, ayuda a entender el proceso de afrontamiento afirmando que es la respuesta a estímulos y estas respuestas como pueden ser innatas o adquiridas, por lo tanto al existir un afrontamiento adquirido, la persona puede aprender estrategias de afrontamiento efectivas para la situación en que se encuentra.

### **1.5. Marco empírico**

En el año 2012, Stefano Vinaccia et al. Realiza un estudio de carácter ex-post-facto de tipo correlacional, mediante una metodología tipo encuesta respecto a la relación entre resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso, sobre la calidad de vida de 121 pacientes de la Ciudad de Medellín, Colombia. Para dicho fin, utilizó los siguientes instrumentos: escala de resiliencia (RS), escala de resiliencia breve CD-RISC2, cuestionario breve de percepción de enfermedad (IPQ-B), inventario de sistema de creencias (SBI-15R), escala estrategias de afrontamiento espirituales (SCS) y cuestionario de Salud MOS SF-36<sup>3</sup>.

En cuanto a las creencias / prácticas religiosas- espirituales y apoyo social religioso, en el grupo de EPOC tuvo los niveles más altos, lo que indica que son personas creyentes y arraigadas a una fe o credo.

Sin embargo, los resultados encontrados con la subescala de afrontamiento no religioso del cuestionario –SCS- y sus significativas relaciones halladas con las diferentes medidas de resiliencia, CVRS y percepción de enfermedad, sobre todo en las muestras de pacientes de AR y EPOC. Revelan que los índices de salud física y mental se ven influenciados por la percepción de enfermedad, la resiliencia y variables socio-demográficas y clínicas, a diferencia del grupo de EPOC, siendo nula la presencia de los aspectos religiosos y espirituales en los diferentes grupos de estudio.

En cuanto a la muestra total (n=121) se encontró que la dimensión de resiliencia, competencia personal, el afrontamiento no religioso y los años de estudios impactaron de manera positiva el índice de salud mental del MOS SF-36, mientras era impactado negativamente por los ítems del IPQ-B respuesta emocional y consecuencias.

En conclusión, se revela que las creencias/prácticas y el afrontamiento espiritual-religioso no tienen un peso significativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud, sino más bien, se ve influenciada por variables como la percepción de la enfermedad, la resiliencia, variables socio-demográficas y clínicas como el tipo de enfermedad<sup>3</sup>.

El año anterior el mismo autor realizó otro estudio acerca de las diferentes creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso, en función de las características socio-demográficas en la misma Ciudad. Con una participación de 121 personas adultas con diagnóstico de enfermedad crónica.

En este estudio participaron personas entre los 22 a 86 años de edad siendo mayormente mujeres con una edad promedio de 59 años. El nivel educativo alcanzado fue hasta séptimo grado de básica secundaria. En cuanto al nivel socioeconómico la mayoría pertenecía al nivel bajo y medio bajo, siendo la gran mayoría de estado civil casados.

Respecto a las diferentes dimensiones que comprenden las escalas SBI-15R y SCS no se encontraron diferencias significativas en función a las características socio-demográficas género, con quien vive, estado civil y tiempo de diagnóstico.

De acuerdo con la edad y escolaridad se evidencia que la primera tuvo una correlación positiva pero débil con las dimensiones apoyo social y afrontamiento religioso del SCS. En cambio, la escolaridad tuvo correlación negativa moderada con la variable edad, mientras que hubo correlaciones débiles con las dimensiones creencias y prácticas religiosas espirituales, apoyo social religioso y con afrontamiento religioso del SCS.

En cuanto al estrato socioeconómico, presentaron diferencias significativas con todas las dimensiones del cuestionario SCS, siendo el estrato bajo el que obtuvo puntuación más alta, seguido del estrato medio y por último el estrato alto (menor frecuencia).

A nivel comparativo se observa en esta investigación que las creencias/prácticas religiosas y espirituales, el apoyo social religioso y las estrategias de afrontamiento religioso y No religioso son completamente independientes de variables socio-demográficas como género, con quien vive, estado civil y tiempo de diagnóstico.

De igual modo se observa que el nivel educativo está asociado negativamente con las creencias y prácticas religiosas-espirituales, la búsqueda de apoyo social religioso y las estrategias de afrontamiento religiosas, las cuales pueden ser más utilizadas si el paciente es de un nivel educativo bajo o menos empleadas si el nivel es alto.

Según lo anteriormente expuesto, se concluyó como resultado que independientemente del tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el género, los enfermos crónicos son más espirituales y religiosos cuando son adultos mayores, más aun cuando no tienen una actividad laboral, pertenecen a un bajo nivel educativo y estrato socio-económico bajo<sup>1</sup>.

En una revisión realizada por Thune'-Boyle et al, el año 2006 en Londres<sup>7</sup>, sobre como las estrategias de afrontamiento religioso / espiritual afectan en percepción en pacientes con cáncer, concluyó que existe evidencia de un efecto beneficioso de afrontamiento religioso, pero también pueden ser perjudiciales. Sin embargo, muchos estudios presentaban serios problemas metodológicos, especialmente en la forma en que manejo religioso fue conceptualizado y medido, sin controlar la influencia de posibles variables influyentes.

En un estudio realizado en el año 2011 por Mendoza et al<sup>33</sup>, cuyo objetivo era caracterizar a los pacientes con insuficiencia cardiaca que se hospitalizaron en el Servicio de Medicina del Hospital de Familia y Comunidad de Mulchén, Chile, en un total de 162 pacientes: 84 varones (51,85%). Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, mediante la revisión de los registros oficiales de ingreso-egreso del Servicio de Medicina

del Hospital de Mulchén, analizando variables como edad, sexo y días de hospitalización. Concluyendo que los pacientes se encontraban entre los 38 y 96 años, con un promedio de 67 años y con un 73,45% de pacientes con 60 años o más. Con una distribución bastante similar entre mujeres y hombres. Con respecto a la duración de la hospitalización fue entre 3 y 19 días, con un promedio de 11. Casi el 80% de los pacientes provenían del servicio de urgencia.

## **1.6. Propósito de la investigación**

Determinar la relación que existe entre el afrontamiento espiritual-religioso y la percepción de la hospitalización.

## **1.7. Objetivos generales y específicos**

### **Objetivo General:**

Relacionar variables de afrontamiento espiritual y religioso con la percepción de la hospitalización de los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.

### **Objetivos específicos:**

- Conocer las variables socio-demográficas (sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educacional, red de apoyo familiar y religión) de los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Conocer en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM, los días de hospitalización y las patologías de los usuarios.
- Determinar el nivel de afrontamiento espiritual y religioso mediante la aplicación del instrumento: Spiritual Coping Scale, SCS en los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Identificar cómo perciben la hospitalización los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.

- Comparar las medias de la Escala SCS y de Percepción de la Hospitalización según características socio-demográficas de los pacientes hospitalizados de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Comparar las medias de la Escala SCS y de Percepción de la Hospitalización según características de Salud de los pacientes hospitalizados de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Establecer la relación entre el afrontamiento espiritual y religioso con la percepción de la hospitalización de los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Conocer la relación entre las variables socio-demográficas y de salud con el afrontamiento espiritual y religioso de los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.

### **1.8. Hipótesis**

Un Alto Grado de Afrontamiento Espiritual y Religioso contribuye a una mejor percepción de la hospitalización en los pacientes de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.

## **II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1. Tipo de Diseño**

El estudio utilizó un diseño de tipo correlacional de corte transversal.

### **2.2. Población de estudio**

La población de estudio estuvo compuesta por 211 pacientes hospitalizados durante 3 o más días en los Centros de Responsabilidad de Cirugía indiferenciada y Medicina interna del HCHM ubicado en Chillán (provincia de Ñuble), que se encontraron hospitalizados en el periodo de aplicación de los instrumentos para el levantamiento de datos, comprendiendo los meses de abril y mayo del año 2014.

### **2.3. Criterios de elegibilidad**

#### **2.3.1. Criterios de inclusión:**

- Pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina interna y Cirugía indiferenciada que tuvieran al menos 3 días de hospitalización.
- Pacientes que firmaran el consentimiento informado.

#### **2.3.2. Criterios de exclusión:**

- Pacientes con puntaje en escala Glasgow menor a 15.
- Paciente que presenten alteración de conciencia y que no comprenda las preguntas.

#### **2.4. Unidad de análisis**

Pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina interna y Cirugía indiferenciada del HCHM en un periodo de dos meses comprendiendo el mes de Abril y Mayo de 2014.

#### **2.5. Aspectos Éticos**

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científica del Hospital Clínico Herminda Martín, para lo cual se envió una “Solicitud de Investigación Científica a realizar en el HCHM” (ver anexo n°1), junto al Consentimiento Informado (ver anexo n°2). En dicho formulario quedó estipulada la identidad de las autoras de la investigación, el objetivo y finalidad que se busca con el desarrollo de este estudio. Se explicó la metodología y los procedimientos que fueron empleados, se describió el procesamiento de los datos obtenidos, y las pruebas estadísticas a las que fueron sometidos. Una vez obtenida la autorización, se solicitó la firma al director del establecimiento (ver anexo n°3) Dr. Rodrigo Avendaño Brandeis y la autorización a los Jefes de los Servicios de Medicina y Cirugía, Dra. Lydia Hernández Sánchez y al Dr. Luis Muñoz Sepúlveda respectivamente (ver anexo 4). El consentimiento informado tiene el objetivo de resguardar la normativa vigente en el país, sobre investigación científica en el ser humano Ley 20.120<sup>34</sup> y de Derechos y Deberes, Ley 20.584 art. 8 y 9: respetar el principio de autonomía del usuario según el art.11<sup>35</sup>. Se informó los aspectos esenciales de la investigación, propósito, beneficios y riesgos, la participación de carácter voluntaria, con posibilidad de abstención o abandono de la investigación cuando el participante lo estimara necesario, según la Ley 19.628 art. 3<sup>36</sup>. Una vez obtenida esta información, se entrevistaron a los pacientes hospitalizados en los respectivos Servicios y se les solicitó su autorización para la participación de esta investigación mediante la firma del consentimiento informado. Además, se les señaló que podían realizar cualquier consulta durante la entrevista y que la información

proporcionada sería de absoluta confidencialidad, no siendo revelada a terceros ni al Equipo de Salud del Servicio, como señala el Art 11 de la Declaración de Helsinki<sup>37</sup>.

## **2.6. Variables de estudio**

Para el estudio se consideraron importantes las siguientes variables: (matriz de variables ver anexo n°5).

- *Variable dependiente:*
  - Percepción de la Hospitalización
  
- *Variable independiente:*
  - Religiosidad y Espiritualidad.
  
- *Covariables:*
  - Duración de la estancia hospitalaria.
  - Morbilidad.
  - Centro de Responsabilidad.
  - Edad.
  - Sexo.
  - Nivel Educativo
  - Nivel Socio-económico.
  - Estado Civil.
  - Tipo de familia.
  - Religión

## 2.7. Descripción instrumento recolector

- *Cuestionario: Antecedentes del paciente y Percepción de la hospitalización* (Anexo nº 6)

Creado por las investigadoras, cuya escala consta de dos partes: la primera determina características socio-demográficas y clínicas del paciente: servicio de hospitalización y sexo que corresponden a variables dicotómicas, además de días de hospitalización en el momento, edad, nivel educacional, nivel socio-económico, estado civil, tipo de familia y creencia religiosa, que corresponden a variables politómicas. La segunda parte, adaptación del Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (IPQ-R)<sup>38</sup>, consta de 6 preguntas dirigidas a determinar si ha tenido hospitalizaciones anteriores, y percepción de la duración de la hospitalización, en qué grado afecta la hospitalización en la vida del usuario, comprensión del motivo de la hospitalización, grado de dolor y nivel en que afecta emocionalmente la hospitalización en el usuario. Tienen un sistema de respuestas likert de 5 puntas, las cuales indican que a mayor puntuación, el paciente percibirá su hospitalización de forma más negativa y viceversa cuando obtenga una puntuación menor. La duración aproximada de aplicación de este instrumento es de 10 minutos.

- *Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual, SCS.* (Anexo nº 7)

Desarrollada en Inglaterra por Baldacchino y Buhagiar, el año 2003 (4). La fiabilidad para la consistencia interna de la versión en español del SCS fue con un alfa de Cronbach de 0,83 y un coeficiente de Correlación de Spearman de 0,40 al compararla con el instrumento Establecimiento de Bienestar Espiritual<sup>11</sup>. Esta herramienta consta de 20 ítems divididos en dos subescalas: la primera mide estrategias de afrontamiento religioso (9 ítems), y la segunda mide estrategias de afrontamiento no religioso (11 ítems), con un sistema de respuesta likert de cuatro puntas, que va de 0 (Nunca) a 3 (Frecuentemente). A mayor puntuación, la herramienta indica que el usuario posee un mejor afrontamiento espiritual religioso o no religioso y viceversa cuando el puntaje sea menor.

## **2.8. Procedimiento para la recolección de datos**

La recolección de información se realizó una vez obtenida la autorización del CEC. La aplicación del cuestionario fue realizado mediante entrevista, posterior al entrenamiento de las investigadoras, a los pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina interna y Cirugía indiferenciada en el HCHM de Chillán. Una vez obtenida la autorización de las enfermeras jefes de los respectivos servicios, se solicitó el listado de pacientes previamente a la aplicación individual de los cuestionarios, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se eligieron horarios que no obstaculizaran el trabajo del profesional de salud, la visita de los familiares u horarios de comida.

El tiempo de aplicación de los instrumento no fue mayor a 30 minutos.

Los métodos de control de calidad de datos empleados, fueron la verificación de que todos los datos estuvieran completos antes de finalizar la entrevista, además se tomó aleatoriamente el 10% de los cuestionarios aplicados y se revisó la coherencia de las respuestas.

## **2.9. Procesamiento de datos**

Luego del trabajo de campo, los datos fueron ingresados directamente al paquete estadístico SPSS (versión 15.0), para su posterior análisis.

Las escalas de Afrontamiento Religioso-No Religioso y de Percepción de Hospitalización fueron analizadas a través de media aritmética y desviación típica, previa comprobación de normalidad a través de observación gráfica de la curva del histograma y de la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov. Para las características socio-demográficas y de salud se presentaron mediante frecuencias y porcentajes.

Las medias de los puntajes obtenidos para las escalas de Afrontamiento Espiritual-Religioso y Percepción de la hospitalización fueron comparadas según las características socio-demográficas y de salud de la muestra con la prueba de t-Student para muestras independientes de dos grupos (sexo, grupos de edad, nivel socio-económico y centros de responsabilidad) y la prueba de ANOVA para tres o más grupos (años de estudio, red de apoyo familiar, estado civil, religión, días de estada y tipo de patología).

Con el objetivo de correlacionar los puntajes de las escalas aplicadas, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (previa comprobación de normalidad) y la de Rho de Spermán, en caso de no ajustarse a distribución normal o en variables de tipo cualitativas. Ambos coeficientes operan según la magnitud de la correlación obtenida, de tal modo que el valor obtenido se clasificó según el siguiente criterio: entre 0 y 0,5: débil correlación; entre 0,5 y 0,7: mediana correlación y desde 0,7 a 1,0: alta correlación<sup>39</sup>. Los valores negativos indican correlaciones inversamente proporcionales entre las variables de interés, mientras que los valores positivos representan correlaciones directamente proporcionales. Se utilizó un nivel de significación de 0,05 para rechazar la hipótesis nula de aceptar un coeficiente de correlación cero en la población de referencia<sup>39</sup>.

### III. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala SCS y Percepción de la Hospitalización determinan la relación existente entre las distintas dimensiones que componen los cuestionarios, contemplando los objetivos generales y específicos del estudio.

Participaron en este estudio 211 pacientes de ambos sexos del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de los sujetos disponibles al momento del levantamiento de los datos, que cumplieran los criterios de inclusión del estudio y firmaran voluntariamente el consentimiento informado. Se recogió una muestra de 126 pacientes del Centro de Responsabilidad de Cirugía indiferenciada y 85 de Medicina Interna. Por la escasa rotación de los pacientes en el Centro de Responsabilidad de Medicina Interna fue necesario completar la totalidad de la muestra con pacientes del Servicio de Cirugía Indiferenciada.

La edad de los pacientes encuestados se encontraba entre 15 y 93 años, con un promedio de 57,98 años (de: 17,103). El 58,8% de la población es de sexo masculino y el 84,4% de la población tenía más de 40 años. En cuanto al nivel socioeconómico predominante fue Clase media baja y Clase media, con 45,0% y un 9,4 %, respectivamente.

El nivel educacional con mayor frecuencia fue entre 6 y 10 años de estudios, con un bajo porcentaje de pacientes con estudios superiores (18,5%). En relación al estado civil, más de la mitad reveló ser casado (60,7%), y el 90,5% reveló tener una red de apoyo familiar compuesta por 1 o más personas. La mayoría de los pacientes del estudio indicó profesar una religión (88,6%) y el resto relató solo creer en Dios.

**Tabla 1**

Distribución de los participantes del estudio según características socio-demográficas (n= 211)

| <b>Características socio-demográficas</b>  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Sexo</b>                                |          |          |
| Mujer                                      | 87       | 41,2     |
| Hombre                                     | 124      | 58,8     |
| <b>Edad</b>                                |          |          |
| Adolescente (Entre 15 y 19 años)           | 2        | 0,9      |
| Adulto Joven (Entre 20 y 39 años)          | 31       | 14,7     |
| Adulto Medio (Entre 40 y 64 años)          | 92       | 43,6     |
| Adulto Mayor (65 y más años)               | 86       | 40,8     |
| <b>Nivel socioeconómico</b>                |          |          |
| ABC1 **                                    | 4        | 1,9      |
| C2 **                                      | 26       | 12,3     |
| C3 **                                      | 62       | 29,4     |
| D **                                       | 95       | 45,0     |
| E **                                       | 24       | 11,4     |
| <b>Nivel educacional (años de estudio)</b> |          |          |
| Entre 0 y 5 años                           | 73       | 34,6     |
| Entre 6 y 10 años                          | 99       | 46,9     |
| 11 y más años                              | 39       | 18,5     |
| <b>Red de apoyo familiar</b>               |          |          |
| Vive Solo                                  | 20       | 9,5      |
| Vive con 1 persona                         | 50       | 23,7     |
| Vive con 2 personas                        | 55       | 26,1     |
| Vive con 3 personas o más                  | 86       | 40,7     |
| <b>Estado Civil</b>                        |          |          |
| Soltero                                    | 58       | 27,5     |
| Casado                                     | 128      | 60,7     |
| Viudo                                      | 19       | 9,0      |
| Divorciado                                 | 6        | 2,8      |
| <b>Religión</b>                            |          |          |
| Católicos                                  | 125      | 59,2     |
| Evangélicos                                | 55       | 26,1     |
| Otra religión                              | 7        | 3,3      |
| Ninguna Religión                           | 24       | 11,4     |

*Elaboración de las investigadoras a partir de la investigación.*

\*\*ABC1: familias de alto nivel de ingreso \$ 1.700.000 y los \$ 3.200.000 pesos chilenos

\*\* C2: Clase media alta, integrada por familia con ingresos sustentables \$ 600.000 y los \$ 1.200.000

\*\* C3: Clase media, sueldo \$ 400.000 a \$ 500.000 pesos chilenos

\*\* D: Corresponde a la clase media baja, ingreso levemente sobre los \$ 215.000

\*\* E: Alude a la clase baja que integra a familias, en su mayoría, pobres, con ingresos cercanos al salario mínimo.

La tabla 2, revela la distribución de las características de salud de los participantes en donde más del 50% de los usuarios corresponde al Centro de Responsabilidad de Cirugía Indiferenciada. En cuanto al tiempo de hospitalización, el 79,9% de los usuarios estuvo hasta 9 días, y el resto de ha permanecido 10 días o más. Las Enfermedades más frecuente observadas en estos paciente fueron las del Sistema Digestivo (29,9%), traumatismos (17,5%) y Circulatorio (12,8%), sumando 60,2% de la muestra.

**Tabla 2**  
Distribución de los participantes del estudio según características de salud (n= 211)

| <b>Características de salud</b>                  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Centro de Responsabilidad</b>                 |          |          |
| Medicina interna                                 | 85       | 40,3     |
| Cirugía indiferenciada                           | 126      | 59,7     |
| <b>Días de estadía</b>                           |          |          |
| Entre 3 y 4 días                                 | 94       | 44,6     |
| Entre 5 y 9 días                                 | 75       | 35,5     |
| 10 o más días                                    | 42       | 19,9     |
| <b>Patologías*</b>                               |          |          |
| Enf. Del Sistema Circulatorio                    | 27       | 12,8     |
| Enf. Del Sistema Digestivo                       | 63       | 29,9     |
| Enf. Del Sistema Genitourinario                  | 12       | 5,7      |
| Enf. Del Sistema Osteo-muscular                  | 11       | 5,2      |
| Enf. Del Sistema Respiratorio                    | 11       | 5,2      |
| Enf. Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas     | 13       | 6,2      |
| Enf. Infecciosas y Parasitarias                  | 12       | 5,7      |
| Neoplasias                                       | 14       | 6,6      |
| Signos, síntomas y hallazgos clínicos anormales. | 11       | 5,2      |
| Traumatismos                                     | 37       | 17,5     |

*Elaboración de las investigadoras a partir de la investigación.*

\*Clasificación General según CIE 10.

Según muestra la tabla N°3, se puede apreciar que la puntuación media obtenida para afrontamiento espiritual y religioso fue de 41,91 puntos (de: 5,59), dentro de un máximo de 60 puntos, promedio que se acerca a un moderado nivel de afrontamiento espiritual y religioso frente a la hospitalización. Para la dimensión no religiosa se presentó una media de 26,48 puntos (de: 4,02) de un máximo de 33 puntos, calificándose a un alto nivel de uso de estrategias no religiosas. En la dimensión Religiosa, se observó una media de 15,40 puntos (de: 5,59) considerando un máximo de 27 puntos, la media indica que utilizan un moderado uso de estrategias religiosas.

Respecto a la Percepción de la Hospitalización, la tabla N°3 indica que la puntuación media presenta 10,74 puntos (de: 3,53). Considerando un rango de 0 a 24 puntos, la media representa una moderada percepción de la hospitalización.

**Tabla 3**  
Nivel de estrategias de Afrontamiento Espiritual y Religioso y Percepción de la Hospitalización de los pacientes del estudio (n= 211)

| <b>Instrumento</b>                      | <b>Media</b> | <b>D.E.</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> |
|---|--------------|-------------|---------------|---------------|
| <b>Escala SCS</b>                       |              |             |               |               |
| Dimensión Religiosa                     | 15,4         | 5,586       | 2             | 27            |
| Dimensión No Religiosa                  | 26,48        | 4,017       | 9             | 33            |
| Puntaje Total                           | 41,91        | 7,085       | 13            | 60            |
| <b>Percepción de la hospitalización</b> | 10,74        | 3,528       | 2             | 22            |

*Elaboración de las investigadoras a partir de la investigación.*

La tabla 4 señala las medias obtenidas de las escalas de afrontamiento espiritual-religioso y percepción de la hospitalización según las características socio-demográficas de los

participantes del estudio. Tanto para el puntaje global ( $p=0,043$ ) como las dos dimensiones que la componen (no religiosa,  $p= 0,050$ ; Religiosa,  $p= 0,007$ ) se presentaron diferencias estadísticamente significativas con sexo, siendo el grupo de las mujeres quienes presentaron puntajes mayores que los hombres (tabla 4.1)

Para la religión, el puntaje global fue estadísticamente significativo ( $p= 0,001$ ), encontrándose un puntaje menor en el grupo de pacientes que refirieron no profesar alguna religión. Al desagregar la información según las dos dimensiones de ésta escala, se observa que en la dimensión No Religiosa no se encontró diferencia estadísticamente significativa ( $p= 0,757$ ), pero sí la hubo en la dimensión religiosa ( $p= 0,007$ ), en la cual se logra observar que los pacientes con otras religiones promediaron un puntaje mayor para esta dimensión (tabla 4.2)

Respecto al estado civil de los pacientes, se encontró una diferencia estadísticamente significativa para la dimensión Religiosa de la escala ( $p= 0,003$ ), siendo los solteros quienes promediaron el menor puntaje. Para la dimensión no religiosa, ni para el puntaje global se presentaron diferencias estadísticamente significativas, entre los distintos tipos de estados civiles ( $p= 0,559$  y  $p= 0,074$ , respectivamente).

En cada uno de los grupos de edad, nivel socioeconómico, años de estudio y red de apoyo familiar evaluados en este estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas con el puntaje global, ni en las distintas dimensiones de la escala de afrontamiento Espiritual-Religioso (tabla 4.1).

Respecto al Cuestionario de percepción de hospitalización, se encontró una diferencia estadísticamente significativa con la variable religión ( $p= 0,010$ ), siendo los pacientes que indicaron no tener religión, quienes presentaron una media menor (tabla 4.2)

**Tabla 4.1**  
Comparación de Medias del Afrontamiento Espiritual – Religioso y Percepción de la Hospitalización según características socio-demográficas (n=211)

| Características Socio-demográficas | Afrontamiento Espiritual y Religioso |                     |                | Percepción de la Hospitalización |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------|----------------------------------|
|                                    | Dimensión No Religiosa               | Dimensión Religiosa | Puntaje Global |                                  |
| <b>Sexo</b>                        |                                      |                     |                |                                  |
| Mujer                              | 27,02 ± 3,34                         | 17,28 ± 4,63        | 44,30 ± 6,54   | 10,66 ± 3,18                     |
| Hombre                             | 26,10 ± 4,40                         | 14,14 ± 5,85        | 40,24 ± 8,20   | 10,81 ± 3,76                     |
| <i>P-valor</i> †                   | 0,050                                | 0,007               | 0,043          | 0,058                            |
| <b>Edad</b>                        |                                      |                     |                |                                  |
| Menores de 65 años                 | 26,59 ± 4,22                         | 14,33 ± 5,54        | 40,92 ± 7,97   | 10,73 ± 3,76                     |
| Adulto Mayor                       | 26,33 ± 3,73                         | 17,03 ± 5,28        | 43,36 ± 7,37   | 10,77 ± 3,18                     |
| <i>P-valor</i> †                   | 0,526                                | 0,358               | 0,773          | 0,100                            |
| <b>Nivel socioeconómico</b>        |                                      |                     |                |                                  |
| NSE más altos (ABC1, C2, C3)       | 27,05 ± 3,61                         | 14,62 ± 5,94        | 41,67 ± 7,96   | 10,70 ± 3,49                     |
| NSE más bajos (D, E)               | 26,04 ± 4,27                         | 16,06 ± 5,24        | 42,10 ± 7,71   | 10,78 ± 3,57                     |
| <i>P-valor</i> †                   | 0,056                                | 0,087               | 0,639          | 0,695                            |
| <b>Años de estudio</b>             |                                      |                     |                |                                  |
| Entre 0 y 5 años                   | 25,79 ± 4,24                         | 16,45 ± 5,49        | 42,25 ± 8,22   | 10,64 ± 3,70                     |
| Entre 6 y 10 años                  | 26,57 ± 3,91                         | 15,33 ± 5,34        | 41,90 ± 7,40   | 10,76 ± 3,51                     |
| 11 y más años                      | 27,56 ± 3,68                         | 13,77 ± 6,07        | 41,33 ± 8,18   | 10,90 ± 3,32                     |
| <i>P-valor</i> ‡                   | 0,810                                | 0,051               | 0,841          | 0,936                            |
| <b>Red de apoyo familiar</b>       |                                      |                     |                |                                  |
| Vive Solo                          | 26,15 ± 4,85                         | 15,15 ± 6,14        | 41,30 ± 9,34   | 11,00 ± 3,78                     |
| Vive con 1 persona                 | 26,26 ± 3,34                         | 15,04 ± 5,57        | 41,30 ± 7,14   | 10,26 ± 3,56                     |
| Vive con 2 personas                | 25,84 ± 4,83                         | 16,02 ± 4,50        | 41,85 ± 8,95   | 11,53 ± 3,38                     |
| Vive con 3 o más personas          | 27,10 ± 3,56                         | 15,35 ± 5,59        | 42,45 ± 7,08   | 10,47 ± 3,51                     |
| <i>P-valor</i> ‡                   | 0,288                                | 0,822               | 0,840          | 0,232                            |
| <b>Estado Civil</b>                |                                      |                     |                |                                  |
| Soltero                            | 26,86 ± 3,54                         | 13,72 ± 5,21        | 40,59 ± 6,80   | 10,72 ± 3,53                     |
| Casado                             | 26,18 ± 4,37                         | 15,71 ± 5,67        | 41,89 ± 8,34   | 10,88 ± 3,56                     |
| Viudo                              | 27,00 ± 3,22                         | 19,00 ± 3,99        | 46,00 ± 6,28   | 9,84 ± 3,17                      |
| Divorciado                         | 27,67 ± 2,34                         | 14,67 ± 6,41        | 42,33 ± 6,35   | 11,00 ± 4,29                     |
| <i>P-valor</i> ‡                   | 0,559                                | 0,003               | 0,074          | 0,696                            |

Elaboración de las investigadoras a partir de la investigación.

$\bar{x} \pm dt$  (media ± desviación típica); † Prueba de t-student; ‡ ANOVA

**Tabla 4.2**

Comparación de Medias del Afrontamiento Espiritual – Religioso y Percepción de la Hospitalización según características socio-demográficas (n=211)

| Características Socio-demográficas | Afrontamiento Espiritual y Religioso |                     |                | Percepción de la Hospitalización |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------|----------------------------------|
|                                    | Dimensión No Religiosa               | Dimensión Religiosa | Puntaje Global |                                  |
| <b>Religión</b>                    |                                      |                     |                |                                  |
| Católicos                          | 26,24±4,05                           | 15,38±5,08          | 41,62±7,44     | 11,36±3,17                       |
| Evangélicos                        | 26,85±4,29                           | 17,56±5,42          | 44,42±8,34     | 10,00±4,15                       |
| Otra religión                      | 27,14±3,19                           | 17,71±5,53          | 44,86±6,54     | 11,00±2,45                       |
| Ninguna Religión                   | 26,71±3,48                           | 10,13±5,20          | 36,83±6,22     | 9,17±3,40                        |
| <i>P-valor</i> ‡                   | 0,757                                | <0,001              | 0,001          | 0,010                            |

*Elaboración de las investigadoras a partir de la investigación.*

$\bar{x} \pm dt$  (media  $\pm$  desviación típica); † Prueba de t-student; ‡ ANOVA

En la tabla 5 se observa las medias de las dos escalas del estudio, según las variables de salud de los participantes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas del puntaje obtenido para la dimensión no religiosa con el Centro de responsabilidad ( $p=0,021$ ), destacando que los pacientes de medicina interna presentan un puntaje más alto que los de cirugía indiferenciada, lo que representa un mayor uso de estas estrategias.

El puntaje global de la escala y las dos dimensiones que la componen no presentaron diferencias estadísticamente significativas según los días de estada y tipo de patología (tabla 5).

Se encontró que la media de Percepción de Hospitalización fue estadísticamente significativa según el tipo de patologías ( $p=0,003$ ), observándose que en los grupos de Enfermedades Respiratorias y Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas presentaron puntajes más bajos de todas las patología observadas en los participantes del estudio (tabla 5)

**Tabla 5**  
Comparación de Medias del Afrontamiento Espiritual – Religioso y Percepción de la Hospitalización según características de salud (n=211)

| Características de salud                         | Afrontamiento Espiritual y Religioso |                     |                | Percepción de la Hospitalización |
|--|--------------------------------------|---------------------|----------------|----------------------------------|
|  | Dimensión No Religiosa               | Dimensión Religiosa | Puntaje Global |                                  |
| <b>Centro de Responsabilidad</b>                 |                                      |                     |                |                                  |
| Medicina interna                                 | 27,04±3,27                           | 15,51±5,88          | 42,54±7,47     | 10,25±3,46                       |
| Cirugía indiferenciada                           | 26,11±4,42                           | 15,38±5,40          | 41,49±8,03     | 11,08±3,55                       |
| <i>P-valor</i> †                                 | 0,021                                | 0,306               | 0,960          | 0,945                            |
| <b>Días de estadía</b>                           |                                      |                     |                |                                  |
| Entre 3 y 4 días                                 | 26,79±3,85                           | 15,89±5,22          | 42,68±7,43     | 10,84±3,64                       |
| Entre 5 y 9 días                                 | 26,68±3,75                           | 14,67±5,55          | 41,35±7,58     | 10,24±3,34                       |
| 10 o más días                                    | 25,45±4,73                           | 15,76±6,39          | 41,21±8,98     | 11,43±3,55                       |
| <i>P-valor</i> ‡                                 | 0,176                                | 0,335               | 0,442          | 0,204                            |
| <b>Patologías según CIE-10</b>                   |                                      |                     |                |                                  |
| Enf. Del Sistema Circulatorio                    | 25,93±5,28                           | 15,41±5,34          | 41,33±9,26     | 10,19±3,70                       |
| Enf. Del Sistema Digestivo                       | 26,90±3,37                           | 15,00±6,34          | 41,90±7,60     | 10,52±3,76                       |
| Enf. Del Sistema Genitourinario                  | 26,00±2,73                           | 14,92±5,60          | 40,92±6,53     | 10,67±3,03                       |
| Enf. Del Sistema Osteo-muscular                  | 26,36±5,05                           | 15,82±7,60          | 42,18±11,45    | 10,18±2,56                       |
| Enf. Del Sistema Respiratorio                    | 27,27±3,00                           | 18,09±4,78          | 45,36±6,27     | 8,45±3,73                        |
| Enf. Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas     | 26,31±3,88                           | 14,54±5,71          | 40,85±6,70     | 8,31±3,77                        |
| Enf. Infecciosas y Parasitarias                  | 26,58±3,73                           | 16,08±3,75          | 42,67±5,48     | 11,00±3,08                       |
| Neoplasias                                       | 25,57±3,32                           | 15,71±3,97          | 41,29±5,98     | 11,71±3,25                       |
| Signos, síntomas y hallazgos clínicos anormales. | 28,27±2,05                           | 15,36±6,12          | 43,64±7,09     | 11,36±3,20                       |
| Traumatismos                                     | 25,97±5,07                           | 15,46±5,12          | 41,43±8,67     | 12,62±2,70                       |
| <i>P-valor</i> ‡                                 | 0,809                                | 0,941               | 0,938          | 0,003                            |

*Elaboración de las investigadoras a partir de la investigación.*

$\bar{x} \pm dt$  (media  $\pm$  desviación típica); † Prueba de t-student; ‡ ANOVA

Al analizar la tabla 6 no se observa una relación estadísticamente significativa entre el Afrontamiento Espiritual y Religioso y la Percepción de la Hospitalización ( $R=-0,071$ ;  $p=0,306$ ). Sin embargo, se puede destacar que en la Dimensión Estrategias No Religiosas presenta una correlación estadísticamente significativa pero débil con la Percepción de la Hospitalización ( $R= -0,181$ ;  $p= 0,009$ )

**Tabla 6**  
Correlación entre Afrontamiento Espiritual y Religioso con Percepción de la Hospitalización (n=211)

| Dimensiones                               | Percepción de la hospitalización |                      |
|---|----------------------------------|----------------------|
|   | Correlación                      | p- valor             |
| <b>Escala SCS</b>                         |                                  |                      |
| Estrategias de Afrontamiento Religioso    | 0,031                            | 0,654 <sup>n.s</sup> |
| Estrategias de Afrontamiento No Religioso | -0,181                           | 0,009**              |
| Puntaje Global                            | -0,071                           | 0,306 <sup>n.s</sup> |

*Elaboración de las investigadoras a partir de la investigación.*

Coefficiente R de Pearson

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; \*\*\* $p<0,001$ ; n.s.= no significativo

Tabla 7 detalla la consistencia interna de los ítems de las herramientas aplicadas en esta investigación. Se observa la fiabilidad de las distintas versiones, tanto en inglés como en español de la Escala SCS<sup>11</sup>. El nivel de fiabilidad observado en la población de estudio, es menor a la registrada en aplicaciones anteriores, tanto en las distintas dimensiones ( $\alpha$  de Cronbach Dimensión Religiosa= 0,73;  $\alpha$  de Cronbach Dimensión No Religiosa= 0,59), como también en el puntaje total ( $\alpha$  de Cronbach= 0,74). La escala de Percepción de Hospitalización mostró un alfa menor ( $\alpha$  Cronbach= 0,37), fiabilidad insuficiente para desarrollar discusiones concretas.

**Tabla 7**  
Fiabilidad de las Herramientas de estudio

| Herramientas                         | Alfa de Cronbach |                 |                         |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|-------------------------|
|                                      | Versión Inglés   | Versión Español | En población de estudio |
| <b>Escala SCS</b>                    |                  |                 |                         |
| Dimensión Religiosas                 | 0,74             | 0,75            | 0,73                    |
| Dimensión No Religiosa               | 0,79             | 0,80            | 0,59                    |
| Puntaje Global                       | 0,82             | 0,83            | 0,74                    |
| <b>Percepción de Hospitalización</b> | -                | -               | 0,37                    |

*Elaboración de las investigadoras a partir de la investigación.*

La Tabla 8 indica una correlación estadísticamente significativa entre el puntaje global de la Escala de estrategias de afrontamiento Espiritual y religioso con sexo ( $R= 0,263$ ;  $p = 0,000$ ) y estado civil ( $R= 0,169$ ;  $p= 0,014$ ). No obstante, las correlaciones son calificadas como débiles.

En cuanto a las dimensiones de la Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual y religiosa se observa que existe una correlación estadísticamente significativa entre la dimensión no religiosa y los años de estudio de los pacientes ( $R= 0,163$ ;  $p= 0,018$ ). Para la dimensión religiosa se presentó una correlación estadísticamente significativa con las características socio-demográficas: sexo ( $p=0,000$ ), edad ( $p= 0,000$ ), NSE ( $p=0,046$ ), años de estudio ( $p= 0,001$ ) y estado civil ( $p= 0,001$ ). Sin embargo estos valores también son considerados débiles (todos con valor menor a  $0,005$ ).

**Tabla 8**  
Correlación entre Afrontamiento Espiritual y Religioso con características socio-demográficas (n=211)

| Características socio-demográficas              | Estrategias de Afrontamiento espiritual y religioso |                       |                       |
|---|---|-----------------------|-----------------------|
|   | No religioso  | Religioso             | Puntaje global        |
| Sexo †  | -0,132 <sup>n.s</sup>                               | 0,278***              | 0,263***              |
| Edad ‡  | -0,131 <sup>n.s</sup>                               | 0,272***              | 0,127 <sup>n.s</sup>  |
| Nivel socioeconómico †                          | -0,130 <sup>n.s</sup>                               | 0,138*                | 0,036 <sup>n.s</sup>  |
| Nivel educacional (años de estudio) ‡           | 0,163*  | -0,225**              | -0,077 <sup>n.s</sup> |
| Red de apoyo familiar (número de integrantes) † | 0,111 <sup>n.s</sup>                                | 0,037 <sup>n.s</sup>  | 0,71 <sup>n.s</sup>   |
| Estado Civil †                                  | -0,011 <sup>n.s</sup>                               | 0,229**               | 0,169*                |
| Religión †                                      | 0,065 <sup>n.s</sup>                                | -0,051 <sup>n.s</sup> | -0,011 <sup>n.s</sup> |

Elaboración de las investigadoras a partir de la investigación.

† Rho de Spearman; ‡ R de Pearson

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; \*\*\* $p<0,001$ ; <sup>n.s</sup>. = no significativo

La tabla 9 no muestra correlaciones significativas entre la Escala de estrategias de afrontamiento religiosos y no religioso con las características de salud de los pacientes entrevistados (todos con R menor a 0,50 y p-valor mayor a 0,05).

**Tabla 9**

Correlación entre Afrontamiento Espiritual y Religioso con características de Salud (n=211)

| Características de salud    | Afrontamiento espiritual y religioso |                       |                       |
|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
|                             | No religioso                         | Religioso             | Puntaje global        |
| Centro de responsabilidad † | -0,073 <sup>n.s</sup>                | 0,015 <sup>n.s</sup>  | -0,049 <sup>n.s</sup> |
| Días de hospitalización ‡   | -0,057 <sup>n.s</sup>                | 0,065 <sup>n.s</sup>  | 0,018 <sup>n.s</sup>  |
| Tipos de patologías †       | 0,061 <sup>n.s</sup>                 | -0,026 <sup>n.s</sup> | 0,013 <sup>n.s</sup>  |

*Elaboración de las investigadoras a partir de la investigación.*

† Rho de Spearman; ‡ R de Pearson normal

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; <sup>n.s</sup> = no significativo

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1. Discusión de resultados

La hospitalización muchas veces representa una alteración en la estabilidad del paciente, surgiendo periodos de desajuste emocional y ansiedad al someterse a un ambiente ajeno de vulnerabilidad que puede ser percibido con gran incertidumbre. Algunas hospitalizaciones involucran una mayor cantidad de días, afectando de forma considerable en los usuarios, quienes adoptan técnicas de afrontamiento espiritual y religioso<sup>7</sup>.

Al analizar el perfil socio-demográfico de este estudio, se observó mayor concentración de pacientes que están en los tramos de edad entre 40 y 60 años. Al realizar una comparación con el estudio desarrollado por Stefano Vinaccia y Japcy M. Quiceno de percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en pacientes colombianos, se observa que la mayor cantidad de pacientes se encontraba entre los 57 y 68 años<sup>3</sup>. A partir de esto se puede inferir que las personas de edad avanzada, tienen más probabilidad de enfrentar una hospitalización, debido a una mayor vulnerabilidad a desarrollar enfermedades crónicas, infecciones, caídas, entre otras. Una vez hospitalizados tienen un gran riesgo en desarrollar úlceras por presión, reacción adversa medicamentosa, infecciones y trombosis, incrementando sus días de hospitalización<sup>40</sup>.

La mayor parte de los encuestados fue hombre, a diferencia de los resultados encontrados en el estudio desarrollado por Stefano Vinaccia y Japcy M. Quiceno "Creencias- prácticas y afrontamiento espiritual y religioso y características socio-demograficas"<sup>4</sup>. Esto puede deberse a que las mujeres se controlan con mayor frecuencia su salud, por lo tanto previenen la instancia hospitalaria, a diferencia del hombre. Estos resultados se respaldan con las estadísticas nacionales entregadas por el DEIS para la región del Biobío, donde la tasa de mortalidad masculina es mayor, y por lo tanto se hospitaliza en mayor número<sup>14</sup>.

En cuanto a nivel socioeconómico, en los estratos más bajos se encontraba la mayor parte de la población con el 56,4% y los años de escolaridad más frecuentes era de 6 a 10 años con un 46,9%. Similar a como lo indica el estudio “Creencias- prácticas y afrontamiento espiritual y religioso y características socio-demográficas”, desarrollado en Colombia el año 2011<sup>4</sup>, donde un gran porcentaje de pacientes presentaba un bajo nivel socioeconómico y una enseñanza de 6 años de básica secundaria. Este estudio sostiene que las personas con un bajo nivel socioeconómico son más espirituales y religiosas. A su vez, podemos destacar que el tener menor ingreso económico y niveles de estudio bajos son factores importantes que aumentan los riesgos de llegar a la instancia hospitalaria.

Con respecto a la clasificación de Red de apoyo familiar, un 90,7% de los usuarios estudiados refirieron vivir con 1 o más personas, lo que concuerda con el estudio de Stefano Vinaccia y Japcy M. Quiceno<sup>4</sup> donde el 93,4% de los sujetos estudiados vivían con familia o amigos, refiriendo una buena red de apoyo. Al analizar el estado civil de la población, la mayoría relató ser casado, resultado similar a los encontrados en el mismo estudio<sup>4</sup> donde el 47,5% de la población participante era casada. Existen estudios que respaldan que la mayoría de los pacientes hospitalizados en Chile, pertenecen a familias constituidas por dos o más personas, y en su mayoría con estado civil casado, lo que influye en el afrontamiento de su hospitalización<sup>33</sup>.

En nuestro estudio la religión mayoritaria en la población es católica con un 59,2% y solo una minoría reveló no tener religión específica, pero si creer en Dios, un 11,4%. Al comparar este resultado con el estudio de Carolina Costa Vacalti que habla de afrontamiento espiritual y religioso de pacientes hospitalizados en Brasil<sup>41</sup>, el 84% de ellos presentaban religión católica y tan solo un 1% no señalaba una religión específica. Estos resultados presentan gran similitud a los analizados en nuestro estudio, coincidiendo también en que la gran mayoría refiere la importancia de tener una fuente espiritual de respaldo independiente el credo religioso que profesa.

En las características de salud, casi el 80% de los usuarios tenía menos de 9 días hospitalizado, el resto concentraba 10 o más días de hospitalización. Al contrastarlo con el estudio de Harold G. Koenig de afrontamiento espiritual y religioso en pacientes adultos hospitalizados en el Medical Center de la universidad de Duke<sup>42</sup>, los resultados reflejaron que la mayoría de los pacientes presentaban menos de 11 días hospitalizados con un porcentaje del 54,4%. Esta comparación refleja la similitud de que gran número de los pacientes no presentan una estadía muy prolongada, al ser la mayoría de las patologías de mediana complejidad las que se presentan en los servicios hospitalarios estudiados. Otro factor que favorece la disminución de hospitalizaciones; es los bajos número de días de estadía hospitalaria de los usuarios, aumento de tecnología y cantidad en cuanto a tomas de exámenes dando respuesta más rápida a los diagnósticos a los pacientes para su eventual alta o una intervención más rápida ya sea quirúrgica o de tratamiento .

Respecto a la Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual y Religioso, su dimensión No Religiosa, mostró un mayor uso de este tipo de estrategias, donde apreciar la naturaleza, ayudar a otras personas y ver el lado positivo de las cosas son las estrategias no religiosa desarrolladas con más frecuencia por los participantes. Lo que concuerda con los hallazgos de Stefano Vinaccia y Japcy M. Quiceno, en que la mayoría de los pacientes indicó usar estrategias no religiosas<sup>4</sup>. A nivel descriptivo la dimensión Religiosa solo reveló un uso moderado de estas prácticas, siendo confiar y mantener una relación con Dios o un ser superior, las estrategias que los pacientes más utilizaban para enfrentar el proceso hospitalario, a diferencia del estudio desarrollado en Colombia el año 2012<sup>4</sup>, donde se observaron estrategias mayormente usadas como: tener objetos y símbolos espirituales, escuchar música religiosa, leer libros o textos de inspiración espiritual-religiosa (Biblia), asistir y participar a las celebraciones de la iglesia y recibir la comunión.

En cuanto a la percepción de la hospitalización, se puede observar que los pacientes hospitalizados tienen una percepción moderada de la hospitalización. Dato que no fue

posible comparar con otro estudio, debido a la escasa investigación sobre este campo.

Al observar las medias de la escala de afrontamiento espiritual religioso según factores socio-demográfico, se pudo deducir que según el sexo, las mujeres presentan mayor uso de estrategias de afrontamiento religioso y no religioso, obteniendo en esta última dimensión un mayor puntaje. Al contrastarlo con el estudio Quiceno y Vinaccia; 2011<sup>3</sup>, este presenta similar resultado al tener mayores técnicas de afrontamiento religioso el sexo femenino, pero difiere del presente estudio en la dimensión no religiosa, ya que los hombres presentan mayor puntaje.

Respecto a estado civil de los participantes del estudio, las personas viudas presentaron mayor uso de estrategias de afrontamiento religioso, lo que coincide con el estudio de Japcy margarita Quiceno y Stefano Vinaccia; 2011<sup>3</sup>, donde el afrontamiento espiritual y religioso fue mayor en pacientes viudos.

Al relacionar afrontamiento espiritual y religioso con percepción de la hospitalización, no se observó una relación estadísticamente significativa entre ambos instrumentos. Hecho que puede ser explicado por la baja fiabilidad de la escala de Percepción de la Hospitalización que presentó un  $\alpha$ -Crombach deficiente. En relación a la Escala de Estrategias de Afrontamiento espiritual y religioso, la fiabilidad obtenida en la población de este estudio fue menor a las observadas, tanto en las distintas dimensiones como en el puntaje total, de los estudios de validación española y en el estudio original. No obstante, es interesante destacar que la fiabilidad obtenida en este estudio fue muy aceptable para la escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual-Religioso.

Sin embargo, se puede destacar que en la Dimensión Estrategias No Religiosas presenta una correlación estadísticamente significativa pero débil con la Percepción de la hospitalización y eso se puede deber a lo que afirma el estudio de Stefano Vinaccia el año

2011<sup>4</sup>, que las medidas a través de cuestionarios afrontamiento religioso actualmente existente son limitados para medir el constructo espiritualidad en toda su dimensión. Esto quiere decir que en momentos críticos de la vida –como es el caso de estos pacientes– las personas buscan respuestas más allá de sus límites humanos y empiezan a dar significado y valor a las cosas sencillas de la vida como apreciar la naturaleza y las artes, utilizar la reflexión para identificar las potencialidades personales, encontrar un propósito en la vida y ver el lado positivo de la situación presente para mitigar los efectos físicos y emocionales de la enfermedad que condujo a la hospitalización. Se podría plantear que los pacientes estudiados buscan otras estrategias más allá de sus límites personales para alcanzar un mejor control personal ante la hospitalización y para poder sobrellevar la incertidumbre de no tener claro la duración de su hospitalización. Al respecto, (Reed, 2003) argumenta que en momentos de enfermedad, de edad avanzada y frente a eventos vitales estresantes aumenta la vulnerabilidad, es decir la conciencia de mortalidad que lleva a la autotrascendencia, o sea a la ampliación de los límites autoconceptuales consigo mismo, el mundo y los demás (Coward, 2007).

Sobre la correlación existente entre afrontamiento espiritual-religioso y las características socio-demográficas, podemos observar que en la edad y los años de estudio fueron estadísticamente significativa, pero débiles. Se puede inferir que a mayor edad, hay más uso de estrategias religiosas. En cuanto a la escolaridad, se concluye que a más años de estudios del paciente, hará menos uso de estrategias religiosas para enfrentar la hospitalización. Resultados que coinciden al compararlos con los hallazgos de Vinaccia y Quiceno, puesto que se observa una similitud en sus estrategias religiosas, ya que presenta un resultado positivo en la edad y negativo en los años de estudio de los participantes<sup>4</sup>.

En este estudio, las estrategias no religiosas presentan una correlación estadísticamente significativa lo cual indicó que a mayor escolaridad, mayor fue el uso de estas estrategias, mientras que en el estudio antes mencionado no se presentó<sup>4</sup>.

## 4.2. Limitaciones

Primeramente, se evidenció la no existencia de estudios y/o publicaciones que utilicen un instrumento para medir la percepción de la hospitalización relacionada con las características socio-demográficas y de Salud. Esto es contrastado con este estudio cuyo objetivo era relacionar el afrontamiento espiritual y religioso con la percepción de la hospitalización y la influencia de factores tales como edad, sexo, estado civil, red de apoyo familiar, días de hospitalización, patología, entre otras. Por lo cual la fiabilidad de este cuestionario fue de 0,369 debido a que fue adaptada del Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (IPQ-R)

Esta escala fue aplicada por las investigadoras quienes evidenciaron cierta dificultad en entender las preguntas formuladas por las personas adultos mayores, o al contrario en personas jóvenes quienes refirieron que las preguntas era repetitivas manifestando la negación a firmar el consentimiento informado y a contestar las preguntas. A su vez, hubo personas que prefirieron que se les formularan primero las preguntas y tener conocimiento de ellas antes de asentir su participación. La negación a la participación de este estudio se debió a la importancia de la firma en la actualidad, ocasionando desconfianza en un escaso número de pacientes.

A su vez, se considera una gran limitación el hecho que los participantes se encontraran mayoritariamente entre los 40 y 93 años de edad, con un promedio de 57,98 años considerando que si bien existieron casos entre los 15 y 19 años de edad, estos no son representativos para entregar información respecto al grado de afrontamiento espiritual y religioso o a la percepción de la hospitalización, considerándose una incógnita a resolver.

Expuesto lo anterior, surge la inquietud de seguir investigando sobre la validación de este instrumento y de esta necesidad del paciente hospitalizado.

### **4.3. Sugerencias**

Dentro de las sugerencias que se pueden mencionar, es importante realizar más estudios referentes a la percepción de hospitalización y afrontamiento espiritual y religioso, ya que es insuficiente la evidencia existente con respaldo científico, tanto en nuestro país como en el extranjero, sobre los factores que influyen en este proceso. A su vez, validar un instrumento acorde al estudio.

Además, se propone elaborar una escala que permita medir las necesidades espirituales en todo tipo de pacientes, a pesar de presentar diversos grados de desorientación. Con el objetivo de masificar esta valoración, y aplicarla en la práctica del área de enfermería.

#### 4.4. Conclusiones

Con respecto a la distribución de los pacientes del estudio se observa que:

- La muestra nos revela que los participantes del estudio tenían entre 15 y 93 años de edad, con un promedio de 57,98 años. Siendo más de la mitad hombres, con una población mayoritariamente sobre los 40 años. El nivel socioeconómico predominante fue la Clase Media Baja, con una frecuencia entre 6-10 años de estudios. A su vez, la mayoría reveló ser casado, contar con una fuente de apoyo familiar de una o más personas y profesar alguna religión.
- En cuanto a las características de salud se observa que más de la mitad de los pacientes corresponde al Servicio de Cirugía Indiferenciada, con al menos 9 días de hospitalización. Las enfermedades más frecuentes fueron las del Sistema Digestivo, Traumatismos y Circulatorios.

En cuanto al nivel de afrontamiento espiritual y religioso y percepción de la hospitalización:

- Mediante la aplicación de la Escala SCS y Cuestionario de la Percepción de la Hospitalización se observó, que los participantes de este estudio tienen un moderado nivel de afrontamiento espiritual y religioso frente a la hospitalización y, una moderada percepción del proceso de estancia hospitalaria.

Al comparar las medias según características socio-demográficas y de salud:

- Al comparar las medias obtenidas de las escalas utilizadas según características socio-demográficas. Se presentaron diferencias estadísticamente significativas con sexo, respecto del puntaje global como con las dimensiones de la escala SCS. En cuanto a la religión, el puntaje global tuvo diferencias estadísticamente significativas, destacando que los menores puntajes se encontraron en pacientes quienes refirieron no profesar una religión, y en la dimensión religiosa, promediando un mayor puntaje los pacientes

con otras religiones. El estado civil, tuvo una diferencia estadísticamente significativa para la dimensión religiosa, donde los solteros promediaron los menores puntajes. Respecto a la percepción de la hospitalización, se encontró una diferencia estadísticamente significativa con religión.

- Al comparar las medias obtenidas de las escalas utilizadas según características de salud se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la dimensión no religiosa de la escala SCS con el Centro de Responsabilidad. También, en cuanto al puntaje global y dimensiones con los días de estada y tipo de patología, este último tuvo también, una diferencia estadísticamente significativa según la percepción de hospitalización.

En cuanto a la relación entre al afrontamiento espiritual y religioso y la percepción de la hospitalización, los resultados indican que:

- No existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento espiritual y religioso y la percepción de la hospitalización.
- Existe correlación estadísticamente significativa pero débil entre el puntaje global de la escala SCS y sexo. A su vez, se presentaron relaciones estadísticamente significativas entre la dimensión no religiosa y años de estudio. Para la dimensión religiosa, se destacó correlación débil con sexo, edad, NSE, años de estudio y estado civil.
- No se revela correlaciones significativas entre la escala de estrategias de afrontamiento espiritual y religioso con las características de salud.
- En relación a las hipótesis planteada y en base a las conclusiones obtenidas podemos inferir:
  - 1) *El afrontamiento espiritual y religioso no influye considerablemente en una mejor percepción de la hospitalización.*
  - 2) *A mayor edad, mayor uso de estrategias religiosas.*
  - 3) *A mayor años de estudios del paciente, hará menos uso de estrategias religiosas*

El uso de recursos espirituales y religiosos constituye una estrategia de afrontamiento frecuentemente utilizada, lo que revela la importancia de trabajar la necesidad espiritual de los pacientes hospitalizados. Condición que a partir del año 2002 la Organización Mundial de la Salud afirma, la existencia de un dominio espiritual, además de lo físico, psíquico, social; reconociéndolo como parte integral de la Salud.

La práctica de enfermería basada en teorías científicas se considera relevante, necesaria y significativa en la actualidad para lograr un cuidado integral en el paciente hospitalizado. Si bien los resultados de la investigación no lograron respaldar de forma cuantitativa, la teoría de Margaret Jean Watson, el proceso del trabajo investigativo rescata mediante la verbalización de los pacientes la importancia de la dimensión espiritual y su impacto positivo en el restablecimiento de la salud, a pesar de la inestabilidad emocional que significa el proceso de hospitalización, haciendo uso de las estrategias espirituales.

Sor Callista Roy, nos entrega fundamentos para comprender y reflexionar que estas estrategias pueden ser aprendidas y desarrolladas ante cualquier adversidad, lo que concuerda con los resultados obtenidos durante la investigación, en donde hubo evidencia significativa en las variables asociadas al desarrollo de experiencias de vida.

## V. BIBLIOGRAFÍA

1. Nuñez P, Enríquez D, Irrarázaval ME. La Espiritualidad en el Paciente Oncológico: Una Forma de Nutrir la Esperanza y Fomentar un Afrontamiento Positivo a la Enfermedad. Cielo. 2011 Marzo; X(5).
2. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermería. In. Madrid: Harcourt; 2002. p. 603-681.
3. Vinaccia S, Quinceno JM, Remor E. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud de los enfermos crónicos colombianos. Anales de Psicología. 2012 mayo; XXVIII(2).
4. Quinceno JM. Creencias-Prácticas y Afrontamiento Espiritual-Religioso y Características Sociodemográficas en Enfermeros Crónico. Scielo. 2011 Enero-Junio; V(1).
5. Gómez Palencia IP. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con Diabetes Mellitus tipo II. Tesis para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en el Cuidado de Crónicos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Convenio Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería; 2010.
6. Guerrero GP, Zago MM, Sawada NO, Pinto MH. Relación entre Espiritualidad y Cáncer: Perspectiva del Paciente. Scielo.br. 2011; LXIV(1).
7. Thuné-Boyle I, Stygall J, Keshtgar M, Newman S. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. PubMed. 2006 Junio; LXIII(1).
8. Van-Laarhoven H, Schildeman J, Vissers K, Verhagen C, Prins J. Images of god in relation to coping strategies of palliative cancer patients. PubMed. 2010 Octubre; XL(4).
9. Saffari M, Pakpour A, Naderi M, Koeing H, Baldacchino D, Pipper C. Spiritual coping, religiosity and quality of life; a study on Muslim patients undergoing haemodialysis. PubMed. 2013 Abril; XVIII(4).
10. Gaston-Johansson F, Haisfield-Wolfe M, Reddick B, Goldstein N, Lawal T. The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in African American women with breast cancer receiving chemotherapy. PubMed. 2013 Marzo; XL(2).
11. Hawthorne D, Youngblut JM, Brooten D. Psychometric Evaluation of the Spanish and English Versions of the Spiritual Coping Strategies Scale. PMC. 2011 Junio; IXX(1).

- 12 Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y . prácticas. Octava edición ed. Morales DS, Zarate Grajales RA, editors. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2008.
- 13 Ministerio de Salud. MINSAL. [Online].; 2011 [cited 2014 Mayo 29. Available from: . <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4341744a9e04001011f0113b9.pdf>.
- 14 MINISTERIO DE SALUD. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). [Online].; . 2014 [cited 2014 Mayo 29. Available from: <http://www.deis.cl/>.
- 15 Hospital Clínico Herminda Martín - Chillán. Hospital Clínico Herminda Martín, Establecimiento . de Autogestión en Red, Chillán. [Online].; 2014 [cited 2014 Mayo 29. Available from: <http://www.hospitaldechillan.cl/portal/contenido.php?id=13>.
- 16 Castelo-Branco MZ, Brito D, Fernandes-Sousa C. Necesidades espirituais da pessoa doente . hospitalizada: revisão integrativa. AQUICHAN-ISSN. 2014 Marzo; XIV(1).
- 17 Romano de Oliveira G, Fittipaldi N, Costa Salvi M, Marques de Camargo S, Lopes Evangelista J, . Corcioli Mendes E, et al. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. Revista Médico-Clinica Brasileira. São Paulo. 2013 abril-Junio; XI(2).
- 18 Michalsen A, Balzat HJ, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer E, Matthiessen P. Are . Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? PAIN MEDICINE. 2009; X(2).
- 19 Milos H. P, Bórquez P. B, Larrain S. AI. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: . interpretación y alcance. Ciencia y Enfermería. 2010; XVI(1).
- 20 Urra M. E, Jana A. A, García V. M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean . Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Scielo. 2011 Diciembre; XVII(3).
- 21 Padilla Vera MÁ. Alternativas para un orden mundial: Resolución de conflictos por otras vías. . Tesis Licenciatura. Puebla: Universidad de las Américas, Escuela de Ciencias Sociales, Departamento de Relaciones Internacionales e Historia; 2005.
- 22 Navas C, Villegas H, Hurtado R, Zapata D. La conexión mente-cuerpo-espíritu y su efecto en la . promoción de la salud en pacientes oncológicos. Scielo. 2006 Marzo; XVIII(1).
- 23 Chimpén López CA, Oviedo Romero ME. Influencia de la espiritualidad en los estilos de . afrontamiento en pacientes con bulimia y anorexia nerviosa. Prisma Social. 2012 Junio- Noviembre; VIII(8).

- 24 Rivera-Ledesma A, Montero-López M. Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en . adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*. 2007 Enero-Febrero; XXX(1).
- 25 Lazarus GR, Folkman S. *Estres y procesos cognitivos*. I ed. Barcelona: Martinez Roca; 1984.
- 26 Quinceno Japcy M, Vinaccia S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la . espiritualidad. *Diversitas*. 2009 Junio-Diciembre; V(2).
- 27 Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. I ed. New York: . Oxford University Press; 2001.
- 28 Castaño EF, León del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta . interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2010 Octubre; X(2).
- 29 Petrie KJ, Weinman J. Patients`Perceptions of Their Illness: The Dynamo of Volition in Health . Care. *aps*. 2012; XXI(1).
- 30 Raile AM, Marriner TA. *Modelos y teorías de Enfermería*. Septima edición ed. España: Elsevier; . 2011.
- 31 Fernández Fernández ML. Universidad de Cantabria. [Online].; 2010 [cited 2014 Mayo 30]. . Available from: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria>.
- 32 Moreno-Fergusson ME, Alvarado-García AM. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista . Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquinchan*. 2009 Febrero; IX(1).
- 33 Mendoza E. M, Noack de la F. K, Samur M. N, Vergara A. M. Características clínicas de pacientes . ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca en un Hospital de la Familia y Comunidad. *ANACEM*. 2012 Marzo; VI(1).
- 34 Díaz Anaiz J. Ley nº 20.120 Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y . prohíbe la clonación humana. *Diario Oficial de la República de Chile*. 2011 Noviembre: p. 3 - 6.
- 35 De la Fuente Olgún M. Ley Nº 20.258, Regula los derechos y deberes que tienen personas en . relación con acción vinculadas a su atención en salud. *Diario oficial de la República de Chile*. 2012 Abril: p. 1 - 6.

- 36 Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Ley 19.628 Sobre Protección de la Vida Privada. . Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2012 Febrero.
- 37 18ª Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las . investigaciones médicas en seres humanos. [Online].; 1964 [cited 2014 Mayo 30. Available from: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion\\_Helsinki\\_Brasil.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf).
- 38 Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The Revised Illness . Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health. 2002; XVII(1-16.).
- 39 Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. Quinta edición ed. México: McGraw- . Hill; 2010.
- 40 Acevedo Alemán J, González Tovar J. No envejecemos igual: La religiosidad y el género en . adultos mayores del noreste de México. Rev. Reflexiones. 2014; XCIII(1).
- 41 Costa Valcanti C, Lopes Chaves EdC, Mesquita AC, Alves Nogueira D, Campos de Carvalho E. . Religios/spiritual coping in people with chronic kidneydisease undergoing hemodialysis. Scielo. 2012 Agosto; XLVI(4).
- 42 Koenig H, George L, Titus P, Meador K. Religion, Spirituality, and Acute Care Hospitalization . and Long-term Care Use by Older Patients. The JAMA Network. 2004 Julio; CLXIV(14).
- 43 Ministerio de Salud. DEIS. [Online].; 2014 [cited 2014 Mayo 30. Available from: . <http://deis.minsal.cl/deis/NOTAS%20TECNICAS%20REM-20.htm>.
- 44 Godoy Arteaga C, Flores Sobalvarro S, Arostegui Torres MJ. Biblioteca Virtual en Salud . Honduras. [Online].; 2014 [cited 2014 Abril 3. Available from: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1982/pdf/Vol9-1-1982-12.pdf>.
- 45 Rengifo J, Evies A, Maldonado M, César C. Revista Médica Electrónica de PortalesMedicos.com. . [Online].; 2013 [cited 2014 Abril 3. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/percepcion-pacientes-cuidados-enfermeria-cirugia/>.
- 46 Hospital Clínico Herminda Martín - Chillán. [Online].; 2014 [cited 2014 Abril 3. Available from: . <http://www.hospitaldechillan.cl/portal/responsabilidad.php?id=11>.
- 47 Instituto Nacional de Estadística. INE. [Online].; 2014 [cited 2014 Abril 3. Available from: . <http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf>.

- 48 Estadística INd. INE. [Online].; 2014 [cited 2014 Abril 3. Available from: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/mercado\\_del\\_trabajo/empleo/metodologia/pdf/conceptos.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/mercado_del_trabajo/empleo/metodologia/pdf/conceptos.pdf).
- 49 Asociacion chilena de empresas de investigación de mercado. AIMCHILE. [Online].; 2008 [cited 2014 Abril 9. Available from: [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).
- 50 Servicio Nacional de Menores. SENAME. [Online].; 2014 [cited 2014 Abril 06. Available from: [http://www.sename.cl/wsename/otros/proteccion/B\\_Modalidad\\_interv\\_fortalecimiento\\_familiar.doc](http://www.sename.cl/wsename/otros/proteccion/B_Modalidad_interv_fortalecimiento_familiar.doc).
- 51 Quiceno JM, Vinaccia S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. Scielo. 2009 Julio-Diciembre; V(2).

## **VI. ANEXOS**

---

Anexo nº 1



**SOLICITUD DE INVESTIGACION CIENTIFICA A REALIZAR EN HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN (Instructivo)**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>1. Título de la Investigación:</b></p>                      | <p>Afrontamiento espiritual y religioso relacionado con la percepción de la hospitalización en los pacientes de los centros de responsabilidad de medicina interna y cirugía indiferenciada del HCHM de Chillán, 2014</p>  |
| <p><b>2. Logo institucional</b></p>                               |   |
| <p><b>3. Nombre del investigador principal:</b></p>               | <p>Celia Gómez Sáez<br/>Patricia Navarrete Ramos<br/>Karen Zavala Pérez<br/>Jennifer Shuffeneger Tapia</p>   |
| <p><b>4. Teléfono de contacto:</b></p>                            | <p>+56950778329</p>  |
| <p><b>5. Correo electrónico:</b></p>                              | <p>tesistas2014ubbenfg2@gmail.com</p>  |
| <p><b>6. Curriculum abreviado del investigador principal.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistentes al seminario de Lactancia Materna, dictado por la Carrera de Enfermería UBB, año 2012.</li> <li>- Asistentes al seminario de gestión del cuidado en el Paciente Crítico, dictado por UCSC, año 2013</li> </ul> |
| <p><b>7. Institución del investigador</b></p>                     | <p>Universidad del Bío-Bío, Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Escuela de Enfermería</p>   |

|  |   |
|--|---|
| <b>8. Nombre del Tutor:</b>              | EU. MG Alicia Hermosilla Ávila  |
| <b>9. Teléfono de contacto:</b>          | +56 (42) 2463195  |
| <b>10. Correo electrónico:</b>           | ahermosilla@ubiobio.cl  |
| <b>11. Institución del Tutor:</b>        | Académica Departamento Enfermería, Universidad del Bío-bío.   |
| <b>12. Objetivos:</b>                    | Relacionar variables de afrontamiento espiritual y religioso con la percepción de la hospitalización de los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.  |
| <b>13. Hipótesis:</b>                    | Un Alto Grado de Afrontamiento Espiritual y Religioso contribuye a una buena percepción de la hospitalización en los pacientes de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.   |
| <b>14. Duración de la investigación:</b> | La aplicación de las heramientas de investigación comprenderá desde el 24 de abril y hasta el 16 de mayo, desde las 14 horas hasta las 18:30 horas. Periodo durante el cuál se espera lograr el levantamiento de datos de la poblacion de estudio.  |
| <b>15. Tipo de Investigación</b>         | El estudio utilizará un diseño de tipo correlacional de corte transversal.  |
| <b>16. Metodología</b>                   | Posterior a un entrenamiento de las investigadoras en la aplicación del cuestionario, se llevara a cabo la recolección de la información que se hará a partir de la aplicación de cuestionarios a los pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina y Cirugía en el HCHM de Chillán. Se establecerán horarios que no interfieran con el trabajo del profesional de salud, la visita de los familiares u horarios de comida. Se pedirá la autorización de las enfermeras jefes respectivas de cada sala, se solicitara el listado de |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>pacientes previamente a la aplicación individual de los cuestionarios, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Se comprobará que los instrumentos a usar no sean demasiados extensos con el fin de que estos sean completados en un tiempo prudente, no superior a 30 minutos. Al momento de aplicarlos, será importante que no hayan interrupciones o distracciones dentro de la sala, para que el usuario pueda estar totalmente concentrado y atento al momento de contestar los cuestionarios.</p> <p>Los cuestionarios serán aplicados a través de entrevista personalizada entre el paciente y la investigadora, y se les solicitará su participación voluntaria mediante la firma de un consentimiento informado</p> <p>Se realizarán dos métodos de control de calidad de datos durante la aplicación de los instrumentos, primero las investigadoras deberán cerciorarse que todos los datos estén completos antes de finalizar la entrevista y otra forma de cerciorarse será mediante la toma aleatoria de un cuestionario aplicado y se revisarán las coherencias de las respuestas.</p> |
| <p><b>17. Tamaño de la Muestra</b></p> | <p>La población de estudio estuvo compuesta por 211 pacientes hospitalizados durante 3 o más días en los Centros de Responsabilidad de Cirugía indiferenciada y Medicina interna de HCHM ubicado en Chillán (provincia de Ñuble), que se encontraron hospitalizados en el periodo de aplicación de los instrumentos para el levantamiento de datos, comprendiendo los meses de abril y mayo del año 2014.</p>   |
| <p><b>18. Uso de ficha clínica</b></p> | <p>Durante la investigación no se hará uso de la ficha clínica del paciente, pues las preguntas estarán dirigidas directamente a los usuarios institucionalizados, sin embargo se obtendrán datos de la hoja de enfermería, como los días de hospitalización, la patología de base y el puntaje de Glasgow.</p>   |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>19. Instrumentos a utilizar</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cuestionario: Antecedentes del paciente y Percepción de la hospitalización (Anexo nº 6)</i><br/>Creado por las investigadoras, cuya escala consta de dos partes: la primera determina características socio-demográficas y clínicas del paciente: servicio de hospitalización y sexo que corresponden a variables dicotómicas, además de hospitalizaciones anteriores, días de hospitalización en el momento, edad, nivel educacional, nivel socio-económico, estado civil, tipo de familia y creencia religiosa, que corresponden a variables politómicas. La segunda parte consta de 5 preguntas dirigidas a determinar percepción: de la duración de la hospitalización, en qué grado afecta la hospitalización en la vida del usuario, comprensión del motivo de la hospitalización, grado de dolor y nivel en que afecta emocionalmente la hospitalización en el usuario. Tienen un sistema de respuestas likert de 5 puntas, las cuales indican que a mayor puntuación, el paciente percibirá su hospitalización de forma más negativa y viceversa cuando obtenga una puntuación menor. La duración aproximada de aplicación de este instrumento es de 10 minutos.</li> <br/> <li>• <i>Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual, SCS. (Anexo nº 7)</i><br/>Desarrollada en Inglaterra por Baldacchino y Buhagiar, el año 2003<sup>4</sup>. La fiabilidad para la consistencia interna de la versión en español del SCS fue con un alfa de Cronbach de 0,83 y un coeficiente de Correlación de Spearman de 0,40 al compararla con el instrumento Establecimiento de Bienestar Espiritual<sup>26</sup>. Esta herramienta consta de 20 ítems divididos en dos subescalas: la primera mide estrategias de afrontamiento religioso (9 ítems), y la segunda mide estrategias de afrontamiento no religioso (11 ítems), con un sistema de respuesta likert de cuatro puntas, que va de 0 (Nunca) a 3 (A</li> </ul> |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
|   | <p>menudo). A mayor puntuación, la herramienta indica que el usuario posee un mejor afrontamiento espiritual religioso o no religioso y viceversa cuando el puntaje sea menor.</p>  |
| <p><b>20. Antecedentes de la Investigación.</b></p> | <p>Desde los primeros tiempos se ha tenido una concepción del hombre como un ser multidimensional, multi proviene del latín <i>multus</i> que significa muchos y dimensión que se define como cada una de las magnitudes de un conjunto que sirven para describir un fenómeno<sup>21</sup>. El hombre está rodeado por dimensiones como la biológica, social, intelectual, ética, moral y la espiritual, interactuando con cada una de ellas.</p> <p>La dimensión espiritual tiene aspectos cognitivos, experienciales y de comportamiento. El concepto de espiritualidad deriva de la palabra latina <i>spiritus</i>, que significa “soplar” o “respirar”, refiriéndose a aquello que da vida o esencia al ser humano<sup>12</sup>.</p> <p>Reed define espiritualidad como la parte del ser humano que busca el significado y el propósito a través de la conexión intrapersonal, interpersonal y transpersonal<sup>12</sup>. Mientras que Brady, Peterman y Fitchett plantean la relación de esta dimensión con el hecho de poder encontrar respuestas satisfactorias acerca de la vida, la enfermedad, y la muerte<sup>22</sup>.</p> <p>Según Ross la espiritualidad tiene tres aspectos fundamentales que poseen significado y propósito, estas son: la voluntad de vivir, la fé en uno y en los demás o en un ser superior. Estas pueden influenciar la percepción de la persona logrando una comprensión profunda del significado de la vida o por un intenso deseo de vivir<sup>22</sup>.</p> <p>Etimológicamente el concepto religión viene del latín</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p><i>religio</i>, formada por el prefijo re- que indica intensidad, el verbo ligare que significa “ligar” o “amarrar” y el sufijo –ión de acción o reflejo, lo que significaría la acción y efecto de ligar fuertemente (con un ser superior)”. Por lo tanto la religiosidad se refiere a las creencias, practicas, valores, rituales y símbolos que comparten una determinada comunidad, como una forma de guiar y orientar sus conductas frente a la familia, enfermedad, muerte, etc.</p> <p>Autores como Gómez, Quiceno y Vinaccia, mencionan que si bien la espiritualidad puede expresarse mediante una religión, también puede manifestarse por medio de una creencia o una filosofía de vida. Esto explicaría que una persona puede ser espiritual aún si no se identifica con un credo o confesión religiosa<sup>23</sup>.</p> <p>Navas y Villegas afirman que la Espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza<sup>22</sup>. Entonces cuando la espiritualidad forma parte de la personalidad del sujeto, tiende a expresarse en las estrategias de afrontamiento religioso del mismo, con un impacto positivo en su salud al emplear eficientemente dichas estrategias contra el estrés producido por la hospitalización y la enfermedad<sup>24</sup>.</p> <p>El afrontamiento en términos sencillos lo podemos definir como la forma natural o aprendida de responder a un entorno cambiante, problema o situación específica<sup>12</sup>.</p> <p>Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona<sup>25</sup>.</p> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, siendo estos los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto, pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma relativamente estable ante diferentes situaciones, mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación<sup>26</sup>.</p> <p>El desarrollo de las estrategias de afrontamiento dependerá de los mecanismos internos y externos que el usuario disponga, siendo uno de ellos la espiritualidad y religiosidad, los cuales varían en cada paciente.</p> <p>El afrontamiento espiritual y religioso utiliza las creencias o comportamientos para prevenir o aliviar las consecuencias negativas de los sucesos estresantes, para facilitar la resolución de problemas<sup>27</sup>.</p> <p>El modelo de Pargament hace referencia a tres estilos de afrontamiento religioso: Estilo autodirigido: en el cual las personas confían en sí mismas más que en un ser superior para solucionar sus problemas, estilo elusivo o evitativo: en donde la responsabilidad es dejada en manos de la divinidad y estilo colaborativo en el que se establece una dinámica compartida entre el hombre y un ser superior en el proceso de afrontamiento<sup>28</sup>.</p> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>El estilo o estrategia de afrontamiento que utiliza el individuo estará determinada por características de personalidad, como también de los recursos disponibles dentro de los principales encontramos: la salud y energía, creencias positivas, apoyo social, recursos materiales<sup>25</sup>.</p> <p>Se conoce que el proceso de hospitalización trae repercusiones en el ser humano, siendo el estrés la principal afección, donde la persona experimenta cambios en su estado de equilibrio. El agente estresante es cualquier estímulo o situación que provoca el estrés, la enfermedad es uno de ellos, pudiendo tener efectos positivos o negativos dependiendo de la fase del desarrollo en la que se encuentre el individuo<sup>12</sup>.</p> <p>La palabra percepción deriva del latín <i>perceptio</i>, compuesta del prefijo per- (intensidad), el verbo <i>capere</i> capturar y el sufijo -tío (acción y efecto), es decir “la acción y efecto de capturar bien las cosas”. Entonces podemos definir percepción como: “el proceso por el cual la persona, conoce el mundo exterior a partir de las impresiones que le transmiten los sentidos”.</p> <p>La percepción de la hospitalización es el proceso que el paciente construye para darle sentido a sus síntomas y condición en que se encuentra. Esto puede verse afectado por múltiples factores: culturales, sociales, creencias o experiencias<sup>29</sup>.</p> <p><b>Teoría del cuidado humano de Margaret Jean Watson</b></p> <p>Se caracteriza por un enfoque centrado en el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de diversas reestructuraciones administrativa de gran parte de los sistemas de cuidado de salud en</p> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>el mundo. Plantea como importante rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.</p> <p>Los conceptos relevantes de la teoría para el estudio son los siguientes<sup>30</sup>:</p> <p><u>Interacción enfermera- paciente</u>: se define como un proceso entre dos personas en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad y compromisos con una dimensión propia y personal. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.</p> <p><u>Relación transpersonal de cuidado</u>: Transpersonal se define como ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. El cuidado transpersonal intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.</p> <p>Siendo la práctica del cuidado fundamental en enfermería, Watson establece y define diversos factores que tendrían gran impacto en la entrega del cuidado en el paciente, estos enfocan diversas áreas que es importante no obviar al momento de brindar la atención.</p> <p>Con el tiempo Watson complementa su teoría y estructura los 10 factores caritativos o proceso caritas, estos se encuentran en su libro <i>“Nursing: Human Science and Human Care. A theory of nursing”</i>.</p> <p>A continuación se mencionan los factores del cuidado con relevancia para el estudio:</p> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <p><u>Inculcación de la fe-esperanza</u>: Este factor se puede definir como una satisfacción del paciente, dando un mayor sentido de sí mismo.</p> <p><u>Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual</u>: la enfermería debe considerar la influencia de los entornos tanto internos como externos que afectan en la salud y la enfermedad de las personas. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.</p> <p><u>Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas</u>: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Mientras que el usuario debe satisfacer primeramente las necesidades de menor rango antes de cubrir las necesidades un rango superior.</p> <p><b>Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy</b></p> <p>Las personas hospitalizadas están expuestas a un sin número de estímulos que generan respuestas adaptativas o de afrontamiento. Callista Roy define el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza una persona para atender las demandas del ambiente, las cuales actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad<sup>31</sup>.</p> <p>Callista define los niveles de adaptación como un punto en un proceso constante, compuesto por estímulos focales y residuales<sup>32</sup>.</p> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>En el modelo de adaptación Callista Roy, postula que el subsistema cognoscitivo es el proceso de afrontamiento principal de la persona y se manifiesta bajo una respuesta de autoconcepto, función de rol e interdependencia<sup>32</sup>.</p> <p>Se refiere al afrontamiento y a los procesos de adaptación como a un constructo multidimensional que representa las respuestas o modos fisiológicos y psicosocial. Como sistema posee niveles Jerárquicos pues abarca procesos cognoscitivos tanto a nivel de entradas o estímulos<sup>32</sup>.</p> <p>En los estímulos podemos encontrar tres tipos principales: Estímulos focales: Es el estímulo interno o externo que se enfrenta la persona de forma más inmediata; Estímulos contextuales: son todos los estímulos que contribuyen y están presentes en la situación de estímulo focal y hace referencia tanto a factores externos como internos, aunque no ocupa su centro de atención; Estimulo residual: son factores del entorno dentro y fuera del sistema humano, cuyos efectos en la situación actual del paciente no pueden discernirse con claridad<sup>32</sup>.</p> <p>Callista Roy habla de que los mecanismos de afrontamiento que están clasificados como formas innatas de respuestas o adquiridas ante el entorno<sup>31</sup>.</p> <p>Cuando se habla de innato es aquello que se determina genéticamente o son comunes a las especies, no se piensa en ello cuando se actúa, se perciben de forma automática.</p> <p>Cuando se habla de afrontamiento adquirido se desarrolla mediante aprendizajes y experiencias de la vida, contribuyendo a que se desarrollen con experiencias propias adaptadas a los estímulos</p> |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>concretos<sup>31</sup>.</p> <p>Ambas teorías son de importancia en la investigación. La <i>Teoría del cuidado humano de Margaret Jean Watson</i>, entrega los fundamentos de un enfoque transpersonal del ser humano, valorando el impacto de la dimensión espiritual en la vida del paciente y como una efectiva relación enfermera-paciente puede potenciar esa área. Por otra parte el <i>Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy</i>, ayuda a entender el proceso de afrontamiento afirmando que es la respuesta a estímulos y estas respuestas como pueden ser innatas o adquiridas, por lo tanto al existir un afrontamiento adquirido, la persona puede aprender estrategias de afrontamiento efectivas para la situación en que se encuentra.</p> <p>En el año 2012, Stefano Vinaccia et al. Realiza un estudio de carácter ex-post-facto de tipo correlacional, mediante una metodología tipo encuesta respecto a la relación entre resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso, sobre la calidad de vida de 121 pacientes de la Ciudad de Medellín, Colombia. Para dicho fin, utilizó los siguientes instrumentos: escala de resiliencia (RS), escala de resiliencia breve CD-RISC2, cuestionario breve de percepción de enfermedad (IPQ-B), inventario de sistema de creencias (SBI-15R), escala estrategias de afrontamiento espirituales (SCS) y cuestionario de Salud MOS SF-36<sup>3</sup>.</p> <p>En cuanto a las creencias / prácticas religiosas-espirituales y apoyo social religioso, en el grupo de EPOC tuvo los niveles más altos, lo que indica que son personas creyentes y arraigadas a una fe o credo.</p> <p>Sin embargo, los resultados encontrados con la</p> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>subescala de afrontamiento no religioso del cuestionario –SCS- y sus significativas relaciones halladas con las diferentes medidas de resiliencia, CVRS y percepción de enfermedad, sobre todo en las muestras de pacientes de AR y EPOC. Revelan que los índices de salud física y mental se ven influenciados por la percepción de enfermedad, la resiliencia y variables socio-demográficas y clínicas, a diferencia del grupo de EPOC, siendo nula la presencia de los aspectos religiosos y espirituales en los diferentes grupos de estudio.</p> <p>En cuanto a la muestra total (n=121) se encontró que la dimensión de resiliencia, competencia personal, el afrontamiento no religioso y los años de estudios impactaron de manera positiva el índice de salud mental del MOS SF-36, mientras era impactado negativamente por los ítems del IPQ-B respuesta emocional y consecuencias.</p> <p>En conclusión, se revela que las creencias/prácticas y el afrontamiento espiritual-religioso no tienen un peso significativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud, sino más bien, se ve influenciada por variables como la percepción de la enfermedad, la resiliencia, variables socio-demográficas y clínicas como el tipo de enfermedad<sup>3</sup>.</p> <p>El año anterior el mismo autor realizó otro estudio acerca de las diferentes creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso, en función de las características socio-demográficas en la misma Ciudad. En este estudio participaron 121 personas adultos con diagnóstico de enfermedad crónica.</p> <p>En este estudio participaron personas entre los 22 a 86 años de edad siendo mayormente mujeres con una edad promedio de 59 años. El nivel educativo alcanzado fue hasta séptimo grado de básica</p> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>secundaria. En cuanto al nivel socioeconómico la mayoría pertenecía al nivel bajo y medio bajo. Siendo la gran mayoría de estado civil casados.</p> <p>Respecto a las diferentes dimensiones que comprenden las escalas SBI-15R y SCS no se encontraron diferencias significativas en función a las características socio-demográficas género, con quien vive, estado civil y tiempo de diagnóstico.</p> <p>De acuerdo con la edad y escolaridad se evidencia que la primera tuvo una correlación positiva pero débil con las dimensiones apoyo social y afrontamiento religioso del SCS. En cambio, la escolaridad tuvo correlación negativa moderada con la variable edad, mientras que hubo correlaciones débiles con las dimensiones creencias y prácticas religiosas espirituales, apoyo social religioso y con afrontamiento religioso del SCS.</p> <p>En cuanto al estrato socioeconómico, presentaron diferencias significativas con todas las dimensiones del cuestionario SCS, siendo el estrato bajo el que obtuvo puntuación más alta, seguido del estrato medio y por último el estrato alto (menor frecuencia). A nivel comparativo se observa en esta investigación que las creencias/prácticas religiosas y espirituales, el apoyo social religioso y las estrategias de afrontamiento religioso y No religioso son completamente independientes de variables socio-demográficas como género, con quien vive, estado civil y tiempo de diagnóstico.</p> <p>De igual modo se observa que el nivel educativo está asociado negativamente con las creencias y prácticas religiosas-espirituales, la búsqueda de apoyo social religioso y las estrategias de afrontamiento religiosas, las cuales pueden ser más utilizadas si el paciente es de un nivel educativo bajo o menos empleadas si el</p> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>nivel es alto.</p> <p>Según lo anterior expuesto, se concluyó como resultado que independientemente del tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el género, los enfermos crónicos son más espirituales y religiosos cuando son adultos mayores, más aun cuando no tienen una actividad laboral, pertenecen a un bajo nivel educativo y estrato socio-económico bajo<sup>1</sup></p> <p>En una revisión realizada por Thune´-Boyle et al<sup>7</sup>, el año 2006 en Londres, sobre como las estrategias de afrontamiento religioso / espiritual afectan en percepción en pacientes con cáncer, concluyó que existe evidencia de un efecto beneficioso de afrontamiento religioso, pero también pueden ser perjudiciales. Sin embargo, muchos estudios presentaban serios problemas metodológicos, especialmente en la forma en que manejo religioso fue conceptualizado y medido, sin controlar la influencia de posibles variables influyentes.</p> <p>En un estudio realizado en el año 2011 por Mendoza et al<sup>33</sup>, cuyo objetivo era caracterizar a los pacientes con insuficiencia cardiaca que se hospitalizaron en el Servicio de Medicina del Hospital de Familia y Comunidad de Mulchén, Chile, en un total de 162 pacientes: 84 varones (51,85%). Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, mediante la revisión de los registros oficiales de ingreso-egreso del Servicio de Medicina del Hospital de Mulchén, analizando variables como edad, sexo y días de hospitalización. Concluyendo que los pacientes se encontraban entre los 38 y 96 años, con un promedio de 67 años y con un 73,45% de pacientes con 60 años o más. Con una distribución bastante similar entre mujeres y hombres. Con respecto a la duración de la hospitalización fue entre 3 y 19 días, con un promedio de 11. Casi el 80% de</p> |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
|   | <p>los pacientes provenían del servicio de urgencia.</p>   |
| <p><b>21. Requiere consentimiento informado del usuario:</b></p>  | <p>El consentimiento informado tiene el objetivo de resguardar la normativa vigente en el país, sobre investigación científica en el ser humano Ley 20.120<sup>34</sup> y de Derechos y Deberes, Ley 20.584 art. 8 y 9: respetar el principio de autonomía del usuario según el art.11<sup>35</sup>; Se informó los aspectos esenciales de la investigación, propósito, beneficios y riesgos, la participación de carácter voluntaria, con posibilidad de abstención o abandono de la investigación cuando el participante lo estimará necesario. Según la Ley 19.628 art. 3<sup>36</sup>.</p> <p>Una vez obtenida esta información, se entrevistaron a los pacientes hospitalizados en los respectivos Servicios y se les solicitó su autorización para la participación de esta investigación mediante la firma del consentimiento informado. Además, se les señaló que podían realizar cualquier consulta durante la entrevista y que la información proporcionada será de absoluta confidencialidad, no siendo revelada a terceros ni al Equipo de Salud del Servicio, como señala el Art 11 de la Declaración de Helsinki<sup>37</sup>.</p> |
| <p><b>22. DECLARACIÓN: por el presente documentoy en conformidad a la legalidad vigente, el investigador más abajo identificado, se compromete a:</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resguardar la confidencialidad de la información de los usuarios investigados, tanto de su identidad como antecedentes personales y médicos.</li> <li>- Usar la información obtenida sólo para generar conclusiones de carácter científico, y en ningún caso para otros fines.</li> <li>- Entregar formalmente los resultados de la investigación a la Dirección del Hospital Clínico Herminda Martín, al terminarla. En caso de no completarla, explicitar sus causas por escrito.</li> <li>- Esperar la autorización antes de iniciar la investigación.</li> </ul>  |

|  |  |
|--|--|
|  | - A respetar todo lo anterior, exponiéndose a sanciones académicas, administrativas, civiles y penales, en caso de omitirlo deliberada o involuntariamente, en correspondencia con el tenor de los hechos. |
|--|--|

| <b>Nombre de Investigador</b>      | <b>RUT</b>   | <b>Firma</b> |
|------------------------------------|--------------|--------------|
| Celia Yaritza Gómez Sáez           | 17.400.400-5 |              |
| Patricia Alejandra Navarrete Ramos | 17.458.076-6 |              |
| Karen Solange Pérez Zavala         | 16.765.648-k |              |
| Jennifer Iris Schuffeneger Tapia   | 17.045.839-7 |              |

**Nombre del Tutor: EU. Mg. Alicia Hermosilla Ávila**

**RUT:**

**Firma Tutor:** \_\_\_\_\_

Declaración de conflicto de interés. SI \_\_\_\_\_ NO  X

Si lo tiene: ¿Cómo lo resuelve?

**Fecha: Mayo de 2014**



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

**Anexo nº 2**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Nombre del estudio</b>            | <b>Afrontamiento espiritual y religioso relacionado con la precepción de la hospitalización en pacientes de los Centro de Responsabilidad de Medicina y Cirugía del Hospital Clínico Herminda Martin, en el año 2014</b> |
| Nombre de los investigadores         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celia Gómez Sáez</li> <li>- Patricia Navarrete Ramos</li> <li>- Karen Pérez Zavala</li> <li>- Jennifer Schuffeneger Tapia.</li> </ul>   |
| Dirección del grupo de investigación | Avda. Andrés Bello s/n número  |
| Número de teléfono de contacto       | 042-2-463133   |

Este documento se denomina **Consentimiento Informado**. Contiene una explicación del estudio en el que se le invita a participar y que se le solicitará que firme, si desea participar. El propósito del estudio es determinar la relación que existe entre el afrontamiento espiritual-religioso y la percepción de la hospitalización

Se calcula que se ofrecerá participación en este estudio a 211 personas. 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 colaboración consiste en responder por una vez, una entrevista de aproximadamente unos 30 minutos.

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 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.

He leído y comprendo 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.

Para realizar cualquier reclamo o consulta relacionada con la investigación, comunicarse con el presidente del Comité de Ética Científica del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, Dr. Raúl Franco Alcayaga, a los siguientes contactos: correo electrónico [raul.franco@redsalud.gov.cl](mailto:raul.franco@redsalud.gov.cl), teléfono institucional 042-2586594.

**Nombre del Participante:**

**Firma:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chillán, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 2014

Anexo nº 3



RFA/cms

ORD. Nº 239 14-04-14

ANT. Solicitud de investigación Nº113

MAT. Respuesta del CEC.

CHILLÁN,

A: CECILIA GOMEZ SAEZ y GRUPO ALUMNOS 5º AÑO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DEL BIO-BIO.

Me permito comunicar a ustedes, que el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, teniendo a la vista los antecedentes presentados para realizar el estudio **"Afrontamiento espiritual y religioso relacionado con la percepción de la hospitalización en los pacientes de los centros de responsabilidad de Medicina y Cirugía del HCHM. Chillán 2014"**, registrado internamente con el Nº 113, ha considerado lo siguiente:

1. La recepción conforme de las respuestas a las observaciones y los documentos complementarios solicitados.
2. El aporte del estudio a la investigación científica en Chile.
3. La aprobación por unanimidad del estudio propuesto por el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, que permite la aplicación de 3 instrumentos (cuestionarios) en los pacientes seleccionados, haciendo fe del buen uso de la información, del resguardo la identidad de los pacientes y la confidencialidad de los datos extraídos.

Esta Dirección autoriza iniciar las actividades que competen a la investigación. Previamente, se establece que el consentimiento informado (CI) y los cuestionarios a aplicar, deben ser timbrados en la Oficina del Comité para su validación -antes de su aplicación-, y los resultados se deberán informar una vez finalizado el estudio.

Sin otro particular deseando los mejores resultados en su trabajo, les saluda atentamente.



DR. RODRIGO AVENDAÑO BRANDEIS  
DIRECTOR  
HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN

Distribución:

Nº interno: 591

- La indicada
- Archivo OCID – CEC HCHM]
- Of. de Partes HCHM

## Anexo nº 4

### Escuela de Enfermería

OFICIO N°  
MAT.: Solicita autorización  
Chillán, Abril de 2014

**A** : SRA. LYDIA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ  
Jefe Centro de Responsabilidad de Medicina Indiferenciada, HCHM.

**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 alumnos/as 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 “Afrontamiento espiritual y religioso relacionado con la percepción de la hospitalización en pacientes de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM, 2014”, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

#### **Nombre de los estudiantes tesistas:**

- Celia Gómez Sáez
- Patricia Navarrete Ramos
- Karen Pérez Zavala
- Jennifer Schuffeneger Tapia

#### **Académico Guía:**

- E.U. Mg. Alicia Hermosilla Ávila
- 

#### **Objetivo General:**

Relacionar variables de afrontamiento espiritual y religioso con la percepción de la hospitalización de los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.

**Objetivos específicos:**

- Conocer las variables socio-demográficas (sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educacional, red de apoyo familiar y religión) de los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Conocer en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM, los días de hospitalización y las patologías de los usuarios.
- Conocer el nivel de afrontamiento espiritual y religioso mediante la aplicación del instrumento: Spiritual Coping Scale, SCS en los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Conocer como perciben la hospitalización los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Comparar las medias de la Escala SCS y de Percepción de la Hospitalización según características socio-demográficas de los pacientes hospitalizados de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Comparar las medias de la Escala SCS y de Percepción de la Hospitalización según características de Salud de los pacientes hospitalizados de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Conocer la relación entre el afrontamiento espiritual y religioso con la percepción de la hospitalización de los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Conocer la relación entre las variables socio-demográficas y de salud con el afrontamiento espiritual y religioso de los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los alumnos puedan acceder a entrevistar y aplicar instrumentos de análisis de datos a los usuarios de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes se realizará entre los meses de abril y mayo del año en curso, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada, además de entregar con anterioridad a usted las fechas de visitas para la aplicación de las encuestas y un informe con el resultado final de la investigación.

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



## Carta de Autorización

Chillán, Abril de 2014

A: Señores Comité Ético-Científico  
Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán.

El Centro de Responsabilidad está enterado de los antecedentes, objetivos y consideraciones implicadas en la propuesta de investigación "Afrontamiento espiritual y religioso relacionado con la percepción de la hospitalización en pacientes de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM, 2014", para optar al grado de Licenciatura en Enfermería de los siguientes integrantes y su académica guía.

### **Nombre de los estudiantes tesistas:**

- Celia Gómez Sáez
- Patricia Navarrete Ramos
- Karen Pérez Zavala
- Jennifer Schuffeneger Tapia

### **Académico Guía:**

- E.U. Mg. Alicia Hermosilla Ávila

Así mismo me comprometo a dar las facilidades en el proceso de recolección de datos, conforme a la oportuna entrega de información y coordinación con el Centro de Responsabilidad, respecto a las visitas de las estudiantes encuestadores y resultados finales de la investigación, según el resguardo y visado del Comité Ético-Científico del establecimiento.

Atentamente,

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

***Jefe Centro de Responsabilidad de Medicina Interna.***

**Escuela de Enfermería**

OFICIO N°

MAT.: Solicita autorización

Chillán, Abril de 2014

**A** : SR. LUIS MUÑOZ SEPÚLVEDA  
Jefe Centro de Responsabilidad de Cirugía Indiferenciada, HCHM.

**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 alumnos/as 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 "Afrontamiento espiritual y religioso relacionado con la percepción de la hospitalización en pacientes de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM, 2014", con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

**Nombre de los estudiantes tesistas:**

- Celia Gómez Sáez
- Patricia Navarrete Ramos
- Karen Pérez Zavala
- Jennifer Schuffeneger Tapia

**Académico Guía:**

- E.U. Mg. Alicia Hermosilla Ávila

**Objetivo General:**

Relacionar variables de afrontamiento espiritual y religioso con la percepción de la hospitalización de los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.

**Objetivos Específicos:**

- Conocer las variables socio-demográficas (sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educacional, red de apoyo familiar y religión) de los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Conocer en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM, los días de hospitalización y las patologías de los usuarios.
- Conocer el nivel de afrontamiento espiritual y religioso mediante la aplicación del instrumento: Spiritual Coping Scale, SCS en los pacientes hospitalizados en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Conocer como perciben la hospitalización los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Comparar las medias de la Escala SCS y de Percepción de la Hospitalización según características socio-demográficas de los pacientes hospitalizados de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Comparar las medias de la Escala SCS y de Percepción de la Hospitalización según características de Salud de los pacientes hospitalizados de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Conocer la relación entre el afrontamiento espiritual y religioso con la percepción de la hospitalización de los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.
- Conocer la relación entre las variables socio-demográficas y de salud con el afrontamiento espiritual y religioso de los pacientes en los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los alumnos puedan acceder a entrevistar y aplicar instrumentos de análisis de datos a los usuarios de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes se realizará entre los meses de abril y mayo del año en curso, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada, además de entregar con anterioridad a usted las fechas de visitas para la aplicación de las encuestas y un informe con el resultado final de la investigación.

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



## Carta de Autorización

Chillán, Abril de 2014

A: Señores Comité Ético-Científico  
Hospital Clínico Hermina Martín, Chillán.

El Centro de Responsabilidad está enterado de los antecedentes, objetivos y consideraciones implicadas en la propuesta de investigación "Afrontamiento espiritual y religioso relacionado con la percepción de la hospitalización en pacientes de los Centros de Responsabilidad de Medicina Interna y Cirugía Indiferenciada del HCHM, 2014", para optar al grado de Licenciatura en Enfermería de los siguientes integrantes y su académica guía.

### **Nombre de los estudiantes tesistas:**

- Celia Gómez Sáez
- Patricia Navarrete Ramos
- Karen Pérez Zavala
- Jennifer Schuffeneger Tapia

### **Académico Guía:**

- E.U. Mg. Alicia Hermosilla Ávila

Así mismo me comprometo a dar las facilidades en el proceso de recolección de datos, conforme a la oportuna entrega de información y coordinación con el Centro de Responsabilidad, respecto a las visitas de las estudiantes encuestadoras y resultados finales de la investigación, según el resguardo y visado del Comité Ético-Científico del establecimiento.

Atentamente,

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

***Jefe Centro de Responsabilidad de Cirugía Indiferenciada.***

Anexo nº 5 Matriz de variables

| Dimensión | Variables                        | Definición  |   |
|-----------|----------------------------------|---|---|
|           |                                  | Conceptual  | Operacional   |
| Salud     | 1) Días de estada                | Total de días que el paciente permanece hospitalizado en el establecimiento y corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso <sup>43</sup> .  | Se indagará sobre los días en que se encuentra hospitalizado el paciente, para luego clasificarlos en intervalos de días. <ul style="list-style-type: none"> <li>- De 3 a 4 días</li> <li>- De 5 a 9 días</li> <li>- 10 ó más días</li> </ul>   |
|           | 2) Morbilidad                    | Es un alejamiento del estado de bienestar físico o mental como resultado de una enfermedad o traumatismo del cual está enterado el individuo afectado, excluyendo pacientes que por su edad no están consientes de su patología, incluye no solo enfermedad activa o progresiva, sino también inhabilidad, esto es defectos crónicos o permanentes que están estáticos en la naturaleza y que son resultado de una enfermedad, traumatismo o mala formación congénita <sup>44</sup> . | Aun que no es un dato estrictamente obligatorio, se clasificará a los pacientes según las siguientes enfermedades sistémicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardiovascular</li> <li>- Respiratorio</li> <li>- Gastrointestinal</li> <li>- Renal</li> <li>- Endocrino</li> <li>- Inmunológico</li> <li>- Óseo</li> <li>- Otros</li> </ul> |
|           | 3) Percepción de hospitalización | Proceso de construcción personal y subjetivo, a través del cual el paciente elabora su propia realidad; solo puede comprenderse contextualizado en el universo de creencias,  | Será medida por un cuestionario que constará de 6 preguntas dirigidas a describir como el paciente se siente en la unidad de servicio. A mayor puntuación,  |

|                   |                              |  |   |
|-------------------|------------------------------|--|---|
|                   |                              | valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de la vida, durante la estadía hospitalaria <sup>45</sup> .  | se espera que el usuario perciba la hospitalización como un proceso negativo  |
|                   | 4) Centro de responsabilidad | El centro de responsabilidad gestora de cuidados que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los usuarios –mayores de 15 años- a través de acciones de salud específicas, destinadas a la recuperación de la salud mediante la participación activa y el compromiso de los agentes sanitarios, usuarios, familias, y comunidad <sup>46</sup> . | Se clasificará la estancia de la hospitalización según los servicios que serán estudiados durante la investigación <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro de Responsabilidad Medicina Interna</li> <li>- Centro de Responsabilidad Cirugía Indiferenciada</li> </ul>               |
| Socio-demográfico | 5) Edad                      | Es el tiempo transcurrido entre el día, mes y año de nacimiento y el día, mes y año en que ocurrió y/o se registró el hecho vital <sup>47</sup>  | Se indagará los años cumplidos del usuario, luego se clasificará en rangos etarios. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adolescente (15 – 19 años)</li> <li>- Adulto joven (20 – 39 años)</li> <li>- Adulthood media (40 – 64 años)</li> <li>- Adulto mayor (65 y más años)</li> </ul> |
|                   | 6) Sexo                      | Es la característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres <sup>48</sup> .   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujer</li> <li>- Hombre</li> </ul>   |

|                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| <p>7) Nivel educacional</p>     | <p>El nivel educacional de una persona, está determinado por los estudios que haya aprobado en la enseñanza regular o educación formal. Es el curso más alto que haya aprobado en este tipo de enseñanza<sup>49</sup>.</p> | <p>Se preguntará cuantos años de estudio ha tenido, sin repetir el nivel académico, para luego clasificarlo en las siguientes rangos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin años de escolaridad</li> <li>- 1 – 6 años</li> <li>- 7 – 10 años</li> <li>- 11 o más años</li> </ul> |
| <p>8) Nivel socio-económico</p> | <p>Posición de un individuo en una escala socioeconómica que mide factores tales como la educación, ingresos, tipo de profesión, lugar de residencia, entre otros<sup>50</sup>.</p>  | <p>Se clasificará de acuerdo a criterios usados en encuesta ADIMARC. (Anexo nº 8)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ABC1</li> <li>- C2</li> <li>- C3</li> <li>- D</li> <li>- E</li> </ul>  |
| <p>9) Estado civil</p>          | <p>Situación de hecho de la población de 12 o más años en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país<sup>47</sup>.</p>   | <p>Según el Registro Civil de Chile, se identifican y se clasificará a los usuarios en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soltero</li> <li>- Casado</li> <li>- Viudo</li> <li>- Divorciado</li> </ul>  |

|                      |  |  |   |
|----------------------|--|--|---|
|                      | <p>10) Tipo de familia</p>               | <p>Familia: grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables<sup>50</sup>.</p>  | <p>Se indagará en la conformación familiar del paciente, número y grado de parentesco, para luego clasificarla en los siguientes tipos de familia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hogar Unipersonal</li> <li>- Familia Nuclear</li> <li>- Familia Extensa</li> <li>- Grupos de crianza</li> <li>- Hogar sin Núcleo Familiar</li> </ul>             |
| <p>Afrontamiento</p> | <p>11) Religiosidad – Espiritualidad</p> | <p>Espiritualidad: búsqueda personal para entender las respuestas a las últimas preguntas sobre la vida, su significado, y la relación con lo sagrado o lo trascendente, que puede o no conducir al desarrollo de rituales religiosos y la formación de una comunidad</p> <p>Religión: sistema organizado de creencias, prácticas, rituales, y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente (Dios, un poder más alto, o la verdad o la realidad última)<sup>51</sup>.</p> | <p>Será medido a través de una escala que consta de 20 ítems y comprende dos factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factor I: mide estrategias de afrontamiento religioso</li> <li>- Factor II: mide estrategias de afrontamiento no religioso</li> </ul> <p>A mayor puntuación un mejor afrontamiento espiritual religioso o no religioso.</p> |



### **PERCEPCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN**

Debe responder a todas las preguntas y solo escoger un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se observará lo que usted siente de la hospitalización

1. Hospitalizaciones anteriores:      ( ) Sí, ¿Cuántas? \_\_\_\_\_      ( ) No

2. ¿Cuánto tiempo cree usted que durará la hospitalización?

|                 |   |   |   |                  |
|-----------------|---|---|---|------------------|
| 0               | 1 | 2 | 3 | 4                |
| Muy poco tiempo |   |   |   | Demasiado tiempo |

3. ¿Afecta en su vida estar hospitalizado?

|                   |   |   |   |                      |
|-------------------|---|---|---|----------------------|
| 0                 | 1 | 2 | 3 | 4                    |
| En nada me afecta |   |   |   | Me afecta gravemente |

4. ¿Comprende usted los motivos de su hospitalización?

|   |   |   |   |                         |
|---|---|---|---|-------------------------|
| 0   | 1 | 2 | 3 | 4                       |
| Sí, comprendo todos los motivos de mi hospitalización |   |   |   | No sé porqué Estoy aquí |

5. ¿Siente dolor en este momento?

|               |   |   |   |                          |
|---------------|---|---|---|--------------------------|
| 0             | 1 | 2 | 3 | 4                        |
| Nada de dolor |   |   |   | El peor dolor de mi vida |

6. ¿En qué medida lo afecta emocionalmente estar hospitalizado? (¿Lo hace sentir rabia, ansiedad o depresión?)

|                   |   |   |   |                         |
|-------------------|---|---|---|-------------------------|
| 0                 | 1 | 2 | 3 | 4                       |
| En nada me afecta |   |   |   | Extremadamente afectado |

Anexo nº 7

**Escala de Estrategias Espirituales para Enfrentar Momentos Difíciles (SCS)**

(Baldacchino 2003, 2000)

A continuación se describen algunas estrategias espirituales utilizadas para enfrentar los momentos difíciles. Por favor señale con un círculo el número del 0 al 3 que indique la frecuencia con lo que usted ha usado estas estrategias durante las últimas 2 semanas

|  |
|--|
| Frecuencia<br>0 = Nunca Usada<br>1 = Rara Vez Usada<br>2 = A Veces Usada<br>3 = Frecuentemente Usada |
|--|

(El número más alto corresponde a la estrategia más usada)

*Favor NO escribir su nombre en esta página*

| Estrategias Espirituales |   | Frecuencia  |                |               |                      |
|--------------------------|---|-------------|----------------|---------------|----------------------|
|                          |   | Nunca usada | Rara vez usada | A veces usada | Frecuentemente usada |
| 1                        | Uso de oraciones personales/privadas  | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 2                        | Mantener una relación con Dios/y/o otro poder superior, como de fuerza y esperanza                            | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 3                        | Establecer y mantener relaciones con sus amistades / y/o grupo de personas                                    | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 4                        | Orar con otra persona o grupo de personas   | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 5                        | Hablar sobre sus dificultades, o problemas con las personas que haya o esté experimentando la misma situación | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 6                        | Usar objetos / iconos espirituales / religiosos   | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 7                        | Ver el lado positivo de su situación  | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 8                        | Escuchar música religiosa en radio o ver programas religiosos en televisión                                   | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 9                        | Vivir día a día con la esperanza de que el futuro será mejor  | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 10                       | Leer libro / textos religiosos o espirituales   | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 11                       | Aceptar la situación en la que se encuentra   | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 12                       | Encontrar valor y propósito para sobrellevarla su situación   | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 13                       | Apreciar la belleza del arte, como por ejemplo música, pinturas, esculturas, artesanías, etc.                 | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 14                       | Confiar en sus familiares y amistades   | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 15                       | Participar en las prácticas religiosas de su iglesia  | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 16                       | Utilizar la reflexión como medio de identificar sus fortalezas y potencial                                    | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 17                       | Ayudar a los demás como un medio de dar amor y paz a otros  | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 18                       | Confiar en Dios con la esperanza de que las cosas mejoren   | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 19                       | Recibir Comunión  | 0           | 1              | 2             | 3                    |
| 20                       | Apreciar la naturaleza como por ejemplo el mar, el sol, plantas, flores...                                    | 0           | 1              | 2             | 3                    |

Gracias por su participación

Anexo nº 8

**Matriz de clasificación socioeconómica de los hogares de Chile. ADIMARK**

|   | <b>CANTIDADES DE BIENES DEL HOGAR</b><br>( Ducha + Tv Color + Refrigerador + Lavadora + Calefón + Microondas<br>+Tv Satelital o Cable + Pc + Internet + Vehículo ) |    |    |    |    |    |    |    |      |      |      |
|---|--|----|----|----|----|----|----|----|------|------|------|
|   | 0  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8    | 9    | 10   |
| Sin estudios  | E  | E  |    | E  | E  | D  |    | D  | D    | C3   | C3   |
| Básica incompleta   | E  | E  |    | E  | E  | D  |    | D  | C3   | C3   | C3   |
| Básica completa   | E  | E  | D  |    | D  | D  | D  | C3 | C3   | C3   | C3   |
| Media incompleta  | D  | D  | D  | D  | D  | D  | D  | C3 | C3   | C3   | C2   |
| Media completa  | D  | D  | D  | D  | C3 | C3 | C3 | C3 | C2   | C2   | C2   |
| Técnica incompleta  | C3   | C3 | C3 | C3 | C3 | C2 | C2 | C2 | C2   | C2   | ABC1 |
| Técnica completa o universitaria<br>incompleta (1-3 años) | C3   | C3 | C3 | C3 | C3 | C2 | C2 | C2 | C2   | ABC1 | ABC1 |
| Universitaria ( 4 años o más)                             | C3   | C3 | C3 | C3 | C3 | C2 | C2 | C2 | ABC1 | ABC1 | ABC1 |