

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La espiritualidad se asocia con el cáncer, así se demuestra en varios estudios donde las personas creen en un ser superior y además creen en el poder de este para mejorar el curso de la enfermedad. Al querer conseguir ampliar la expectativa de vida de las personas con cáncer, se deteriora su calidad de vida. Informes reportan que ante la cercanía de la muerte, el paciente busca estrategias para hacer frente a la enfermedad y lograr la trascendencia para ir más allá de su estado actual de salud, depende en gran proporción de las creencias, la esperanza y el contexto de la persona enferma (Galvis-López y Pérez-Giraldo, 2011).

El cáncer es la mayor causa de morbimortalidad en todo el mundo, en 2012 hubo 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de muertes relacionadas (OMS, 2015).

El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), órgano de la Organización Mundial de la Salud (OMS) especializado en cáncer reporta a nivel mundial con mayor prevalencia en 2012 el cáncer de mama, seguido de próstata, colorrectal, pulmón, estómago y cervicouterino (CIIC, 2016).

El cáncer es un problema creciente por varias causas, principalmente por el envejecimiento de la población y el cambio en los estilos de vida, que aumentan la prevalencia de factores de riesgo (OPS, 2016). En América Latina y el Caribe durante el 2012 en primer lugar se encontró el cáncer de mama, en segundo lugar, próstata, tercero colorrectal, seguido de cáncer de cervicouterino, pulmón y por último gástrico (CIIC, 2016).

Cabe mencionar que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México en el 2013 reportó que del total de defunciones de la población de 20 años y más, 13.6% se debieron a algún tumor y de éstas, 93.6% a los tumores malignos. Por sexo, del total de defunciones por cáncer, 48.8% ocurren en varones y 51.2%, en mujeres (INEGI, 2016). De acuerdo con las estadísticas en 2012, México obtuvo como primer lugar el cáncer de mama, proseguido por próstata, cervicouterino, colorrectal, estómago y por último de pulmón (CIIC, 2016).

1.2 Importancia del Estudio

Para enfermería, es una aportación relevante conocer la relación de bienestar espiritual y calidad de vida, así como la trascendencia en la misma disciplina para contribuir en los cuidados brindados.

1.3 Marco Conceptual

Reed PG. (como se citó en Galvis-López y Pérez-Giraldo, 2011) puntualiza la espiritualidad como puntos de vista personales (creencias) y comportamientos que expresan un sentido de relación con una dimensión trascendente o algo mayor que sí mismo. Las creencias religiosas o espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales en la vida del individuo. Éstas lo ayudan a aceptar su enfermedad y poder compartir con otras personas sobre su condición de salud. En 1991, Reed amplió la conceptualización como una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida y en momentos en donde se aumenta la conciencia de la mortalidad. Es valorada por medio de la Escala de Perspectiva Espiritual de Pamela Reed. Aunque existe una relación con la religión, son constructos separados, la religión es un sistema organizado basado en doctrinas, unido a tradiciones y culturas.

La Organización Mundial de la Salud (como se citó en Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco y Bunout, 2011) define calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones, que es evaluada por medio del instrumento Whoqol-Bref.

Se denomina cáncer como un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales; su causa se debe a factores tanto externos (tabaco, organismos infecciosos, alimentación deficiente, sustancias químicas y radiación) como internos (mutación genética, hormonas, problemas inmunitarios y mutaciones debidas al metabolismo), (Sociedad Americana del Cáncer, 2011).

1.4 Estudios Relacionados

1.4.1 Estudios Directamente Relacionados

Galvis-López y Pérez-Giraldo (2011) con el objetivo de comparar la perspectiva espiritual de las mujeres diagnosticadas con cáncer, propio de su género (seno, útero, ovarios) y de las mujeres diagnosticadas con otros tipos de cáncer, realizaron un diseño cuantitativo de tipo descriptivo comparativo de corte transversal aplicando la Escala de Perspectiva Espiritual de Pamela Reed. Lo constituyeron 100 mujeres entre 18 y 65 años, divididas en dos grupos compuestos por 50 mujeres. Obteniendo como resultado el promedio de la suma total fue de 46,25 para el grupo 1 y de 43,98 para el grupo 2, la perspectiva espiritual de las mujeres con cáncer propio de su género es moderada al igual que la de las mujeres con otros tipos de cáncer; al hacer la comparación de estos dos grupos no se encontró evidencia estadística que demostrara una diferencia significativa.

Payán, Vinaccia y Quinceno (2011) el objetivo de este estudio fue evaluar la relación de la cognición hacia la enfermedad y el bienestar espiritual con la calidad de vida en 50 pacientes con cáncer en estado terminal por medio de un diseño exploratorio descriptivo correlacional transversal, obteniendo como resultado un promedio medio-alto ($M=37.04$) en la escala de Bienestar Espiritual-SIWB. Respecto a la escala SIWB, se obtuvieron correlaciones positivas con bienestar existencial ($r=.474$) y negativas con síntomas psicológicos ($r=-.411$) de la escala de calidad de vida. Concluyen que en momentos de mayor vulnerabilidad, el tener un sentido a la vida, puede asociarse con una mayor capacidad para resolver problemas y reducir sentimientos de desesperanza.

Kandasamy, Chaturvedi y Desai (2011) con el objetivo de estudiar la influencia de bienestar espiritual sobre los síntomas de angustia, depresión y otras dimensiones de la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos, realizaron un estudio descriptivo transversal en 50 pacientes obteniendo como resultado una correlación negativa de bienestar espiritual con depresión ($r = -.862, p=.000$) y ansiedad ($r = -.0645, p=.000$), a su vez con fatiga ($r = -.423, p = 0.002$), alteración de la memoria ($r = -.520, p < 0.001$), pérdida del apetito ($r = -.399, p = .004$), somnolencia ($r = -.400, p = .004$), y tristeza ($r = -.720, p < 0.001$). Bienestar espiritual se correlacionó positivamente con todos los aspectos de calidad de vida ($r=.811, p=.000$). Este estudio sugiere que el bienestar espiritual es un componente importante de la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado y está estrechamente relacionado con los síntomas físicos y psicológicos.

Lopes, Lara y Chieppe (2015) con el objetivo de investigar inter-relaciones entre bienestar espiritual, depresión y calidad de vida durante el enfrentamiento de cáncer en 15 pacientes realizaron un estudio exploratorio reuniendo la relación cualitativa y cuantitativa

entre las variables. Como resultados las correlacionales indicaron que puntuaciones bajas para la calidad de vida se correlacionan con una mayor búsqueda de bienestar espiritual ($r=-0.155$); y cuanto mayor sea el bienestar espiritual ($r=0.308$), religiosa ($r=0.119$) y existencial ($r=0.340$), mayor será la calidad de vida en general.

Fonseca, Schlack, Mera, Muñoz y Peña (2013) el objetivo del estudio es evaluar la percepción de la calidad de vida y la factibilidad técnica de evaluarla, a través de la encuesta FACT-G, a pacientes oncológicos terminales siendo una investigación de tipo descriptivo. Se realizó la encuesta a 77 pacientes con diagnóstico de cáncer terminal. El bienestar físico fue evaluado con 21,22 sobre un máximo de 28, el bienestar social/familiar obtuvo 12,57 de 28; el bienestar emocional obtuvo 16 sobre 24; el bienestar funcional obtuvo 17,33 sobre 28. El Score final, que representa la suma de las cuatro divisiones anteriores, con una escala de 0 a 108, fue de 67, que representa el 62% del puntaje máximo. El estudio demuestra que la calidad de vida se ve más afectada en el ámbito social y familiar.

Salas (2014) realizó un estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo de corte transversal para determinar la calidad de vida a 51 pacientes oncológicos en fase terminal. Los resultados reflejaron una calidad de vida media a partir de las tres dimensiones con 41,2% (21); en general, en la dimensión funcional el 60,8% (31) presentó una calidad de vida media, en la dimensión psicológica 47,1% (24) predomina una calidad de vida baja, en la dimensión social presentó una calidad de vida media el 62,7% (32) y por último en la dimensión espiritual se presentó 88,3% con calidad de vida de media a alta.

Barreto et al. (2013) con el objetivo de estudiar las relaciones entre el bienestar emocional y las 3 dimensiones de la espiritualidad (intrapersonal, interpersonal y transpersonal), realizaron un estudio transversal en 121 pacientes, todos ellos en situación de cuidados paliativos. Obteniendo como resultado correlaciones negativas y significativas de ansiedad ($p < 0,01$, $r = -0,277$) con la espiritualidad intrapersonal y ($r = -0,298$) con la interpersonal, mientras que no lo son entre ansiedad y la dimensión de espiritualidad transpersonal ($r = -0,016$, $p < 0,05$). También se encuentran relaciones claras con depresión: ($r = -0,292$, $p < 0,01$) con la dimensión intrapersonal, ($r = -0,301$, $p < 0,01$) con la interpersonal y ($r = -0,412$, $p < 0,01$) con la transpersonal. Correlaciones positivas obtuvieron espiritualidad y resiliencia, por otro lado, correlaciones negativas con depresión y ansiedad. Estos resultados sugieren que la espiritualidad además de ser una necesidad para los pacientes al final de la vida, es un recurso que modera su bienestar emocional.

Rodríguez, Sayers y Martínez-Taboas (2011) con el objetivo de evaluar la contribución del manejo religioso en la calidad de vida y la depresión en una muestra de pacientes puertorriqueños que poseen un diagnóstico de cáncer, realizaron un estudio causal comparativo en 70 adultos. Los análisis de correlación de Pearson mostraron que existía una relación alta e inversa entre las medidas de depresión y calidad de vida ($r = -.78$, $p < .01$), siendo la más alta espiritualidad ($r = -.650$), lo que significa que, a mayor sintomatología depresiva, menor calidad de vida y menor espiritualidad. De acuerdo con el estudio se encontró que no existía relación entre calidad de vida y el manejo religioso positivo.

1.4.2 Estudios Indirectamente Relacionados

Jasso-Soto, Pozos-Magaña, Olvera-Arreola y Cadena-Estrada (2014) tienen como objetivo analizar el bienestar espiritual de los pacientes cardiopatas hospitalizados en una institución de salud por medio de la Escala de Perspectiva Espiritual de Pamela Reed en un estudio correlacional, prospectivo y transversal en 326 pacientes. Como resultados obtuvieron que la espiritualidad se correlaciona con la edad ($r = 0.226, p = 0.000$), siendo más fuerte con las creencias ($r = 0.214, p = 0.000$). Las mujeres ($Z = -2.245, p = 0.025$), quienes tienen una pareja ($\chi^2 = 9.216, gl = 2, p = 0.010$) o tienen ≥ 60 años de edad ($Z = -2.541, p = 0.011$) tienen mayor espiritualidad.

Mera y Ortiz (2012) tienen como objetivo evaluar la relación entre calidad de vida (CV) de mujeres con cáncer de mama, optimismo y estrategias de afrontamiento en 25 personas por medio de un estudio correlacional. Los resultados mostraron que calidad de vida se correlaciona positivamente con optimismo ($r=.52$) y la variable que mejor predice la CV son las estrategias de afrontamiento como el apoyo social (R^2 corregida= .370) y la autocrítica (R^2 corregida=.137), que en conjunto explican un 50.7% de la varianza de la CV.

Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz & Rivera (2010) realizaron un estudio no experimental de tipo descriptivo correlacional para evaluar la calidad de vida y el bienestar psicológico en 75 pacientes posquirúrgicos con cáncer de tiroides. Como resultado se encontró mayor puntaje en funcionamiento físico ($M= 80,46$) dentro del cuestionario de calidad de vida SF36 y una alta correlación ($p < 0.01$) entre las dos variables resaltando que un factor que afecta la calidad de vida es el tratamiento y sus implicaciones a la salud.

Sánchez, Sierra y Oliveros (2012) con el objetivo de establecer en pacientes con cáncer gastrointestinal de estómago o colorrectal, si el estadio clínico se relaciona con eventuales diferencias en los niveles de calidad de vida realizaron un estudio prospectivo, mediante un muestreo no probabilístico. Se evaluaron 317 pacientes con cáncer de colon y estómago obteniendo como resultados que al pasar de estadio clínico I a IV se disminuye la puntuación de desempeño físico en 10,5 unidades ($t = -2,45$, $p = 0,015$; IC95%: -18,9), del estadio I al IV se disminuye la puntuación de desempeño social en 12,6 unidades de la escala ($t = -2,38$, $p = 0,018$; IC95%: -23,0), mientras que pasar de estadio I a estadio IV se aumenta la puntuación de falta de apetito en 13,7 unidades de la escala ($t = 2,39$; $p = 0,018$; IC95%: 24,9).

Reig-Ferrer et al. (2012) con el objetivo de medir el grado de bienestar espiritual en pacientes con hemodiálisis explorando su comportamiento relacional con edad, sexo, salud autoinformada, grado de religiosidad e indicadores de calidad de vida por medio de un estudio transversal realizado en 94 pacientes. Obtuvieron como resultado en las dimensiones de Bienestar Espiritual valores altos con el 42,7% en Propósito de la vida, 43% Falta de significado de la vida, 58,8% Paz interior y 42,5% en Beneficios de la espiritualidad. La puntuación total en espiritualidad se relaciona significativamente con calidad de vida en general ($r=-0,42$) y en la actualidad ($r=-0,57$); se muestra que la edad se relaciona con la falta de significado ($r = 0,28$, $p < 0,01$) y con los beneficios de la espiritualidad ($r = 0,28$, $p < 0,01$). Las mujeres puntúan significativamente más alto en beneficios de la espiritualidad ($r = 0,23$, $p < 0,05$).

Sánchez, Sierra y Martín (2015) el objetivo de su estudio fue evaluar el concepto de calidad de vida desde la perspectiva del paciente con cáncer con un análisis lexicográfico

en 1029 personas con diferentes tipos de cáncer y un grupo de pacientes menores de edad, efectuando una pregunta abierta (¿Cómo definiría usted la calidad de vida?). En los resultados se encontró que en el grupo con cáncer de cuello uterino o de mama la preocupación por aspectos espirituales fue mayor, pacientes con cáncer colorrectal, fue el mantenimiento de la capacidad laboral y en los menos de edad, aspectos de educación y satisfacción de necesidades básicas. Se observó que la calidad de vida se asocia más con la localización del cáncer o por el grupo de población afectada que por el sexo.

J. J. Valdelamar, Valdelamar, Fontibón, Acosta y Sánchez (2015) con el objetivo de evaluar patrones correlaciones entre las diferentes dimensiones de una escala que mide la calidad de vida (FACT-G) y otra que mide la salud autopercebida y la calidad de vida (EQ-5D) en 114 pacientes con cáncer mediante un estudio descriptivo correlacional. Como resultado encontraron que la dimensión de bienestar físico de la escala FACT-G muestra valores de correlación aceptables con las dimensiones de dolor/malestar ($r = -.564$), actividades cotidianas ($r = -.489$) y angustia/depresión ($r = -.435$) de la EQ-5D. Así mismo se observó una correlación aceptable entre la dimensión de bienestar emocional de la FACT-G con la de angustia/depresión ($r = -.529$) de la EQ-5D. Concluyen que los dos son abordajes distintos de calidad de vida, una como funcionalidad y otra como bienestar emocional.

1.5 Objetivo

Evaluar el nivel de espiritualidad del paciente que padece cualquier tipo de cáncer, así como, determinar la relación que tiene ésta con su calidad de vida.

1.5.1 Objetivos Específicos

Describir cuales son las características sociodemográficas de la muestra.

Asociar el bienestar espiritual y la calidad de vida en personas con dictamen de cáncer.

Demostrar la importancia del bienestar espiritual en personas con diagnóstico de cáncer.