

Capítulo IV

Discusión

En el presente capítulo mencionamos los descriptivos de los resultados obtenidos por medio de las medidas de tendencia central aterrizando en el objetivo de esta investigación que fue evaluar el nivel de bienestar espiritual del paciente que padece cualquier tipo de cáncer y determinar la relación que tiene ésta con su calidad de vida.

Al afrontar un diagnóstico de cáncer la persona pasa por estímulos que provocan de dudas y miedos, la creencia en un poder supremo hace que el paciente tenga una fortaleza como apoyo para afrontar la enfermedad. Lo antes descrito nos introduce a la investigación actual.

De acuerdo con los resultados de las características sociodemográficas y dando respuesta al objetivo uno, se presentó mayor prevalencia en el sexo femenino, datos también encontrados en diversos estudios previos (Olvera-Arreola, Cadena-Estrada, 2014; Kandasamy et al.,2011; Lopes et al., 2015; Valdelamar et al.,2015; Sánchez et al., 2015). Comparándolo con Reig-Ferrer et al. (2012) observan que las mujeres puntúan significativamente más alto en una perspectiva espiritual, todo ello al desarrollar estrategias de afrontamiento durante el tratamiento. Podemos determinar una relación entre espiritualidad y redes de apoyo, puede ser posible porque al tener creencias en un ser supremo se concientizan en ser puntuales y apegados a su tratamiento. No dejando de lado que enfermería es quien brinda cuidados a dichas personas, lo cual realza la importancia de la misma disciplina. Cuestionamos si existen estilos de vida que predisponen a un mayor

riesgo de presentar algún tipo de cáncer en las mujeres, para de este modo poder desarrollar estrategias de prevención así como fomentar estilos de vida saludables.

El tipo de cáncer de los participantes coincide con los estadísticos mundiales, sustentándolo también Fonseca et al. (2013) en su publicación donde el cáncer más frecuente es de próstata, colorrectal, gástrico, pulmón y mama, lo cual coincide con Valdelamar et al. (2015) de acuerdo a sus prevalencias. Galvis-López y Pérez-Giraldo (2011) mencionaron en su estudio que en mujeres existe un mayor porcentaje de detección de cáncer de mama y con respecto al grupo de cáncer no propio a su género, encontraron mayor prevalencia de cáncer gástrico. A su vez Lopes et al. (2015) apuntan que el cáncer de mama predominó en su investigación; así mismo la mayor proporción de neoplasias según Salas (2014) fue en primer lugar cáncer de próstata, seguido de mama y cervicouterino. Concluyendo que antecedentes genéticos y alteraciones en el estilo de vida pueden ser factores causales para el desarrollo de esta enfermedad que afecta social, económica y emocionalmente al paciente, así como también a su familia.

Respecto a su estado civil la mayoría de la muestra vive con su pareja, son casados o en unión libre, datos que coinciden con la literatura de Jasso-Soto et al. (2014) en su estudio con cardiópatas donde más de la mitad vive con su pareja al paralelo que Mera y Ortiz (2012) y reig et al. (2011), se enfatiza que el apoyo psicosocial del cónyuge o pareja es una fuente de apoyo y ayuda a resistir los efectos adversos de la enfermedad, promoviendo menor nivel de depresión y una mejor recuperación tanto física como mental (Lopes et al., 2015; Fonseca et al., 2013; Rodríguez et al., 2011). Aparentemente las personas que viven con su pareja reflejan un afrontamiento positivo a la enfermedad, percibiendo su unidad como un apoyo incondicional.

Para dar respuesta al objetivo, evaluar el nivel de bienestar espiritual, podemos mencionar que en la mayoría de los participantes su nivel es moderado. De acuerdo con Galvis-López y Pérez-Giraldo (2011) sus resultados arrojan el mismo estadístico en su muestra empleando el mismo instrumento, explican que en su estudio la edad promedio fue entre 45 y 55 años, donde la vida reproductiva está finalizando y tal vez la dimensión espiritual en relación consigo mismo no se ve significativamente deteriorada, cabe mencionar que su investigación solo incluyó el sexo femenino; caso similar Jasso-Soto et al. (2014) donde miden la espiritualidad con la misma escala y la población es potencialmente activa. Lopes et al. (2015) recurrieron a otro instrumento de medición de bienestar espiritual y sus resultados evidenciaron un nivel moderado con más de la cuarta parte de la población. Así mismo Payán et al. (2011) refieren un promedio medio-alto en la espiritualidad de su estudio. Vale destacar que Reig-Ferrer et al. (2012) demuestran que la espiritualidad es una necesidad como persona y se encuentra una mayor supervivencia en pacientes comprometidos con alguna actividad religiosa debido a su percepción en redes de apoyo.

De acuerdo con los resultados en las dos dimensiones de la Escala de Perspectiva Espiritual de nuestra investigación, los ítems con mayor puntaje se relacionan con creencias espirituales haciendo referencia a los acuerdos o desacuerdos con relación a diferentes aspectos espirituales; en la dimensión prácticas espirituales se indican valores bajos de acuerdo con las actividades realizadas por la persona tales como la meditación u oración. Comparándolo con Galvis-López y Pérez-Giraldo (2011) los ítems con mayor puntaje por lo contrario corresponden con las prácticas espirituales y respecto a creencias espirituales, indican un rango menor. La literatura menciona que la espiritualidad es una forma de

afrontamiento para los pacientes, impulsando a buscar en Dios o en un ser supremo el significado de la experiencia salud-enfermedad influyendo de manera positiva en la salud, puede asociarse un mejor bienestar espiritual en personas que realizan actividades religiosas, sin embargo, esto no determina que la religión que practiquen establezca una mayor espiritualidad (Jasso-Soto et al., 2014; Reig-Ferrer et al., 2012). Tal vez al momento de presenciar la enfermedad, pese a que las personas no tengan una espiritualidad evidente, las circunstancias llevan a buscar de Dios y a tener mayor resiliencia.

Por otro lado, en cuanto a la calidad de vida de los participantes se obtuvieron promedios por dominios mediante la escala de Whoqol-Bref los cuales sus resultados revelaron una mejor calidad de vida en el ámbito medio ambiente, que engloba preguntas acerca de la seguridad, recursos económicos y atención sanitaria; seguido del dominio salud física, constituyéndolo energía, dolor, descanso y capacidad de trabajo; al mismo nivel se encuentra el dominio psicológico, abarcando sentimientos positivos, imagen corporal y autoestima; por último el dominio: relaciones sociales, comprende relaciones personales, actividad sexual y apoyo social; en contraste Lopes et al. (2015) en sus resultados resaltó que los dominios relaciones sociales, físico y dominio general presentan resultados con niveles altos. Fonseca et al. (2013) demuestran en su estudio con otro instrumento que la calidad de vida se ve más afectada en el ámbito social y familiar. Por otra parte, Novoa et al. (2010) en su estudio indicaron un mayor puntaje en funcionamiento físico, indicando que la mayoría de los pacientes informaron no tener limitación para realizar actividades físicas. Resultados de Salas (2014) revelan que de acuerdo con la escala que empleó, la dimensión con mayor puntuación fue la espiritual, precedido por la dimensión funcional y social con un resultado de calidad de vida media, por último, la dimensión psicológica

presentando calidad de vida baja, como dato general se muestra una calidad de vida media a partir dimensiones establecidas. Hallazgos similares se encontraron en el cuestionario utilizado por Payán et al. (2011) donde se observa a nivel general una favorable percepción de calidad de vida en el área de bienestar físico, psicológico y existencial. Los resultados encontrados por Rodríguez et al. (2011) confirman que una sintomatología depresiva se asocia con el deterioro físico, psicológico y social de la calidad de vida. Cabe agregar que Sánchez et al. (2012) por medio de sus resultados revelaron que la calidad de vida se afecta más por repercusión en el funcionamiento físico o social, que por presencia de síntomas propios de la enfermedad. En general, los resultados de los estudios relacionados no concuerdan con los obtenidos en esta investigación, el dominio medio ambiente es el menos afectado, esto puede reflejar que en la actualidad todos los servicios tienen mejores condiciones y además se tiene un fácil acceso a la información. El dominio referido a relaciones sociales es el más afectado, esto puede comprobar que al presentar cáncer, la persona se aísla por dudas y miedos que esto conlleva, el apoyo social es trascendental, tal vez al no recibirlo puede afectar más que un desequilibrio en la salud física.

Continuando con el objetivo dos, planteado en el capítulo uno, por medio de una correlación de Pearson se demuestra que, a mayor bienestar espiritual, mayor calidad de vida de acuerdo a nuestros resultados, evidenciando que la más alta correlación fue entre espiritualidad y el dominio de relaciones sociales, esto demuestra la importancia del apoyo familiar durante el proceso de la enfermedad. Coincide con los datos de nuestra literatura, Kandasamy et al. (2011) explican que el bienestar espiritual se correlaciona positivamente con todos los aspectos de calidad de vida; así mismo Lopes et al. (2015) refieren que de acuerdo a su estudio, cuanto mayor sea el bienestar religioso, espiritual y existencial, mayor

la calidad de vida del paciente; a su vez, Payán et al. (2011) evidencian que de acuerdo a sus resultados, las asociaciones entre calidad de vida, especialmente la dimensión existencial, se correlaciona positivamente con bienestar espiritual. Tal vez el apoyo que percibe el paciente, motiva a luchar contra la enfermedad sintiendo que no están solos, aferrándose a la vida por medio de la espiritualidad; observamos que el apoyo proviene principalmente de la familia, seguido de diversas redes de apoyo.

4.1 Conclusiones

Se encontró una correlación significativa y positiva entre bienestar espiritual y calidad de vida en adultos con cáncer de 30 a 50 años.

Predomina el apoyo social como factor positivo de afrontamiento a la enfermedad, teniendo así más capacidad de resiliencia.

4.2 Recomendaciones

Dentro de esta investigación se dificultó la búsqueda de estudios cuantitativos donde se pudieran valorar realmente las dimensiones estudiadas, por lo cual es una oportunidad para implementar trabajos de investigación, además de realizar estudios longitudinales, así como, aplicar en diferentes poblaciones los instrumentos de medición usados en la presente investigación para aumentar la confiabilidad.