



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado Ciencias Sociales y de la Salud

Implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en
la calidad de vida de pacientes oncológicos

Autor:

José Luis Ros Romero

Directores:

Dr. D. Francisco José Moya y Faz

Dra. Dña. Adriana Catarina De Souza Oliveira

Dr. D. Jorge López Puga

Murcia, abril de 2017



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado Ciencias Sociales y de la Salud

Implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en
la calidad de vida de pacientes oncológicos

Autor:

José Luis Ros Romero

Directores:

Dr. D. Francisco José Moya y Faz

Dra. Dña. Adriana Catarina De Souza Oliveira

Dr. D. Jorge López Puga

Murcia, abril de 2017



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS
PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. Francisco José Moya-Faz, la Dra. Dña. Adriana Catarina De Souza Oliveira y el Dr. D. Jorge López Puga como Directores de la Tesis Doctoral titulada “Implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en la calidad de vida de pacientes oncológicos” realizada por D. José Luis Ros Romero en el Departamento de Ciencias de la Salud, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento a los reales decretos 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 27 de Abril de 2017.

Dr. D. Francisco José Moya-Faz Dra. Dña. Adriana Catarina De Souza Oliveira Dr. D. Jorge López Puga

RESUMEN

Introducción: el aumento de la esperanza de vida y los cambios en los hábitos de alimentación, el sedentarismo y los hábitos tóxicos, han aumentado la incidencia de cáncer en los países industrializados. Esta enfermedad es una de las más temidas por su clara relación con la muerte, provocando, en muchos casos, distrés psicológico desde el diagnóstico, el transcurso de la enfermedad y en fases avanzadas, de la misma, reduciendo la calidad de vida de los pacientes. Los recursos espirituales pueden favorecer el afrontamiento positivo ante el cáncer, disminuyendo el estrés y la ansiedad que genera esta enfermedad, siendo diversas las investigaciones en los últimos años que han indicado este hecho. Por otra parte, algunas investigaciones muestran que la resiliencia es un factor importante para mantener una aceptable calidad de vida mientras se padecen momentos traumáticos.

Objetivos: describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes ingresados a cargo del servicio de oncología, del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Conocer la percepción de los pacientes con enfermedad oncológica sobre la espiritualidad, el nivel de resiliencia y el estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud. Analizar la relación entre las características de los pacientes y la percepción de espiritualidad, resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud. Examinar la correlación entre espiritualidad, resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes oncológicos.

Metodología: se realizó un estudio transversal, descriptivo analítico, durante el periodo comprendido entre abril de 2014 y febrero de 2017. La población objeto de estudio fueron los pacientes oncológicos ingresados en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, durante el periodo de estudio. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario sociodemográfico, el test de espiritualidad de Parsian y Dunning, la escala de resiliencia de Wagnild y Young y la escala de calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC).

Resultados: los resultados mostraron que la espiritualidad y la resiliencia estaban correlacionadas positivamente ($r=0,853$) ($p<0,001$). Al mismo tiempo la espiritualidad estaba correlacionada positivamente con una mejor calidad de vida global ($r=0,824$) ($p<0,001$) y una menor intensidad de los síntomas relacionados con el cáncer como disnea, dolor, insomnio, fatiga, anorexia, náuseas y vómitos, estreñimiento, diarrea e impacto económico ($p<0,001$). Por otra parte, el tiempo desde el diagnóstico de cáncer estuvo relacionado con el grado de resiliencia, siendo ésta, potenciada por la espiritualidad.

Conclusiones: los pacientes oncológicos perciben tener un nivel medio de espiritualidad, de resiliencia, así como de calidad de vida relacionada con la salud, siendo el estado emocional y la función cognitiva, los niveles más afectados. Los síntomas, relacionados con el cáncer, que más presentan los pacientes oncológicos, son el dolor y el insomnio. La espiritualidad posee una alta correlación e influye de manera determinante en la resiliencia y en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes oncológicos.

PALABRAS CLAVE

Neoplasia, diagnóstico, espiritualidad, resiliencia psicológica, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: the increased in life expectancy and changes in eating habits, sedentary lifestyle and toxic habits have increased the incidence of cancer in industrialized countries. This disease is one of the most feared for its clear relation to death, causing, in many cases, psychological distress from the diagnosis, the course of the disease and in advanced stages of it, reducing the quality of life of patients. Spiritual resources can favor positive coping with cancer, reducing the stress and anxiety that generalizes this disease, being several investigations in the last years that have indicated this fact. On the other hand, some research shows that resilience is an important factor in maintaining an acceptable quality of life while suffering from traumatic moments.

Objectives: to describe the sociodemographic and clinical profile of the patients admitted to the oncology department of the Clinic University Hospital Virgen de la Arrixaca in Murcia. To know the perception of patients with cancer on spirituality, the level of resilience and the state of health and quality of life related to health. To analyze the relationship between the characteristics of patients and the perception of spirituality, resilience and quality of life related to health. To examine the correlation between spirituality, resilience, and quality of life related to health in oncology patients.

Methodology: a cross-sectional, descriptive analytical study was carried out between April 2014 and February 2017. The study population was the oncology patients admitted to the University Hospital Virgen de la Arrixaca of Murcia, during the study period. The data were collected using a sociodemographic questionnaire, the Parsian and Dunning spirituality test, the Wagnild and Young resilience scale, and the European Organization for Cancer Research and Treatment (EORTC) quality of life scale.

Results: the results showed that spirituality and resilience were positively correlated (.853) ($p < 0.001$). At the same time, spirituality was positively correlated with a better overall quality of life (.824) ($p < 0.001$) and lower intensity of cancer related symptoms such as dyspnoea, pain, insomnia, fatigue, anorexia, nausea and vomiting, constipation, diarrhea and economic impact ($p < 0.001$).

On the other hand, the time since the diagnosis of cancer was related to the degree of resilience, being this, strengthened by spirituality.

Conclusions: Cancer patients perceive to have an average level of spirituality, resilience, as well as quality of life related to health, being the emotional state and cognitive function, the most affected levels. The most cancer-related symptoms of oncology patients are pain and insomnia. The spirituality has a high correlation and influences of determinant way in the resilience and the quality of life related to the health of the oncological patients.

KEYWORDS

Neoplasia, diagnosis, spirituality, psychological resilience, quality of life.

Al recuerdo de Joaquín Ros
y Antonia Romero, mis abuelos,
quienes permanecerán siempre en mi vida

A mi madre,
por ser el mejor ejemplo de resiliencia

A Cristina, a José Ángel, a Natalia,
por ser mi fuente de inspiración y superación

*“Las personas más bellas con las que me he
encontrado son aquellas que han conocido
la derrota, conocido el sufrimiento,
conocido la lucha, conocido la pérdida,
y han encontrado su forma de salir de las
profundidades. Estas personas tienen una
apreciación, una sensibilidad y una comprensión de
la vida que los llena de compasión, humildad y
una profunda inquietud amorosa. La gente
bella no surge de la nada”.*

-Elisabeth KÜBLER-ROSS

*“La historia ha demostrado que los ganadores más notables,
generalmente, encontraron obstáculos desgarradores antes de triunfar.
Ganaron porque se negaron a desanimarse por sus derrotas”.*

-B. C. FORBES

AGRADECIMIENTOS

Tras llegar al final de la realización de un trabajo tan laborioso y lleno de dificultades, dada la situación de una gran parte de los pacientes, pero al mismo tiempo, tan motivador y lleno de vida, no puedo dejar de lado algo tan importante y difícil, a la vez, como es el agradecimiento, a quienes han colaborado, durante estos 9 años, para que esta Tesis Doctoral llegue a buen puerto, dado que sin ellos hubiese sido del todo imposible afrontar con éxito la elaboración de la misma.

Es por ello, que empleo estas palabras con verdadero entusiasmo, para expresar mis agradecimientos, a todas aquellas personas, algunas fallecidas, pero que siempre estarán presentes y que han colaborado, en la realización de este trabajo, en el que tanto amor y esperanza hemos puesto.

En primer lugar doy gracias a Dios por haberme permitido tener esta experiencia, tan gratificante para mi vida, al lado de las personas que han participado, enseñándome que ante todo, la vida es para vivirla y que al final de todo túnel, por muy oscuro que parezca, siempre existe la luz.

Doy gracias a Dios por poner en mi vida esta investigación, por todo lo que he aprendido durante las conversaciones con los participantes y sus familias, quienes me han enseñado la principal lección: *“hay que aprender a vivir el día a día y disfrutar de cada momento por su infinita belleza y no dejarlo todo para cuando sientas que la vida se te escapa”*. Ante esta lección, sólo puedo dar gracias a Dios por haberme dado una profesión tan dura, pero a la vez, inmensamente gratificante como es enfermería y por haber puesto en mi vida a mi familia, amigos, profesores y a alguien tan maravillosa como a Madre Teresa de Calcuta, quien me ayudó a comprender, con su obra, que una de las formas de encontrar el sentido a la vida es entregándose a los demás.

La elaboración del presente trabajo ha significado, a parte de mi propia valoración a cerca de su resultado final, un extraordinario, prolífico y por momentos, agotador aprendizaje, es por ello, que agradezco de manera especial y sincera al Dr. D. Francisco Moya-Faz, la motivación, el apoyo y el esfuerzo,

aportado, para que la presente Tesis Doctoral llegase a un feliz término. Le agradezco el que aceptara ser mi director, hace ya 9 años, de mi primer Trabajo Fin de Máster, porque sin su persistencia y motivación, esta Tesis Doctoral, difícilmente, habría sido realizada. Por todo ello, le estaré eternamente agradecido.

Quiero agradecer a la Dra. Dña. Adriana Catarina De Souza Oliveira, el haber aceptado participar, como directora, en la realización de esta Tesis Doctoral. Gracias por el apoyo, dedicación y disponibilidad prestados, para orientar mis ideas, durante la realización de esta investigación. Gracias al aporte de sus conocimientos como enfermera, en el cuidado de pacientes oncológicos, junto a la enorme delicadeza y capacidad investigadora, han dado un salto de calidad en la investigación realizada.

Al mismo tiempo, he de agradecer la participación como director de esta Tesis Doctoral, al Dr. D. Jorge López Puga, por su gran paciencia, generosidad y ayuda, a la hora de prestarme sus magníficos conocimientos estadísticos, para la realización de la misma, ampliando el mundo de la investigación y dándome la oportunidad de averiguar cuánto me motiva.

De igual modo, he de expresar mi más franco agradecimiento a la Dra. Ana Isabel López Navas, a quien considero directora de esta Tesis Doctoral, por su imprescindible esfuerzo y aportación en el Trabajo Final de Máster que supuso la base de esta investigación. Las razones por las cuales reconocer su trabajo son numerosas y los motivos por los que sentirme en deuda con ella han sido innumerables. Le he de agradecer el haberme ofrecido su tiempo y esfuerzo, de forma totalmente desinteresada, hasta el último punto de este trabajo.

Es un honor y un privilegio el haber compartido con ellos la realización de esta Tesis Doctoral, por el aprendizaje que me han supuesto, tanto sus conocimientos científicos como, fundamentalmente, la dedicación prestada, de forma intensiva y desinteresada, lo que ha hecho que conozca la verdadera vocación que mueve a estos enormes profesionales. Espero haber aprendido, aunque sea en una ínfima manifestación, de la enorme calidad humana de mis directores. No tengo la menor duda, de que sus participaciones han enriquecido, cualitativamente, esta investigación, además de significar el nacimiento de una gran amistad.

Doy las gracias a la Universidad Católica San Antonio de Murcia, por todo lo que he aprendido en ella, tanto a nivel personal como profesional, a lo largo de estos 16 años y a los grandes profesionales con los que he tenido la suerte de compartir grandes momentos y de adquirir conocimientos tan valiosos, como que *“lo importante no es la acumulación de títulos, sino la adquisición y mantenimiento de buenos valores, que al fin y al cabo es lo más importante que tenemos en nuestra vida”*.

De igual modo, doy mi más sentido agradecimiento, a todos los pacientes, verdaderos artífices e inspiradores de esta investigación. Gracias por habernos prestado vuestro valioso tiempo, sentimientos, miedos, emociones, optimismo... para la realización de este trabajo, porque a pesar del estado en que os encontrabais, tuvisteis un momento para nosotros, porque queríais ayudar a los presentes y futuros pacientes, con vuestras experiencias, a aliviar su dolor y su sufrimiento.

A mis compañeros de la Sección de Radiología Vascular Intervencionista del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, mi segunda familia: Dr. D. Antonio Capel, Dr. D. José Manuel Felices, Dr. D. Francisco Lloret, Dr. D. Daniel José Carbonell, Dr. D. Fernando Bernal, Rafa, Curro, Marga, Jesús Molina, Pepe Cano, Tina y Manzanera, por su inestimable ayuda incondicional, para la elaboración de este trabajo y por las lecciones aprendidas tanto en el plano profesional como personal.

A mi familia por apoyarme y aconsejarme en todo momento, habiéndome brindado los recursos necesarios para alcanzar mis sueños y ser quien soy, además de por su apoyo y ánimo. A mi madre y abuelos, los mejores ejemplos de resiliencia, como un testimonio de amor e inagotable reconocimiento por mi existencia, valores morales y formación académica. Gracias por haber sacrificado parte de vuestras vidas en formarme en una persona de provecho y por haberme enseñado a luchar por conseguir mis objetivos, al igual que valorar la vida, disfrutar de sus sencillos detalles y heredar lo más valioso que se le puede dar a un hijo: educación y amor. Por todo ello y más... un millón de gracias.

A mi abuelo Joaquín y a mi abuela Antonia, que aunque ya no están físicamente presentes, siguen estando a mi lado y son la vitamina que más energía aportan a mi vida, el cable a tierra diario y el más bello estímulo para finalizar esta Tesis Doctoral. A todos mis tíos por su cariño incondicional y en especial, a mi tío Ángel, que siempre está ahí para lo que necesite.

A mi mujer, por su paciencia y comprensión en los momentos de más estrés durante la realización de todas las investigaciones llevadas a cabo para culminar esta Tesis Doctoral, siendo uno de los principales pilares en los que sostenerme durante los peores momentos.

A mis hijos, José Ángel y Natalia, por ser la alegría de nuestra casa, mi orgullo y mi gran motivación y con los cuales he de recuperar el tiempo dedicado a este trabajo.

A todas aquellas personas que han estado presentes en mi camino y aunque ya no están, han puesto su granito de arena para que hoy sea quién y cómo soy.

Y a mis amigos, parte de mi familia, que han sabido comprender mis ausencias y siempre han tenido las necesarias palabras de ánimo. Si de algo estoy seguro que puedo presumir en mi vida y de lo que me siento una persona enormemente afortunada, es de tener los grandes amigos que poseo. No es necesario que diga sus nombres, dado que ellos saben quiénes son y lo que significan para mí y a pesar de que algunos no están cerca, tengo la suerte de sentirme siempre bien acompañado.

Gracias a todos.

*“Si no está en tus manos cambiar
una situación que te produce dolor,
siempre podrás escoger la actitud
con la que afrontes ese sufrimiento”.*

-Viktor FRANKL

*“Como el camino está sembrado de espinas,
Dios ha dado al hombre tres dones:
la sonrisa, el sueño y la esperanza”.*

-Immanuel KANT

ÍNDICE GENERAL

I. INTRODUCCIÓN	39
1.1. INTRODUCCIÓN.....	39
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	45
2.1. OBJETIVOS	45
2.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	45
III. MARCO TEÓRICO	49
3.1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y ESPIRITUALIDAD	49
3.2. IMPACTO DEL CÁNCER EN LA SOCIEDAD ACTUAL	52
3.3. APROXIMACIÓN A LOS CONCEPTOS DE ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD	58
3.3.1. Concepto de espiritualidad.....	59
3.3.2. Concepto de religiosidad	62
3.3.3. Inteligencia espiritual.....	64
3.4. LA ESPIRITUALIDAD Y SU RELACIÓN CON LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN EL CÁNCER.....	66
3.4.1. El papel de las emociones	68
3.5. LA ESPIRITUALIDAD COMO DIMENSIÓN EN EL PROCESO DEL CUIDADO ONCOLÓGICO.....	70
3.5.1. Modelos y teorías de la dimensión espiritual en el campo de la salud ...	72

3.6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD.....	80
3.7. LA ESPIRITUALIDAD Y SU RELACIÓN CON EL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.....	83
3.7.1. Modelos de afrontamiento ante la enfermedad oncológica	83
3.7.2. La espiritualidad y religiosidad en el proceso de afrontamiento	87
3.7.3. La espiritualidad y la resiliencia en el proceso de afrontamiento.....	97
3.7.3.1. <i>Antecedentes y evolución del término resiliencia</i>	99
3.7.3.1.1. Escuela anglosajona	107
3.7.3.1.2. Escuela europea.....	107
3.7.3.1.3. Escuela latinoamericana	109
3.7.3.2. <i>Concepto de resiliencia</i>	110
3.7.3.3. <i>Conceptos relacionados con la resiliencia</i>	114
3.7.3.4. <i>Tipos de resiliencia</i>	117
3.7.3.5. <i>Factores protectores de resiliencia</i>	118
3.7.3.6. <i>Factores de riesgo para la resiliencia</i>	122
3.8. APLICACIÓN DEL MODELO ECOLÓGICO DE BRONFENBRENNER EN ONCOLOGÍA	125
3.9. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA.....	128
3.10. INVESTIGACIONES SOBRE LA IMPLICACIÓN DE LA RESILIENCIA EN EL CAMPO DE LA SALUD	131
3.11. LA COMUNICACIÓN Y LA ESPERANZA: ¿FACILIDAD O DIFICULTAD PARA LA DIMENSIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD?	133

ÍNDICE GENERAL	21
3.11.1. Dificultades en la comunicación profesional sanitario-paciente en relación a la espiritualidad	133
3.11.2. La esperanza como motivación para el paciente oncológico	135
3.12. ENFERMERÍA ANTE LA NECESIDAD DE CUIDADO ESPIRITUAL	136
3.13. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON LA ESPIRITUALIDAD Y RESILIENCIA	147
3.13.1. Origen y desarrollo de los sistemas de valoración de la calidad de vida	147
3.14. JUSTIFICACIÓN.....	156
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	161
4.1. DISEÑO.....	161
4.2. ÁMBITO Y PERIODO DEL ESTUDIO.....	161
4.3. SUJETOS DEL ESTUDIO.....	161
4.4. PROCEDIMIENTO	163
4.4.1. Recogida de información	163
4.4.2. Instrumentos de medición	163
4.4.2.1. <i>Variables sociodemográficas</i>	163
4.4.2.2. <i>Test de espiritualidad</i>	165
4.4.2.3. <i>Escala de resiliencia</i>	166
4.4.2.4. <i>Test de calidad de vida QLQ-C30</i>	168

4.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	170
4.5.1. Recodificación de las variables.....	170
4.5.2. Análisis de la aceptabilidad del cuestionario.....	170
4.5.3. Análisis descriptivo de los participantes.....	171
4.5.4. Análisis de los factores asociados a la espiritualidad, resiliencia y calidad de vida e importancia relativa.....	171
V. RESULTADOS	175
5.1. MAGNITUD DE RESPUESTA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES	175
5.1.1. Magnitud de respuesta	175
5.1.2. Características de los participantes.....	175
5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA DE LOS PARTICIPANTES	177
5.3. HÁBITOS TÓXICOS (TABACO Y ALCOHOL) DE LOS PARTICIPANTES	178
5.4. DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD, RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA.....	178
5.4.1. Percepción de la espiritualidad	178
5.4.2. Percepción de la resiliencia.....	182
5.4.3. Percepción de la calidad de vida.....	186
5.5. FACTORES ASOCIADOS A LA ESPIRITUALIDAD, A LA RESILIENCIA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y SU IMPORTANCIA RELATIVA	191
5.5.1. Factores asociados a la espiritualidad.....	191
5.5.2. Factores asociados a la resiliencia	196

ÍNDICE GENERAL	23
5.5.3. Factores asociados a la calidad de vida	202
5.5.3.1. <i>Salud global</i>	202
5.5.3.2. <i>Dimensión de síntomas</i>	206
5.5.3.3. <i>Área de funcionamiento</i>	211
5.5.4. Correlaciones espiritualidad, resiliencia y calidad de vida.....	217
5.5.4.1. <i>Correlación espiritualidad y resiliencia</i>	217
5.5.4.2. <i>Correlaciones espiritualidad y factores de calidad de vida, en el área de funcionamiento</i>	217
5.5.4.3. <i>Correlaciones espiritualidad y factores de calidad de vida, en el área de síntomas</i>	217
5.5.4.4. <i>Correlaciones espiritualidad y calidad de vida global</i>	220
5.5.4.5. <i>Correlaciones factores espiritualidad y resiliencia</i>	220
5.5.4.6. <i>Correlaciones factores espiritualidad y factores de calidad de vida, en el área de funcionamiento</i>	222
5.5.4.7. <i>Correlaciones factores espiritualidad y factores de calidad de vida, en el área de síntomas</i>	222
5.5.4.8. <i>Correlaciones factores espiritualidad y calidad de vida global</i>	222
5.5.4.9. <i>Correlaciones resiliencia y factores de calidad de vida, en el área de funcionamiento</i>	225
5.5.4.10. <i>Correlaciones resiliencia y factores de calidad de vida, en el área de síntomas</i>	225
5.5.4.11. <i>Correlaciones resiliencia y calidad de vida global</i>	228
5.5.4.12. <i>Correlaciones factores de resiliencia y espiritualidad</i>	228

5.5.4.13. <i>Correlaciones factores de resiliencia y área de funcionamiento</i>	229
5.5.4.14. <i>Correlaciones factores de resiliencia y factores de calidad de vida, en el área de síntomas</i>	229
5.5.4.15. <i>Correlaciones factores de resiliencia y calidad de vida global</i>	232
5.5.5. <i>Regresión lineal espiritualidad, resiliencia y calidad de vida</i>	233
5.5.5.1. <i>Regresión lineal espiritual y resiliencia</i>	233
5.5.5.2. <i>Regresión lineal espiritualidad y salud global</i>	233
5.5.5.3. <i>Regresión lineal espiritual y dimensión total de síntomas</i>	234
5.5.5.4. <i>Regresión lineal espiritualidad y área de funcionamiento</i>	234
5.5.5.5. <i>Regresión lineal resiliencia y salud global</i>	235
5.5.5.6. <i>Regresión lineal resiliencia y dimensión total de síntomas</i>	235
5.5.5.7. <i>Regresión lineal resiliencia y área de funcionamiento</i>	236
5.5.6. <i>Análisis de varianza factorial espiritualidad, resiliencia y calidad de vida</i>	236
5.5.6.1. <i>Análisis de varianza factorial espiritualidad, resiliencia y tiempo desde el diagnóstico</i>	236
5.5.6.2. <i>Análisis de varianza espiritualidad, tiempo desde el diagnóstico y salud global</i>	237
5.5.6.3. <i>Análisis de varianza espiritualidad, tiempo desde el diagnóstico y dimensión total de síntomas</i>	239
5.5.6.4. <i>Análisis de varianza espiritualidad, tiempo desde el diagnóstico y área de funcionamiento</i>	241

ÍNDICE GENERAL	25
VI. DISCUSIÓN	245
6.1. DISCUSIÓN	245
6.2. LIMITACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO	270
6.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	271
VII. CONCLUSIONES	275
7.1. CONCLUSIONES	275
VIII. BIBLIOGRAFÍA	281
IX. ANEXOS	333
Anexo 1	333
Anexo 2	335
Anexo 3	336
Anexo 4	338
Anexo 5	340

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Instrumentos para la medición de la espiritualidad. Sieverson C, Evans V, Florenzano R, Fernández L. (2016).....	281
Tabla 2. Instrumentos para la medición de la resiliencia. Rubio MJ. (2016)	282
Tabla 3. Diagnósticos enfermeros relativos al cuidado espiritual del paciente. Taxonomía NANDA 2009-2011. (2010).	282
Tabla 4. Factores que influyen en la calidad de vida. Ferriols R, Ferriols F, Alós M, Magraner J. (1995).....	282
Tabla 5. Cuestionarios de medida de calidad de vida en pacientes oncológicos. Ferriols R, Ferriols F, Alós M, Magraner J. (1995).....	282
Tabla 6. Variables relativas a las características o aspectos sociolaborales.....	289
Tabla 7. Variables relativas a las características de la enfermedad oncológica y de los antecedentes personales	289
Tabla 8. Descripción test de espiritualidad	324
Tabla 9. Descripción escala de resiliencia.....	281
Tabla 10. Descripción de los ítems del cuestionario EORTC QLQ-C30.....	282
Tabla 11. Descripción cuestionario QLQ-C30.....	282
Tabla 12. Proporción de respuesta a los cuestionarios	282
Tabla 13. Características de los participantes.....	282
Tabla 14. Características de la enfermedad de los participantes	289

Tabla 15. Porcentaje de las respuestas en los ítems sobre la percepción de espiritualidad	289
Tabla 16. Distribución de la escala de espiritualidad	324
Tabla 17. Porcentaje de las respuestas en los ítems de la dimensión de resiliencia	289
Tabla 18. Distribución de la escala de resiliencia.....	324
Tabla 19. Porcentaje de las respuestas en los ítems de la dimensión de calidad de vida.....	289
Tabla 20. Distribución del área de funcionamiento del cuestionario QLQ-C30	190
Tabla 21. Distribución del área de síntomas del cuestionario QLQ-C3	289
Tabla 22. Características de los participantes relacionadas con la espiritualidad	324
Tabla 23. Factores de la enfermedad de los participantes relacionados con la espiritualidad	289
Tabla 24. Hábitos tóxicos de los participantes relacionados con la espiritualidad	324
Tabla 25. Características de los participantes relacionadas con la resiliencia	289
Tabla 26. Factores de la enfermedad de los participantes relacionados con la resiliencia.....	324
Tabla 27. Hábitos tóxicos de los participantes relacionados con la resiliencia...	289
Tabla 28. Características de los participantes relacionadas con la salud global	324

Tabla 29. Factores de la enfermedad de los participantes relacionados con la salud global	289
Tabla 30. Hábitos tóxicos de los participantes relacionados con salud global ...	324
Tabla 31. Características de los participantes relacionadas con la dimensión de síntomas.....	324
Tabla 32. Factores de la enfermedad de los participantes relacionados con la dimensión de síntomas.....	324
Tabla 33. Hábitos tóxicos de los participantes relacionados con el área de síntomas.....	324
Tabla 34. Características de los participantes relacionadas con la calidad de vida, dentro del área de funcionamiento.....	324
Tabla 35. Factores de la enfermedad de los participantes relacionados con el área de funcionamiento	324
Tabla 36. Hábitos tóxicos de los participantes relacionados con el área de funcionamiento	324
Tabla 37. Correlacion de Pearson: espiritualidad y factores de calidad de vida en el área de funcionamiento	324
Tabla 38. Correlación de Pearson: espiritualidad y área de síntomas.....	324
Tabla 39. Correlación de Pearson: espiritualidad y calidad de vida global.....	324
Tabla 40. Correlación de Pearson: factores espiritualidad y resiliencia.....	324
Tabla 41. Correlación de Pearson: factores espiritualidad y factores de calidad de vida en el área de funcionamiento.....	324
Tabla 42. Correlación de Pearson: factores espiritualidad y área de síntomas...	324

Tabla 43. Correlación de Pearson: factores espiritualidad y calidad de vida global	324
Tabla 44. Correlación de Pearson: resiliencia y factores de la calidad de vida en el área de funcionamiento	324
Tabla 45. Correlación de Pearson: resiliencia y área de síntomas	324
Tabla 46. Correlación de Pearson: resiliencia y calidad de vida global	324
Tabla 47. Correlación de Pearson: factores de resiliencia y espiritualidad.....	324
Tabla 48. Correlación de Pearson: factores de resiliencia y factores de calidad de vida en el área de funcionamiento.....	324
Tabla 49. Correlación de Pearson: factores de resiliencia y factores de calidad de vida en el área de síntomas	324
Tabla 50. Correlación de Pearson: factores de resiliencia y calidad de vida global	324
Tabla 51. Relación espiritualidad y resiliencia.....	324
Tabla 52. Relación espiritualidad y salud global	324
Tabla 53. Relación espiritualidad y dimensión total de síntomas	324
Tabla 54. Relación espiritualidad y área de funcionamiento	324
Tabla 55. Relación resiliencia y salud global.....	324
Tabla 56. Relación resiliencia y dimensión total de síntomas.....	324
Tabla 57. Relación resiliencia y área de funcionamiento.....	324
Tabla 58. Prueba efecto inter-sujetos. Variable dependiente: resiliencia	324
Tabla 59. Prueba efecto inter-sujetos. Variable dependiente: salud global.....	324

Tabla 60. Prueba efecto inter-sujetos. Variable dependiente: dimensión total de síntomas.....	324
Tabla 61. Prueba efecto inter-sujetos. Variable dependiente: salud global.....	324

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución hábitos tóxicos de los participantes.....	324
Gráfico 2. Perfil de espiritualidad por tiempo desde el diagnóstico. Variable dependiente: resiliencia.....	324
Gráfico 3. Perfil de espiritualidad por tiempo desde el diagnóstico. Variable dependiente: salud global	324
Gráfico 4. Perfil de espiritualidad por tiempo desde el diagnóstico. Variable dependiente: dimensión total de síntomas	324
Gráfico 5. Perfil de espiritualidad por tiempo desde el diagnóstico. Variable dependiente: área de funcionamiento	324

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo biopsicosocial-espiritual de Sulmasy. Valiente-Barroso C, García-García E. (2010)	324
Figura 2. Versión tradicional-histórica de espiritualidad de Koenig. Rodríguez M, et al. (2011)	324
Figura 3. Versión moderna de espiritualidad de Koenig. Rodríguez M, et al. (2011).....	324
Figura 4. Versión tautológica moderna de espiritualidad de Koenig. Rodríguez M, et al. (2011)	324
Figura 5. Versión clínica moderna de espiritualidad de Koenig. Rodríguez M, et al. (2011).....	324
Figura 6. Propuesta de ajuste al modelo clínico moderno de espiritualidad de Koenig. Rodríguez M, et al. (2011).....	324
Figura 7. Modelo triádico de resiliencia. Rodríguez AM. (2009).....	324
Figura 8. Casita de Resiliencia. Vanistendael S, Lecomte J. (2002).....	324
Figura 9. Modelo ecológico de bronfenbrenner aplicado al paciente oncológico. Bronfenbrenner U. (1987)	324

I

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

“El mayor error que los médicos cometen es intentar la curación del cuerpo sin tener en cuenta la curación del alma; sin embargo, alma y cuerpo son uno y no deberían ser tratados separadamente”
Platón (427-347 a.C.)

1.1. INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XX se produjo un incremento en la esperanza de vida una media de cuarenta años para la población a nivel mundial, debido, en gran medida, a la disminución de ciertos problemas de salud asociados, fundamentalmente, a las enfermedades de origen infeccioso. Dichos cambios han conllevado un fenómeno de transición demográfica debido al cual se ha pasado de sociedades tradicionalmente jóvenes a sociedades en las que se ha incrementado considerablemente la población de personas mayores y ancianas.

Los cambios en los estilos de vida, unidos al envejecimiento de la población, han dado lugar al aumento de enfermedades como las oncológicas, las cardiovasculares, así como las relacionadas con la salud mental, entre otras. Es por ello la necesidad de promover hábitos saludables en la población, con el propósito de aumentar las medidas de salud y bienestar¹.

En el caso de las enfermedades oncológicas, la incidencia en nuestro país fue de unos 215.000 nuevos casos de cáncer en 2014, pronosticando que se convierta en la primera causa de muerte en España antes de que termine la presente década². En la actualidad se cree que en los países desarrollados una de cada tres personas padecerá algún tipo de cáncer a lo largo de su vida¹.

Teniendo en cuenta el aumento de la población mayor de 65 años, en el año 2034 se prevé que sean diagnosticados de cáncer 27 millones de nuevos casos a nivel mundial, siendo 17,5 millones las personas que fallezcan a causa de esta enfermedad^{1,2}. “A pesar de los avances experimentados en los últimos años en el diagnóstico precoz y el tratamiento de los distintos tumores, el cáncer sigue siendo la enfermedad más temida y sigue siendo considerada una enfermedad incurable, asociada a la desfiguración, al daño y a la muerte”².

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de cáncer, conlleva un gran impacto emocional en la persona, principalmente por su directa relación con la muerte, lo cual lleva al individuo a plantearse diversas cuestiones a nivel existencial³⁻⁷. Debido a ello, la intervención sanitaria debería de estar compuesta por un tratamiento a nivel físico y psicológico, puesto que ambos, se complementan, apoyando al paciente en el afrontamiento ante la enfermedad. La importancia de la implicación psicológica, durante el transcurso de la enfermedad, es destacada en los estudios científicos de psiconeuroinmunología, al destacar el papel del estatus psicológico sobre la función del sistema inmune, dándose una relación entre éste y la respuesta a los tratamientos⁸.

Por otro lado, las creencias y rituales religiosos son utilizados por numerosos pacientes, con el objetivo de afrontar los problemas derivados del desarrollo de la enfermedad y la consiguiente disminución del sufrimiento. Este tipo de prácticas suelen ir acompañadas de pensamientos relacionados con una deidad, siendo útiles a la persona, para alejarse del problema que padece⁹.

Debido a que el cáncer es una enfermedad que tiene un gran impacto sobre el devenir del ser humano y que conlleva el replanteamiento de preguntas existenciales acerca de la vida y la muerte, las investigaciones realizadas comienzan a dar luz sobre la importancia que poseen los factores relacionados con la espiritualidad en la aclimatación a la enfermedad oncológica. En este campo, más concretamente en el de los cuidados paliativos, en el año 2004 se puso en marcha, en la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), el Grupo de Espiritualidad SECPAL (GES), para investigar en torno a la importancia de los factores espirituales en la intervención con pacientes en fase terminal, para promover la implantación y promoción de guías que sirvan de ayuda para evaluar las necesidades y las intervenciones a nivel espiritual¹⁰.

A nivel internacional, en el año 2009, tiene lugar la Conferencia de Consenso¹¹, cuyo informe final, fue una pieza primordial para la promoción del cuidado a nivel espiritual, tanto en hospitales y hospicios, como para tratamientos crónicos y paliativos.

Posteriormente, en 2010 es creado, dentro de la Asociación Europea para los Cuidados Paliativos (EAPC), el grupo de trabajo TaskForceon Spiritual Care¹², con el objetivo de continuar ampliando los conocimientos en el campo de la

atención espiritual y la consiguiente aplicación a la práctica asistencial. Siguiendo esta línea, en el año 2012, se publica el Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare¹³, incrementando los conocimientos, para la implantación de los cuidados espirituales en la asistencia en clínica.

Dado el éxito de la Conferencia llevada a cabo en Pasadena, el George Washington Institute of Spirituality and Health, realizó una reunión en Ginebra en 2013, a la que asistieron un grupo internacional de expertos, con el objetivo primordial de implantar los cuidados espirituales en todo el ámbito sanitario¹⁴.

A pesar del interés puesto en fomentar los conocimientos, sobre la importancia de los efectos que las prácticas y necesidades espirituales conllevan en la salud, los profesionales sanitarios que tratan la espiritualidad en su práctica profesional diaria son la excepción más que la regla¹⁵.

Cuando la dimensión espiritual es “comprendida y atendida, al mismo tiempo que acompañada, despertada, orientada, apoyada y se ayuda a regenerar el sentido y la filosofía de la vida, los valores existenciales acaban jerarquizándose, tomando conciencia, el paciente, de la responsabilidad personal en la lucha contra su enfermedad”¹⁶.

En la actualidad, fundamentalmente en Estados Unidos, donde llevan unos 50 años desarrollando numerosos estudios en diversas universidades, los resultados muestran una estrecha relación entre espiritualidad y aumento de la calidad de vida, mientras que en Europa, más concretamente en España, las investigaciones en este campo son escasas, a pesar de los resultados positivos que se han obtenido en los estudios realizados a día de hoy. Por ello, entendemos la necesidad de desarrollar más trabajos en esta área, con el objetivo de evidenciar nuevos tratamientos que complementen los existentes contra el cáncer.

Dada la importancia que los expertos a nivel internacional prestan a los sistemas de creencias y valores del paciente, así como la contribución que sobre su calidad de vida tiene el soporte espiritual, hacen necesario fomentar las investigaciones de enfermería, en esta línea de investigación, con el objetivo principal de aumentar los conocimientos en este campo, para llegar a conseguir implantar cuidados a nivel espiritual, que puedan generar un aumento en la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

II

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. OBJETIVOS

1. Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes ingresados a cargo del servicio de oncología, del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.
2. Conocer la percepción de los pacientes con enfermedad oncológica sobre la espiritualidad.
3. Describir la percepción sobre el nivel de resiliencia según los pacientes de oncología.
4. Determinar la percepción sobre el estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad oncológica.
5. Analizar la relación entre las características de los pacientes (sociodemográficas y clínicas) y la percepción de espiritualidad, resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud.
6. Examinar la correlación entre espiritualidad, resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes oncológicos.

2.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis 1: La percepción de los pacientes en relación a la espiritualidad y la resiliencia influye en el enfrentamiento de la enfermedad oncológica, mejorando su calidad de vida y la percepción del estado de salud global.

Hipótesis 2: La percepción de espiritualidad y resiliencia está relacionada con las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes oncológicos.

Hipótesis 3: La percepción de espiritualidad influye en los procesos de resiliencia y en la calidad de vida y puede servir para priorizar la actuación para mejorar el grado de salud global percibida por los pacientes oncológicos.

III

MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEÓRICO

3.1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y ESPIRITUALIDAD

Mientras que a principios del siglo pasado, la esperanza de vida media al nacer era de 35'7 años y los principales problemas de salud eran agudos e infecciosos, en la actualidad, la esperanza de vida es de 83'3 años, en España, y las enfermedades crónicas, degenerativas y neoplásicas, son las que predominan¹⁷.

Desde hace años, el cáncer supone uno de los mayores problemas de salud en la sociedad, considerándose, después de las enfermedades cardiovasculares, la segunda causa de muerte en España, con unas 103.000 muertes en el año 2012².

A pesar de que el cáncer pueda parecer una enfermedad de reciente aparición, su historia se remonta hasta hace 150.000 años¹⁸, donde la paleopatología, ha hallado evidencia de lesiones, que tienen una gran semejanza, con el cáncer, a partir del descubrimiento de huesos de momias de las antiguas civilizaciones de Egipto y Perú, destacando, al mismo tiempo, que no era una enfermedad muy frecuente, cuyo incremento pudo ser debido a las alteraciones a nivel medioambiental, acaecidas durante el siglo XVIII¹⁹.

No se tiene información sobre la interpretación primitiva del cáncer o de si se intentaba algún tipo de terapia, pero el estudio de la mentalidad primitiva permite suponer que al igual que con otro tipo de manifestaciones patológicas, estas lesiones eran atribuidas a fuerzas sobrenaturales²⁰.

Una de las primeras pruebas documentales sobre el cáncer en humanos, fue encontrada en Egipto en el 1500 a.C., en el Papiro de Edwin Smith, donde se describen ocho tipos de tumores de mama o heridas ulcerosas que fueron curadas con "cauterización", pero dejando testimonio de no haber hallado cura para esta enfermedad²¹.

El origen etimológico del término cáncer proviene del griego, cuando en el siglo IV a.C. en la colección de obras atribuidas a Hipócrates y conocidas como Corpus Hippocraticum, se refirió a unas lesiones ulcerosas, que se desarrollaban

progresivamente y sin control²², extendiéndose por los tejidos como “las patas de un cangrejo, por lo que las denominó con la palabra griega karkinos, dándole un significado técnico a la palabra griega cangrejo que se describe igual”²³.

Hasta el siglo XIX, la medicina se esforzó en conocer dónde aparecían las masas tumorales y cómo poder eliminarlas del organismo, pero fue Rudolf Virchow quien descubrió en 1858 que la raíz del cáncer se encontraba en nuestras propias células, quedando detallado en su libro “Die Cellularpathologie”, donde deja constancia de que las bases de cualquier enfermedad debían estudiarse y entenderse a nivel celular²⁴.

En este sentido, el cáncer es conocido como una enfermedad en la que se produce un crecimiento descontrolado de células, que llegan a extenderse e invadir a otros órganos, provocando metástasis, siendo este proceso, la primera causa de fallecimientos debido a esta enfermedad²⁵.

El cáncer comienza mediante la transformación de una célula en tumoral a través de un proceso multifásico consistente en la progresión de una lesión precancerosa hasta llegar a ser un tumor maligno. Dicha alteración celular es debida a la interacción de factores genéticos del individuo con determinados agentes externos²⁶:

- “**Carcinógenos físicos:** como las radiaciones ultravioleta e ionizantes”.
- “**Carcinógenos químicos:** como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua bebida)”.
- “**Carcinógenos biológicos:** como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos”.

El sistema inmunológico juega un papel clave “en la defensa contra el cáncer, al tener la capacidad de reconocer las células anormales, en las que ha ocurrido la transformación y eliminarlas antes de que el tumor pueda desarrollarse”²⁷. Dicha cualidad o función del sistema inmunológico es denominada como vigilancia inmunológica. A pesar de ello, la evidencia científica refiere que el estrés o la angustia, tanto aguda como crónica, pueden ocasionar un deterioro en la función del sistema inmunológico²⁷.

La Organización Mundial de la Salud²⁶ plantea que las principales causas en el origen y desarrollo del cáncer son el consumo de alcohol y tabaco, las dietas

con un bajo consumo de frutas y verduras, el sedentarismo, las infecciones de virus como el papiloma humano y los de las hepatitis B y C. A estos factores habría que añadir la edad, dado que a mayor número de años, habría un aumento en la exposición a los factores de riesgo.

Por otra parte, algunos de los términos aplicados a los tipos de cáncer más comunes son los siguientes²⁸:

- “Carcinoma: tumor maligno, que se origina en la capa que recubre (células epiteliales) los órganos”.
- “Sarcoma: tumor maligno originado en los huesos, cartílago, músculo, tejido conectivo fibroso o tejido adiposo”.
- “Mieloma; neoplasia maligna originaria de las células plasmáticas de la médula ósea”.
- “Linfoma: tumor canceroso originado en el sistema linfático”.
- “Leucemia: cáncer que se origina en la formación de la sangre”, no existiendo tumoración, pero sí afectación de la sangre y la médula ósea.

En cuanto a los principales tratamientos existentes para tratar el cáncer, hay que destacar, que varían según la clase de tumor, de la localización y tamaño, de la afectación de los ganglios o de otros órganos, así como de la edad, el estado general de salud y la existencia de otras enfermedades importantes en el paciente. Las principales modalidades de tratamiento son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, fundamentalmente, pero existen otras terapias, indicadas en tumores o circunstancias de la enfermedad muy concretas como hormonoterapia, inmunoterapia, radioterapia intraoperatoria, cirugía láser o crioterapia, entre otras²⁸.

Por su parte, entre los principales síntomas y efectos secundarios del cáncer, así como de sus correspondientes tratamientos, cabría destacar el dolor, la falta de apetito, las náuseas y vómitos, la fatiga, la diarrea y el insomnio, entre otros, los cuales conllevan un gran deterioro de la calidad de vida del paciente y un gran sufrimiento tanto para él como para sus familiares y allegados.

A pesar de todos estos tratamientos y las investigaciones llevadas a cabo, no siempre es posible lograr la curación del paciente, por lo que se hace necesaria una actuación sanitaria dedicada a paliar, lo más pronto posible, los síntomas y

efectos derivados de la enfermedad y sus correspondientes tratamientos, al igual que los problemas psicológicos, sociales y espirituales correspondientes, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida del paciente oncológico²⁵.

3.2. IMPACTO DEL CÁNCER EN LA SOCIEDAD ACTUAL

El cáncer es una de las enfermedades que más miedo provoca, generando problemas psicológicos en pacientes, familiares, amigos y profesionales sanitarios que les tratan^{15,29}, debido a que la enfermedad, por sí misma, conlleva aspectos importantes como los sentimientos de amenaza y de pérdida.

El sentimiento de amenaza puede llegar a ser bastante complejo, debido a su relación con perjuicios para la salud como el dolor, el deterioro corporal y los problemas derivados de la disminución de la movilidad, al mismo tiempo que por la afectación y el trastorno ocasionados, tanto por la pérdida de control de situaciones personales del paciente, como de sus familiares y amigos. En cuanto al sentimiento de pérdida, estará en función de las características del tipo de cáncer y del contexto cultural en que se presente³⁰.

El cáncer conlleva un impacto sobre el nivel de estrés del paciente, dando lugar a un desequilibrio vital, ante lo que la persona debe responder, adecuadamente, con el objetivo de conseguir una adaptación equilibrada a la nueva situación de su vida³⁰.

En este sentido cabe destacar que la consideración de una enfermedad como estresante viene determinada por distintos tipos de factores generadores de estrés³⁰:

- **Estresor físico:** según las propias características biológicas de los síntomas que presenta la propia enfermedad.
- **Estresor psicológico:** en función de los estados afectivos y cognitivos de la persona caracterizados por el diagnóstico de la enfermedad.
- **Estresor social:** el desarrollo social del paciente se puede ver alterado, en función de las connotaciones sociales que tenga la enfermedad, debido en gran medida al grado de estigmatización que posea dicha enfermedad, provocando mayor o menor grado de estrés en la persona.

- **Estresor estructural:** la enfermedad modifica la estructura de los roles que comprende la organización de un sistema social.
- **Estresor cultural:** la enfermedad se estereotipa en función de normas, valores y creencias que sobre ella son transmitidas generacionalmente.

A pesar de que únicamente una minoría de los pacientes desarrolla una enfermedad mental, pueden hacer acto de presencia determinados problemas psicopatológicos y de tipo social, relacionados con el cáncer, como el dolor, la ansiedad y el insomnio, al igual que problemas familiares y personales, derivados de la situación económica, que pueda provocar el estadio del cáncer en el que esté el paciente, al mismo tiempo que problemas como el sufrimiento de tipo existencial y espiritual¹⁶.

Dado que el cáncer puede alterar el equilibrio y la visión acerca de la vida y la muerte, al poner al paciente ante el posible final de su existencia, los recursos espirituales pueden favorecer su adaptación a la enfermedad oncológica, ayudándole a generar un sentimiento de control sobre su vida, de esperanza y afrontamiento ante el miedo que genera esta enfermedad³¹⁻³³. En este sentido se considera importante la realización de más investigaciones en este campo, dado que el proporcionar un cuidado integral al paciente, parece conllevar una mejoría significativa en cuanto al estado de salud del mismo, al mismo tiempo que una mejor relación personal entre el profesional sanitario y el paciente.

Cada uno de los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad oncológica, son percibidos como fruto de la mala suerte o un castigo del destino, al igual que ocurría en otros momentos de la historia³⁴.

Esta aseveración está asentada en nuestra sociedad, al mismo tiempo que es compartida por los profesionales de la salud, de tal forma que el término cáncer provoca un profundo pánico. Susan Sontag³⁵, en su obra: "La enfermedad y sus metáforas", destaca la conmoción psicológica de la enfermedad oncológica. Según Sontag, la causa de que los pacientes oncológicos padezcan un gran impacto emocional, tras ser diagnosticados de cáncer, es la estrecha relación que tiene dicha enfermedad con la muerte, a la vez que el uso, por parte de todos los ámbitos sociales, de la palabra cáncer para hacer referencia a un mal con capacidad para destruir cualquier institución o medio.

El diagnóstico de cáncer, sitúa a la persona frente a un análisis personal de su existencia y ante el reconocimiento de la posible muerte, hecho que hasta antes del diagnóstico no era imaginado. Esta situación hace que aparezcan pensamientos de impotencia, desolación y fragilidad corporal. Es por ello que los recursos espirituales pueden ayudar al paciente a dar sentido a su vida, en esos momentos de debilidad, dando importancia a los momentos vividos, al mismo tiempo, que encontrando la forma de adaptarse a la nueva situación a la que se enfrenta. Es por ello que las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento, destacan la importancia de realizar una evaluación a nivel físico, emocional, social al mismo tiempo que espiritual, para tratar al paciente a nivel integral y poder generar un aumento en su calidad de vida³⁶⁻³⁸.

A pesar de ello, no es una tarea fácil, debido a la presencia de variadas antropologías que subyacen en los planteamientos médicos. De esta forma se entiende la variedad de opiniones médicas ante la espiritualidad. Los presupuestos antropológicos de partida son en palabras de Monge León³⁹:

“Hombre es un ser inteligente y libre, con una estructura corpóreo-espiritual y no sólo un mecanismo biológico compuesto de tejidos, órganos y sistemas. Eso le confiere tal dignidad, que jamás deberá ser considerado o tratado como un mero objeto”, y por otra parte: “En cuanto ser religioso, como se pone de relieve en las llamadas religiones históricas (Cristianismo, Judaísmo, Islam), el hombre es un ser abierto a la trascendencia, es decir, poseedor de un alma inmortal que pervive más allá de los angostos límites de la vida terrena”.

Según Florez Lozano⁴⁰, “la imposibilidad de dissociar el alma de la salud del cuerpo es una idea que se hace eco en el libro de Job y en la obra de Platón”. Posteriormente, Erasistratos, destaca la relación entre las emociones y el desarrollo de diferentes patologías que no tenían tratamiento. López Hispanus, discípulo de Maimónides, hace referencia a este hecho, al escribir que su maestro conseguía sanar el cuerpo a la vez que el espíritu.

En este sentido, Casell⁴¹ ve un fracaso el tratamiento de la enfermedad como algo corporal aislado, dado que los sentimientos y creencias del paciente, también influyen a la hora de su recuperación o empeoramiento.

En la misma línea, Viktor Frankl⁴², indica que el hombre es poseedor de tres dimensiones que lo conforman en cuanto persona. Las dimensiones son:

- **Somática o corporal (nivel biológico-fisiológico):** como ser físico, el hombre necesita de necesidades como el sueño, la alimentación y la sexualidad para conservar su salud.
- **Psíquica o anímica (nivel psicológico-sociológico):** compuesta por los sentimientos y las reacciones instintivas, propio de los hombres.
- **Noética o espiritual (dimensión personal):** comprende la libertad del hombre ante las diversas situaciones. La vida del hombre está construida por sus propias acciones. Cabe destacar que Frankl no relaciona directamente esta dimensión con la religión.

Cabe destacar que a pesar de que todas estas dimensiones son necesarias para la concepción de la imagen real del hombre, la cual puede ser distorsionada si alguna dimensión es ocultada, la dimensión espiritual tiene cierta relevancia sobre el resto⁴².

De ahí la importancia de prestar atención a la dimensión espiritual al evaluar correctamente la calidad de vida de los pacientes oncológicos, dado que omitir esta parte de la evaluación nos haría estar evaluando incompletamente a la persona.

El ser humano es el único ser vivo capaz de profundizar en su interior, teniendo conciencia de sí mismo y de los demás, incrementando su desarrollo personal, a nivel espiritual. Es por ello, que ante situaciones traumáticas como la muerte, que aumentan la ansiedad, el miedo, al mismo tiempo que la desesperanza, las prácticas espirituales, pueden generar un sentimiento de control que ayude a recuperar la estabilidad previa.

Frente al miedo por el fin de la existencia terrenal, la desfiguración del cuerpo y la muerte, los avances realizados a nivel científico y tecnológico, han generado una esperanza de eterna juventud, haciendo surgir valores como la belleza y el atractivo corporal, provocando, al mismo tiempo, una falsa ilusión de inmortalidad, en la cual las ideas del envejecimiento y la muerte son rechazadas⁴³.

Es por ello, que nuestra sociedad se siente incapaz para convivir con la muerte. No es agradable hablar de ella y por lo tanto se intenta ocultarla. Según

Michael Kearney⁴⁴ el dolor que surge en los últimos momentos de la vida es consecuencia del miedo a la hora de hacer frente a una situación que no es entendible, de ahí, que quienes afrontan esos momentos desde otra perspectiva más natural, no requieran tantos analgésicos para controlarlos.

El miedo a la muerte es un problema cultural, en el que han desaparecido los principales valores, no apreciando la vida como se merece. Este pánico a la muerte se correlaciona con las supersticiones más primitivas desde el origen de la humanidad, intentando ocultarla. La misma sociedad evita hablar de ella y de todo lo relacionado con ese término, empleando, en el caso del cáncer, palabras como neoplasia, tumor y en el caso de que una persona célebre fallezca, los periodistas lo ocultan tras frases como “falleció tras una larga lucha contra la enfermedad”⁴³.

En este sentido, la muerte de algún famoso, a causa del cáncer, puede alterar la identificación y las reacciones emocionales de los pacientes oncológicos, configurando las percepciones relacionadas con el estigma y las intenciones de comportamiento, pudiendo hacerles perder la esperanza, en función del tipo de cáncer que padeciese el personaje célebre y su relación con el que padezca la persona enferma⁴⁵.

Kübler-Ross⁴⁶, relaciona este hecho con el culto a la juventud que se ha generado en las últimas décadas, de tal modo que el cáncer y la muerte son rechazados, más aún si cabe, si el enfermo es un infante.

Este miedo a la muerte, también influye en la relación sanitario-paciente, en la que, como bien dice GianDomenico Borasio⁴⁷:

“al tratar de la muerte, los profesionales sanitarios, en especial los médicos, muestran un sorprendente comportamiento irracional que tiene su origen en su propio miedo. La muerte, debido en gran parte al dolor y a la disolución del yo inherente a ella, sigue siendo el gran tabú de nuestra sociedad que es preciso erradicar naturalizando el morir como parte del vivir”.

Por otro lado, Edgar Morín⁴⁸, plantea que el ser humano está amenazado por el desarrollo de una ciencia que no siempre avanza de la mano de la bioética, conduciendo a un empobrecimiento interior del mismo y dejando de lado, valores como la paz, el amor y la belleza de la naturaleza, entre otros, que tan de la mano han ido siempre del ser humano.

Todos los miedos del ser humano, relacionados con la muerte, fueron denominados por la Dra. Holland, de una manera esquemática y mnemotécnica: "las seis des"⁴⁹:

"la muerte (death) sería el principal temor asociado con el diagnóstico. El miedo a la dependencia (dependency), con el avance de la enfermedad, es otro de los temores habituales. La preocupación por la desfiguración del cuerpo (disfigurement) sería consecuencia de la repercusión de la propia enfermedad o los agresivos tratamientos, sobre la apariencia corpórea (alopecia, amputación de miembros), pero también sobre las funciones fisiológicas tales como la micción, la defecación, la sexualidad, etc. La sensación de incapacidad (disability) estaría relacionada con la interferencia que la enfermedad produce en los objetivos familiares, sociales y económicos del paciente. La alteración de las relaciones con los demás (disruption) como consecuencia de la enfermedad es otro aspecto que invariablemente preocupa al enfermo. Por último, el miedo al dolor y al sufrimiento (discomfort) en las fases terminales de la enfermedad es un temor que siempre padecen los enfermos oncológicos".

La estresante vida actual a la que frecuentemente se añade una visión materialista de la historia, hace que sea más difícil para el hombre el encuentro consigo mismo y con Dios⁵⁰.

Los avances científicos fomentan la idea de no tolerar el dolor, al mismo tiempo que eliminar la enfermedad y la muerte, generando un mayor sufrimiento cuando hacen acto de aparición. Este hecho ha contribuido a la paradoja de crear seres humanos que se aburren de vivir, al mismo tiempo que temen morir⁴³.

Según Marcos Gómez⁴³ "la actual proliferación del pesimismo y la desmoralización es la consecuencia de un estilo de vida carente de sentido religioso o una secuela de la descomposición de la familia", donde ideales como la perfección física y el ansia insaciable por el dinero y el poder, se han impuesto a los valores espirituales.

Las necesidades y prácticas espirituales son consideradas como formas para alejarse de los problemas, e incluso como problemas de personas que viven en una falsa realidad. Cabe destacar, que la eliminación de un significado

espiritual en la vida se ha convertido en la principal amenaza para el hombre moderno, el cual vive engañado en un estado de permanente alienación.

3.3. APROXIMACIÓN A LOS CONCEPTOS DE ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD

Espiritualidad y religiosidad son términos que tienen como objetivo principal la búsqueda de Dios, pero donde la religiosidad es considerada una forma de experimentar la espiritualidad, de tal modo, que la religiosidad, no es idéntica a la espiritualidad, sino que puede ser entendida como una forma de tomar la espiritualidad por parte de la civilización⁵¹.

A lo largo de la historia, ambos términos siempre han ido de la mano, pero a partir del siglo XVIII, el papel de la religión disminuyó durante la época de La Ilustración, ante la oposición al clericalismo.

En el siglo XIX, la espiritualidad fue enfocada a un campo distinto, al no estar las personas totalmente convencidas del racionalismo científico, retomando la idea de la espiritualidad como alternativa al materialismo y a las imposiciones religiosas⁵².

En esta línea, la moderna definición de espiritualidad de Robert Fuller⁵³, indica que ésta

“existe dondequiera que haya que luchar con las cuestiones de cómo nuestras vidas caben en el gran esquema de las cosas, cuando se da lugar a prácticas específicas como la oración o la meditación, cada vez que nos preguntamos de dónde viene el universo, por qué estamos aquí o qué sucede cuando morimos. Se es espiritual cuando uno se mueve hacia los valores como la belleza, el amor o la creatividad que parecen revelar un significado o el poder más allá de nuestro mundo visible. Una idea o una práctica es espiritual cuando se pone de manifiesto nuestro deseo personal para establecer una relación con sentido con los significados más profundos o los poderes que creemos rigen en la vida”.

Las diferencias entre espiritualidad y religiosidad se han hecho más patentes desde finales del siglo pasado con el aumento del secularismo y el surgimiento de movimientos como el New Age, desarrollando variedades espirituales de forma a como lo desean y eligen los demandantes⁵⁴.

En la última década han aumentado las expresiones, del tipo “espiritual pero no religioso”, predominantemente en los Estados Unidos, para auto-identificarse con un modo de vida espiritual que rechaza la religión organizada como el único o más valioso medio de fomentar el crecimiento espiritual.

Por su parte, algunos líderes religiosos no están conformes con la práctica de la espiritualidad sin religiosidad, indicando que “este tipo de prácticas podría convertirse en una complacencia egoísta, divorciada de la sabiduría de la práctica comunitaria de la religión y de la importancia de la enseñanza del perdón”⁵⁵.

3.3.1. Concepto de espiritualidad

La antropología, mediante los descubrimientos arqueológicos y habiendo extrapolado la experiencia de diversas sociedades primitivas actuales a la de nuestros ancestros prehistóricos, ha confirmado la espiritualidad como un fenómeno vivido por los seres humanos desde sus mismos orígenes evolutivos, representando mediante figuras o tótems, relación espiritual con la naturaleza.

Dichas figuras son asociadas al culto hacia los antepasados y a la creencia en la reencarnación de los hombres en animales u otros seres vivos. Los chamanes eran considerados como los intercesores entre el mundo que habitamos y el sobrenatural o espiritual, al considerar que todo era poseedor de un espíritu que lo habitaba o animaba, llevando a cabo rituales mágicos de tipo curativo o como iniciación⁵⁶.

Harrod afirma que “la conciencia espiritual ha evolucionado junto al desarrollo cerebral, en especial de las zonas asociadas al lenguaje y al pensamiento simbólico”⁵⁷.

El concepto de espiritualidad ha ido cobrando cada vez más importancia, desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, para convertirse en un término estudiado por la ciencia, para comprender su relación con el campo de la salud⁵⁸.

Desde el punto de vista etimológico, el vocablo espiritualidad, surge a partir del término latino “spiritualitas”, proveniente del sustantivo “spiritus” y del adjetivo “spiritual”, traducciones de los términos griegos “pneuma” (soplo) y “pneumatké”, es decir, etéreo o no material, de lo cual se define su significado como “aliento de vida”⁵⁹. En diversos ámbitos académicos atribuyen a la espiritualidad un papel esencial en el desarrollo de la personalidad humana⁶⁰.

Existen diversas definiciones sobre el concepto de espiritualidad. Tras la revisión bibliográfica del concepto de espiritualidad, destacamos algunas de las definiciones de mayor relevancia.

De acuerdo a la Real Academia Española⁶¹, la espiritualidad es entendida como “la naturaleza y condición de ser espiritual”. Por su parte, Carroll y Spero⁶² definen la espiritualidad como “una relación con Dios, entidad superior, que provee un significado, propósito y misión en la vida”, mientras que para Bruce⁶³ “ser espiritual implica la búsqueda de un significado en nuestras vidas el cual nos comunica un sentido de interconexión con uno mismo y los demás, ofreciéndonos un sendero continuo de descubrimiento y propósito personal”.

El término “espiritual” se refiere a lo que concierne a las últimas consecuencias y a menudo es contemplado como una búsqueda de significado y hace eco a lo que Frankl citó: “el hombre no se destruye al sufrir, se destruye por sufrir sin ningún sentido”³³.

Una descripción ampliada de espiritualidad incluiría “sentimientos de estar conectado con uno mismo, con la comunidad y la naturaleza, y propósito en la vida”⁶⁴.

Según Espíndula, et al.⁶⁵, “la espiritualidad se define en base a tres aspectos primordiales: significado y propósito, la voluntad de vivir, y la fe en uno, en los demás o en Dios”. De tal modo que la espiritualidad puede promover la recuperación del individuo a través de la búsqueda del significado de la vida y la consecuente lucha por vivir⁶⁶.

Para Holloway⁶⁷, “la espiritualidad es una dimensión compuesta por actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de lo estrictamente racional y material”.

La espiritualidad es una forma de entender y vivir la vida, al mismo tiempo que ayuda a buscar su significado e importancia, incluyendo un estado de bienestar y amor, sirviendo imprescindible para preguntarse sobre el sentido de la vida y la muerte, al mismo tiempo que para ayudar durante el proceso de enfermedad³⁵.

Para Koenig, McCullough y Larson⁶⁸ la espiritualidad es clave para comprender el significado a las cuestiones que se plantean sobre el sentido de la vida y su vínculo con lo sobrenatural, que no necesariamente tiene que ir de la

mano de la realización de rituales religiosos. Por su parte, el término religión es definido como “un sistema organizado de creencias, prácticas y rituales realizados con el objetivo de alcanzar lo sagrado o trascendente”⁶⁹.

De este modo la espiritualidad es el corazón de la religión, alcanzando su principal misión y aunque una persona pueda no realizar ningún tipo de práctica religiosa, siempre puede considerarse espiritual⁷⁰.

El grupo de trabajo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, define la espiritualidad como

“la naturaleza esencial que nos conforma y de la que surge la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia. Es el dinamismo de búsqueda personal en tres direcciones: hacia el interior de uno mismo en búsqueda de sentido, hacia el entorno en búsqueda de conexión y hacia el más allá en búsqueda de trascendencia”⁷¹.

La espiritualidad puede ser definida como un término universal a la vez que multidimensional, pudiendo ser definida como “la búsqueda de lo trascendente o divino a través de cualquier experiencia vital, abarcando además el mundo de los valores y de la pregunta por el sentido último de las cosas”⁷². Según este concepto, la espiritualidad, mediante la fe en uno mismo y la búsqueda del sentido de la vida, puede promover la recuperación de la persona, al ayudar a la gente a entender y vivir su vida con significado.

La “espiritualidad es un concepto más amplio relacionado directamente con la persona, siendo su desarrollo individual. De tal forma que los individuos pertenecientes a una religión habrían de ser espirituales, lo cual no implica que las personas que se reconocen como espirituales pertenezcan necesariamente a una religión”³⁸. Partiendo de este punto, resulta de suma importancia desarrollar investigaciones desde el área de la salud que ayuden a descubrir las implicaciones del factor espiritual y religioso en la enfermedad con miras a un mejor entendimiento de las características y de una intervención asertiva en el ámbito psicológico del paciente oncológico^{64,73-77}.

En conclusión, la espiritualidad proporciona un bienestar, que no requeriría de la realización de prácticas religiosas sino la apertura a las dimensiones transpersonales de la experiencia. El bienestar espiritual es

caracterizado por un sentimiento de paz interior, de respeto por la vida y todo lo que en ella hay y de agradecimiento por todo lo presente, lo que da lugar al desarrollo de capacidades como el amor, la sapiencia, la trascendencia interior o la felicidad, entre otras.

3.3.2. Concepto de religiosidad

Dado, que la promoción de la espiritualidad es el principal objetivo de la mayoría de las religiones de todo el mundo, la definición de ambos conceptos no está clara. La religiosidad y la espiritualidad necesitan ser definidos con especial cuidado, al ser términos que pueden solaparse o existir por separado¹⁵.

Según Wilson⁷⁸, “la religiosidad está ligada al desarrollo humano, abarcando cualquier periodo temporoespacial, llegándose a afirmar que la predisposición a la creencia religiosa es la fuerza más poderosa y compleja de la mente humana y posiblemente, una parte inextirpable de su naturaleza”. Cabe destacar la evidencia de rituales religiosos, realizados antes del año 3000 a.C., obtenidos de variados registros arqueológicos⁷⁹, a pesar de que “los datos procedentes de diversas prácticas funerarias podría hacer retroceder la existencia de este fenómeno hasta hace más de 40.000 años”⁸⁰.

En comienzos de la humanidad, las religiones tuvieron connotaciones terapéuticas, constituyendo un antídoto contra los miedos ancestrales, contra el pánico ante los fenómenos desconocidos y amedrentadores de la naturaleza, las personas acudían a los dioses, directamente o mediante hechiceros y chamanes, para resolver sus problemas. Más que problemas de fe y de teología, los primitivos planteaban a los dioses cuestiones terrenales, desde cómo vivir en paz con sus enemigos, a cómo dominar los rayos y tormentas⁷².

El concepto de religión se puede comprender como “un sistema de creencias y cultos organizados por personas practicantes”⁸¹, pero también “como una institución social asociada a sacerdotes, dogmas, doctrinas, instituciones, e incluso a intromisión política y organizaciones sociales, que implica grandes estructuras sociales que enlazan muchas más cosas que únicamente la experiencia espiritual de las personas”⁸².

Por otro lado, la religiosidad puede llegar a ser entendida como la expresión de los comportamientos propios del sistema de creencias y cultos que

son realizados en toda religión. La religiosidad es vivida de forma social como un cuerpo de conocimientos, ritos, normas y valores que suelen guiar gran parte de la vida de las personas que quieren unirse, a nivel espiritual, con lo sagrado⁸³. La religiosidad conlleva un propósito con un carácter directivo, al aprovisionar al ser humano de los conocimientos necesarios para trascender a la deidad mediante la enseñanza de valores y la reunión⁸⁴.

Beit-Hallahmi y Argyle⁸⁵ consideran la religiosidad como una actitud tridimensional: cognitiva (creencias religiosas), comportamental (conductas religiosas y liturgias) y afectiva (lazos entre la persona y lo divino).

Edward Wilson⁸⁶, considera la propensión del ser humano hacia las creencias religiosas como “la fuerza más compleja y poderosa, probablemente inamovible, de la naturaleza humana”.

Según Herbert Benson⁸⁷, gran variedad de culturas han creído en una fuerza con poderes sobrenaturales, a la que denominaron con nombres como “ka”, “mana” o “prana”, en función de la civilización en la que se desarrollaban estas creencias, describiendo los efectos beneficiosos asociados con la salud.

Aquello que llena de sentido la vida de la persona religiosa es la religiosidad, dado que a través de la experiencia divina, se consigue alcanzar la espiritualidad, sin la cual la vida religiosa no tendría sentido, dado que estaría vacía. Mientras que la religiosidad posee una naturaleza socio-cultural, protegiendo lo espiritual, la espiritualidad posee un carácter más personal y específico⁸¹, trascendiendo la parte biológica, psicológica y social de nuestras vidas⁸⁸.

Los investigadores Minton y Kahle⁸⁹, diferencian ambos términos dividiendo la religiosidad en dos formas, por un lado la extrínseca, que haría referencia a las prácticas religiosas e institucionales y por otro la intrínseca, la cual concierne a la espiritualidad, tal cual.

Las prácticas, liturgias, valores y experiencias subjetivas aumentan la identidad grupal, contribuyendo a la armonía y equilibrio interno de los individuos del grupo así como del resto. Por ello, es totalmente acertada la afirmación: “las personas se enferman en comunidad y se sanan en comunidad”⁹⁰.

En conclusión, la religiosidad es entendida como la variedad de rituales que realiza la persona que pertenece a una determinada religión, siendo ésta una institución en la que se reúnen un conjunto de individuos que poseen una serie de creencias teológicas similares. Por otro lado, la espiritualidad es la forma en que el individuo da sentido a los diferentes sucesos que acontecen en su vida, desde los momentos felices hasta los más traumáticos, como la enfermedad y la muerte. La espiritualidad conlleva una trascendencia, mediante la conexión con otras personas, con la naturaleza o consigo mismo, a diferencia de la religiosidad, en la que es necesaria, la existencia de la relación con una deidad para llegar a trascender⁹¹.

3.3.3. Inteligencia espiritual

A nivel etimológico, la palabra inteligencia define la capacidad de la mente para razonar, comprender y depurar entre distintas alternativas, llegando a elegir la decisión más correcta. De tal manera que dota al individuo que la posee de facultades para adoptar la decisión más idónea ante cada situación que se le presente⁹².

A principios del siglo pasado, el coeficiente intelectual se convirtió en la novedad, llegando a estudiar la manera de medirlo a través de instrumentos como tests, con el objetivo de encuadrar a las personas en diferentes grados de inteligencia, en función del resultado en dicho examen, siendo considerados como más inteligentes aquellos que obtenían una mayor puntuación⁹³.

Sin embargo, en 1983, el psicólogo americano Howard Gardner⁹⁴, para quien la inteligencia es una facultad que ayuda a la persona a solucionar problemas mediante unas potencialidades neuronales que pueden ser o no activadas dependiendo de muchos factores, como el entorno cultural y familiar, publica su conocida obra "Inteligencias Múltiples".

Gardner⁹⁵ parte de la idea de que el ser humano posee diversas clases de inteligencia, argumentando la existencia de al menos 8 clases, como serían: la inteligencia lingüística, la lógico-matemática, la espacial o visual, la musical, la corporal-cinestésica, la intrapersonal, la interpersonal y la naturalista.

A partir de este momento, son llevadas a cabo numerosas investigaciones, a nivel neurocientífico y psicológico, surgiendo a finales del siglo XX, de la mano

de Daniel Goleman⁹⁶, la teoría de que la inteligencia emocional posee la misma importancia que el coeficiente intelectual. Según este autor, la inteligencia emocional hace consciente al ser humano, tanto de sus sentimientos como los del resto, generando empatía, motivación y habilidad social, a la vez que facultando al individuo a responder correctamente ante las situaciones que conllevan malestar o felicidad.

Fue a principios del presente siglo, cuando hace acto de presencia un grupo de autores que inician el estudio de la inteligencia espiritual y todo lo que conlleva a nivel existencial y trascendente. Este tipo de inteligencia, según Zohar y Marshall⁹³, suplementaría a la inteligencia lógica y racional, al mismo tiempo que a la emocional, sirviendo de ayuda a la hora de hacer frente al sufrimiento y al dolor, ayudando al individuo a trascender, creando valores y facultades para encontrar el significado de nuestras actuaciones.

Según Zohar⁹³, este tipo de inteligencia permite a las personas, alcanzar los significados más trascendentales, proyectar la finitud de la existencia terrenal, enfrentándose a las cuestiones que acontece la misma y ayudar a buscar respuestas creíbles y razonables.

La inteligencia espiritual es identificada como la facultad que comprende la trascendencia humana, el sentido divino y los comportamientos morales, capacitando a la persona para trascender el mundo terrenal, accediendo a estados iluminados de conciencia y dándole un sentido sagrado a todos los acontecimientos que surgen a lo largo de la vida, capacitándole para emplear las técnicas espirituales que le permitan solucionar los problemas que se presenten en la misma⁹⁷.

Sisk y Torrance⁹⁸, definen la inteligencia espiritual como la facultad para emplear un enfoque compuesto por la intuición, la meditación y la visualización, que permite a la persona adentrarse en su conocimiento profundo con el objetivo de solucionar los problemas a nivel global.

Por su parte King y DeCicco⁹⁹ identifican la inteligencia espiritual con un conjunto de facultades mentales de acomodación, basada en lo inmaterial y en aspectos trascendentes de la realidad, que "ayudan a sensibilizar, integrar, adaptar y aplicar aspectos no materiales y trascendentes de la existencia, con una

profunda reflexión existencial, mejorar el significado de la vida, reconocer un yo trascendente y dominar estados espirituales".

Francesc Torralba⁹², la define como "una inteligencia que nos faculta para preguntar por el sentido de la existencia, tomar distancia de la realidad, elaborar proyectos de vida, trascender la materialidad, interpretar símbolos y comprender sabidurías de vida".

Este investigador considera que este tipo de inteligencia puede ser incrementada a través de prácticas como la meditación, la contemplación, el silencio, escuchar música y las prácticas solidarias, entre otras actividades, las cuales tendrían como resultado una serie de beneficios personales, como una mayor riqueza interior y calidad en las relaciones, el conocimiento de las posibilidades, por encima de las limitaciones, un mayor equilibrio interior, capacidad de sacrificio y una vivencia plena del ahora.

Zohar y Marshall⁹³ destacan la importancia del desarrollo de esta clase de hábitos, puesto que ayudan a las personas a pelear contra la carencia de espiritualidad existente en nuestra sociedad, a la vez que en el resto del planeta, hecho acaecido a causa de la

"pérdida del sentido de los valores fundamentales, aquellos enraizados en la tierra y sus estaciones, al día y a las horas que pasan, a los instrumentos y rituales cotidianos de nuestras vidas, al cuerpo y sus cambios, al trabajo y sus frutos, a las etapas de la vida y a la muerte como fin natural".

3.4. LA ESPIRITUALIDAD Y SU RELACIÓN CON LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN EL CÁNCER

La correlación entre el estrés crónico y la disfunción del sistema inmunológico está probada por numerosos estudios^{100,101}. En el paciente oncológico, el estrés viene dado por diversas situaciones que pueden ir surgiendo durante todo el proceso, comenzando desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, la evolución, el pronóstico, los diversos tratamientos a los que va siendo sometido, hasta la fase de concienciación del próximo final de su vida¹⁰².

Los factores estresantes están relacionados con el desarrollo de trastornos en el sistema inmunológico, conllevando, al mismo tiempo, la aparición de infecciones, enfermedades del sistema inmunológico como la enfermedad de

Graves, la artritis reumatoide o la esclerosis múltiple, entre otras e incluso el cáncer. En este sentido, las enfermedades mentales pueden tener una gran importancia en la aparición y desarrollo de las enfermedades relacionadas con el sistema inmune¹⁰³.

El papel del estrés en la génesis o desarrollo de la enfermedad, puede generar la aparición de cambios personales en los hábitos de salud o estilos de vida del paciente, predisponiéndole al cáncer. Ello es debido a que los comportamientos adoptados por las personas para hacer frente a las situaciones de estrés pueden ser perjudiciales para su salud, como el acto de fumar o beber alcohol, la mala alimentación, la resistencia a los tratamientos médicos, etc^{104,105}.

La psiconeuroinmunología, es la ciencia encargada de investigar la correlación entre la mente, el sistema nervioso central y el inmunológico. Los hallazgos encontrados en sus estudios, muestran la existencia de una gran correlación entre los factores psicológicos, sociales y conductuales sobre el sistema inmunológico¹⁰⁶. En este sentido, los efectos generados por el estrés en el sistema inmune y la consecuente susceptibilidad para el desarrollo de enfermedades, es uno de los puntos más investigados por esta ciencia.

Ante la presencia de una degeneración en el desarrollo y proliferación de las células, como es el caso del cáncer, el sistema inmunológico, cumple un papel de vigilancia a la hora de reconocer este tipo de células e intentar eliminarlas antes de que la enfermedad llegue a desarrollarse. Dentro del sistema inmunológico, las células que cumplen esta función son denominadas como "natural killer", realizando una actividad citotóxica sobre las células tumorales, provocando la aniquilación de las mismas¹⁰⁷.

Diversas investigaciones realizadas en personas, han mostrado como causantes de la inducción o desarrollo de alteraciones del sistema inmunológico en personas, a factores de tipo psicosocial, como el estrés y la depresión, e incluso de tipo medioambiental¹⁰⁸. En este sentido, el estrés genera una alteración en la función del aparato neuroendocrino y por consiguiente, puede afectar al comportamiento inmunológico.

Ante este hecho, la realización de prácticas de relajación y meditación, puede afectar positivamente al desempeño del sistema inmunológico, en seres humanos¹⁰⁹, como demuestran las investigaciones llevadas a cabo en pacientes

con cáncer de ovario, durante la administración del tratamiento quimioterápico¹¹⁰.

Sklar y Anisman¹¹¹ tras realizar una revisión sistemática sobre los efectos del estrés en el cáncer, concluyen:

“Nuestro punto de vista es, no que el estrés sea la causa del cáncer sino más bien que el estrés, como acontecimiento ambiental con profundos efectos sobre el funcionamiento fisiológico, puede influir el curso de la enfermedad neoplásica. En efecto, el estrés se traduce en cambios biológicos compensatorios para hacer frente a las demandas a las que se ve sometido el organismo. Sin embargo, la movilización focalizada de recursos o su potencial agotamiento incapacita en alguna medida al organismo para luchar con eficacia con las células cancerosas. Dada la relación existente entre los sistemas neuroquímico, hormonal e inmunitario, una perturbación en cualquiera de estos procesos podría incrementar ostensiblemente la proliferación de células cancerosas”.

La evidencia científica muestra que el estrés provocaría una peor actividad de las células “natural killer”¹¹², “una disfunción en la proliferación de linfocitos periféricos a lecitinas vegetales y anticuerpos monoclonales contra sus receptores”¹¹³, al mismo tiempo que a la generación de dificultades en la detección de células tumorales, provocadas por la disminución del complejo mayor de histocompatibilidad clase I por medio de la elevación del TNF α ¹¹⁴.

Por último, cabe destacar, que a pesar de la evidencia de los efectos del estrés y la depresión en la alteración del papel realizada por el sistema inmunológico, como disfunción en el crecimiento linfocítico inducido por mitógenos y en la actividad de las células “natural killer”, la presencia de diversidad de factores como el sexo, la edad, el estado civil y la gravedad de los trastornos mentales, pueden poseer una gran influencia, de manera decisiva, en dicha alteración¹¹⁵.

3.4.1. El papel de las emociones

Ante la cuestión “¿de qué manera influyen las emociones del paciente en la recuperación de su cuerpo físico?”, se estima que aquellas consideradas negativas como la ira, el miedo o la tristeza se generan cuando la persona valora que tiene

una dificultad para lograr sus propios objetivos. Sin embargo, cuando se percibe el logro, se experimentan emociones positivas tales como la alegría, el humor o la propia felicidad. Son precisamente estas emociones las que predisponen para que la persona afronte una tarea, aportando entusiasmo y una disposición a la acción¹¹⁶. Hay que recordar, que la promoción de la salud se entiende como el fomento de las conductas, que llevan a conseguir un estado de salud óptimo.

En el proceso conocido como salud-enfermedad, las emociones cumplen un importante papel en el bienestar y/o malestar de las personas, debido, en gran medida, a sus características relacionadas con la motivación, dado que pueden llevar a la práctica de hábitos saludables como la realización de ejercicio físico, descanso, ocio, dieta equilibrada, etc. o, por el contrario, a realizar conductas no saludables como el tabaco, alcohol, sedentarismo, dieta pobre en verduras, etc.

Desde hace años existe evidencia suficiente para confirmar que “las emociones positivas fortalecen la salud, mientras que las emociones negativas la perjudican¹¹⁶. Por ejemplo, en largos períodos de estrés, podemos desarrollar reacciones emocionales negativas, lo que puede dar lugar al desarrollo de “diferentes enfermedades relacionadas con el sistema inmunológico (como gripe u otras infecciones ocasionadas por virus oportunistas), o adquirir hábitos poco saludables que a la larga pueden perjudicar la salud¹¹⁷. Por el contrario, “el humor, la risa, la felicidad ayudan a mantener, e incluso recuperar la salud^{118,119}.”

Ante la sospecha de síntomas relacionados con la enfermedad oncológica, las emociones del paciente, pueden jugar un papel importante a la hora de acudir a los servicios sanitarios para confirmar o descartar tal diagnóstico, de ahí la importancia de hacer frente y evitar las emociones como el miedo y la angustia ante una sintomatología que sea parecida a la del cáncer¹²⁰.

Un diagnóstico de cáncer suele conllevar graves problemas emocionales que pueden repercutir sobre la evolución de la enfermedad. Los investigadores consideran que “entre el 20 y el 60 por ciento de los pacientes con cáncer experimentan síntomas de depresión que pueden dificultar aún más la adaptación, la participación óptima en actividades de tratamiento y el aprovechamiento de las fuentes de apoyo social que tengan a su disposición, pudiendo llegar a negarse a someterse a una cirugía o incluso a dejar de asistir a las sesiones de radioterapia o quimioterapia, con los resultados considerablemente adversos que ello conllevaría^{121,122}.”

Numerosos estudios concluyen que las emociones positivas, como el optimismo, la felicidad y la esperanza, entre otras, desarrollan un papel primordial, para combatir las emociones negativas y poder mejorar el bienestar del paciente, consiguiendo unos mejores resultados, durante el desarrollo de la enfermedad oncológica ¹²³⁻¹²⁵.

En este sentido la espiritualidad puede jugar rol primordial en el origen y adaptación al tratamiento de enfermedades como el cáncer, al estar relacionada íntimamente con la presencia de emociones positivas en aquellas personas que poseen un alto nivel espiritual¹²⁶.

Aquí es un factor fundamental, la forma en la que los oncólogos y demás profesionales sanitarios comuniquen la información, relacionada con la enfermedad y el tratamiento, a sus pacientes, adaptándola a las emociones y necesidades espirituales que presente el individuo, fomentando el compromiso con el tratamiento y proporcionándole esperanza^{127,128}.

3.5. LA ESPIRITUALIDAD COMO DIMENSIÓN EN EL PROCESO DEL CUIDADO ONCOLÓGICO

La dimensión del ser humano, puede ser definida como el conglomerado de potencialidades mediante las cuales se estructura el desarrollo integral de una persona o "las unidades fundamentales, de carácter abstracto, sobre las que se orquesta el progreso integral del ser humano"¹²⁹.

Se puede afirmar que la dimensión espiritual está compuesta por las capacidades que posee la persona para trascender su vida y alcanzar los ideales, creencias, liturgias y certezas que le otorgan un significado general e interno a la existencia terrenal. Es la zona del ser humano que ofrece la posibilidad de comprender la existencia de una realidad superior a la nuestra, que lleva al individuo a buscar nuestra entidad, así como el sentido de la existencia, la interconexión con los demás y con una fuerza trascendental. Según José Luis Bazán¹²⁹, las características de la dimensión espiritual son:

- "Es el más alto nivel de desarrollo humano a nivel cognitivo, moral, emocional e interpersonal, fuente de inspiración para buscar la paz interior y la felicidad".

- “Es una facultad humana que nos da el entendimiento sobre la existencia de una realidad aún mayor que la nuestra”.
- “Es el conjunto de mecanismos mentales para desarrollar un estado de introspección o espiritualidad y una práctica exterior o religiosidad”.
- “Nos permite encontrar sentido, esencia y significado a nuestra vida en nuestro entorno, permitiéndonos conectarnos con otras personas y con la naturaleza”.
- “Nos permite la búsqueda diaria de lo sagrado y comunicarnos con el Espíritu Universal o Dios”.
- “Nos permite ser más honestos, compasivos, menos egoístas y más altruistas”.
- “Es lo que nos permite diferenciar entre el bien y el mal”.
- “Es la capacidad que nos permite llegar a la Sabiduría y la Conciencia plena”.
- “Nos permite entender que somos seres trascendentes y manejar el miedo a la soledad, la enfermedad, el dolor y la muerte”.
- “Es un estado y un camino para llegar a una madurez espiritual”.
- “Nos permite desarrollar la veracidad, humildad y caridad, la autenticidad, respeto por las diferencias y disposición a ofrecer servicio a otros”.
- “Nos lleva a la ausencia de la hostilidad, así como una inclinación hacia la amabilidad y generosidad”.
- “Posibilita los estados de inspiración con sentimientos de claridad, conexión, apertura y energía que se pueden dar en cualquier actividad creativa”.
- “Es el conjunto de habilidades, recursos, valores y cualidades espirituales que permiten el funcionamiento diario y el bienestar, para una mejor adaptación”.

Al mismo tiempo, la dimensión espiritual puede manifestarse como¹²⁹:

- **Manifestación religiosa, exterior o religiosidad:** puesta en práctica de la espiritualidad dentro de una religión organizada.

- **Manifestación no religiosa, interior, espiritualidad o secular:** búsqueda interna o introspección, adaptada a cada uno.

3.5.1. Modelos y teorías de la dimensión espiritual en el campo de la salud

La medicina tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano y en la física newtoniana, dividiendo la naturaleza del ser humano en cuerpo y mente, con el objetivo de que sean estudiados y tratados de forma separada. Este tipo de medicina dirige sus investigaciones al diagnóstico y tratamiento de las patologías humanas como entidades propias e independientes, examinando el cuerpo humano como una estructura anatómica con características morfológicas y funcionales bien definidas, mientras que considera la enfermedad como una lesión morfológica y funcional originada unicausalmente.

En 1977 Engel¹³⁰ critica el modelo médico tradicional por considerarlo reduccionista y mecanicista, al mismo tiempo que por no valorar la multidimensionalidad del ser humano. El modelo de Engel permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad, considerando de vital importancia la observación de la interacción entre el hombre y su entorno, como la existencia de una posible multicausalidad en el origen y desarrollo de la enfermedad.

Posteriormente, Sulmasy¹³¹ formuló un modelo, mostrado en la figura 1, basado en la interrelación recíproca de las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, las cuales serían integradas de forma holística por cada persona. La evaluación de cada dimensión sería realizada mediante el análisis del estado actual del paciente, en ese aspecto, durante la prueba, junto a uno retrospectivo que acercase información de la historia personal en dicha dimensión, así como a través del estudio prospectivo que la misma persona podría anticipar.

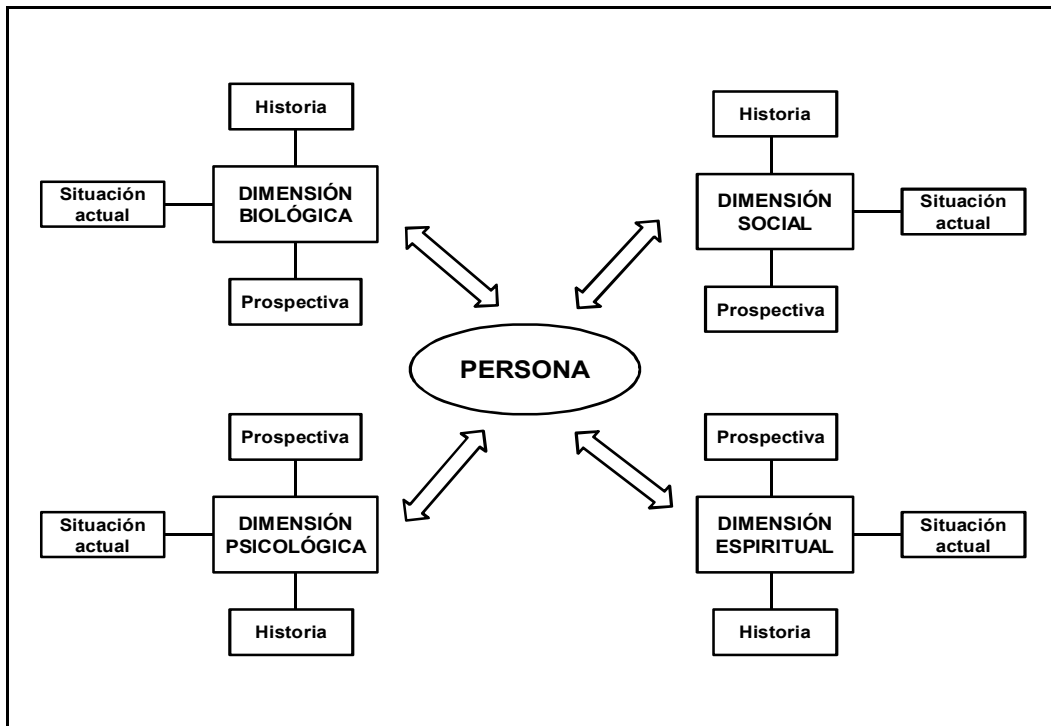


Figura 1. Modelo biopsicosocial-espiritual de Sulmasy. Fuente: Valiente-Barroso C, García-García E. 2010⁸⁰.

Según dicho modelo y desde una interpretación amplia de la espiritualidad, el paciente dispondría, a nivel sanitario, de un informe espiritual y unas específicas necesidades espirituales.

Posteriormente, Dubourdie¹³² aporta un modelo multidimensional formado por:

- “Dimensión biológica”.
- “Dimensión cognitiva sobre el procesamiento de la información según las características de cada sujeto y de sus mecanismos de afrontamiento”.
- “Dimensión psico-emocional considerando las facilitaciones por experiencias tempranas y los primeros vínculos generadores de vulnerabilidad”.
- “Dimensión socio-ecológica”.
- “Dimensión espiritual o trascendental donde tienen importancia las creencias y la esperanza con expectativas positivas”.

Este nuevo modelo pretende dejar atrás los antiguos paradigmas concentrados, únicamente, en una visión reduccionista, unicausal, fragmentada y sin conexión entre la salud y la enfermedad.

Paralelamente, Koenig⁵⁸ planteó 4 patrones acerca de “la relación de la salud psíquica y física con la religión y la espiritualidad”, en los cuales, la espiritualidad, la religiosidad y el secularismo aportarían recursos destinados a la salud psíquica y de forma indirecta para la salud física, debido a que fomentan estados psicológicos de bienestar que repercuten benéficamente en el sistema inmune. Los patrones presentados por Koenig son los siguientes:

- **Versión tradicional-histórica de espiritualidad**

Esta versión se distingue por su “profunda religiosidad, dedicación al servicio de la religión y los miembros de la comunidad y la enseñanza de las costumbres de la fe mediante el testimonio vital. La religión, la espiritualidad y el secularismo (laicismo) son bienes que pueden fomentar valores morales, conexiones con los demás, paz, armonía, bienestar, esperanza, así como el propósito y sentido de la vida”⁵⁸.

La espiritualidad sería reconocida mediante medidas de participación en actos religiosos, que posteriormente serían contrastadas con las de inferior participación y con personas laicas. La dimensión espiritual, en este modelo, se trata de un término totalmente distinto de las habituales medidas de salud mentales o físicas. Figura 2.

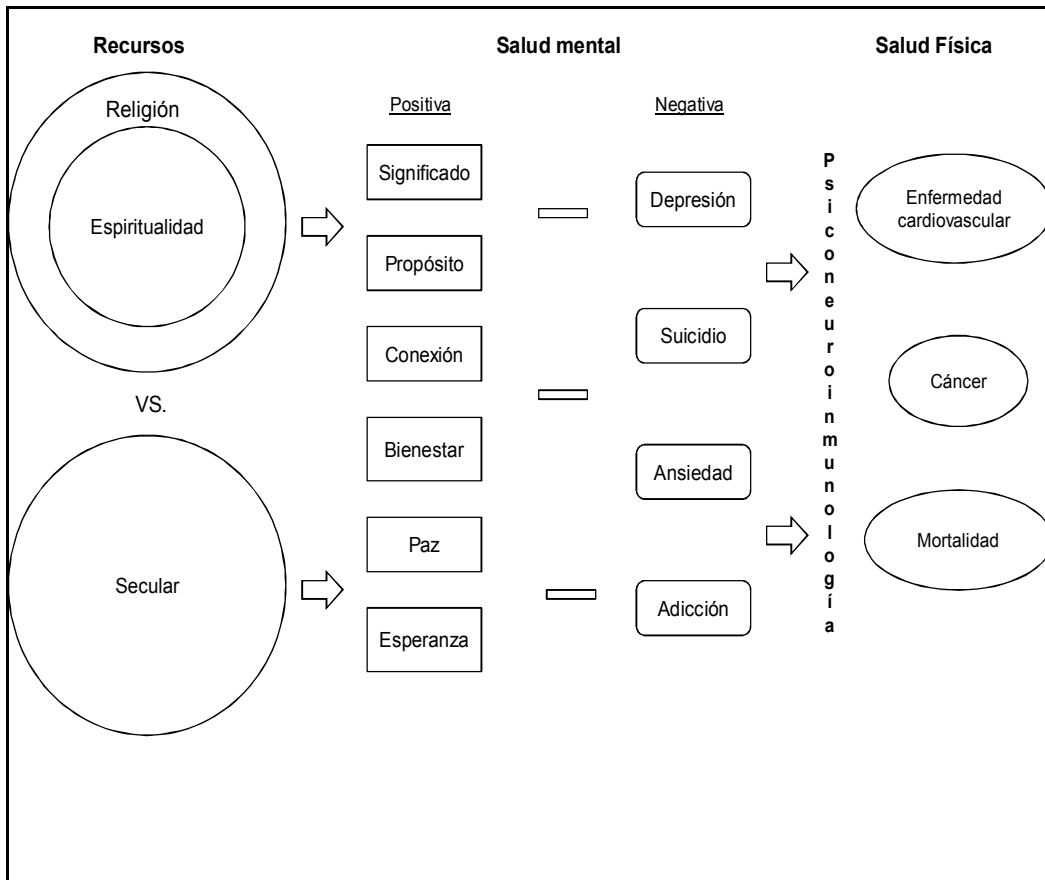


Figura 2. Versión tradicional-histórica de espiritualidad de Koenig. Fuente: Rodríguez M, et al. 2011¹³³.

• **Versión moderna de espiritualidad**

Esta versión se caracteriza por ampliar el término religioso tradicional conocido. “El concepto de espiritualidad ha sido empleado ampliamente en la asistencia ante los problemas de salud, con el objetivo de aplicarlo tanto a personas de diversos credos religiosos como a quienes no tienen ninguno”⁵⁸. Esto descubre una novedosa clase de "personas espirituales, pero no religiosas". El presente modelo conceptualiza el equiparamiento de la salud mental y física de aquellas personas "espirituales y religiosas", las que son "espirituales, pero no religiosas", así como la de las que son "completamente seculares". Figura 3.

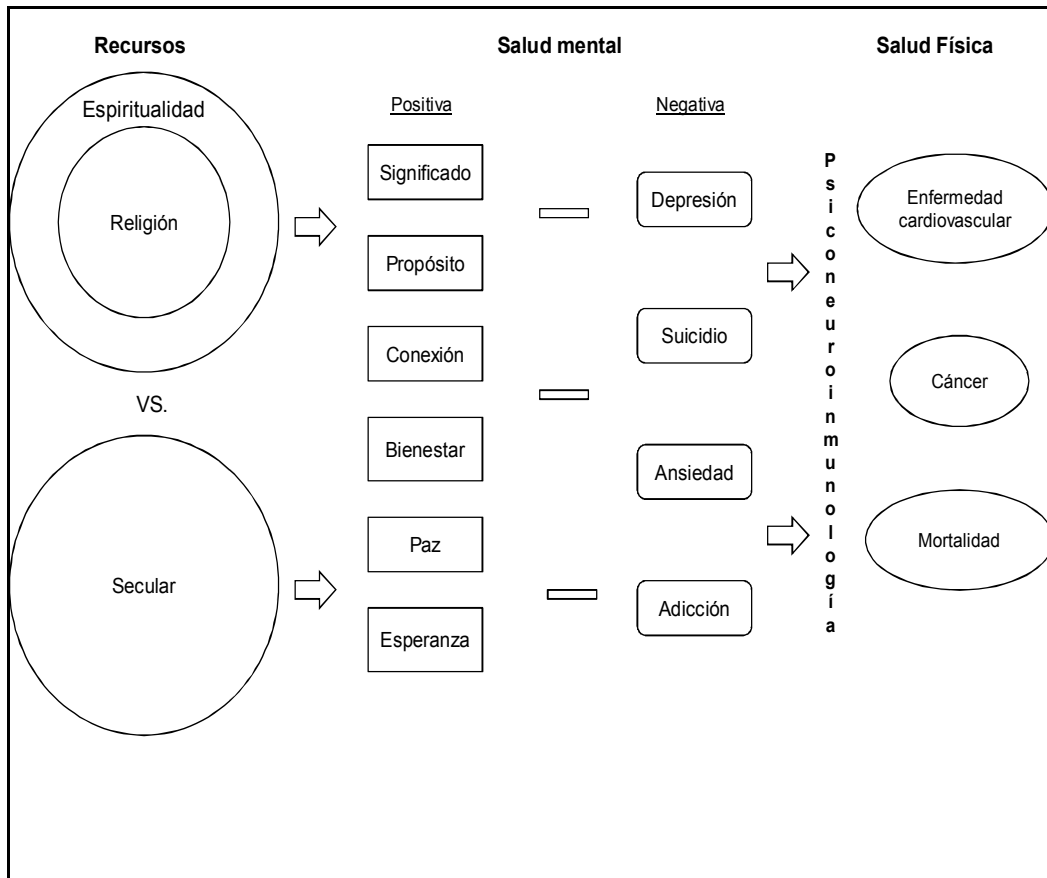


Figura 3. Versión moderna de espiritualidad de Koenig. Fuente: Rodríguez M, et al. 2011¹³³.

- **Versión tautológica moderna de espiritualidad**

La presente versión se distingue de la anterior porque se extiende hacia fuera, incluyendo en su definición la salud mental positiva y los valores humanos. Aquí la espiritualidad introduce indicadores religiosos tradicionales, búsqueda de lo sagrado, estados psicológicos positivos como propósito y sentido de la vida, la conexión con los demás, tranquilidad, armonía y bienestar. Es definida como versión "tautológica" porque comprende indicadores de salud mental en la definición de espiritualidad, lo que asegura una correlación positiva entre estas dos variables. Figura 4.

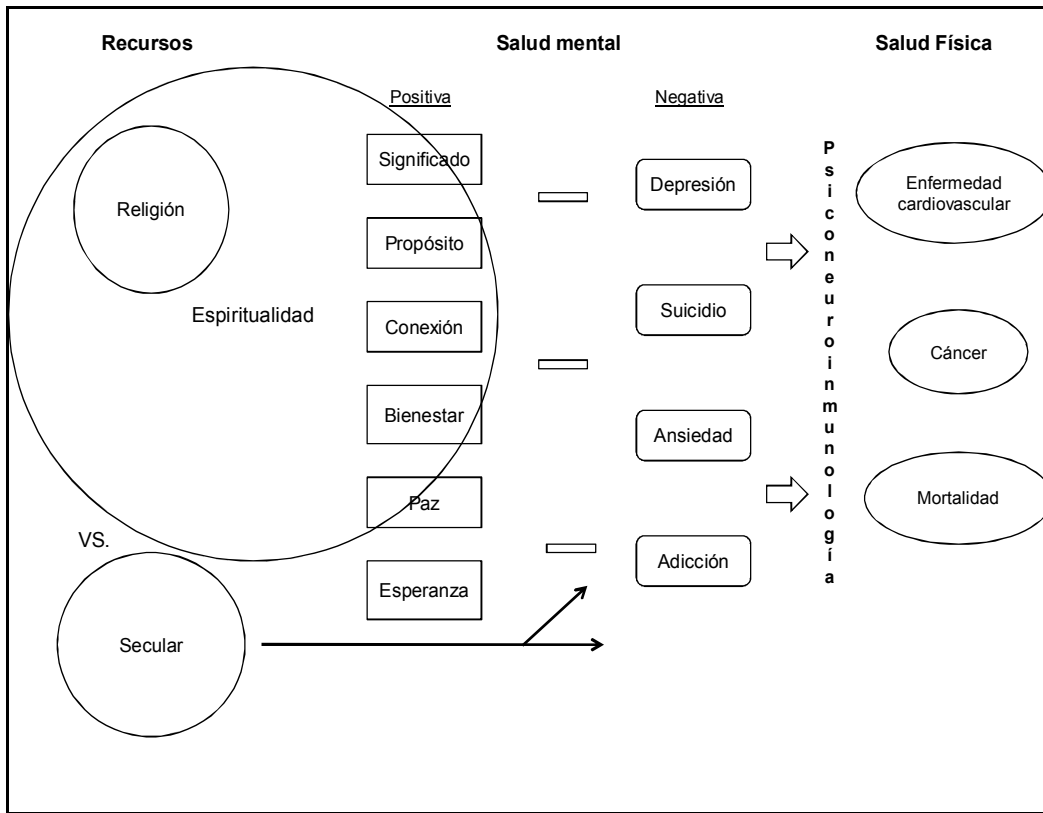


Figura 4. Versión tautológica moderna de espiritualidad de Koenig. Fuente: Rodríguez M, et al. 2011¹³³.

• **Versión clínica moderna de espiritualidad**

Este modelo se distingue por incluir los anteriores, es decir, el término de religión y las señales positivas de salud mental, al mismo tiempo que “lo secular (laicismo) como elementos de su definición. En este modelo es considerado espiritual incluso lo agnóstico y lo ateo”⁵⁸. Figura 5.

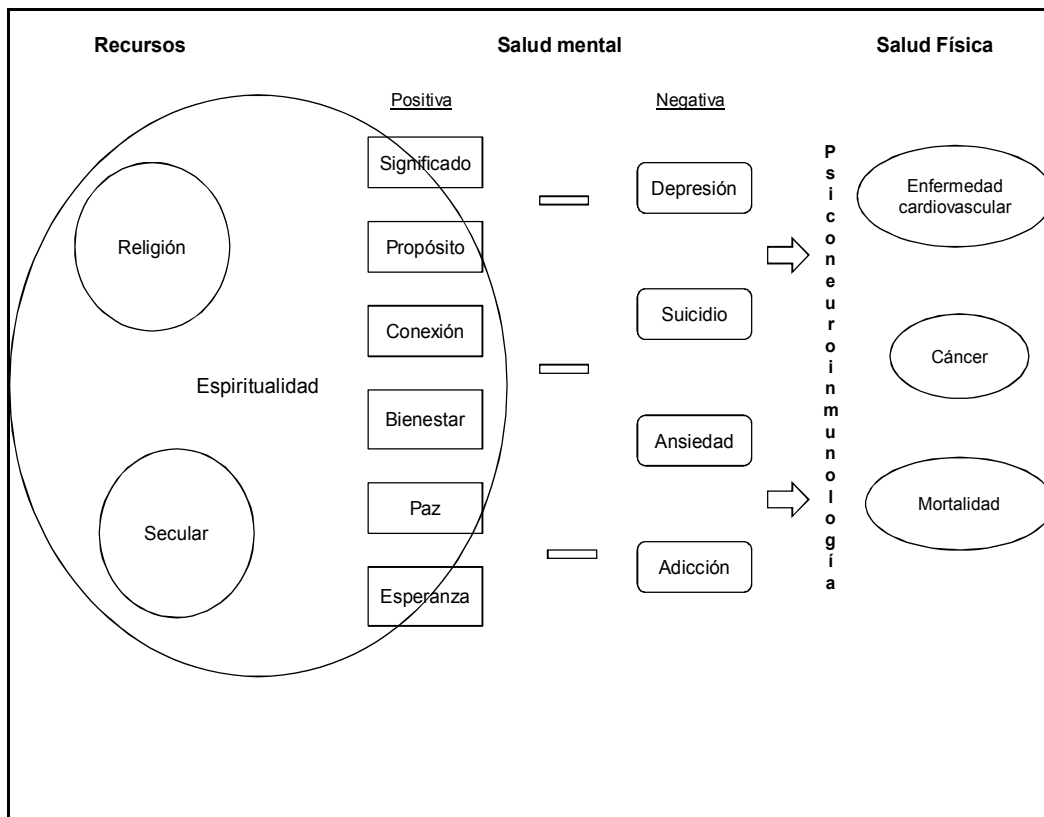


Figura 5. Versión clínica moderna de espiritualidad de Koenig. Fuente: Rodríguez M, et al. 2011¹³³.

Actualmente, Rodríguez, et al.¹³³, proponen un ajuste al modelo clínico moderno de espiritualidad de Koenig (figura 6), teniendo en cuenta la posibilidad de que podrían existir personas religiosas, pero no espirituales, así como seculares sin religiosidad ni espiritualidad. De esta forma, al permanecer independientes los constructos de espiritualidad, religión y secularismo, es más factible el realizar investigaciones de los mismos, al mismo tiempo que mantener una concepción global, holística e interrelacionada de ellos, lo que deriva en una mejor atención clínica.

Cuando la religión y el secularismo están calados por los elementos de la trascendencia espiritual, como el sentido, el propósito, la conexión con los demás o con lo divino, entre otros, contribuyen, a una mejor salud mental, al mismo tiempo que favorecen el desarrollo de la resiliencia, término que será tratado posteriormente. Cuando la religión y el secularismo carecen de dichos elementos y son vividos como prácticas litúrgicas exteriores o como simples filosofías sin

valores trascendentales que no respetan la vida ni la dignidad de o entre los seres humanos, ambos podrían generar un incremento del riesgo de padecer enfermedades psicológicas, incidiendo negativamente sobre la salud física del individuo, dado, como vimos anteriormente, su efecto negativo sobre el sistema inmune.

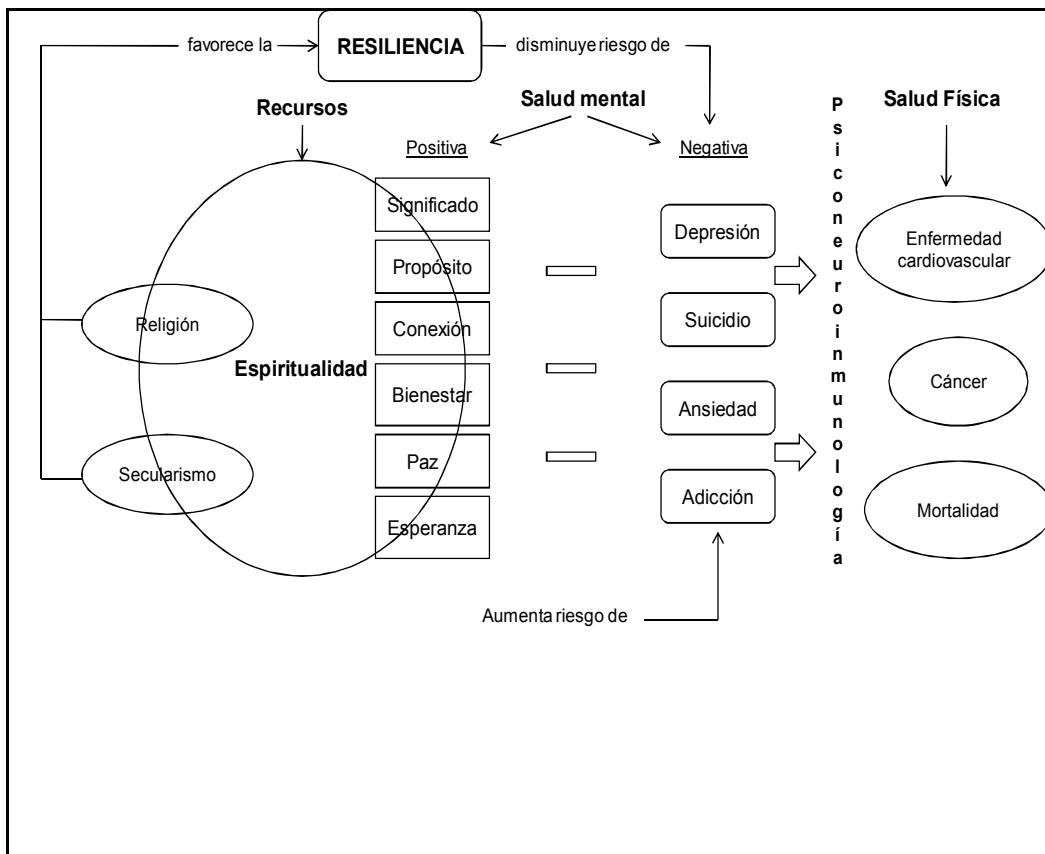


Figura 6. Propuesta de ajuste al modelo clínico moderno de espiritualidad de Koenig. Fuente: Rodríguez M, et al¹³³. 2011.

Esta interrelación positiva entre la espiritualidad y la salud mental y física, abarca las variadas situaciones complicadas de la vida en las que el ser humano puede verse amenazado y necesite de la puesta en práctica de una serie de recursos necesarios para su supervivencia biológica o para su adecuada adaptación psicosocial¹³³.

3.6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD

A pesar del bienestar generado por la espiritualidad en la salud del ser humano, actualmente, su evaluación en la práctica clínica es escasa, debido a la dificultad que presenta el hecho de medir aspectos cuyos elementos son tan subjetivos y a la diversidad de definiciones existentes, al mismo tiempo que a la evolución que han sufrido las definiciones de espiritualidad a lo largo del tiempo.

La espiritualidad hace referencia a hechos de carácter universal y multidimensional sobre el propósito y significado de la vida, así como a valores humanos trascendentales. Algunos investigadores la describen como la habilidad de trascender lo material, otros como la dimensión que concierne los fines últimos y los valores, mientras que para otros es la necesidad de encontrar respuestas a preguntas finales acerca del significado de la vida, la enfermedad y la muerte¹⁵.

La falta de consenso acerca de las características que conlleva el constructo de la espiritualidad ha llevado a desarrollar múltiples modelos y herramientas para su evaluación, pero presentando, al mismo tiempo, una falta de información sobre las propiedades psicométricas de la mayoría de ellas. Una revisión sobre dichos instrumentos de evaluación, encontró más de 100, contemplando la mayoría de ellos definiciones basadas en modelos que guardaban una estrecha relación con el modelo biopsicosocial de Engel y considerando que en el proceso "salud-enfermedad" coexisten factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales¹³⁴.

Los estudios para investigar las influencias de la espiritualidad y la religiosidad sobre la salud datan de al menos tres décadas. Las primeras investigaciones fueron llevadas a cabo por Durkheim en 1987, quien divulgó la correlación entre la religiosidad y la salud. Con el aumento de las prácticas espirituales no religiosas, la secularización y el desinterés en los elementos divinos¹³⁵, el número de investigaciones llevadas a cabo para evaluar los efectos de la espiritualidad sobre la persona se han incrementado de manera cuantitativa.

Desde el Instituto Nacional del Cáncer¹³⁶ se resalta la importancia de la evaluación espiritual en la práctica clínica dado que puede ayudar al personal

sanitario a considerar la forma mediante la cual las creencias de carácter religioso o espiritual influirán la forma en que la persona enferma se enfrenta y responda al diagnóstico de cáncer, así como a las intervenciones terapéuticas.

Según Galiana, et al.¹³⁷, quienes realizaron una descripción de los diversos cuestionarios de evaluación espiritual en cuidados paliativos, estos instrumentos pueden ser categorizados en familias de instrumentos, bien “entre aquellas medidas multidimensionales o generales, en las que la espiritualidad se contempla como dimensión o área y las medidas específicas o concretas de espiritualidad”. Por otra parte, siguiendo la distinción propuesta por Vivat¹³⁸ y Selman, et al.¹³⁹,

“los instrumentos pueden ser categorizados entre medidas funcionales y sustantivas, donde las medidas funcionales son aquellas en las que se evalúa la función que tienen las creencias personales, mientras que en las medidas sustantivas se explora el contenido de dichas creencias”.

Por su parte, Sieverson, et al.¹⁴⁰, quienes llevaron a cabo una revisión exploratoria de la literatura científica disponible, sobre los instrumentos de evaluación de la espiritualidad, realizaron una clasificación conceptual de los cuestionarios y en función de la población a la que iban dirigidos. En la tabla 1 se muestran algunas de los instrumentos de evaluación de la espiritualidad más utilizados hasta el momento, según la investigación realizada por dichos autores.

Tabla 1. Instrumentos para la medición de la espiritualidad.

Nombre	Qué evalúa	Clasificación conceptual
Human Spirituality Scale (HSS) Wheat. (1991)	Medida global de espiritualidad en el desarrollo humano	Espiritualidad general
RCOPE y Brief-RCOPE Koenig, Pargament and Nielsen. (1998)	Afrontamiento religioso en situaciones de mayor estrés de la vida	Personas con enfermedades físicas y mentales

Fuente: Sieverson C, Evans V, Florenzano R, Fernández L. 2016¹⁴⁰.

Tabla 1. Instrumentos para la medición de la espiritualidad.

Nombre	Qué evalúa	Clasificación conceptual
System of Beliefs Inventory (SBI) Holland, et al.(1998)	“Prácticas y creencias religiosas y espirituales y el soporte derivado de ellas”.	Originalmente para pacientes oncológicos, pero apto para otras enfermedades
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp) Brady, Peterman, Fitchett, Mo y Cella. (1999)	“Espiritualidad y religiosidad en general. Religiosidad (factor fe) y espiritualidad (factor de significado y paz)”	“Pacientes oncológicos, pero puede aplicarse a pacientes con otro tipo de enfermedades”
“The Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs Interview based and Self-report”	Creencias espirituales, religiosas y filosóficas, enfocadas en la fortaleza y las consecuencias de la fe	Población general, hospitalizados, médicos y voluntarios
“Daily Spiritual Experiences Scale DSES Underwood y Teresi. (2002)”	Experiencias espirituales cotidianas en relación con Dios o ser superior	Espiritualidad general, necesidades y afrontamiento
Spiritual Scale (SS) Delaney. (2005)	“Creencias, intuiciones, modos de vida, prácticas y rituales de la dimensión espiritual humana”	Espiritualidad general

Fuente: Sieverson C, Evans V, Florenzano R, Fernández L. 2016¹⁴⁰.

Tabla 1. Instrumentos para la medición de la espiritualidad.

Nombre	Qué evalúa	Clasificación conceptual
Spirituality questionnaire Parsian y Dunning. (2009)	Identidad espiritual interior, sentido de la vida y conexión propia, con los demás, con el entorno y con una fuerza superior	Espiritualidad general
Spiritual Attitude Inventory (SAI) Koenig (2009)	Espiritualidad y religiosidad general	Soldados
Multidimensional Measure of Religiousness Masters, Carey, Maisto, Caldwell, Wolfe y Hackney. (2009)	Espiritualidad y religiosidad general. Creencias, perdón, afrontamiento espiritual-religioso	Población general y diversas poblaciones y enfermedades específicas

Fuente: Sieverson C, Evans V, Florenzano R, Fernández L. 2016¹⁴⁰.

3.7. LA ESPIRITUALIDAD Y SU RELACIÓN CON EL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

3.7.1. Modelos de afrontamiento ante la enfermedad oncológica

Afrontar el diagnóstico y padecimiento de la enfermedad de cáncer conlleva el manejo de un numeroso cúmulo de circunstancias muy estresantes. Las respuestas a dichas situaciones pueden variar según la clase de patología oncológica (localización, gravedad, síntomas, tipo de tratamiento, etc.), de las características de cada paciente, de sus vivencias anteriores con la enfermedad, de la situación en que se encuentre, actualmente, así como de su personalidad.

La enfermedad oncológica supone más que una situación difícil, conllevando un complejo proceso de reestructuración de la vida. El proceso de adaptación suele ser dinámico y cambiante según la fase de la enfermedad en la

que se halle el paciente, quien tendrá que irse enfrentando a una serie de situaciones estresantes diferentes a lo largo del desarrollo de la enfermedad¹⁴¹.

Ante todo, es necesario que el paciente colabore de manera activa en el proceso de adaptación a la nueva situación y que se sienta ayudado en todo momento, lo cual suele conllevar unos resultados espectaculares a la hora de llevar a cabo sus actividades cotidianas e incluso aumentar su supervivencia según la evidencia científica¹⁴². Por el contrario, cuanto más amenazado se sienta el individuo, mayores serán las dificultades que encontrará a la hora de utilizar los recursos de afrontamiento, siendo más factible que aparezca una actitud hipervigilante, lo que provocará una disminución de su funcionamiento a nivel cognitivo¹⁴³.

En las últimas décadas, ha aumentado el interés por estudiar los vínculos entre la religiosidad y el bienestar del paciente oncológico¹⁴⁴, el cual se siente atrapado entre en un túnel sin salida, en el cual sus proyectos de vida se desmoronan, quedando interrumpidos, pasando a concentrar todos sus esfuerzos en sobrevivir¹⁴⁵.

Cabe destacar la importancia de los factores religiosos en la actitud y conducta del paciente ante su enfermedad, al influir en sus emociones, pensamientos y en la manera de expresar éstas. De tal modo, que las personas que poseen una base sólida de recursos espirituales afrontan el estrés que supone el cáncer de forma más positiva y con mayor esperanza¹⁴⁶.

Jimmy Holland⁵⁰, señala la existencia de una serie de factores que influyen en el afrontamiento ante la enfermedad, resaltando que las actitudes culturales y religiosas cumplen un papel fundamental a la hora de afrontar la enfermedad, así como la filosofía de vida del individuo tendrá una influencia decisiva en su actitud hacia el cáncer y las complicaciones que puedan surgir.

Lazarus y Folkman¹⁴⁷ plantean el concepto de estrés y afrontamiento, ante la enfermedad, entendiendo las estrategias de afrontamiento como

“la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos”.

En este sentido, el afrontamiento necesita de los esfuerzos del paciente para lograr el manejo de la situación que haya de afrontar¹⁴⁸.

El manejo de dicha situación requerirá del equilibrio entre las demandas exigidas por el suceso en cuestión y las facultades del paciente para poder responder correctamente a ellas. La diferencia entre dichas exigencias y las capacidades del individuo, determinarán el grado de estrés que padezca el mismo. Este planteamiento es el centro de la teoría de Lazarus y Folkman, quienes conciben el estrés humano como el resultado de una valoración mental que la persona hace de un desequilibrio entre sus capacidades y las exigencias del suceso, a favor de estas últimas¹⁴⁸.

Para estos autores, la respuesta dada por el individuo para solventar un suceso estresante, depende de los siguientes recursos de afrontamiento⁵²:

- **Físicos:** hacen referencia al entorno físico del sujeto y a sus características biológicas.
- **Psicológicos:** compuestos por los estados afectivos y cognitivos, los esquemas de acción y los recursos comportamentales del individuo.
- **Estructurales:** hacen referencia a la estructura de los papeles sociales que comprende la organización de un sistema social y a los subsistemas y redes que éste incluye.
- **Sociales:** formados por los procesos de interacción social que se producen y por el entorno social que rodea los encuentros interactivos.
- **Culturales:** tienen que ver con las presunciones que la persona tiene sobre la enfermedad y la salud. Tales creencias, valores y símbolos vienen dadas por la cultura propia del individuo.

Las estrategias de afrontamiento que elige una persona pueden derivar de ciertas características de su personalidad, como por ejemplo¹⁴⁹:

- **Optimismo y pesimismo:** el optimismo conlleva expectativas más positivas para el futuro, así como estrategias de afrontamiento más activas, sin embargo el pesimismo conlleva expectativas peores de futuro, así como estrategias centradas en el malestar emocional y en la evitación^{150,151}.

- **Locus de control:** el sentimiento de control contribuye durante la enfermedad, siendo un factor primordial a la hora de su afrontamiento^{152,153}.
- **Autoestima:** creer en uno mismo sin dejarse avasallar por el criterio de los demás y sin adoptar una actitud por el miedo a parecer débil, está asociado con un uso de estrategias de afrontamiento más activas y positivas¹⁵⁴.
- **Resiliencia:** reduce los efectos del estrés al afrontar más activamente las situaciones traumáticas¹⁵⁵.
- **Personalidad tipo A:** "las personas que poseen este tipo de personalidad prefieren un afrontamiento más activo e ignoran el malestar emocional"¹⁴⁹.
- **Ansiedad rasgo:** "el afrontamiento en estos casos no es activo y tienden a ignorar las metas con las que interfiere la situación estresante. Hay una asociación negativa entre ansiedad rasgo y reinterpretación positiva, resiliencia y optimismo"¹⁴⁹.

Pargament¹⁵⁶, basándose en lo planteado por Lazarus y Folkman en relación al afrontamiento al estrés, desarrolla su modelo de "coping religioso", que consiste en "una clase de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes, tanto como para facilitar la resolución de problemas". Este modelo se refiere a 3 estilos de afrontamiento religioso:

- **Estilo autodirigido:** "las personas confían en sí mismas más que en Dios para resolver sus problemas".
- **Estilo elusivo o evitativo:** "aquí la responsabilidad es dejada en manos de la divinidad".
- **Estilo colaborativo:** "aquí se establece una dinámica compartida entre el hombre y Dios en el proceso de afrontamiento".

Por último, es necesario considerar que escoger una clase de afrontamiento u otro conlleva un precio para el individuo, dado que "supone añadir cierto grado de estrés al estrés, que de por sí genera la enfermedad, por lo que cada

paciente tiene que valorar el grado de esfuerzo que es capaz de hacer o no ante la situación, lo que también puede influir en la estrategia que se elija¹⁵⁷.

3.7.2. La espiritualidad y religiosidad en el proceso de afrontamiento

A pesar del carácter omnipresente del hecho religioso, el inicio exacto de su desarrollo científico podría situarse en la obra de William James, que dio pie a que fuera considerado un tema de discurso psicológico¹⁵⁸, aunque cabe destacar, que anteriormente, Darwin hizo alusión a ello, afirmando que la inclinación hacia el tema religioso se explicaría, de forma científica, “como un proceso de selección natural que ha proporcionado ventajas para la supervivencia en la evolución del Homo sapiens¹⁵⁹”.

En relación a la influencia de la religiosidad en la esfera de la salud, habría de remontarse “a las prácticas de las más avanzadas civilizaciones de la antigüedad (Asiria, China, Egipto, Mesopotámica y Persa), desde su identificación de la enfermedad con la posesión espiritual maligna¹⁶⁰”. El pensamiento científico relativo al sincretismo religiosidad-salud haría acto de presencia mediante Sir William Osler, considerado como “el padre de la medicina científica occidental”, al apuntar la importancia del factor fe en el desarrollo clínico, como recurso para el bienestar del individuo¹⁶⁰.

Posteriormente, a mediados del siglo pasado comenzaron a incrementarse los estudios relacionados con la espiritualidad, la religión y la salud^{161,162,163}, siendo en los últimos años, cuando han hecho aparición en importantes revistas médicas, numerosas publicaciones llevadas a cabo por investigadores como los doctores Koenig, Pargament, Levin y la enfermera Reed, quien elaboró la teoría de la autotranscendencia¹⁶⁴.

Este hecho hizo posible la incorporación de los estudios de la espiritualidad a nivel académico, lo que dio origen al término “Psicología de la Religión y la Espiritualidad”, el cual trata “las experiencias y maneras de participación religiosa, creencias y rituales espiritual-religiosos, el afrontamiento religioso, la conversión y la fe¹⁶⁵”.

Al revisar las consideraciones de los psicólogos respecto a la espiritualidad en la práctica terapéutica, observamos que Erikson¹⁶⁶, planteaba que mediante la religión se consigue restaurar un sentido de confianza, al fomentar el desarrollo

del yo, al mismo tiempo que el rezo y la penitencia son empleadas como rituales que apoyan las fortalezas del yo.

Por su parte, Carl Rogers¹⁶⁷ desarrolló la teoría de la dimensión transpersonal del ser humano, en la que numerosos psicólogos encontraron similitudes con la espiritualidad, surgiendo, a partir de este momento una escala para evaluar la creencia en los poderes mentales relacionados con la trascendencia³¹.

Abraham Maslow³², dedicó gran parte de sus esfuerzos en investigar todo lo relacionado con el crecimiento interior, la curación, la autorrealización y la espiritualidad. Maslow se lamentó por la separación de lo considerado como sagrado de lo que es visto como terrenal, llevado a cabo por parte de la psicología, dado que había provocado una pérdida del sentido de lo sagrado.

Adler, respetó las obligaciones religiosas de sus pacientes, dado que les facilitaría el proceso de crecimiento. Consideró la idea de Dios como un reflejo de la lucha básica del ser humano por una mejor condición³¹.

Por su parte, psicólogos como Carl Jung, describieron la espiritualidad como un

“proceso mental que no surge instintivamente de la fisiología humana y mediante el cual el sí mismo o centro de la psique emerge a la conciencia, en un movimiento continuo que la persona lleva a cabo para lograr su propio desarrollo, crecimiento, autoliberación o realización”¹⁶⁸.

Frankl desarrolló el concepto de logoterapia o “análisis existencial”, según el cual una de las principales necesidades para el ser humano y su desarrollo psíquico es la de encontrar sentido a su existencia terrenal. La logoterapia tiene su base en la suposición de que cada ser humano posee un “inconsciente espiritual”, la cual es considerada como una facultad innata que facilita, a la persona, una conexión con Dios, al mismo tiempo que es el área donde tiene lugar el nacimiento y desarrollo de la moralidad y la creencia religiosa. Al mismo tiempo, esta teoría considera que la libertad, permite a cada ser humano decidir el camino a seguir ante las situaciones traumáticas y el sufrimiento¹⁶⁹.

Frankl diagnosticó que “el padecimiento de una vida sin propósito es la enfermedad de nuestra época y que el hombre necesita encontrar significado a su propia vida para ser dueño de su destino”³³.

Una variedad de investigaciones sugieren que diversas formas de participación religiosa pueden ayudar a prevenir dificultades psicológicas, al mismo tiempo que evitar las defensas ante las situaciones adversas^{169,170}. En ese sentido, también se ha reconocido que la religiosidad, entendida como motivación religiosa intrínseca, celebración de rituales y valores espirituales, funcionan en un gran número de situaciones relacionadas con la salud mental, dando como resultado un efecto positivo en el tratamiento o prevención de adicciones, suicidio, ansiedad, depresión, estrés, así como diversas alteraciones psicológicas o psiquiátricas, como trastornos bipolares y esquizofrenia^{163,171-177}.

Un alto porcentaje de las investigaciones realizadas para observar la forma en la que la espiritualidad influye sobre la salud, adoptan numerosos contenidos filosóficos y existencialistas de Frankl, uniéndolos a categorías, posiblemente, más funcionales y medibles para el trabajo científico.

La espiritualidad “es reconocida como parte integral de la salud, el bienestar y la calidad de vida y diversos autores relacionan el bienestar espiritual con un afrontamiento positivo a las dificultades de la vida. La espiritualidad, la religión y la esperanza”¹⁷⁹ constituyen un recurso fundamental ante situaciones de adversidad, al dar sentido y permitir reestructurar la vida de los individuos¹⁷⁸. Diversos autores indican que las personas, mediante las experiencias de carácter espiritual, sienten aumentar el control de sus vidas, posiblemente, por pensar que Dios les ayudará en los momentos adversos y de sufrimiento.

“La espiritualidad se convierte en la principal fuente para aliviar el sufrimiento y el dolor en pacientes oncológicos”¹⁸⁰⁻¹⁸² al generar sentimientos de fuerza, energía, valor, al mismo tiempo que reduce los pensamientos culposos, otorga significado a la existencia y fomenta la autoestima. Tiene la oración, el sublime poder de generar las fuerzas necesarias “para soportar las luchas y problemas, internos y externos, y la de colocarnos en posición de vencer obstáculos que, antes, parecían insuperables, de ahí la importancia de tener en cuenta la dimensión espiritual de cada persona, durante la valoración y el cuidado que se les brinda durante los programas de salud”¹⁸⁰.

La espiritualidad faculta al ser humano a realizar los cambios necesarios en su vida para que ponga en práctica un estilo de vida saludable, capacitándolo, al mismo tiempo, a tomar conciencia del efecto sobre su salud de sus creencias, actitudes y comportamientos relacionados con esta dimensión. El bienestar

espiritual generado por dichas creencias y/o prácticas, al fomentar el bienestar relacionado con la existencia vital, ya sea mediante la asociación a sus pensamientos religiosos, lo cual generará un mejor funcionamiento del sistema inmunológico¹⁸³⁻¹⁸⁵.

Dichas evidencias muestran que "la experiencia espiritual se asocia con cambios en la actividad eléctrica del cerebro, así como en su sistema serotoninérgico. De la misma forma, se asocia con cambios en marcadores inmunológicos como la IL-6, la inmunoglobulina A, cortisol, actividad granulocítica, linfocitaria y en las células denominadas natural killer (NK)"^{186,187}.

En esta línea, un estudio llevado a cabo en 112 pacientes con cáncer de mama que habían desarrollado metástasis, evidenció que aquellas mujeres que acudían frecuentemente a misa y manifestaban la importancia de su espiritualidad, el conteo de linfocitos T CD8 y CD4, así como el número de células natural killer, era mayor que en el resto de mujeres, de tal modo que se pone de manifiesto que las creencias y prácticas religiosas pueden ayudar a mejorar el sistema inmune en las mujeres con cáncer de mama⁷³.

Al mismo tiempo, la espiritualidad estaría relacionada con un mejor estado de salud, así como, con unas inferiores cifras de alteraciones psiquiátricas e índices de suicidio, incluso en pacientes en fase terminal^{175,188}. La evidencia científica, muestra que la espiritualidad está correlacionado con menores niveles de ansiedad y depresión, al mismo tiempo que con un menor tiempo de recuperación^{97,98,189,190}, de tal modo que la espiritualidad se convertiría en una inmensa fuente de energía al generar un aumento de la calidad de vida y una mejor aclimatación a la enfermedad¹⁹¹⁻¹⁹³.

Cabe destacar, al mismo tiempo, que la espiritualidad¹⁹⁴⁻¹⁹⁶ ayudaría al individuo a soportar mejor el dolor y el sufrimiento, darle un significado a su vida, así como generarle esperanza. A su vez, algunos autores^{148,197-199} señalan la existencia de una correlación positiva entre la esperanza y el enfrentamiento con la enfermedad de cáncer, fundamentalmente en los pacientes con cáncer en fase terminal²⁰⁰⁻²⁰².

Un grupo de investigadores, encabezados por Hawks²⁰³, tras llevar a cabo una revisión de la literatura existente, sobre la correlación entre la espiritualidad y la salud, entre los años 1964 y 1994, descubrieron que "las técnicas de

meditación, imaginación y las actividades de apoyo social pueden ser una gran herramienta para trabajar elementos relacionados con la salud espiritual como el significado y el propósito en la vida, el autoconocimiento y la conexión consigo mismo, con los demás y con un poder más alto. Esta revisión también mostró los cambios beneficiosos descubiertos sobre las conductas de salud como la comunicación, la adhesión al tratamiento y el cumplimiento de la dieta. Al mismo tiempo, se halló una gran variedad de resultados positivos en la salud física y emocional como la disminución de enfermedades cardíacas y de mortalidad por cáncer, al igual que la disminución de la ansiedad y de los estados de ánimo negativos”.

El bienestar espiritual y religioso que generan las prácticas espirituales está relacionado con una mejoría en la calidad de vida de los pacientes oncológicos al conseguir disminuir los niveles de ansiedad, depresión, los sentimientos de soledad, así como mejorar su adaptación ante los efectos derivados del cáncer y sus tratamientos, permitiendo que el paciente siga disfrutando de la vida durante este proceso, derivando todo ello en un sentimiento de crecimiento personal como resultado de estar viviendo con cáncer y mantener estable su salud ^{38,136,204}.

En las fases terminales del cáncer, lo que aflige al paciente, aparte del dolor, es el compendio de emociones que genera el sentimiento de pérdida y despedida de sus seres queridos, la angustia por llegar a ser una carga para su familia, el deterioro generalizado que conlleva la enfermedad, el miedo a estar solo, abandonado, desamparado o rechazado por la sociedad, el no encontrar un significado de la vida, la pérdida de control, el pánico a lo desconocido y a la muerte^{205,206}. Es por ello que los tratamientos no deben de ir encaminados únicamente a paliar los síntomas físicos, sino también a fortalecer los recursos y estrategias para afrontar la enfermedad y conseguir una progresiva actitud de adaptación a la posible cercanía al final de la existencia.²⁰⁷.

La espiritualidad y su correlación positiva con los índices de recuperación, han sido evidenciados en variedad de estudios, subrayando la importancia del bienestar espiritual a la hora de afrontar la enfermedad^{64,188}, al mismo tiempo que entre bienestar espiritual y calidad de vida, tanto en pacientes oncológicos^{35,66,208-214}, como en personas que han superado la enfermedad ²¹⁵⁻²¹⁸.

Las prácticas y creencias espirituales promueven el ajuste a la enfermedad por sus efectos en los asuntos relacionados con la trascendencia, incluyendo la

búsqueda de significado personal de la existencia, de la muerte y de la esperanza²¹⁹. Por ejemplo, Reiman²²⁰ evidenció que el nivel espiritual aumentaba conforme avanzaba la enfermedad, aunque no estuvieran muy avanzadas.

Cabe decir, que el buscar el significado de la vida hace alusión a la dimensión espiritual de la persona^{7,221-224}. Godoy²²⁵ y Fernández-Ríos y García-Fernández²²⁶ destacan “la necesidad de tener en cuenta conductas espirituales y religiosas en las intervenciones psicológicas, especialmente en el campo de la salud”.

Las prácticas religiosas, como la oración, pueden tener una correlación positiva con la salud psíquica, “al fomentar emociones y estados afectivos que pueden promover actitudes de esperanza, perdón, aumento o consolidación de la autoestima, paz, armonía, bienestar, amor y compasión, los cuales pueden actuar sobre los mecanismos psiconeuroinmunológicos”^{165,227}.

A su vez, “la práctica religiosa o espiritual tiende a inculcar hábitos de vida saludables como una dieta equilibrada, una vida ordenada, prevención de las enfermedades, mayor longevidad, etc.”²²⁸.

Las “prácticas como la oración, meditación y la adoración generan emociones y actitudes positivas como esperanza, amor, serenidad y perdón, limitando, al mismo tiempo, los sentimientos de hostilidad”¹⁸⁵.

Uno de los primeros estudios para examinar las causas de la correlación positiva entre la religión y la salud fue realizado por Harold Koenig⁶⁸, quien hizo una revisión bibliográfica sobre el poder de la oración en la salud, concluyendo que las personas religiosas suelen adoptar hábitos de vida más saludables, como por ejemplo, no fumando y bebiendo menos alcohol. Entre las principales conclusiones, de su estudio, cabe destacar el menor tiempo de estancia hospitalaria de las personas que llevan a cabo prácticas religiosas, la menor probabilidad de morir tras una cirugía, así como un menor promedio de problemas cardiovasculares.

Koenig insiste en la importancia de prestarle mayor atención al aspecto espiritual durante los cuidados prestados al paciente, dado que la espiritualidad es una dimensión que repercute en el resto de dimensiones humanas, quedando probado por las investigaciones que muestran su relación con el sistema inmune y con unos mejores resultados en el proceso salud-enfermedad ²²⁹.

En cuanto al efecto de la oración sobre la salud, las investigaciones llevadas a cabo por Herbert Benson, muestran que esta práctica espiritual genera una disminución del estrés, en momentos difíciles, serenando el cuerpo y promoviendo la curación²³⁰. Tras la realización de estudios llevados a cabo, con resonancia magnética, con el objetivo de evaluar la actividad cerebral de personas durante la práctica de meditación, Benson observó que conforme se iba produciendo una mayor relajación, se iniciaba una gran actividad en los lóbulos temporal y parietal, los cuales se encargan de controlar la orientación espacial, así como establecer distinciones entre el sí mismo y el mundo. Al mismo tiempo, el sistema límbico, que tiene el papel principal del manejo de las emociones, también se activa, durante esta fase.

El rezo es una técnica de relajación, dado que durante su práctica, en el cerebro se producen cambios fisiológicos, al mismo tiempo que en el hipotálamo se liberan sustancias que provocan un descenso de la tensión arterial, un aumento de la capacidad pulmonar, así como un mejor funcionamiento del sistema inmune, a largo plazo. Este tipo de prácticas puede facultar al paciente a luchar contra la enfermedad al reducir los niveles de ansiedad producidos ante las situaciones de adversidad y amenaza²³¹.

En esta línea, la evidencia muestra que rezar se asocia a beneficios en la salud de las personas que realizan prácticas religiosas, dada la importancia que refiere tener para ellos, el hecho de poder comunicarse con un poder superior y su correspondiente apoyo emocional¹⁶.

Por otra parte es interesante la función desempeñada por la fe religiosa, desde la perspectiva de las mujeres que tienen una recidiva de cáncer de mama, como lo muestran los resultados obtenidos en el estudio encabezado por Feher²³², al evidenciar que la fe les provee de recursos para afrontar de nuevo la enfermedad, por lo que resalta la importancia de que la espiritualidad sea integrada en los protocolos de cuidados aplicados en salud.

Según Jhonson y Spilka²³³, el soporte religioso ayuda a las personas con cáncer de mama a enfrentar la enfermedad, siendo la religiosidad intrínseca la que lo proporciona de una forma más efectiva. Otros estudios concluyen que dicho soporte mejora la calidad de vida, fomentando en el paciente, con independencia de la gravedad de la enfermedad, el seguir luchando contra ella y continuar viviendo²³¹. Por su parte, la ausencia de religiosidad podría estar

relacionada con una menor tasa de supervivencia, como muestra un estudio realizado en mujeres afroamericanas con cáncer de mama²³⁴.

Al mismo tiempo, incrementando la espiritualidad y el grado de bienestar de los enfermos, se puede conseguir la disminución del “estrés psicosocial y los correspondientes efectos negativos en la salud física y mental”^{208,235}.

Ante situaciones de duelo, altos grados de ansiedad y eventos traumáticos, los seres humanos recurren, con el objetivo de intentar reducir su malestar, a hábitos tóxicos como el alcohol y el tabaco^{236,237}, mientras que en aquellos con convicciones religiosas, sus creencias les protegen de realizar prácticas negativas para su salud²³⁸⁻²⁴¹.

Dentro de la religión, los estudios^{242,243} coinciden en que sus efectos positivos sobre la salud están más asociados con el carácter espiritual comprendido que con los rituales y tradiciones propias de cada religión.

Al mismo tiempo, cabe destacar la existencia de numerosos estudios científicos, que muestran la asociación entre el afrontamiento religioso y una mejor salud durante el proceso oncológico^{64,232-235, 244-248}, así como la relación entre la asistencia a liturgias religiosas y una mejor función del sistema inmune²⁴⁹.

Es importante señalar, que por el contrario, existe evidencia de que “la aflicción espiritual, puede contribuir a resultados en la salud más deficientes. La aflicción espiritual consiste en una duda o conflicto religioso, espiritual o existencial que no es resuelta. Los pacientes pueden ver la enfermedad como un desafío pero también pueden entrar en conflicto con su sistema de creencias”²⁵⁰, culpando a Dios por haber permitido su enfermedad. “Pueden experimentar pérdida de fe, preguntarse por el sentido de la enfermedad, de la vida, del dolor, etc. y no encontrar una respuesta que les apacigüe, pudiendo entrar en conflicto sus creencias y las recomendaciones médicas”²⁵¹.

Los estudios basados en la evidencia resaltan que aunque “los seres humanos no sean totalmente religiosos, en su vida diaria, pueden serlo durante el desarrollo de su enfermedad, buscando recuperar el control personal, los propósitos vitales y afrontar las situaciones estresantes de una forma más efectiva”^{252,253}.

De esta forma, las prácticas religiosas pueden mejorar el afrontamiento, de los pacientes, ante los procesos de enfermedades crónicas, al aumentar el

bienestar mental, las emociones positivas, la estabilidad, así como a disminuir los niveles de estrés, depresión y los malos hábitos poco saludables, hechos que han sido apoyados por los estudios que han evaluado la correlación entre el afrontamiento espiritual y el bienestar, ante enfermedades como cáncer, VIH, estrés postraumático tras atentados terroristas y enfermedades pulmonares crónicas^{165,254-258}.

El epidemiologista Jeff Levin analizó las causas por las que las personas pueden tener una vida más larga y saludable, extrayendo las siguientes conclusiones²⁵⁴:

- **Hábitos sanos para una vida sana:** existen religiones que prohíben o desaprueban el tabaco, el alcohol, así como el consumo de drogas entre sus fieles, eliminando diversas clases de carne, de tal modo que se fomenta el cuidado del cuerpo, entendido como “templo de Dios”.
- **Apoyo colectivo:** los individuos que realizan prácticas religiosas, suelen acudir a centros, donde se reúnen con otros miembros practicantes, de tal forma que consiguen un apoyo y ayuda mutua, hecho que contribuye al bienestar físico y psicológico.
- **Práctica espiritual:** el rezo y la meditación influyen en la salud, generando un estado de relajación fisiológica y psicológica, al mismo tiempo que fortaleciendo el sistema inmune.
- **Actitud ante la vida:** los actos de eliminación del odio y el resentimiento, así como la compasión hacia los demás, generan un estado de bienestar que repercute positivamente sobre la salud, disminuyendo la tensión arterial y mejorando la función inmunológica.
- **"Todo tiene una razón":** el hecho de avistar las consecuencias de los malos hábitos y estilos de vida, puede hacer que el individuo introduzca cambios saludables que prevengan la aparición de la enfermedad, sufriendo menos estados de ansiedad y depresión que aquellos que ven como una fatalidad dichas consecuencias.
- **Experiencias místicas:** los estados de profunda satisfacción y bienestar, así como el sentimiento de interconexión con el universo,

provocados por las prácticas espirituales, pueden acelerar el proceso de curación, al descender los niveles de cortisol y mejorar la función inmunológica.

- **Influencias espirituales:** existe evidencia empírica de que la actitud espiritual, aunque no sea de carácter religioso, puede influir en el bienestar físico del paciente, pudiendo fomentar su curación.

En este sentido, la realización de prácticas espirituales como el rezo, yoga, taichí, meditación, imaginación, escuchar música y establecer contacto con la naturaleza, entre otras, genera un impacto saludable en el cerebro, a nivel de actividad de los neurotransmisores, sistema nervioso, límbico y serotoninérgico, así como en las respuestas del organismo, al observar la presencia de niveles inferiores de cortisol, disminución del ritmo cardíaco y tensión arterial, menor consumo de oxígeno y dióxido de carbono, al mismo tiempo que un aumento del bienestar a nivel general^{15,259}.

Este tipo de prácticas genera una relación entre la mente y el organismo, que incrementa el autoconocimiento, mejora la adhesión a los tratamientos, fomenta la adopción de hábitos de vida saludables, dando como resultado una mejor calidad de vida, así como una mayor longevidad^{164,260}.

Existen investigaciones que muestran la correlación positiva entre la práctica de yoga y el bienestar físico, en los pacientes oncológicos que llevan a cabo este tipo de prácticas²⁶¹⁻²⁶⁴.

Incluso en otras graves enfermedades, como el alzheimer, existen estudios que corroboran estos resultados, al concluir que la realización de prácticas espirituales puede ralentizar el avance de esta enfermedad, disminuyendo el progreso del deterioro cognitivo²⁶⁵.

Tras la revisión bibliográfica realizada, observando los beneficios que la espiritualidad puede conllevar en la salud de pacientes oncológicos, hemos encontrado:

- “Menor grado de incomodidad, ansiedad, hostilidad y aislamiento social”^{260,266,267}.
- “Menor nivel de aflicción y mejor calidad de vida, independientemente de la percepción que se tenga de la gravedad de la enfermedad”²⁶⁸.

- Menor índice de mortalidad y depresión^{243,269}.
- Menor período de convalecencia hospitalaria^{203,249,270-271}.
- “En personas con creencias religiosas, se observa un mayor nivel de esperanza, optimismo, falta de arrepentimiento y satisfacción con la vida”^{156,272,273}.
- “Mayor bienestar espiritual, sentimiento de paz y capacidad para continuar disfrutando de la vida a pesar de sufrir ciertos niveles de dolor”^{36,274}.
- Sentimiento de crecimiento interior entre los supervivientes²⁷⁵⁻²⁷⁷.

En conclusión, la espiritualidad y la religión, mediante la realización de prácticas como “la meditación, la relajación y la imaginación, así como el soporte del grupo social, favorecen, estados de bienestar que mejoran los procesos cognitivos y la salud mental y física en las personas que las practican, lo que hace que se resalte la necesidad de su empleo como estrategia terapéutica durante el proceso de enfermedad”²⁷⁸.

3.7.3. La espiritualidad y la resiliencia en el proceso de afrontamiento

Desde sus orígenes, la humanidad ha observado que algunos individuos logran superar condiciones de gran adversidad, para incluso llegar a adaptarse, encontrar sentido y crecer personalmente ante estas situaciones, llegando a transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social²⁷⁹.

A pesar de que el concepto de resiliencia es tan antiguo como el mismo ser humano y está enmarcado dentro de su propia capacidad de supervivencia, a través de las diferentes etapas de la historia de la humanidad, ha permanecido silencioso entre la comunidad científica, hasta finales del siglo pasado²⁸⁰, debido a que, a lo largo de la historia, la psicología tradicional ha dedicado más interés en estudiar los efectos negativos y patológicos del ser humano (ansiedad, depresión, estrés...) que pueden provocarles el enfrentamiento a experiencias traumáticas, de adversidad o riesgo²⁸¹, llegando a considerar que lo natural era que la persona que vivía una experiencia traumática, desarrollara algún tipo de patología²⁸², mientras que dejaba de lado, el estudio sobre la capacidad del ser humano para

afrontar esas experiencias traumáticas e incluso extraer algún tipo de beneficio de dichas situaciones.

Fue a finales de los años 90, con el surgimiento de la psicología positiva, de la mano del Dr. Seligman, cuando se comenzaron a realizar investigaciones, centradas en conocer los aspectos positivos que posee el ser humano, como la creatividad, la inteligencia emocional, el humor, la sabiduría y la felicidad, entre otros²⁸³.

Dentro de dichos aspectos positivos, se encuentra el concepto de resiliencia, el cual plantea una serie de problemas para su definición, dado que este término ha ido evolucionando y modificándose a lo largo de la historia, en función de la disciplina científica que lo haya estudiado. A pesar de no ser un término relativamente nuevo, a mediados del siglo pasado surgió con fuerza la inquietud por identificar los factores que facilitan a los seres humanos el sobreponerse de manera victoriosa a la adversidad y dificultades que surgen en sus vidas.

En las últimas dos décadas, la resiliencia se ha convertido en un fundamental concepto dentro de la investigación sobre el bienestar psicológico, siendo estudiado en diversos ámbitos de la vida²⁸⁴.

El constructo resiliencia se deriva de la palabra inglesa “resilience” o “resiliency” que significa “recuperarse o saltar hacia atrás”, datando el primer registro de esta palabra en 1626²⁸⁵. Etimológicamente, el término resiliencia proviene del latín *resilio*, que significa saltar hacia atrás, rebotar, volver de un salto y recomenzar²⁸⁶. Dicho constructo se ha extendido desde disciplinas como la física, la antropología, la biología y la ecología, hasta otras como la psicología, la educación, la economía, la organización empresarial, el deporte y la salud^{287,288}. En sus orígenes fue empleado en el campo de la física, donde se relaciona con la resistencia que tienen los metales al ser sometidos a altas presiones, recobrando su forma original.

En osteología, dicho término ha sido utilizado para expresar la capacidad que tienen los huesos para crecer en sentido correcto después de una fractura²⁸⁹.

En metalurgia e ingeniería civil, la resiliencia es utilizada para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora²⁹⁰.

Por su parte, para las ciencias sociales la resiliencia se utiliza “para caracterizar a aquellos sujetos que a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos”²⁹¹.

Mientras que para la psicología el término tiene “un sentido distinto, dado que no se limita a la resistencia, sino que conlleva un aspecto dinámico que implica que el individuo resiste y se sobrepone”, venciendo las crisis de la vida, resistiendo primero y superándolas después para seguir viviendo lo mejor posible²⁹².

Cabe destacar que el incesante aumento del interés científico por este constructo ha dado lugar a la creación de diversos proyectos internacionales de investigación, como el programa Positive Youth Development, dedicado a la prevención y propuesta para fomentar la educación del carácter²⁹³⁻²⁹⁵ o la Oficina Internacional Católica de la Infancia (BICE), centrada en la investigación de la resiliencia en la población infantil, al mismo tiempo que cabe destacar la creación de centros de investigación como el Resilience Research Centre, el Instituto Español de Resiliencia y el Centro de Estudios y Atención al Niño y a la mujer (CEANIM) en Chile.

Por último cabe señalar, que desde la profesión enfermera, también se ha prestado un mayor interés al concepto de resiliencia, dejando constancia de ello, el hecho de que la taxonomía NANDA Internacional²⁹⁶ (antes llamada North American Nursing Diagnosis Association), en la edición de 2009-2011 incluyó tres diagnósticos enfermeros relacionados con dicho constructo:

- Deterioro de la resiliencia (00210).
- Riesgo de deterioro de la resiliencia (00211).
- Disposición para mejorar la resiliencia (00212).

3.7.3.1. Antecedentes y evolución histórica del término resiliencia

La resiliencia es un concepto que surge en el campo social y más tarde en el de la psicología, de la inquietud por encontrar los factores que permiten a las personas afrontar los problemas y condiciones adversas que van surgiendo a lo largo de sus vidas, superándolas de forma victoriosa y aunque es un concepto innovador, éste encuentra sus orígenes y fundamentos desde la aparición del ser humano.

Los primeros intentos para encontrar una explicación a la presencia de esos factores, presentes en determinadas personas consideradas como especiales, es logrado mediante diversas investigaciones, en las cuales el término resiliencia llega a transitar de una visión mítica o popular, a un concepto descriptivo en las áreas sociales.

De esta forma en el año 1942, de la mano de Scoville, es publicado el primer artículo en el que aparece el término resiliencia, para referirse a situaciones adversas que afectan al desarraigo familiar²⁹⁷.

Pero no es hasta el año 1945, cuando Bowlby²⁹⁸ se encarga de tomar de la física el término para llevarlo al campo de la psicología, al definirlo como “un resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima y que no se deja abatir”.

En el año 1970, Anthony llevó a cabo una investigación en niños de alto riesgo y tras observar resultados positivos introdujo el término vulnerabilidad, al mismo tiempo que surgía la tendencia opuesta, la invulnerabilidad, considerando que es invulnerable aquel que no es absorbido por la adversidad.

Pero fue en la década de los 70, cuando Emily Werner y Ruth Smith²⁹⁹ detectaron y asociaron este término a una población, a través de un estudio longitudinal, realizado a lo largo de 30 años, sobre una muestra de 698 niños, nacidos en condiciones muy desfavorables en la isla de Kauai. Estas investigadoras, encontraron que la mayoría de los niños estudiados, aproximadamente un 80%, había evolucionado positivamente, a pesar de vivir en condiciones de riesgo y no contar con apoyo terapéutico, logrando convertirse en adultos que constituían familias estables y bien arraigadas en la sociedad.

Werner y Smith concluyen que la resiliencia es una historia de adaptaciones exitosas acaecidas en el individuo que ha sido expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes.

Según Richardson³⁰⁰, el estudio de Werner es considerado un hito, dentro de la primera generación de investigadores, surgida en la década de los 70, quienes consideraban la resiliencia como una cualidad o rasgo, generalmente, permanente en el individuo y cuyo interés era descubrir los factores protectores presentes en la base de la llamada adaptación positiva en niños y niñas que

vivían en condiciones adversas y habían sufrido situaciones traumáticas, tales como pobreza o enfermedad mental de sus padres³⁰¹.

A partir de la investigación de Werner, surgen más investigaciones que evidencian la asociación entre la resiliencia y la presencia de factores protectores que disminuyen los efectos adversos ante las adversidades físicas y/o emocionales, siendo definidos dichos factores, como aquellos recursos que pertenecen a la persona, a su entorno, o a la interacción entre ambos y que frenan el impacto de los factores estresantes, alterando o incluso revirtiendo la predicción de infaustos resultados³⁰².

Al mismo tiempo que Werner, Michael Rutter³⁰³, llevó a cabo estudios en Londres y en la Isla de Wight, llegando a la conclusión, tras observar que una cuarta parte de los niños del estudio eran resilientes, a pesar de haber experimentado un gran número de situaciones adversas, la resiliencia se caracterizaba por estar constituida por un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos. Rutter propuso el término de mecanismos protectores en lugar de factores protectores y definió la resiliencia como una respuesta general en la que entran en juego diversos mecanismos de protección, entendiéndola como aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación y siempre respetando las características personales³⁰⁴.

Según esta generación de investigadores, en la resiliencia aparecen factores que protegerían al individuo de la hostilidad presente en su entorno, siendo agrupados en factores personales como tendencia al acercamiento social, humor positivo y ritmo biológico estable, a la vez que factores cognitivos y afectivos como un mayor coeficiente intelectual, empatía, autoestima, emociones positivas, motivación para cumplir objetivos, esperanza, autonomía en las acciones emprendidas y orientación para la resolución de problemas³⁰⁵.

Para ellos, la resiliencia es aquello que se puede estudiar una vez la persona ya se ha adaptado y ha alcanzado una capacidad resiliente.

La mayoría de los investigadores de esta generación podrían adscribirse al modelo triádico de resiliencia³⁰⁶, el cual consiste en organizar los factores resilientes en tres niveles: individuales, familiares y ambientales, de tal modo que se pasa de una visión individual a una comunitaria (Figura 7).

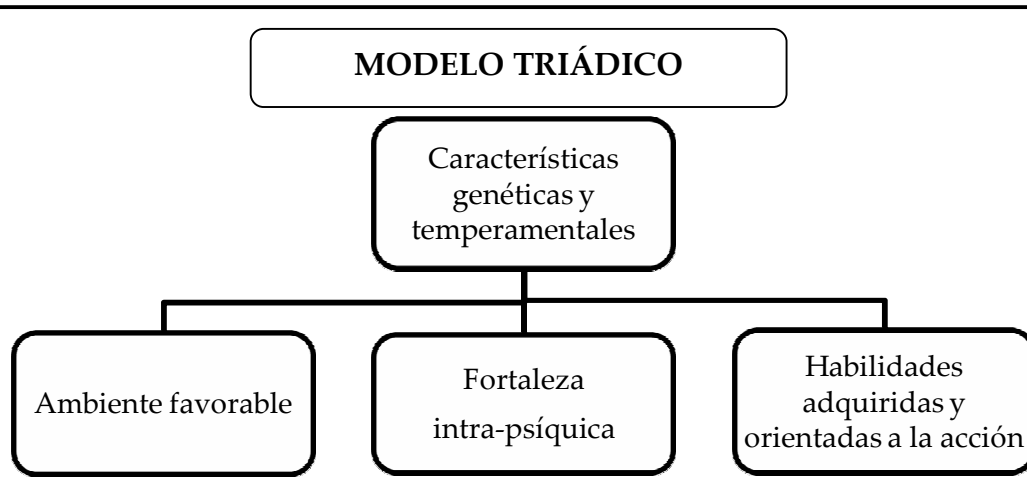


Figura 7. Modelo triádico de resiliencia. Fuente: Rodríguez AM. 2009³⁰⁶.

A mediados de los años 90 surge una segunda generación de investigadores, que amplían la temática de la resiliencia en 2 aspectos: el concepto de proceso, que conlleva la interconexión dinámica entre prácticas riesgosas y de resiliencia, las cuales posibilitan al individuo a superar la adversidad y por otro lado, el buscar modelos que promuevan la resiliencia de manera efectiva mediante programas sociales.

En esta generación, el foco de interés se desplaza desde las cualidades personales hacia un mayor interés en los factores externos, centrándose en determinar de qué manera se consiguen los resultados resilientes o cómo se adquieren las cualidades, propias de la resiliencia, mediante la comprensión de la interacción de los factores de riesgo y los factores de resiliencia.

En la segunda generación surgen gran número de autores, entre los que se puede destacar a Suárez Ojeda, quien define la resiliencia como “el resultado de un equilibrio entre los factores de riesgo, los protectores y la personalidad del ser humano, de tal manera que la resiliencia implicaría la interacción e interdependencia entre ellos”³⁰⁷.

Por su parte, Edith Grotberg²⁹⁰, define la resiliencia como “la capacidad de todo ser humano para poder llegar a enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o

transformado” tras la vivencia de experiencias de adversidad, mediante la interacción de factores de protección provenientes de 3 fuentes diferentes:

1. “Yo tengo” en mi entorno social (Apoyo externo):

- “Una o más personas dentro de su grupo familiar en las que puede confiar y que le aman sin condicionamientos”.
- “Una o más personas fuera de su entorno familiar en las que puede confiar plenamente”.
- “Límites a su comportamiento”.
- “Personas que le alientan a ser independiente”.
- “Buenos modelos a imitar”.
- “Acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesita”.
- “Una familia y entorno sociales estables”.

2. “Yo soy” y “yo estoy”: compuesto por las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales (Fuerza interior):

- “Una persona que agrada a la mayoría de la gente”.
- “Generalmente tranquilo y bien predisposto”.
- “Alguien que logra lo que se propone y que proyecta el futuro”.
- “Una persona que se respeta a sí misma y a los demás”.
- “Alguien que siente empatía por los demás, preocupándose por ellos”.
- “Responsable de sus propias acciones y aceptación de sus consecuencias”.
- “Seguro de sí mismo, optimista, confiado y poseedor de grandes esperanzas”.

3. “Yo puedo”: concierne a las habilidades en las relaciones con los otros (Capacidades interpersonales y de resolución de conflictos):

- “Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer cosas”.
- “Realizar una tarea hasta finalizarla”.
- “Encontrar el humor en la vida, utilizándolo para reducir tensiones”.

- “Expresar los sentimientos y pensamientos en la comunicación personal y social”.
- “Controlar el comportamiento: los sentimientos, impulsos, el demostrar lo que se siente”.
- “Pedir ayuda cuando se necesita”.

Por su parte, Kotliarenco, et al.²⁸⁶, indican que

“la resiliencia no es algo con lo que se nace ni algo que se adquiere de forma natural y que, una vez logrado permanece con la persona a lo largo de la vida, ya que es producto de la interacción del sujeto y su entorno”.

Autores como Luthar y Sameroff, resaltan que la resiliencia posee una naturaleza dinámica a la vez que multidimensional, siendo necesario evaluar su contexto y cultura, al mismo tiempo que prestar atención a la influencia biológica en su desarrollo³⁰⁸ y ante todo a las interacciones “entre las influencias biológicas y psicosociales en la adaptación”, como indican estos autores al mencionar el estudio de Caspi, et al.³⁰⁹, en interacciones genéticas y ambientales³¹⁰.

Dicha descripción, destaca, del mismo modo que otras de la segunda generación de autores, la presencia de tres componentes fundamentales, que han de estar presentes en el concepto de resiliencia³¹¹:

- **“La noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano.** El concepto de adversidad designa un compendio de muchos factores de riesgo”.
- **“La adaptación positiva o superación de la adversidad.** La adaptación se considera positiva en el momento en que la persona ha logrado alcanzar expectativas sociales asociadas a una etapa de desarrollo, o cuando no se presentan signos de desadaptación”.
- **“El proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.** La adaptación se entiende como un proceso en el que interacción múltiples factores de riesgo y de protección, pudiendo ser bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afectivos, biográficos, familiares, socioeconómicos, sociales y/o culturales”.

Estos autores se basan en el modelo ecológico-transaccional, que tiene su origen en la teoría de Bronfenbrenner, cuya idea es que “el individuo se halla inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles que interactúan entre sí. Los niveles que conforman el marco ecológico van desde un micro sistema que es el del individuo o nivel ontogénico, un macro sistema que abarca la relación del hombre con la familia y con la comunidad que impone sus normas, hasta el ecosistema donde aparecen las políticas públicas que favorecen la promoción de la resiliencia”³¹¹.

Por otra parte, a partir del año 2000, surge una tercera generación, que centra sus esfuerzos en elaborar modelos y programas de aplicación, en la explicación de cómo se desarrolla la resiliencia y en la motivación para lograr ser resiliente, focalizando la atención en “los recursos, fortalezas y potencialidades para afrontar la adversidad y llegar a construir, a través de ella, una postura positiva frente al dolor y al sufrimiento”³¹².

Para Walsh³¹³ la resiliencia es promovida cuando las situaciones adversas y los infortunios son vistos como una forma de crecimiento y superación de los propios límites.

Al mismo tiempo, Davydov, et al.³¹⁴ hacen referencia, al hablar del término resiliencia, a su aspecto dinámico y constructivo, comprendiéndolo como un fenómeno que defiende al sujeto y que se desarrolla con mecanismos capaces de contrarrestar las situaciones adversas.

A lo largo de este período evolutivo, el concepto de resiliencia, pasa de entenderse como algo estático y adquirido desde el momento del nacimiento, a entenderse como algo que surge de la interacción con el medio y se va construyendo en cada etapa de la vida del ser humano³¹⁵.

En la actualidad, algunos investigadores consideran que se ha iniciado la cuarta generación en la cual, a través del uso de instrumentos de medición y análisis del funcionamiento biológico, busca conocer las características genéticas y neurológicas que tercian en la resiliencia de los individuos y en la correspondiente dinámica de adaptación y cambio³¹⁶. Esta generación entiende la resiliencia como un constructo holístico que está presente a lo largo de todo el desarrollo de la persona, que puede y necesita ser observado, evaluado y promovido en los contextos y procesos en los que las personas interactúan³¹⁷.

Según Cicchetti y Blender³¹⁸, existe una relación entre resiliencia y neuroplasticidad, defendido por los resultados disponibles que muestran la existencia de un sustrato neurobiológico, fundamentalmente, de “base genética que correlaciona con rasgos de personalidad, algunos configurados por la vía del aprendizaje social y que proporciona grados variables de vulnerabilidad ante los estresores y una determinada predisposición a desarrollar algunas patologías”³¹⁹.

Una de las principales investigaciones realizadas en este campo, actualmente, se está desarrollando desde la teoría de la “Interacción gen-ambiente” (GxE), definida como “la interdependencia entre las influencias genéticas y medioambientales, dentro de las cuales existen, al menos, dos tipos de interacciones”³²⁰:

- La correlación gen-medioambiente (r_{GE}).
- La interacción gen X medioambiente.

Dichos estudios señalan que la presencia de variaciones a nivel genético indica la existencia de diversas respuestas frente a la adversidad, considerando que los genes proporcionan susceptibilidades diferentes a las situaciones ambientales^{321,322}.

Otro de los probables e importantes predictores de la resiliencia es la oxitocina³²³, neuroléptico que juega un papel fundamental en el comportamiento social y el apego³²⁴⁻³²⁸, fomentando, según las investigaciones, un incremento en la capacidad de recuperación tras la situación adversa, causado por la disminución de la respuesta al estrés fisiológico y su contribución a la conexión social³²⁶.

El estudio realizado por Stein, et al.³²⁹, evidenció que el cambio en el polimorfismo promotor del transportador de serotonina (5HTTLPR) predice directamente el nivel de resistencia emocional, así como los efectos de su interacción con el entorno familiar, como factor predictor del afecto positivo en los niños y adolescentes, de tal manera que los portadores del alelo (s) corto solían ser genéticamente más susceptibles a la influencia de la crianza que los portadores del alelo (L) largo, resultando que los primeros presentaban unos niveles más altos de afecto positivo tras una educación de apoyo.

En este sentido, cabe señalar que las investigaciones realizadas en esta línea, ponen de relieve la importancia de considerar el papel del entorno familiar

en la capacidad de recuperación frente a la exposición a situaciones traumáticas³³⁰⁻³³².

Masten³³³ defiende que esta generación refleja el creciente interés y conocimiento de los sistemas neuronales y psicobiológicos que pueden influir en la adaptación y el comportamiento resiliente, al mismo tiempo que alerta contra un excesivo énfasis en lo que viene a llamar “biología de la resiliencia”.

A la hora de abordar la resiliencia, también se puede hablar de escuelas, en función de la procedencia geográfica, aunque aquí resulta muy complicado el encajar las distintas generaciones, de las que se ha hablado con anterioridad, con las diferentes escuelas, debido a las múltiples visiones y a la evolución del término por parte de los mismos investigadores, en función de los resultados que salen a la luz, a partir de los cuantiosos estudios que se van realizando. En el siguiente punto se realiza una revisión, de las diferentes escuelas de resiliencia existentes.

3.7.3.1.1. Escuela anglosajona

El inicio de esta escuela surgió en Estados Unidos y Reino Unido, con pensadores como Rutter, Edith Grotberg o Luthar, entre otros. Una primera generación de esta escuela, estaba interesada en indagar acerca de las situaciones de riesgo y los factores biológicos y psicológicos que afectaban en el dominio de las adversidades, así como en la investigación de los factores externos que actuaran como protección ante los riesgos de un ambiente adverso.

Posteriormente, una segunda generación, de esta escuela sugiere que “el término resiliencia sea reservado para denotar el retorno homeostático del sujeto a su condición anterior, mientras que se utilicen términos como florecimiento (thriving) o crecimiento postraumático para hacer referencia a la obtención de un beneficio o el cambio a mejor tras la experiencia traumática”³³⁴. La resiliencia reflejaría “la habilidad o capacidad para mantener un equilibrio estable durante todo el desarrollo de este proceso”³³⁵.

3.7.3.1.2. Escuela europea

La escuela europea, por su parte, concibe la resiliencia con el crecimiento postraumático o la facultad para no salir indemne de un evento adverso sino de

asimilarlo y mejorar, mediante su enseñanza. Dentro de esta escuela, cabe destacar a Boris Cyrulnik³³⁶, uno de los máximos divulgadores europeos de la resiliencia y superviviente a los campos de concentración nazis, quien resalta el papel activo de la persona resiliente como “responsable de la construcción de su propia historia en un contexto social y cultural determinado gracias, principalmente, a la narrativa y al concepto de “oxímoron”, figura retórica que consiste en reunir dos términos de sentido opuesto para generar un nuevo significado” como por ejemplo: “oscura claridad”, “maravilloso sufrimiento” o “el sol negro” de la melancolía.

Para Cyrulnik³³⁷, es primordial, en la construcción de la resiliencia, los roles del vínculo y del sentido, haciendo referencia el primero, a la presencia de una figura, principalmente durante la infancia, el conocido tutor de resiliencia, que guíe, apoye y confíe en la persona, víctima de la adversidad. Mientras que, dotar de sentido, significa crear un proyecto personal de futuro, un proyecto de vida.

Por su parte, Vanistendael concibe la resiliencia como la facultad de un individuo o de un grupo para vencer las dificultades, que se presenten, creciendo en la vida, definición que es adoptada por la Oficina Internacional Católica de la Infancia, organización comprometida con la promoción y defensa de la dignidad y los derechos del niño. Este autor distingue, como factores que componen la resiliencia, por un lado, “la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo frente a las adversidades” y por otra parte, “la resistencia frente a la destrucción, referida a la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión”³³⁸.

Al mismo tiempo, afirma que este término es tan universal como los conceptos amor, humor y tiempo, es decir, que existe un acuerdo general de sus definiciones aunque no haya una globalmente aceptada, de tal modo que considera primordial estudiar las raíces del concepto centrándose en cómo la resiliencia surge cuando menos se le espera.

Vanistendael y Lecomte³³⁹ representan por medio de su “Casita de resiliencia”, en la Oficina Internacional Católica de la Infancia, una herramienta de comunicación para presentar de manera comprensible diversos componentes claves que contribuyen a la resiliencia e incluso a los procesos para su creación.

Este modelo debe de utilizarse de forma muy flexible, dado que la cultura, el contexto y los problemas, pueden ser muy diversos. Figura 8.

- Los cimientos de la casa representan las necesidades físicas fundamentales, como la salud, la alimentación y el sueño, junto con la red de relaciones sociales y como base fundamental, la aceptación profunda de la persona, la cual debe de ser bilateral y recíproca.
- La planta baja estaría formada por la capacidad de descubrir sentido y coherencia a la vida.
- El primer piso estaría dividido entre habitaciones, por un lado la autoestima y valores, por otro, las aptitudes y competencias y por último, por el humor y la creatividad.
- En el ático se localizaría la apertura a otro tipo de experiencias.

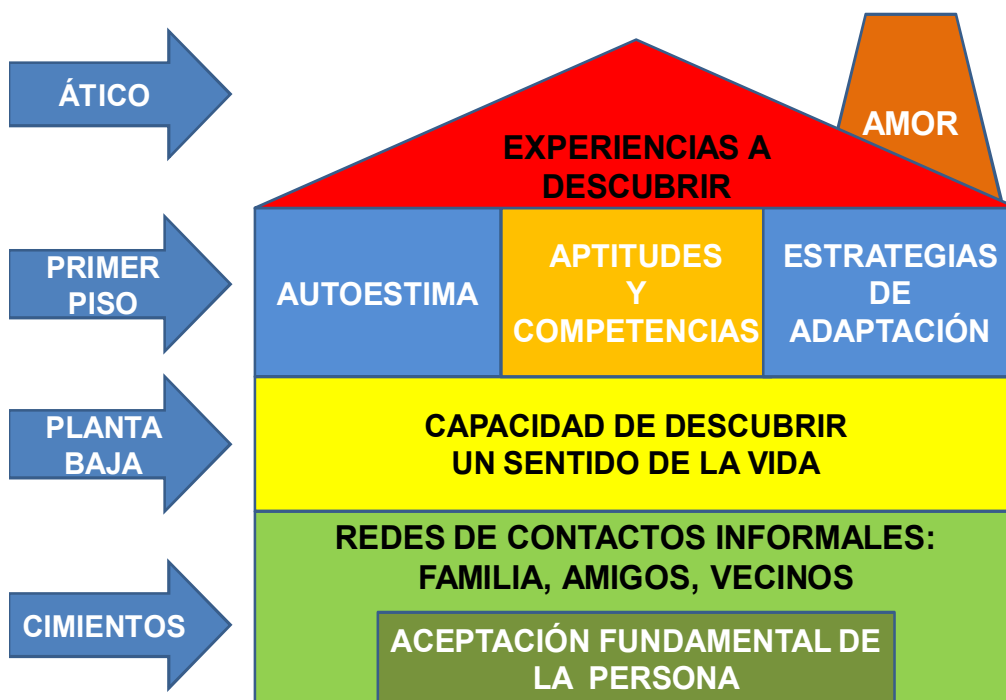


Figura 8. Casita de Resiliencia. Fuente: Vanistendael S, Lecomte J. 2002³³⁹.

3.7.3.1.3. Escuela latinoamericana

Esta escuela hace hincapié en la resiliencia comunitaria, traspasando el ámbito de lo psicológico a lo social a través del compromiso activo con la justicia

y bienestar comunitarios, fomentando una visión centrada en la práctica de programas de promoción de resiliencia en los que se promueve el apoyo a nivel del grupo y la construcción participativa de la resiliencia, siendo uno de sus máximos impulsores, Aldo Melillo, quien describe los elementos básicos de la resiliencia comunitaria como “pilares” o “antipilares” de resiliencia^{340,341}.

- **Autoestima colectiva:** actitud y sentimiento de orgullo por la sociedad en la que se vive.
- **Identidad cultural:** conjunto de comportamientos, valores, creencias, idioma, costumbres, ritos, música... propios de una determinada comunidad que los reconoce como propios y distintivos, dando sentido de pertenencia a sus miembros, al mismo tiempo que refuerza los lazos de solidaridad en casos de emergencia, más allá que al núcleo familiar cercano³⁴².
- **Humor social:** facultad para transmitir mediante palabras y gestos los elementos cómicos de un suceso trágico. La capacidad de reírse juntos de ciertos estereotipos sociales, políticos o religiosos propios y ajenos refuerza los lazos de pertenencia y hace a la comunidad más resiliente³⁴³.
- **Honestidad estatal o colectiva:** dirección de los asuntos públicos de una forma clara y ética.
- **Solidaridad.**

Estas bases han de ser complementadas, para poder “generar liderazgos auténticos y participativos, así como el ejercicio de una pluralidad efectiva al tomar decisiones cotidianas y la inclusión en una sociedad en la que no exista la discriminación”³⁴⁴.

3.7.3.2. *Concepto de resiliencia*

Definir el concepto de resiliencia, como hemos visto, es ardua tarea dado que se considera que posee un carácter multidimensional y multicausal que se fundamenta en propiedades psicológicas y disposicionales como la competencia, los sistemas de apoyo externo y la estructura de la personalidad.

Luthar, et al.³⁴⁵ creen que

“el problema de la definición de la resiliencia se subsana precisando, en cada caso, lo que será entendido por situación adversa, dado que esta puede ser determinada tanto por factores de tipo objetivo como subjetivo y por adaptación exitosa, concepto anclado en factores culturales que influyen en su definición. Estos autores plantean que se debiera hablar entonces, de tipos de resiliencia según el contexto y la situación a que hacen frente los individuos, sin olvidar la incorporación y estudio de los conceptos de vulnerabilidad e invulnerabilidad, afrontamiento, apoyo y redes”.

Tusaie y Dyer³⁴⁶ para quienes la resiliencia es un proceso dinámico dependiente de factores internos y externos que configuran lo que denominan “potencial resiliente”, plantean que la dificultad para encontrar una definición consensuada para este término, influye a la hora de su correcta evaluación, dado que la diversidad de estudios que han sido desarrollados sobre resiliencia “presentan la identificación de diversas propiedades que lo constituyen, dando lugar a una operacionalización parcial y su posterior dificultad para ser medida”.

Para Vinaccia, et al.³⁴⁷, “este término, hasta el momento, ha sido definido de diferentes formas, dependiendo del área de conocimiento que lo ha estudiado”. En esta circunstancia estriba la dificultad en la comprensión de este concepto, dado que existen tantas definiciones como autores que se ocupan del tema y tanta diversidad de marcos ideológicos en función de la corriente que se haya centrado en su estudio. Es por ello que pasamos a redactar algunas de las definiciones más características de este constructo:

Block y Block entienden la resiliencia como “la capacidad dinámica de un individuo para modificar su nivel modal de control del ego, en una u otra dirección, como función de las características de la demanda del ambiente”³⁴⁸.

Por un lado, Garmezy, (citado en Vinaccia, et al.³⁴⁷) define la resiliencia como “la capacidad de recuperarse y mantener los comportamientos adaptables después del maltrato”. Por su parte, Munist, et al., (citado en Rodríguez, et al.³⁴⁹), señalan que es la facultad del ser humano que permite afrontar las adversidades que surgen durante “el transcurso de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”.

Al mismo tiempo, Quintero (citado en Salgado³⁵⁰), opina que la resiliencia “es más que la capacidad de resistir a la destrucción preservando la integridad en circunstancias difíciles, sino que es también la aptitud de reaccionar positivamente, a pesar de las dificultades y la posibilidad de construir basándose en las fuerzas propias del ser humano”.

También es definida como “el conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan el enfrentamiento exitoso a la adversidad”, no tratándose, “de algo congénito ni adquirido, sino un resultado, el cual provendría de la conjugación entre el sujeto y el medio en el cual éste se encuentra inserto”³⁵¹.

La resiliencia es el proceso de adaptación realizado ante una situación adversa, traumática, amenazante o hasta una “tensión significativa, como contratiempos familiares o de relaciones, problemas graves de salud o factores estresantes laborales o económicos”³⁵².

Los individuos que poseen un mayor número de rasgos relacionados a la facultad de recuperación tienen una mayor tendencia a acomodarse con éxito a un suceso perturbador, mientras que los individuos que poseen menos de dichos rasgos no se adaptarán con tanto éxito³⁵³.

La capacidad de recuperación, ante una situación traumática, existe en un continuo que puede estar presente en distintos niveles y mediante numerosos dominios de la vida³⁵⁴. Puede darse el caso, de que un sujeto se pueda adaptar correctamente a la tensión generada en su vida familiar, pero no llegar a adaptarse bien en su ambiente laboral.

Para Villalba³⁵⁵ la resiliencia surge de la encrucijada de cierta disparidad de “influencias ecológicas”, cuyo vínculo conlleva “una reacción adaptada y positiva ante los factores potencialmente amenazadores”.

Para Muñoz y De Pedro³⁵⁶ la resiliencia es un “proceso que fortalece las opciones y alternativas de los sujetos a través de la aplicación de sus facultades y recursos internos para hacer frente a situaciones de riesgo, o que puedan poner en peligro su desarrollo, superarlas, mejorar su calidad de vida y cumplir sus proyectos de futuro”.

En la revisión realizada por Fergus y Zimmerman³⁵⁷, la resiliencia se refiere al “proceso de vencer los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontar

exitosamente las experiencias adversas y evitar las trayectorias negativas vinculadas con el riesgo. Para que surja la resiliencia es necesaria la presencia de tantos factores de riesgo como de protección que ayuden a conseguir un óptimo resultado o eviten un resultado negativo”.

Por su parte, Siebert³⁵⁸, sostiene que si “la mayoría de los individuos poseen este rasgo, la diferencia puede estar en que algunos la poseen de forma innata y otros la poseen en forma potencial, a la espera de desarrollarla”.

Para Saavedra y Villalta³⁵⁹, la resiliencia es “una característica personal que es desarrollada durante la vida de cada individuo y que puede estar presente desde muy temprano, siendo ésta una condición para el desarrollo de una apropiación de los sucesos de la vida”.

Los investigadores Bach y Forés³⁶⁰, definen la resiliencia como “la capacidad que tenemos las personas, familias, grupos o comunidades de saber afrontar, sobreponernos a las adversidades y salir airosos o transformados. Heridos pero no vencidos”.

Mientras que Peña³⁶¹, describe la resiliencia como la “capacidad humana universal que se manifiesta cuando un individuo se ve expuesto a condiciones de riesgo o adversidades, permite afrontar de modo efectivo dichos eventos y salir fortalecido o transformado positivamente por ellos”. Dicho “proceso sería el resultado de una interacción recíproca entre las influencias del ambiente y el individuo, a través de la adaptación o transformación constructiva, conduciendo a un desarrollo sano y productivo”.

Desde 2011, lo podemos encontrar en la RAE (Real Academia Española de la Lengua)³⁶², como la “capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos, al mismo tiempo que la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido”.

Michael Rutter, uno de los grandes investigadores de la resiliencia, define este constructo como “la capacidad y proceso dinámico de adaptación que vence la tensión y adversidad mientras mantiene un funcionamiento psicológico y físico normal”³⁶³.

Por su parte, Carretero²⁸¹ la identifica con la facultad, “fruto de la interacción de diferentes variables personales con factores del entorno, que

permite al sujeto hacer frente y solventar, de modo adecuado e integrado en su entorno cultural, variadas situaciones adversas o traumáticas por diferentes motivos, permitiéndole alcanzar una situación estable y adaptada a su entorno cultural”.

Según Carretero²⁸¹, la gran mayoría de las definiciones de resiliencia “tienen en común tres ideas, las cuales resultan fundamentales para entender este concepto”:

- **Resiliencia como habilidad o capacidad:** “para enfrentarse o resolver de manera correcta las situaciones de adversidad, riesgo o exclusión. De esta forma la resiliencia es inferida de las conductas llevadas a cabo en situaciones de adversidad”.
- **Resiliencia como producto de interacción:** “surge la idea de que la resiliencia depende tanto de factores ambientales como personales, así como de la interacción de ambos”.
- **Resiliencia como proceso:** “todos los autores coinciden en señalar que la resiliencia no es algo acabado, ni algo que unos seres humanos tienen y otros no, en todas las definiciones aparece la idea de proceso, y por lo tanto, de aprendizaje”.

3.7.3.3. *Conceptos relacionados con la resiliencia*

En torno al término de resiliencia existe una serie de constructos que son similares al mismo, en otras han sido considerados elementos centrales, mientras que en otras han sido propuestos como sus sustitutos. Entre ellos podemos destacar los siguientes:

- **Competencia:** la competencia es uno de los constructos más vinculados a la resiliencia, hasta llegar a ser considerado, en ocasiones, como el núcleo de la misma³⁶⁴, el cual es definido por Masten y Coatsworth³⁶⁵ como “la efectividad de las acciones de uno en el mundo y a un sentido personal de bienestar en diversas áreas de funcionamiento”.

Dicho concepto está íntimamente relacionado con el coeficiente intelectual y con el rendimiento académico, llegándose a considerar

que “un alto coeficiente intelectual es un factor protector, mientras que un bajo coeficiente intelectual es un factor de vulnerabilidad”³⁶⁶. Autores como Martínez³⁶⁷, definen la competencia como algo integrado en la personalidad del ser humano, incluyendo aspectos vinculados, al mismo, como valores y actitudes.

- **Invulnerabilidad/Vulnerabilidad:** ambos términos, aunque opuestos entre sí, pero relacionados con el término de resiliencia, como parte del mismo continuo, son conceptos que surgieron paralelamente, en función del estudio de los factores de riesgo o de los protectores, llevado a cabo por parte de los investigadores.

Mientras que, por un lado, la vulnerabilidad se refiere al hecho de aumentar la probabilidad de un resultado negativo, fruto de la exposición al riesgo, por su parte, la invulnerabilidad es considerada una característica fundamentalmente constitucional e intrínseca, del ser humano, que facilita la resistencia a las situaciones adversas, facultándolo para dar una respuesta inmediata³⁶⁸.

En este sentido, Rutter³⁶⁹ afirma que estos términos constituyen procesos interactivos que están relacionados con momentos claves en la vida de las personas, dando lugar desde una adaptación más exitosa al estrés, a una menos exitosa.

- **Crecimiento postraumático:** el uso de esta expresión, fue adoptada por los autores Lawrence Calhoun y Richard Tedeschi en 1995 para definir la experiencia de personas que llevan a cabo cambios positivos, tras haber afrontado graves desgracias, implicando un proceso de transformación en el que los supervivientes no solo superan la experiencia traumática, sino que además salen de ella renovados psicológicamente, al mismo tiempo que hayan rasgos saludables de su personalidad que hasta ese momento no conocían, reconfigurando su escala de valores y encontrando nuevos significados valiosos de la vida³⁷⁰.
- **Personalidad resistente (hardiness):** el patrón de personalidad resistente, también conocido con el nombre de dureza (hardiness),

propuesto en 1979 por Kobasa³⁷¹, consiste en una serie de actitudes y acciones que ayudan a transformar las situaciones estresantes de potenciales desastres a oportunidades de crecimiento.

Tras las investigaciones llevadas a cabo por Maddi y Khoshaba³⁷², concluyen que la personalidad resistente está compuesta por 3 componentes:

- Compromiso: entendido como la capacidad de implicarse y relacionarse con las personas y el entorno.
 - Control: relacionado directamente con el concepto de locus de control interno.
 - Reto/desafío: creencia de que es el cambio y no la estabilidad, una característica habitual, importante y necesaria en la vida.
- **Coping:** este concepto, fue introducido en la década de los 50, tras el estudio llevado a cabo por Murphy y Moriarty³⁷³, en una población infantil, con el objetivo de encontrar los mecanismos que regulaban la ansiedad ante los retos, la frustración o el estrés.

El coping fue definido por Lazarus y Folkman, como el conjunto de pensamientos y conductas que una persona utiliza para gestionar las demandas internas y externas, ante situaciones estresantes, con el objetivo de protegerse de cualquier trauma psicológico¹⁴⁸.

A pesar de que los mecanismos de afrontamiento o coping parecen estar muy relacionados con la resiliencia, no son términos equivalentes, como bien indican Zimmerman y Brenner³⁷⁴. De hecho, existe evidencia que sugiere que la resiliencia y el coping son dos constructos diferentes conceptualmente²⁸⁷:

- La resiliencia influye en cómo un suceso es valorado mientras que el afrontamiento hace referencia a las estrategias empleadas que siguen a la valoración de la situación estresante.
- La resiliencia predice una respuesta positiva a la situación estresante, frente al afrontamiento que puede ser positivo o negativo.

- **Alostasis:** el término de alostasis fue empleado por Karatsoreos y McEwen³⁷⁵ para definir el mecanismo empleado para lograr la estabilidad del sistema homeostático a través de la plasticidad adaptativa frente a la resiliencia como capacidad gradual de resistir o adaptarse a la adversidad de las personas, los grupos y las comunidades.
- **Fuerza mental:** por su parte, este término, empleado fundamentalmente en el deporte, ha sido definido como “una colección de valores, actitudes, emociones y cogniciones que influyen en la forma en que una persona enfoca, responde y evalúa los eventos exigentes para lograr consistentemente sus metas”³⁷⁶.

3.7.3.4. Tipos de resiliencia

En relación a la investigación de la resiliencia han sido identificados varios tipos o modalidades de dicho constructo¹³³:

- **Resiliencia psicológica:** “compendio de factores personales positivos y de respuestas o conductas de afrontamiento que posibilitan la administración factible de los cambios inesperados o estresantes en la vida”³⁷⁷.
- **Resiliencia familiar:** “compendio de procesos interactivos entre los miembros de la familia que fortalecen, con el paso del tiempo, tanto a cada sujeto como a todo el grupo, facilitándoles la acomodación a sus diversos estilos de organización o creencias, recursos y limitaciones internas, al mismo tiempo que amoldarse a los desafíos psicosociales que se les plantean desde fuera de la familia”³⁷⁸.
- **Resiliencia comunitaria:** “compendio de valores, disposiciones y movilizaciones grupales que permiten a determinados pueblos hacer frente de manera solidaria, a los daños provocados por desastres naturales a sus comunidades, saliendo airoso de tales situaciones y con una nueva autoimagen de fortaleza y unión entre las personas involucradas en dichos casos”³¹¹.

- **Resiliencia vicaria:** “efecto único y positivo que transforma al psicoterapeuta en respuesta a la propia resiliencia de una persona que ha superado una situación traumática, proceso que podría darse también de forma generalizada en otros ámbitos distintos, como el de familiares, amigos, grupos laborales o religiosos, entre otros”³⁷⁹.
- **Resiliencia espiritual:** “facultad para afrontar las situaciones estresantes, la adversidad y los eventos traumáticos, sin presentar síntomas patológicos de forma crónica o verse mermadas las facultades vitales del espíritu, de la mente y del cuerpo, sino más bien resultando éstas fortalecidas”³⁸⁰.

3.7.3.5. Factores protectores de resiliencia

A pesar de la dificultad y la presencia de distintas definiciones del mismo concepto, existe un acuerdo en la presencia de factores que elevan la resiliencia. Autores como Greve y Staudinger³⁸¹ destacan la existencia de algunos de ellos, de entre los cuales cabría señalar:

- **Autoestima:** la confianza en uno mismo es el soporte de los demás pilares, siendo definida como la actitud del individuo respecto a sí mismo, “pudiendo considerarse como un aspecto del autoconcepto, reúne juicios de valor sobre la competencia de uno mismo y los sentimientos asociados a esos juicios”³⁸², facultando a la persona a mantener la distancia emocional y física, pero sin llegar a caer en el aislamiento³⁸³.
- **Control personal:** dicho control ocupa un papel fundamental a la hora de “lograr la adaptación y la resiliencia. Los esfuerzos para normalizar el curso de la vida y el ambiente, es posible con las conductas que llevarán a cabo los sujetos para establecer y cambiar sus metas personales, mejorar sus motivaciones y recursos emocionales, así como realizar lo necesario para alcanzarlas y finalmente, mantener un control sobre su propio ambiente”³⁸⁴.
- **Psicología positiva:** rama de la psicología que centra su foco de atención en las capacidades y características positivas humanas,

estando formada por diversos constructos, entre los que cabe destacar las emociones positivas y el optimismo que están relacionados, a su vez, con la resiliencia³⁸⁵.

La psicología positiva, está constituida por las emociones positivas y el optimismo que, a su vez, están relacionados con la resiliencia³⁸⁵.

- **Afrontamiento:** “variable vinculada con la resiliencia, pero que no es sinónimo de ella. Greve y Staudinger³⁸¹ señalan que “puede observarse un solapamiento entre ambas. Cabe destacar que los recursos de afrontamiento carecen de factores protectores y de riesgo, más bien constituyen una parte importante del proceso y de la constelación de variables que favorecen la resiliencia”.
- **Autoeficacia:** a pesar de que la autoeficacia ha venido siendo entendida, tradicionalmente, como un dominio o tarea específica, diversos autores comprenden dicho vocablo de una manera más amplia de “competencia personal sobre cómo puede llegar a ser efectiva la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes”³⁸⁶⁻³⁸⁸.

Para Brooks y Goldstein²⁹⁴, otro factor esencial que potencia una mentalidad resiliente es la empatía, componente esencial que facilita la comunicación, la cooperación, el respeto y la compasión, proporcionando la fortaleza necesaria para mejorar la conexión con los demás.

Al mismo tiempo, para Gómez-Acebo, et al.³⁸³, los atributos que poseen las personas resilientes serían:

- **Autoconocimiento, introspección y autorreflexión.** Conocimiento de uno mismo y “arte de preguntarse y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro”.
- **Resistencia a las críticas negativas.**
- **Automotivación y compromiso con un determinado proyecto personal.**
- **Control de las propias emociones y empatía con las de los demás.**

- **Comunicación resiliente: comunicación positiva y coherente y recepción positiva de la comunicación.**
- **Adaptación al cambio y flexibilidad.**
- **Creatividad, búsqueda de soluciones, innovación.** Tener capacidad para ver oportunidades en las crisis, encontrando el encanto de “exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden”.
- **Afecto y apoyo.** “Capacidad de establecer lazos estables e intimidad con otras personas para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros”.
- **Capacidad de pensamiento crítico.** Fruto de la combinación de los anteriores, permitiendo realizar el análisis crítico de las causas y responsabilidades de las adversidades que se sufren, proponiendo modos para hacerles frente y cambiarlas.

La American Psychological Association³⁵² señala las siguientes características como las más predominantes en la afirmación de la resiliencia a nivel general:

- “Tener relaciones de amor, cariño, apoyo y confianza dentro y fuera de la familia, que provean modelos a seguir y que ofrezcan estímulos y seguridad”.
- “Capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo”.
- “Tener una visión positiva de sí mismo y confianza en las propias fortalezas o habilidades”.
- “Destreza en la comunicación y en la solución de problemas”.
- “Capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes”.

Por otra parte, cabe destacar que uno de los poderosos aliados de la resiliencia es el humor, el cual reconoce la existencia de problemas y abre nuestros corazones y mentes a la esperanza, brindándonos aliento en los momentos de crisis.

En palabras de Stefan Vanistendael³⁸⁹, “el humor es la capacidad de sonreír al enfrentarnos a la adversidad”. Según Vanistendael el humor ayuda a la persona resiliente de la siguiente forma:

- Realizando un ajuste cognitivo para distanciarnos del problema aunque no llegue a resolverlo.
- Liberando la tensión emocional.
- Generando un bienestar físico a través de la risa.
- Mejorando las relaciones humanas, desde rompiendo el hielo hasta aliviando las tensiones entre personas, sean amigos o no.
- Recuperando la confianza.
- Preservando la tensión entre lo ideal y la realidad, dado que a menudo suelen estar muy alejados en la vida cotidiana.
- Contribuyendo a la revelación del significado, en los momentos más difíciles, al dirigir nuestra atención hacia algo positivo cuando la conexión con la vida parecía perdida.

Por su parte, otro de los pilares fundamentales de la resiliencia es la inteligencia emocional³⁹⁰, la cual aumenta la resistencia al estrés, favorece una mayor capacidad para afrontar presiones, obstáculos y acontecimientos emocionalmente impactantes sin perder eficacia en el comportamiento.

En palabras de uno de los investigadores más prestigiosos en este campo, Daniel Goleman⁹⁶,

“la inteligencia emocional es la capacidad para reconocer los sentimientos propios y los de los demás, motivarnos a nosotros mismos, para manejar acertadamente las emociones, tanto en nosotros mismos como en nuestras relaciones humanas”.

Según la psicóloga Alicia Jiménez³⁹⁰, las personas con alta inteligencia emocional:

- Saben gestionar mejor sus emociones.
- Poseen mejores técnicas de afrontamiento.
- Influyen positivamente en el grupo, estimulando creatividad e innovación.

- Tienen mayor capacidad de liderazgo transformacional, consideran a las personas de forma individualizada y las estimulan intelectualmente.
- Muestran empatía y afecto.
- En los conflictos tienden a soluciones cooperativas y de compromiso, no evitan.
- Conocen sus limitaciones y desarrollan sus habilidades.
- Se apoyan en otros con habilidades complementarias, pidiendo ayuda.
- Muestran mayor comportamiento profundo, mayor esfuerzo por sentir lo que expresan.
- Perciben la necesidad de mostrar emociones como parte de su trabajo.
- Tienen menor tendencia a suprimir sentimientos negativos, menor despersonalización.

3.7.3.6. Factores de riesgo para la resiliencia

Los factores de riesgo son definidos como hechos o situaciones propias de la persona o de su entorno que aumentan la probabilidad de provocar un desajuste psicosocial y cuya presencia facilita la aparición de resultados negativos e indeseables para problemas de tipo físico, psicológico y social²⁸⁵.

La presencia de estos factores de riesgo, puede dar lugar a dos situaciones: por un lado a la vulnerabilidad, mediante la presencia de respuestas negativas o bien a la resiliencia. Hay que destacar, que estos factores son elementos predictores, pero no deterministas, de tal forma que no implica una causa-efecto directa y lineal³⁹¹.

A la hora de afrontar una situación adversa, que pone en peligro el equilibrio vital de la persona, la amígdala o parte del cerebro encargada de captar las señales de peligro dispara la alarma biológica del miedo y transmite la señal de alerta para protegerse, la cual estará condicionada por la forma de ser de ese individuo y por las características de la amenaza.

En este sentido, Marcos Rojas³⁷⁰, señala los cuatro “venenos” de la resiliencia más tóxicos y comunes:

- **Pánico:** emoción intensa y abrumadora de pavor que altera las funciones vitales, perturba el juicio e incapacita al individuo física y mentalmente para percibir, analizar y responder con eficacia a los riesgos. El cual suele ser el fruto de la combinación de sentimientos de terror e indefensión ante una amenaza, real o imaginaria, que pone en peligro el equilibrio vital o, incluso, la propia vida.
- **Aturdimiento:** perturbación mental y física de la conciencia y de los sentidos, que nubla e inutiliza la capacidad de las personas para percibir y comprender la situación en que se encuentran, para reconocer las señales o los mensajes que reciben de sus sentidos y del entorno y para evaluar racionalmente la realidad. Este estado puede llegar a ser mortal en situaciones peligrosas que requieren juicios rápidos y acertados, así como una buena coordinación de decisiones y conductas.
- **Depresión:** estado que agota la energía vital del individuo, desconectándolo afectivamente de los demás, destruyendo su capacidad de concentración, dañando la confianza en sí mismo, deteriorando su autoestima, destruyendo su esperanza y robándole los motivos para vivir.
- **Estancamiento:** este factor inhabilita la capacidad de la persona para recuperar una vida razonablemente satisfactoria, una vez pasada la desgracia. En estados emocionales destructivos, impide volver al estado de equilibrio emocional anterior al trauma y recomponer su personalidad. De este modo, el estancamiento impide a la persona, recobrar la autoestima y el sentido de control sobre sí mismo, al igual que disfrutar de las fuentes normales de satisfacción como las relaciones afectivas y las actividades en las que se aplica el talento o que alimentan sus aficiones.

El psicólogo americano Norman Garmezy³⁹², define los factores de riesgo como agentes que incrementan la posibilidad de que un sujeto presente dificultades de adaptación y aprendizaje, los cuales pueden provenir de

características individuales, ambientales o de la interacción de ambas. Si son controlados y prevenidos, evitándolos o eliminándolos, se podrán disminuir los riesgos.

Por su parte, el psiquiatra inglés Michael Rutter³⁹³ destaca la importancia de las fluctuaciones individuales en respuesta a los factores de riesgo y la multitud de reacciones ante la presencia de un mismo problema, debiendo de tener en cuenta, los factores genéticos y ambientales.

Sylvie Rousseau³⁹⁴, tras recopilar información, a través de diferentes estudios en diversas partes del mundo, enuncia las situaciones que ponen en riesgo el desarrollo y seguridad de las personas, pudiendo llevarles a sufrir riesgos contra su integridad. Estos factores de riesgo los divide en los siguientes tres grupos:

- **Factores personales:**

- El nacimiento prematuro.
- Las deficiencias cognitivas, así como la presencia de disminuciones o anomalías cognitivas que comportan una baja autoestima y cierta marginación.
- Las enfermedades infantiles graves que pueden reproducirse.
- Los retrasos o irregularidades relacionados con el desarrollo.
- Una baja autoestima que puede llevar a tolerar lo inaceptable o a aislar al individuo.
- Las experiencias de rechazo o exclusión social que desgarran el amor propio y que nos privan de apoyos.
- Un temperamento sumiso y débil.

- **Factores familiares:**

- En embarazo en la adolescencia.
- El estrés y las complicaciones en el período neonatal.
- Las relaciones conyugales o paterno-filiales conflictivas.
- La violencia conyugal y familiar.
- Abusar de los niños en los planos físico, sexual y psicológico.

- Un ejercicio inadecuado de la autoridad paterna (exceso o ausencia de disciplina).
 - Débil unión entre padres e hijos.
 - Abandono de niños o su entrega en adopción o acogida.
 - Abuso de sustancias que puedan provocar conflictos, dificultades financieras o ausencia de un progenitor o de ambos.
 - Suicidio, muerte o marcha de algún hermano.
 - La monoparentalidad o la reorganización familiar.
- **Factores ambientales:**
 - La pobreza o una situación socioeconómica precaria, que acarree otras condiciones negativas, como el aumento del estrés, la pérdida de autoestima, la marginación y el aislamiento.
 - Pertenecer a una clase social desfavorecida.
 - La pérdida del empleo o el paro de larga duración.
 - No tener un domicilio fijo.
 - Los desastres naturales tales como inundaciones, fuego en el bosque cerca de zonas habitadas, los terremotos...

Según Rutter³⁹³, las consecuencias que se derivan de los factores de riesgo pueden, igualmente, reducirse si el acontecimiento amenazante se acompaña o es seguido por otro acontecimiento que suavice el daño recibido a la autoestima o al sentimiento de validez personal.

3.8. APLICACIÓN DEL MODELO ECOLÓGICO DE BRONFENBRENNER EN ONCOLOGÍA

El modelo ecológico de Bronfenbrenner es considerado uno de los más amplios y eficaces para abordar la problemática del paciente oncológico³⁹⁵.

El modelo de Bronfenbrenner³⁹⁶, define que los ambientes naturales son la principal fuente que influye sobre la conducta del ser humano, entendiendo su desarrollo como una continua adaptación entre un ser humano y su entorno, el

cual también está en progresivo cambio, a la vez que es influenciado por sus relaciones con contextos de mayor alcance en los que están incluidos los mismos.

Desde este punto de vista el contexto en el que se desarrolla el paciente oncológico incluye factores situados a diversos niveles, más o menos cercanos y que ejercen influencias directas y/o indirectas entre ellos (Figura 9):

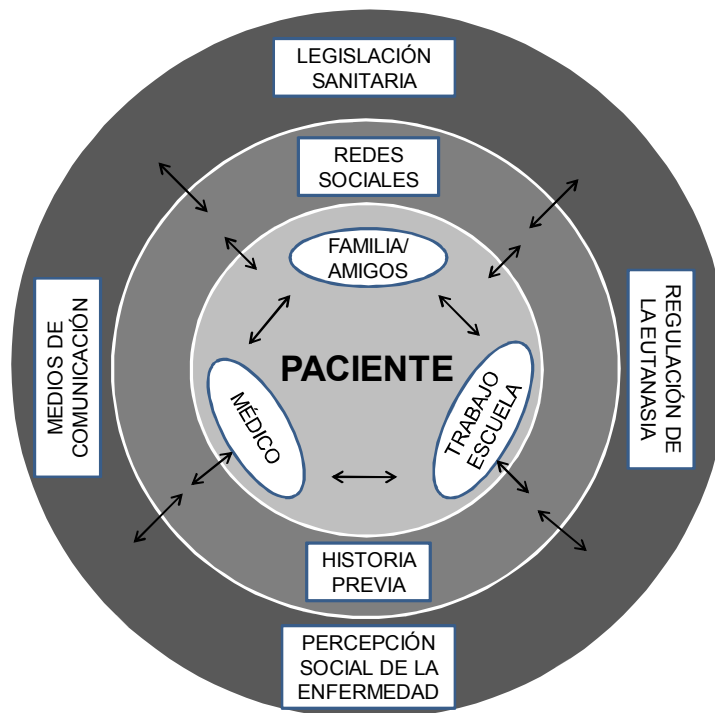


Figura 9. Modelo ecológico de Bronfenbrenner aplicado al paciente oncológico. Fuente: Bronfenbrenner U. 1987³⁹⁶.

Según los principales investigadores³⁹⁵ de este modelo, aplicado a la oncología, la figura anterior quedaría explicada de la siguiente manera:

- **Microsistema:** es el nivel más próximo a la persona, reúne los comportamientos, roles y relaciones propios de los contextos cotidianos en los que se desarrolla el paciente, como el hogar, trabajo, amigos y en el caso del paciente oncológico habría que añadir, el hospital, los enfermos con los que coincide y las asociaciones a las que acude. Todas las relaciones que se establecen

a este nivel son decisivas para el buen ajuste y adaptación que tenga el paciente ante el diagnóstico y/o tratamientos.

- **Mesosistema:** este nivel está compuesto por las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente, constituyendo un sistema de microsistemas. Estaría formado por el grado y tipo de comunicación entre los sanitarios, familiares, amigos, pacientes que coinciden con el individuo y las asociaciones y/o voluntarios que acompañan a estos pacientes.
- **Exosistema:** este nivel quedaría compuesto por uno o más entornos que no incluyen al paciente como participante activo, pero en los cuales se desarrollan circunstancias que le pueden afectar en su desarrollo. Cada microsistema que rodea al paciente está inmerso, al mismo tiempo, en sus propios microsistemas, en los que no actúa el paciente pero que pueden llegar a influirle, como por ejemplo, las relaciones sociales de los miembros de su familia, la historia de salud de sus familiares, la calidad de las relaciones entre el médico y el resto del personal sanitario, al mismo tiempo que las facilidades que den las empresas, en las que trabajen los familiares, para acompañar al paciente en los momentos en los cuales éste les necesite.
- **Macrosistema:** en el nivel más distante pero igual de importante que el resto, estaría compuesto por la influencia de factores ligados a las características de la cultura y momento histórico-social, como la imagen que tenga la sociedad de la enfermedad oncológica, las políticas gubernamentales y autonómicas en materia de sanidad, a este respecto, las prácticas institucionales llevadas a cabo con los pacientes, como el derecho a ser informado, a elegir tratamiento e incluso el momento de la propia muerte, así como la cultura, religión y etnia de los inmigrantes que van llegando al país.

3.9. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA

Al tratar sobre los instrumentos que evalúan la resiliencia, hay que destacar la existencia de una gran dificultad, a la hora de abordar su medición, debido a la falta de una definición común entre los investigadores y a las múltiples características identificadas en la misma. Según Ospina³⁹⁷, esta dificultad estriba en la existencia de dos polos para tratar de explicar este constructo, por un lado, el que hace alusión a la capacidad innata de la persona para mantener la adaptación eficaz tras un hecho estresante y por otro, el que considera la resiliencia como un conjunto de factores o mecanismos de interacción, que interaccionan durante el desarrollo de la persona.

Otros datos previos antes de tratar la búsqueda de un instrumento de medida de la resiliencia es definir si existe una línea base, qué fuentes de datos son más adecuadas, por medio de qué tipos de medidas cualitativas, cuantitativas o mixtas son más fiables los datos recogidos y si son válidas para diferentes contextos culturales²⁸⁵.

Luthar y Cushing³⁹⁸, tras realizar una descripción de los diversos métodos e instrumentos de medición de la resiliencia, destacan la existencia de herramientas que evalúan la adversidad, otros instrumentos que miden si se produce una adaptación positiva y adecuada ante circunstancias adversas y otras que evalúan el proceso de resiliencia³⁴¹. Estos investigadores concluyen que la variable resiliencia se puede medir de tres formas³⁹⁸:

- **Midiendo la adversidad:**
 - Medición del riesgo por medio de múltiples factores: mide diferentes factores en un único instrumento, en el cual el individuo debe evaluar si una serie de sucesos o eventos de vida negativos han estado presentes o no en su vida.
 - Situaciones de vida específicas: se evalúan diferentes situaciones de riesgo que provocan estrés en la persona.
 - Constelación de múltiples riesgos: es un mapeo donde se miden diferentes fuentes de adversidad junto con la interacción entre factores individuales, familiares, sociales y comunitarios, así como su influencia sobre el desarrollo humano.

- **Midiendo la adaptación positiva:**
 - Adaptación según múltiples factores: se evalúa la adaptación en función del logro de metas esperables para el rango de edad de los participantes o etapas del desarrollo. Se administra además a padres y madres, profesores y amigos, motivo por el que se le ha denominado de factores múltiples.
 - Ausencia de desajuste: se evalúa la superación de la adversidad y ausencia de sintomatología psicopatológica.
 - Adaptación: se evalúan conductas y tipos de adaptación.
- **Midiendo el proceso:**
 - Modelos basados en variables: se evalúan los factores de riesgo, los resultados esperados y factores de protección que compensen o protejan de la adversidad.
 - Modelos basados en individuos: evaluación longitudinal utilizada para comparar a los participantes y estudiar la interacción de los factores de riesgo y protección e interpretar las adaptaciones producidas y sus causas.

Por su parte Yates, et al.³⁹⁹ determinan que la resiliencia nunca puede ser medida de forma directa, sino que debe ser inferida basándose en medidas indirectas. Las escalas de resiliencia tal y como ponen de manifiesto Ahern, et al.⁴⁰⁰ no pueden ser extrapoladas de una realidad a otra, sino que deben estar ajustadas a un contexto específico.

Según Ahern, et al.⁴⁰⁰, los instrumentos de medida pueden clasificarse en:

- **Pruebas proyectivas:** la ambigüedad de estas pruebas no las hace las más aptas, siendo necesario combinar objetivos consistentes con otros indirectos o proyectados³⁹⁷.
- **Pruebas psicométricas:** son las de mayor auge y estudio, mayoritariamente son cuestionarios autoinformados con escalas tipo likert.
- **Pruebas de imagenología (ligadas a la neurociencia):** los resultados, hasta el momento, concluyen que aproximadamente el 30% de las características resilientes son debidas a la herencia.

En la tabla 2 se muestran algunos de los instrumentos de evaluación de la resiliencia más utilizados hasta el momento.

Tabla 2. Instrumentos para la medición de la resiliencia.

INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA RESILIENCIA		
NIÑOS ADOLESCENTES	Individual Protective Factors Index. Springer y Philips. 1995	Escala para adolescentes que mide factores protectores internos. Compuesta por 10 subescalas
	Resilience scale for adolescents (READ) Hjemdal, Friborg, Martinussen y Rosenvinge. 2006	Contiene 5 factores: competencia personal y social, estilo estructurado, cohesión familiar y recursos sociales.
	Child and Youth resilience measure Ungar y Leibenger. 2009	Edad 12-13 años. Sirve para explorar los recursos (individual, relacional, comunitario y cultural). Compuesto por 58 ítems.
ADOLESCENTES ADULTOS	Resilience Scale (RS-25) Wagnild y Young 1993	Consta de 25 ítems. Evalúa el grado de resiliencia individual a través de 2 dimensiones: componente personal y aceptación de uno mismo y de la vida. 5 componentes: ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, satisfacción personal y soledad existencial.
	The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC y CD-RISC2) Connor y Davidson 2003	Contempla 5 factores: 1. Competencia personal; 2. Confianza en la intuición, tolerancia a los afectos negativos y fortaleza frente al estrés; 3. Aceptación positiva de los cambios y relaciones seguras; 4. Control; 5. Espiritualidad. 25 ítems.

Fuente: Rubio MJ. 2016²⁸⁵.

3.10. INVESTIGACIONES SOBRE LA IMPLICACIÓN DE LA RESILIENCIA EN EL CAMPO DE LA SALUD

Las investigaciones llevadas a cabo en el campo de la resiliencia han significado un cambio radical en las teorías de desarrollo humano, en la manera de concebir el impacto del dolor y el sufrimiento del ser humano sobre su desarrollo, de una visión fatalista se ha pasado a una visión más optimista.

Dichas investigaciones han cambiado la percepción que se tenía del ser humano, habiendo pasado de un modelo centrado en el riesgo, a un modelo de prevención centrado en las potencialidades y en los recursos que la persona posee y en la relación con su entorno³¹⁹.

Este modelo defiende que las personas, ante la presencia de determinados sucesos, podemos ser vulnerables, debido al potencial daño que pueden originarnos. Por su parte, para poder hacer frente a este tipo de eventos, somos portadores de un recurso, definido como resiliencia, que nos sirve para disminuir los posibles efectos dañinos de esos sucesos y en ocasiones, lograr convertirlos en factores de protección, llegando a convertir las amenazas en oportunidades³¹⁹.

La resiliencia es un fenómeno que suele hacer acto de presencia entre individuos que hacen frente a situaciones de adversidad, que surgen de funciones y procesos adaptativos del ser humano⁴⁰¹.

Al comienzo del desarrollo de las investigaciones en este campo, los resultados mostraron que los pacientes con enfermedades graves que presentaban características como amabilidad, capacidad de cooperación, menor expresión de emociones negativas, optimismo y menor hostilidad entre otras, eran más propensos a aumentar su esperanza de vida. En la literatura se denominó a estos pacientes como emocionalmente expresivos⁴⁰².

En los últimos años se han desarrollado estudios sobre la influencia favorable de la resiliencia en la recuperación de diversas enfermedades crónicas, cabiendo citar, entre otras, las relacionadas con dolor crónico⁴⁰³⁻⁴⁰⁵, VIH/Sida^{406,407}, esclerosis múltiple⁴⁰⁸, artritis reumatoide^{409,410}, fatiga en pacientes con cáncer sometidos a radioterapia⁴¹¹, insuficiencia renal crónica⁴¹². Más recientemente Stewart y Yuen⁴¹³ y Trivedi, et al.⁴¹⁴ han llevado a cabo revisiones sistemáticas de la literatura existente, sobre la correlación positiva entre la resiliencia y efectos positivos en la salud de enfermos crónicos, señalando la presencia de un

importante incremento, de estos estudios, en los últimos años, fundamentalmente en países anglosajones.

Autores como Fredrickson, et al.⁴¹⁵, quienes han estudiado el vínculo entre emociones positivas y resiliencia, afirman que la experimentación de emociones positivas genera un aumento del nivel de resiliencia, la cual pronostica, al mismo tiempo, un mayor bienestar y crecimiento psicológicos, de tal modo que se forma un ciclo que se va retroalimentando.

Al mismo tiempo, en el campo de la enfermedad oncológica, los estudios realizados sobre pensamientos generadores de ansiedad⁴¹⁶, sobre la disminución de la esperanza en la recuperación⁴¹⁷ y los realizados sobre la utilización de estilos de aceptación de la enfermedad basados en el pesimismo²⁷² mostraron que dichas variables conllevan una peor esperanza de vida del paciente oncológico y pueden incluso acelerar el proceso patológico. El pesimismo, más concretamente, es una variable potencialmente moduladora de evoluciones negativas de las enfermedades oncológicas.

Por otra parte, los estudios llevados a cabo por Greer, et al.⁴¹⁷, en mujeres con cáncer de mama, evidenciaron que la supresión de la ira se relacionaba directamente con una reducción en la sintomatología asociada a la enfermedad.

Al mismo tiempo, los estudios realizados por Kivimaki, et al.⁴¹⁸, en personas que habían sufrido algún evento significativo de enfermedad o muerte en sus familias, siendo medidos sus niveles de optimismo y pesimismo, evidenciaron que el optimismo reduce el riesgo de problemas de salud y está vinculado con una más rápida recuperación después de un evento crítico.

Autores como Keltner y Walter⁴¹⁹, destacan que el gozar de buena salud no siempre es sinónimo de ser resiliente, sino que el problema de salud es el que desencadena el desarrollo de la resiliencia.

Los resultados observados en la revisión bibliográfica llevada a cabo en este estudio indican que la resiliencia y el afrontamiento pueden influir positivamente en la recuperación de enfermedades graves. Todo indica que la responsabilidad ante cualquier enfermedad y en el caso de nuestro estudio, la enfermedad oncológica, va desde el médico hasta el paciente, atravesando por la familia, la enfermería y el resto de profesionales implicados en el tratamiento del paciente.

Es importante destacar que el fenómeno de la resiliencia ha sido considerado en un principio como una característica de personas excepcionales, sin embargo, a través de las distintas investigaciones realizadas en este campo, ha quedado demostrado que no se nace resiliente ni se adquiere de forma natural, sino que depende de la interacción de la persona y su entorno.

3.11. LA COMUNICACIÓN Y LA ESPERANZA: ¿FACILIDAD O DIFICULTAD PARA LA DIMENSIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD?

3.11.1. Dificultades en la comunicación profesional sanitario-paciente en relación a la espiritualidad

Como hemos visto, la espiritualidad se constituye en un recurso que los pacientes oncológicos disponen, al igual que el resto de personas, sanas o enfermas, para afrontar de forma saludable una enfermedad de estas características. La espiritualidad no constituye una forma de negar o evitar la enfermedad y todo lo que ella conlleva. Del mismo modo, diversas investigaciones han destacado que un alto porcentaje de pacientes oncológicos desearían que sus médicos trataran con ellos temas relacionados con su espiritualidad^{64,220,420,421}, pero debido a la falta de tiempo y/o preparación de los profesionales sanitarios, no es posible el que se pueda dar tal clase de comunicación entre ambas partes⁴²²⁻⁴²⁴.

¿Por qué enfermería no logra dar un cuidado espiritual? Quintero⁴²⁵, establece los siguientes supuestos:

- La creencia de que los asuntos espirituales no son competencia de la profesión.
- La persona se siente incómoda compartiendo con la enfermera sus necesidades espirituales.
- La formación científica y tecnológica de la enfermera no da espacios para lo espiritual.
- En el cuidado de enfermería no hay tiempo para abordar estas dimensiones.

Como vemos, la dimensión espiritual no es considerada o es pasada por alto en determinadas situaciones y por gran parte de los profesionales sanitarios,

siendo delegadas las necesidades espirituales del paciente en los sacerdotes de cada hospital. De igual modo, el cuidado espiritual, generalmente, no es integrado en los planes de cuidados de enfermería, por la falta de énfasis y capacitación, de los profesionales sanitarios⁴²⁶.

Esto es debido, en gran medida, al hecho de que a los profesionales de la salud no se les enseña ni teórica ni prácticamente, en los centros académicos, un acercamiento humanista, en el que se muestre la importancia de todas las dimensiones del ser humano, a la hora de realizar un correcto cuidado de su salud, de ahí que muchos de ellos tengan miedo al contacto físico y emocional y no sepan abordar temas como el del sufrimiento y la muerte, derivando todo ello una deficiente asistencia sanitaria.

Un estudio realizado por Bayés, et al.⁴²⁴, concluye que los profesionales sanitarios suelen mostrar una baja concienciación a la hora de intentar detectar las preocupaciones espirituales de sus pacientes, derivando en una gran incapacidad para atenderles adecuadamente, al mismo tiempo que presentando cierta dificultad para abordar o discutir dichos temas en las sesiones clínicas de los equipos.

Todo esto repercute no sólo en los pacientes, sino también en los mismos profesionales de la salud, dado que la impotencia, la falta de tiempo para atender adecuadamente a las personas, la incapacidad para abordar determinados temas relacionados con la trascendencia humana, el agotamiento y el estrés físico y emocional al que están sometidos, la falta de espacios de formación, supervisión y reciclaje de los profesionales, donde también pudieran expresarse emocionalmente y dar cauce a las repercusiones que tienen sobre su propia estabilidad emocional, los problemas de la gente con la que interactúan, acaba derivando negativamente en la salud de pacientes y profesionales sanitarios.

Dicho esto, debemos pensar que un enfermo de cáncer en el cual no se valora adecuadamente su ámbito espiritual, su sufrimiento, su concepción vital del mundo, así como el significado que da a su situación, es un enfermo mal atendido, a pesar de que le proporcionemos los mejores y más modernos medios diagnósticos y terapéuticos.

A pesar de que los avances científicos y tecnológicos, en materia de salud, han ido incrementándose, de manera importante, llegando a conseguir

tratamientos cada vez más eficaces, en la lucha contra la enfermedad, la atención espiritual, es un cuidado que no se ve, no se resuelve o es subutilizado y descuidado como elemento primordial de todo paciente.

La importancia de cuidar la espiritualidad del paciente viene, además, recogida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10-XII-1948 (Arts. 18 y 19) y lo mismo contempla la Constitución Española (Art. 15).

Por otra parte, la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente⁴²⁷, señala que el paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión. Si bien la medicina tradicionalmente ofrece muchos medios para una muerte más aliviada en cuanto a la realidad física o biológica del hombre, es decir sin la presencia de sufrimiento físico (dolor, disnea, desorientación, etc.), no plantea tratamiento alguno para aliviar los sufrimientos del alma. La atención espiritual es un derecho del paciente que concierne no sólo a los sacerdotes, sino también a los profesionales de la salud. Dentro de esta asistencia espiritual debe estar la de contar siempre con alguna esperanza, cualquiera que ésta sea o si ésta cambia durante la evolución del tratamiento.

3.11.2. La esperanza como motivación para el paciente oncológico

Numerosos son los estudios que subrayan la correlación positiva entre espiritualidad y salud, así como la generación de mecanismos de afrontamiento a la enfermedad^{149,428-430}. Los investigadores concluyen que altos niveles de creencias acerca de la ayuda en el control de la enfermedad por Dios, estaban relacionados con altos niveles de autoestima, por lo que se piensa que las prácticas y las creencias religiosas capacitan a la persona a tener esperanzas.

En su encíclica *SpeSalvi*, Benedicto XVI dice que “Quien tiene esperanza vive de otra manera; se le ha dado una vida nueva”. La esperanza entonces se vuelve algo activo, debe motivarnos a tener una diferencia con la vida que llevamos hasta ese momento. En el caso concreto de la persona próxima a la muerte, también tendría que existir diferencia entre quien afronta la enfermedad terminal con esperanza que aquel que lo hace solamente tratando de sobrellevar físicamente los dolores y sufrimientos. En la misma encíclica Benedicto XVI señala al sufrimiento como lugar de aprendizaje de la esperanza⁴³¹.

La esperanza ayuda a tender hacia valores y significados que están fuera y por encima del ser humano, hacia la trascendencia. Es una esperanza crucificada, equiparable a la del cristianismo. Ésta crea un estilo de vida que el apóstol San Pablo describe de la siguiente manera:

«Nos aprietan por todos lados, pero no nos aplastan; estamos apurados, pero no desesperados, acosados, pero no abandonados; nos derriban, pero no nos rematan; llevamos siempre en nuestros cuerpos por todas partes el morir de Jesús, para que también la vida de Jesús se transparente en nuestro cuerpo»⁴³².

Para el paciente oncológico, el tener la esperanza de curarse puede ser la motivación principal para adoptar una posición activa ante los tratamientos propuestos por sus médicos. Adoptando un rol más activo al buscar información relacionada con su enfermedad, participar en la toma de decisiones, incluyendo la de cambiar de médico por tener mejores posibilidades, etc. Por el contrario, para el médico, el paciente sin esperanza llega a ser un problema difícil de tratar, dado que presenta más problemas a la hora de adoptar la decisión sobre el tratamiento a seguir. No sólo se trata de la dificultad que entraña el combatir una enfermedad tan estigmatizada culturalmente y con tantos problemas asociados, sino que quien la sufre directamente, en caso de dudar de la posible curación, existe una alta probabilidad de que desatienda los consejos de su oncólogo.

3.12. ENFERMERÍA ANTE LA NECESIDAD DE CUIDADO ESPIRITUAL

Históricamente el cuidado nace con el primer hombre, remontándose al inicio de las civilizaciones con las primeras acciones de protección y supervivencia. Desde su origen, la enfermería ha rodeado su quehacer desde la perspectiva de un cuidado maternal, intuitivo y amoroso. Cuidar es también una forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer. El cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades y crisis propias de la vida⁴³³.

Cuidar es un arte y una ciencia, es una forma de amor y expresión de sentimientos dedicados a los demás. El cuidado fomenta, en el paciente, un crecimiento que le ayuda a realizarse, así como hacer frente a las diversas dificultades y crisis que se presentan durante el ciclo vital. Este cuidado, exige de

unos grandes conocimientos, actitudes y comportamientos, para realizar las diversas tareas. Las actitudes realizan un papel fundamental en la conducta social, con sus elementos afectivos y cognitivos, es decir, abarcan sentimientos y emociones. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no necesitan más acción que la de expresar un sentimiento. Otras, por el contrario, poseen una mayor grado intelectual⁴³⁴.

A la hora de cuidar, es imprescindible, empatizar con el paciente, colocándose en el lugar del otro, para conseguir descubrir sus sentimientos y emociones. En este sentido, el amor es necesario para ofrecer un cuidado de calidad, para poder realizar este acto con generosidad, humildad, paciencia y delicadeza.

El acto de cuidar es posibilitado por el sentimiento de vulnerabilidad que hace acto de presencia durante todo el proceso de enfermedad, incapacidad, sufrimiento, e incluso, tras la curación. La vulnerabilidad se origina en cualquier dimensión; bien física, por el dolor e incapacidad generado por la enfermedad; bien psicológica, dada la fragilidad de la mente; bien social, dada la susceptibilidad a las tensiones e injusticias de tipo social; al igual que a nivel espiritual, dada la instrumentalización sectorial de que puede ser objeto lo más profundo del paciente⁴³⁵.

El cuidado se encuentra en medio de la interacción de la cultura, creencias, valores y actitudes heredados de sus antepasados, de una historia personal y única, a la vez que, envueltos de símbolos. Dicho cuidado se hace posible cuando confluyen y se encuentran las personas que participan en dicha relación.

Dentro de esta relación, cabe destacar, que los profesionales de enfermería han de basar sus cuidados en la persona, atendiéndola como un ser holístico y no como un conjunto de partes o procesos patológicos, llevando a cabo un cuidado integral y reconociendo a la persona, como un ser único, dotado de características propias y particulares y cuyas dimensiones son susceptibles de padecer o sufrir el paso de la enfermedad, valorando la importancia de cada dimensión a la hora de llevar a cabo el correspondiente cuidado⁴²⁵.

La relación entre la enfermera y el paciente conlleva una intención, con el objetivo fundamental de alcanzar el restablecimiento o conservación de la salud. La comunicación, en esta relación, cumple un papel primordial, al permitir llegar

al paciente mediante una interacción, marcada por la empatía, siendo ésta la condición básica en dicha relación, al proporcionar la facultad para mirar y descubrir al paciente, sumergiéndose en su mundo emocional, participando de su experiencia, pero sin llegar a hundirse en él.

Como sabemos, los seres humanos estamos compuestos por “un cuerpo, alma y espíritu” (1ra Tesalonicenses), a pesar de ello nuestra cultura separa cuerpo y alma, como si fueran elementos contrapuestos, elementos excluyentes, dejando de lado que el ser humano es un ente multidimensional, una unidad dinámica del ser y el hacer.⁴³⁶

Los cuidados ofrecidos a nivel asistencial, deben ser dirigidos hacia la complementación de las necesidades del paciente, ya sea en el momento de la salud o de la enfermedad. “Enfermería debe aplicar diferentes disciplinas en el cuidado, visualizando al individuo como un ser integral, biológico, psicológico, social y espiritual, o lo que es lo mismo como un ser holístico”⁴³⁴.

Los profesionales de enfermería deben valorar en el paciente su necesidad espiritual, entendiéndola como “la necesidad que siente la persona de mantener, fortalecer o recuperar sus creencias y fe, al mismo tiempo que de encontrar respuestas al sentido y finalidad de la vida”. Muchas veces a través de actos religiosos, ritos, liturgias, plegarias y el acto del perdón. Dado que la espiritualidad es una forma de relación con lo trascendente, enfermería no debe de estar ajeno a ello, al atender a las personas desde una dimensión integral, a la luz del paradigma holístico⁴³⁷.

Lo importante de complacer las necesidades espirituales de las personas enfermas, no está puesta en duda, sin embargo, es necesario clarificar “cómo llevar a cabo esta función, siendo fundamental la necesidad de mejorar la identificación de los roles que en este sentido desempeña cada profesional sanitario”, dado que no existe todavía un acuerdo que dilucide los sanitarios que tienen que encargarse de las necesidades espirituales del paciente, así como la manera de llevarlo a cabo⁴³⁸.

Dado que el ser humano, es fundamentalmente un ser afectivo y espiritual, un ser trascendental, enfermería debe partir desde la perspectiva de la integralidad del ser, creando vínculos en cada una de sus acciones de cuidado, si pretende brindar un cuidado holístico⁴³⁹.

“El bienestar espiritual es la afirmación de una vida en relación con Dios, consigo mismo y con el resto de seres humanos. Es la posibilidad de encontrar un significado y un propósito a la vida. Se caracteriza por una armonía interna y sentimientos de satisfacción”. Para ello, el cuidado espiritual es una oportunidad para los profesionales de enfermería, cuyo objetivo es el de acompañar, orientar, aliviar el sufrimiento y la desesperanza, la frustración, brindando seguridad y todo lo que a nivel emocional y espiritual, los pacientes puedan manifestar derivado de su estado de salud⁴³³.

Diversas han sido las enfermeras que han desarrollado teorías, a lo largo de los años, en las cuales han descrito la importancia de atender la dimensión espiritual del paciente a la hora de realizar un correcto plan de cuidados.

A partir de la década de los años setenta, se incrementa una gran preocupación de los profesionales de enfermería por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado. Para Leininger⁴⁴⁰, “cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, sus creencias y convicciones. Leininger, fue la primera enfermera que divisó desde la antropología, la universalidad y diversidad del cuidado, incentiva a muchos investigadores a distinguir, desde la variedad cultural, lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud”.

Por su parte, Virginia Henderson, quien desarrolló un modelo de enfermería fundamentado en que “el individuo, sano o enfermo, es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y en el que el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible”⁴⁴¹.

La necesidad fundamental, uno de los principales pilares del modelo de Virginia Henderson, es todo lo que resulta esencial a la persona para poder vivir o mantener su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacer para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, y nunca como carencias⁴⁴¹.

Dentro de las 14 necesidades fundamentales y en relación con el tema tratado en la presente investigación, cabe destacar la necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

Dicha necesidad pretende que sean atendidos los valores y las creencias (religiosas y/o espirituales) que sirven a la persona para tomar sus decisiones.

Esta necesidad es importante porque destaca que todas las personas necesitan unos ideales y creencias para que puedan desarrollarse como lo que son. Al mismo tiempo, tiene una gran relación con la parte emocional de la persona y el sentido de pertenecer a una comunidad.

Según Ramos, et al.⁴⁴², “existen necesidades que aparentemente no son necesidades de primer orden, posiblemente por carecer de una vinculación con necesidades físicas para el mantenimiento de la vida, sin embargo ayudan a que la persona mantenga una interrelación con su entorno, un equilibrio y un estado óptimo de salud”.

Por tanto, entendemos que la importancia de la necesidad de acometer estilos de vida saludables en función de determinados valores y creencias, es más una necesidad psicológica o espiritual que fisiológica. Dicha necesidad tiene que ser realizada por los profesionales de enfermería, respetando esos valores y creencias, al igual que atendiendo a que esta necesidad es más importante ante situaciones traumáticas, como puede ser la enfermedad y la muerte, pudiendo ser la base para ayudar a los pacientes a realizar un afrontamiento y adaptación a su situación en la actualidad y en el futuro.

Dado que es una necesidad que evalúa características íntimas y profundas del paciente, es recomendable que dicha evaluación sea realizada una vez que se establezca un determinado nivel de conexión interpersonal.

Dentro de los datos más relevantes que deben valorarse pueden citarse los siguientes⁴⁴¹:

- “Percepción actual de su situación de salud y bienestar”.
- “Planes de futuro de la persona”.
- “Facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores”.
- “Recursos que utiliza para mantener la salud”.
- “Existencia de algún valor o creencia que sea compartido a nivel familiar por todos sus integrantes”.
- “Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias,...”.

- “Actitud ante la muerte”.
- “Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad”.

Al mismo tiempo, dentro de los diagnósticos de enfermería relacionados con esta necesidad podemos destacar, entre otros⁴⁴¹:

- **Disposición para aumentar el bienestar espiritual (00068).**

Los resultados que se pretenden obtener con este diagnóstico son⁴⁴¹:

- **“Bienestar personal (2002).** Alcance de la percepción positiva del estado de salud propio”.
- **“Calidad de vida (2000).** Alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida”.
- **“Salud espiritual (2001).** Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trasciende y se apodera del yo”.

De tal modo que las intervenciones a realizar para conseguir obtener dichos resultados serían las siguientes⁴⁴¹:

- **“Apoyo en la toma de decisiones (5250).** Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios”.
- **“Aumentar el afrontamiento (5230).** Ayudar a la persona a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana”.
- **“Potenciación de la conciencia de sí mismo (5290).** Ayudar a la persona a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas”.
- **“Apoyo espiritual (5420).** Ayuda a la persona a conseguir el equilibrio a través de sus creencias”.
- **“Facilitar el crecimiento espiritual (5426).** Facilitar el crecimiento de la capacidad de la persona para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida”.

A través de estas intervenciones el profesional de enfermería puede conseguir restablecer una de las necesidades más importantes para el paciente como es la del bienestar espiritual.

Dentro del resto de modelos en los cuales se le da importancia a la espiritualidad, cabría citar el desarrollado por Jean Watson⁴⁴³, para quien “el ser trasciende en la naturaleza. La dimensión espiritual hace referencia a la esencia, al yo interior y a la trascendencia del ser. El bienestar espiritual es la afirmación de la vida en relación con Dios, consigo mismo, y con los otros. Es la posibilidad de encontrar un significado y un propósito a la vida, caracterizándose por una armonía interna y sentimientos de satisfacción”.

Callista Roy, en su teoría de la adaptación, “identifica claramente la dimensión espiritual de la persona como parte del yo personal, uno de los elementos que conforman el autoconcepto. Para ella, la salud es un estado y un proceso de ser y llegar a ser”⁴⁴⁴.

Por su parte, Pamela Reed, nos habla de la autotrascendencia de los pacientes y de la necesidad de que enfermería trate la parte espiritual de estos, fundamentalmente en los momentos de mayor vulnerabilidad como en los casos de proximidad a la muerte⁴⁴⁵.

En este sentido, las acciones de enfermería dirigidas a promover las conductas y los puntos de vista basados en la autorreflexión, el altruismo, la esperanza y la fe en las personas vulnerables están asociadas con una mayor sensación de bienestar.

Al mismo tiempo, NANDA International²⁹⁶ dispone de un catálogo de diagnósticos enfermeros, para identificar el estado de salud del paciente y los problemas relativos al cuidado de su salud, entre los que podríamos citar, dentro del dominio número 10, de principios vitales, los siguientes (Tabla 3):

- **“Sufrimiento espiritual (00066).** Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo”.
- **“Riesgo de sufrimiento espiritual (00067).** Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas,

el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo”.

- **“Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068).** Capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que puede ser reforzada”.
- **“Incumplimiento (00079).** Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia o comunidad) y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces”.
- **“Conflicto de decisiones (00083).** Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores y creencias personales”.
- **“Deterioro de la religiosidad (00169).** Deterioro de la capacidad para confiar en las creencias o participar en los rituales de una tradición religiosa en particular”.
- **“Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170).** Riesgo de deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular”.
- **“Disposición para mejorar la religiosidad (00171).** Capacidad para aumentar la confianza en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular”.
- **“Sufrimiento moral (00175).** Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/ morales elegidas”.
- **“Disposición para mejorar la esperanza (00185).** Patrón de expectativas y deseos que es suficiente para movilizar energía en beneficio propio y que puede ser reforzado”.

Tabla 3. Diagnósticos enfermeros relativos al cuidado espiritual del paciente.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
Sufrimiento espiritual	00066	“Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo”.
Riesgo de sufrimiento espiritual	00067	“Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo”.
Disposición para mejorar el bienestar espiritual	00068	“Capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo”.

Fuente: Taxonomía NANDA 2009-2011. 2010²⁹⁶.

Tabla 3. Diagnósticos enfermeros relativos al cuidado espiritual del paciente.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
Incumplimiento	00079	“Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico acordado entre la persona (o la familia o comunidad) y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces”.
Conflicto de decisiones	00083	“Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores y creencias personales”.
Deterioro de la religiosidad	00169	“Deterioro de la capacidad para confiar en las creencias o participar en los rituales de una tradición religiosa en particular”.
Riesgo de deterioro de la religiosidad	00170	“Riesgo de deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular”.

Fuente: Taxonomía NANDA 2009-2011, 2010²⁹⁶.

Tabla 3. Diagnósticos enfermeros relativos al cuidado espiritual del paciente.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
Disposición para mejorar la religiosidad	00171	“Capacidad para aumentar la confianza en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular”.
Sufrimiento moral	00175	“Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/ morales elegidas”.
Disposición para mejorar la esperanza	00185	“Patrón de expectativas y deseos que es suficiente para movilizar energía en beneficio propio y que puede ser reforzado”.

Fuente: Taxonomía NANDA 2009-2011. 2010²⁹⁶.

Como se observa, existen bases teóricas suficientes que valoran la necesidad de incluir dentro del plan de cuidados de enfermería la dimensión espiritual, para atender de manera holística a los pacientes y no dejar desatendida un área tan importante dentro del ser humano, máxime cuando “hay evidencia de un aumento en el interés de la sociedad en los beneficios de la medicina complementaria, incluyendo el uso de la oración, con la integración de la espiritualidad en una amplia variedad de bases teológicas y culturales”⁴⁴⁶.

A pesar de ello, por desgracia, es muy frecuente, en la práctica diaria, observar que durante la asistencia sanitaria no se pone gran interés en la dimensión espiritual, dejando sin atender esta parte tan importante del ser humano⁴⁴⁷. Es por esta razón que el profesional enfermero debe estar capacitado y concienciado, para satisfacer las necesidades espirituales de las personas enfermas, fundamentalmente durante los momentos de gran dolor, duelo, sufrimiento o proximidad de la muerte.

Las actuaciones que deben ser llevadas a cabo, por los profesionales enfermeros, en la prestación del cuidado espiritual son las siguientes: prestar

atención a los sentimientos del paciente en relación con los procesos de enfermedad y muerte, realizar una práctica empática durante la comunicación con el paciente, crear un ambiente de aceptación y no de crítica, facilitar la expresión de los sentimientos relacionados con el miedo y la preocupación, enseñando al paciente a realizar un eficaz afrontamiento ante los problemas, favorecer la expresión verbal de los sentimientos y percepciones. Todo ello debe ser tratado, en todo momento, con una gran sensibilidad, por parte de enfermería, siendo capaces de transmitir compasión, proporcionando, en todo momento, un cuidado humilde y empleando el tacto, según la situación⁴⁴⁸.

El cuidado espiritual ha de ser ofrecido, con un gran sentimiento de responsabilidad, concienciación y respeto por quien lo necesita. Al mismo tiempo que “debe ser debidamente planificado de acuerdo con las necesidades previamente identificadas durante la fase de valoración, para que el profesional de enfermería integre el conocimiento acumulado y relacionado con la fuente y las terapias disponibles para el cuidado espiritual, logrando desarrollar un plan de cuidados individualizado y de alta calidad”⁴⁴⁸.

3.13. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON LA ESPIRITUALIDAD Y RESILIENCIA

3.13.1. Origen y desarrollo de los sistemas de valoración de la calidad de vida

Actualmente, el paciente oncológico, es sometido, generalmente, al tratamiento médico de la enfermedad, el cual, es enfocado en la quimioterapia, radioterapia y cirugía, aunque existen otro tipo de tratamientos, que con el paso del tiempo han ido surgiendo, como inmunoterapia, hormonoterapia, crioterapia, entre otros. Los efectos adversos de gran parte de este tipo de tratamientos, como el deterioro de la imagen corporal, causado por determinadas cirugías, así como los efectos agresivos provocados por los tratamientos quimioterápicos, unidos a los efectos devastadores de la enfermedad oncológica, hacen necesaria la administración de otros tratamientos adyuvantes.

En determinadas ocasiones, son aplicados “programas de intervención de tipo psicosocial, sin embargo, cuando estos programas son aplicados, la espiritualidad es excluida, a pesar de la extensa literatura que existe,

fundamentalmente a nivel internacional, sobre su efecto positivo para paliar gran parte de los efectos de los tratamientos, incluso para aliviar el sufrimiento que conlleva la enfermedad”^{13,15,74,144,146,214,247,248,449-453}.

Existen diferentes definiciones del término calidad de vida. Aaronson⁴⁵⁴ señala que la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud, entendida como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad” es una base acertada para entender la calidad de vida, y que dentro de la enfermedad oncológica deberían de ser incluidos, tanto los efectos de la enfermedad como la de sus tratamientos. Según Arraras⁴⁵⁵, es posible comprender, que actualmente, existe un consenso sobre los rasgos de la calidad de vida, que son considerados importantes, como la subjetividad, la evaluación, la multidimensionalidad, la temporalidad y su relación con el estado de salud.

Por otra parte, abordando el tema de la evaluación de la calidad de vida, podemos afirmar que dicho concepto no es nuevo, dado que el debate de lo que constituye el bienestar o la felicidad se remonta a tiempos de Platón y Aristóteles. Sin embargo, desde las últimas décadas, el concepto de calidad de vida se ha convertido en el epicentro de atención para su investigación y aplicación en ámbitos tan variados como el de la educación, el de la salud, el de los servicios sociales y el de las familias.

Para tener un conocimiento acertado de la importancia del concepto de calidad de vida, es necesario conocer su significado. Según Schalock y Verdugo⁴⁵⁶, el término

“Calidad nos hace pensar en excelencia o en un criterio de exquisitez, asociado a características humanas y a valores positivos, como la felicidad, el éxito, la riqueza, la salud y la satisfacción”, mientras que “De Vida hace referencia a la esencia misma o a los aspectos primordiales de la existencia del ser humano. El significado dado a este concepto, da a entender por qué está llegando tan hondo a ámbitos como el de la educación, el de la salud, los servicios sociales y las familias, puesto que trata de individuos, políticas y técnicas que modifican las vidas de los sujetos y sus percepciones sobre una vida de calidad.

El concepto de calidad de vida surge de la necesidad de proteger al ser humano, y para conseguirlo pretende establecer cuáles son las óptimas condiciones para su vida, cuidarlo de cuanto pueda provocarle daño, proteger el medio donde vive y se desarrolla, de otros seres humanos y de sí mismo, con la finalidad de asegurar todo por su salud, bienestar y supervivencia⁴⁵⁷.

A pesar de que gran parte de la sociedad, entiende de manera instintiva las connotaciones que conlleva el constructo de calidad de vida, ha presentado excesivas complicaciones, para los especialistas en la salud, tanto del campo social como sanitario, presentar una definición determinada⁴⁵⁸.

La calidad de vida ha sido comprendida por determinados autores, como un significado interno⁴⁵⁹, como una correlación del temperamento o personalidad⁴⁶⁰, como un concepto con cierta sensibilidad para la influencia antropológica, sociológica y psicológica⁴⁶¹, o como el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno⁴⁶².

Font⁴⁶³ entiende por calidad de vida “la valoración que el paciente realiza, a nivel subjetivo, de los distintos aspectos de su vida en relación con su estado de salud. Estos aspectos están en relación con los del funcionamiento físico, psicológico, social y los síntomas de la enfermedad y los correspondientes efectos secundarios de los tratamientos”.

Como definen Croog y Levine⁴⁶⁴, “la calidad de vida es un término en continuo auge para definir la salud, y se extiende mucho más allá del dolor, llegando a las consecuencias personales que la enfermedad provoca, con su carga de angustia y sufrimiento, así como a las consecuencias de los tratamientos”. Se puede resumir, como el equilibrio entre la adaptación a la enfermedad y el dolor crónico, siendo al mismo tiempo, un concepto multidimensional, puesto que comprende aspectos físicos, funcionales, sociales, psicológicos y laborales.

La calidad de vida, por lo tanto, “abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico es determinado por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el descanso, el dolor y demás síntomas. Por su parte, el bienestar social, comprende las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, así como, la apariencia, el entretenimiento, la soledad, el sufrimiento familiar y la situación económica y laboral. El bienestar psicológico se relaciona con el control, la ansiedad y el miedo, la depresión, el conocimiento y

la angustia generada por la enfermedad y sus tratamientos. Por último, el bienestar espiritual comprende tanto el sentido que se le da a la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad, así como la fortaleza interior⁴⁶⁵.

A pesar de que la calidad de vida es un tema de creciente interés, no lo son así los temas que envuelve la misma, puesto que “la preocupación de la persona por alcanzar su bienestar es tan antigua como el propio ser humano”⁴⁶⁶.

Adentrarse en la historia de este constructo, implica reconocer que desde las antiguas civilizaciones, las personas ya se preocupaban por estos temas, originariamente muy vinculadas a incrementar las facultades físicas de los guerreros, preocuparse y ocuparse por la estética personal, aspectos relacionados con criterios dietéticos...⁴⁵⁷.

Durante la época renacentista, “se produce un progreso en el desarrollo cultural, artístico y técnico, así como en la facultad de la persona para instaurar nuevos modelos de organización social, apareciendo modelos idealizados o utópicos para estructurar la sociedad y la vida de las personas”, las cuales se pretendía, que fuesen concebidas con una calidad que asegurase su salud y bienestar⁴⁶⁷.

A principios de 1700, acontece el surgimiento de un movimiento con importantes ideales sociales, en contra de la miseria, las malas condiciones sociolaborales, como principales causantes de enfermedades. De tal modo que higienistas sociales como Virchow y Neuman, destacan la necesidad, para la vida, de cierta “calidad para garantizar la salud. Todo esto hace que a finales del siglo XVIII y durante el XIX, la idea de una vida con calidad fuese adquiriendo una dimensión social y política”, la cual ha continuado desarrollándose hasta nuestra época⁴⁵⁷.

“La Revolución Francesa y sus reclamos, provocaron un salto a los aspectos cualitativos del concepto, los cuales garantizaban y aseguraban condiciones de una vida con calidad, más allá de los reclamos objetivos por condiciones de vida, trabajo e higiene, adquiriendo un grado de mayor complejidad el concepto”⁴⁵⁷.

En la actualidad, como muestra del interés y la necesidad de estudio en el tema, el número de nuevas publicaciones relacionadas con la calidad de vida y el

bienestar, va incrementándose de manera significativa, “si bien la tendencia al crecimiento se observa todavía especialmente en aspectos relacionados con la salud, el enfoque psicosocial, y más aún el psicológico, cobran un incremento necesario, dada la complejidad que encierra esta categoría y la multiplicidad de factores y variables vinculadas a ella”⁴⁶⁷.

En el caso de que el enfermo no tenga intereses religiosos o espirituales, la atención se puede orientar en “cómo éste se relaciona con su enfermedad, qué es lo que le da significado o sentido a su vida, qué ideas tiene que puedan influir sobre su tratamiento y si cuenta o no con personas que lo puedan cuidar en su hogar”⁴⁶⁸. Otra opción, es la pertenencia a comunidades de apoyo que trabajen sobre el sentido de la enfermedad sin necesidad de que dichos temas se enmarquen en torno a problemas de tipo espiritual o religioso.

Diversas investigaciones, llevadas a cabo con enfermos de cáncer, han evidenciado que la terapia grupal puede relacionarse, positivamente, con la supervivencia^{469,470}.

“La evaluación de los tratamientos oncológicos se ha centrado históricamente en medidas de tipo biomédico, como la respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad o la supervivencia. A partir de los años 90 ha aumentado el interés por ir más allá de esos parámetros y evaluar más formalmente el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la Calidad de Vida”⁴⁷¹.

Porzsolt, et al.⁴⁷² apuntan que a pesar de la existencia de otros motivos, la calidad de vida ha conseguido una especial importancia, desde que tras la reunión de los Institutos Nacionales de Cáncer, se propuso que “los recursos económicos fuesen designados en relación a tres variables: la supervivencia, la morbilidad y la calidad de vida. Este interés también ha ido en aumento en otras patologías crónicas, como las cardiovasculares, las infecciosas o las mentales”.

Sin embargo, actualmente, no existe un acuerdo en torno a las diferentes dimensiones que forman la calidad de vida, pero si un determinado acuerdo, en cuanto a qué deberían “incluir las áreas de la salud que se ven afectadas por la enfermedad y sus correspondientes tratamientos, como los síntomas y los efectos secundarios, tanto de la enfermedad como de los tratamientos, el funcionamiento físico entendido como la facultad para desempeñar las diferentes actividades, el

funcionamiento psicológico, en especial el estado de ánimo, y el funcionamiento social, referido a la interacción con los demás miembros de la comunidad”^{473,474}.

En la actualidad, hay un consenso, entre los investigadores de esta área, en que ha de ser el enfermo el que mida su propia calidad de vida^{475,476}, puesto que este constructo “es un fenómeno subjetivo, con lo que el paciente es quien mejor puede medirla. Las percepciones del paciente sobre su enfermedad y su situación, son en general variables, donde los factores psicológicos pueden influir en la valoración de su calidad de vida”⁴⁵⁵.

Un factor de determinada importancia, para realizar la medición de la calidad de vida es el hecho de poseer guías y cuestionarios estandarizados, que posean un gran funcionamiento psicométrico y que sean usados a nivel general.

Por otro lado, “la investigación en oncología se va dirigiendo progresivamente hacia una cooperación internacional más cercana, que permita un intercambio rápido de información, minimizando esfuerzos y acelerando la inclusión de pacientes en ensayos clínicos”⁴⁷¹. Debido a esto, es fundamental el trabajar con cuestionarios que midan la calidad de vida y que hayan sido validados para su utilización en investigaciones a nivel transcultural, destacando que en su desarrollo, hayan sido tenidos en cuenta las características de las distintas naciones.

El análisis de la calidad de vida en los enfermos de cáncer tuvo su origen en centros que investigaban la presencia de diversos tipos de cáncer. En la actualidad, estas investigaciones son llevadas a cabo en distintas áreas, como la práctica terapéutica, el análisis de tratamientos o aquellos de tipo económico. En todos esos campos, “la calidad de vida es reconocida como una de las variables más importantes de los estudios y es, en países como Canadá, obligatoria cuando se llevan a cabo ensayos clínicos. El objetivo principal de llevar a cabo la valoración de la calidad de vida en el cáncer es la de poder contribuir a ofrecer las intervenciones que mejores resultados conlleven para los pacientes”⁴⁵⁵.

Gran parte de los investigadores en esta área conciben la calidad de vida “como una estructura multidimensional, que estaría constituida por una serie de dimensiones o factores, los cuales incluyen, fundamentalmente”⁴⁷⁷ (Tabla 4):

Tabla 4. Factores que influyen en la calidad de vida.

Estado y funcionamiento a nivel físico	“Estado funcional, morbilidad, actividad física, etc”.
Enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento	“Síntomas específicos de la enfermedad o efectos secundarios de la terapia, tales como náuseas, vómitos, etc”.
Funcionamiento psicológico	“Ansiedad o depresión que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento”.
Funcionamiento social	“Alteraciones en la actividad social normal”.

Fuente: Ferriols R, Ferriols F, Alós M, Magraner J. 1995⁴⁵⁸.

A este grupo de factores se les suele adjuntar otros como son los relacionados a la “dimensión espiritual o existencial, a la actividad sexual e imagen corporal, así como a los que hacen referencia a la satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos”⁴⁷⁷.

A pesar de ello, las definiciones existentes de la calidad de vida, evidencian la dificultad para medir y evaluar este constructo. El problema para cuantificar la calidad de vida está en la inexistencia de un instrumento único y general, que posea la capacidad de englobar todos los factores que definen este término ⁴⁷⁷.

Uno de los primeros intentos por conseguir encontrar un instrumento que midiese, globalmente, este constructo, fue el llevado a cabo por Breslow⁴⁷⁸, tras estudiar el estado de salud y bienestar, en una población californiana. Para llevar a cabo su estudio, siguieron como guía, la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, sobre el concepto de salud, midiendo factores físicos, emocionales y sociales del bienestar. A pesar de ello, el estudio estuvo falto de una valoración del grado de satisfacción del paciente, dado que es un aspecto que lleva implícito el término calidad de vida⁴⁷⁷.

Tras este estudio, surgieron diferentes instrumentos que valoraban la calidad de vida, pudiendo destacar, entre otros, el índice funcional de Karnofsky, empleado con el objetivo de valorar la calidad de vida de pacientes oncológicos. Dicho instrumento, está compuesto por una “escala ordinal elaborada por

médicos con el propósito principal, de conseguir información para realizar un diagnóstico, confeccionar un tratamiento y valorar una respuesta clínica". Pero, el hándicap de la escala de Karnofsky es que suele tender a estar incompleta, debido a su falta de exactitud y reproductibilidad, lo que le confiere ser un instrumento carente de fiabilidad y validez⁴⁷⁹.

Posteriormente, Spitzer, et al.⁴⁸⁰ elaboraron un instrumento específico para realizar una evaluación de la calidad de vida de enfermos oncológicos. Dicho instrumento estaba conformado por un test que evaluaba de forma general la calidad de vida, formada por distintos componentes que examinan los aspectos físicos y emocionales que componen el constructo de calidad de vida. Dicha "escala está compuesta por 15 puntos, siendo mucho más atractiva que la de Karnofsky, dada la sencillez y facilidad con la que puede ser cumplimentada por el investigador"⁴⁶⁹.

Gelber, et al.⁴⁸¹, elaboraron el índice conocido como TWIST empleándolo en mujeres con cáncer de mama tratadas mediante terapia adyuvante. Este instrumento compagina, en una única guía, "el efecto antitumoral, la toxicidad y la calidad de vida". Sus siglas hacen referencia al tiempo en el que no hay presencia de síntomas propios de la enfermedad, ni efectos tóxicos del tratamiento, a nivel subjetivo. Es expresado en "unidades de tiempo, siendo puntuados los efectos secundarios, como tiempo restado al período de supervivencia".

Desde hace años, existe una amplia gama de instrumentos de medición de la calidad de vida en enfermos de cáncer. Este conjunto de cuestionarios pueden ser clasificados en dos grupos⁴⁷⁷ (Tabla 5):

- **"Generales y, por tanto, aplicables a cualquier tipo de enfermedad oncológica"**. Entre estos encontramos algunos de los siguientes:
 - "Cuestionario de Spitzer: mencionado anteriormente, consta de cinco apartados que suele cumplimentar el propio médico. Es muy sencillo pero poco sensible, las cuestiones son muy generales o incluyen varios aspectos a la vez".
 - "Functional Living Index Cancer (FLIC): formado por escalas visuales. Fue empleado por Shag, et al.⁴⁸², siendo incapaz de

conseguir resultados fiables, debido a la pérdida de datos. Es de amplia difusión y utilización en Estados Unidos”.

- “Cuestionario de la Organización Europea para la Investigación en el Tratamiento del Cáncer (EORTC): compuesto por 30 preguntas referidas a factores físicos, emocionales, sociales y de valoración global de la calidad de vida. Es el más utilizado en Europa”.
- **“Específicos, diseñados para un determinado tipo de cáncer.** Entre los que cabe destacar el cuestionario de Kaasa⁴⁸³ y la tarjeta de evaluación diaria, ambos específicos para evaluar la calidad de vida en los pacientes con cáncer de pulmón”.

Tabla 5. Cuestionarios de medida de calidad de vida en pacientes oncológicos.

CUESTIONARIOS CALIDAD DE VIDA		
GENERALES	Cuestionario de Spitzer	5 apartados a cumplimentar
	Functional Living Index Cancer (FLIC).	Formado por escalas visuales
	Cuestionario de la EORTC	Compuesto de 30 preguntas
ESPECÍFICOS	Cuestionario de kaasa (para cáncer de pulmón)	Compuesto de 9 preguntas
	Tarjeta de evaluación diaria (para cáncer de pulmón)	Compuesto de 8 preguntas

Fuente: Ferriols R, Ferriols F, Alós M, Magraner J. 1995⁴⁵⁸.

Resulta interesante, que el instrumento empleado para realizar la medición, comprenda todos los campos de la vida que se vean impactados por la enfermedad oncológica o el correspondiente tratamiento médico, como pueden ser la dimensión física, psicológica, social y espiritual.

Además, hay que destacar que dicho análisis tiene aplicaciones a diversas escalas, como pueden ser⁴⁵⁵:

- “En general, colaborar para ofrecer una intervención global mejor sobre el paciente y mejorar su calidad de vida”.
- “Evaluar el funcionamiento de los pacientes en las diferentes áreas de la calidad de vida”.
- “Conocer el estado subjetivo de los pacientes en relación a su enfermedad”.
- “Como predicción de la evolución de la enfermedad, ya que las puntuaciones previas pueden darnos una idea de esta evolución”.
- “Para realizar una detección precoz de los problemas”.
- “En la práctica clínica diaria, como un factor más a tener en cuenta en la elección del tipo de tratamiento a aplicar”.
- “Una variable en ensayos clínicos en los que se estudian tratamientos”.
- “Como una variable a tener en cuenta en decisiones de política sanitaria”.

3.14. JUSTIFICACIÓN

La revisión bibliográfica, llevada a cabo en este estudio, ha permitido entrever que las creencias y prácticas espirituales pueden estar correlacionadas positivamente con la salud espiritual, al mismo tiempo que con el área física, del ser humano. Este hecho, ha derivado en que la comunidad científica, haya destacado la importancia de las emociones, pensamientos, sentimientos, creencias, prácticas espirituales..., en la adaptación y recuperación del bienestar, siendo un factor primordial en el momento de tener que afrontar situaciones de adversidad.

En el ámbito sanitario es fácil apreciar que los progresos de la ciencia y de la técnica han llevado, a los profesionales sanitarios, a fiarse en exceso de los recursos científicos y tecnológicos, corriendo el riesgo de dejar de lado, la acción de escuchar la voz de las heridas de sus pacientes.

De una manera u otra “el profesional sanitario debe retomar y reconducir todos los factores de la persona en su totalidad, con el principal objetivo de

brindar, al paciente, una atención integral, valorando y tratando las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales”¹⁶.

Es imprescindible que las guías de cuidados espirituales, creadas por los grupos de trabajo en cuidados paliativos, sean llevadas a la práctica en todas las áreas del servicio que presta atención sanitaria, al mismo tiempo que continuar investigando con el objetivo principal de ampliar y fomentar los conocimientos en este tipo de prácticas.

Debido a que la espiritualidad influye tanto en los estilos de vida, como en las prácticas saludables, estando relacionada con una inferior probabilidad de enfermar, adoptando un hábito de afrontamiento, “cuando se pierde la salud, se justifica que su valoración, sea incluida dentro de los programas de cuidados dirigidos a pacientes oncológicos”¹⁵.

Desgraciadamente, a pesar de los efectos positivos que nos muestran los estudios revisados, el sistema sanitario necesita implementar la atención a la persona enferma en un sentido integral. Hacen falta equipos multidisciplinares e interdisciplinares que colaboren y miren el problema con una mirada amplia, aportando diferentes enfoques y perspectivas.

Visto que gran parte de la bibliografía científica revisada defiende la idea de que la dimensión espiritual debe ser integrada con la práctica médica, a la hora de tratar y cuidar al paciente, dado que las necesidades de la dimensión espiritual son inherentes a la persona y a lo largo del desarrollo de la humanidad, el ser humano ha completado con las prácticas y creencias religiosas el vacío espiritual que ha sentido y siente, lo básico que se debe realizar es averiguar y comprender, la importancia, que la persona, presta a sus creencias, para poder prestarle unos cuidados que le reporten bienestar.

Una medicina que pretenda la excelencia en su práctica cotidiana, no puede apartar estos aspectos, debiendo proyectar un tipo de intervención que valore al paciente globalmente, incorporando la idea fundamental del trabajo en equipo a nivel multidisciplinar¹⁵.

La literatura constantemente recomienda la importancia de prestar atención a la espiritualidad de las personas, pero sobre todo que sea integrada en los planes de cuidados, pero a los sanitarios les resulta complicado el poder llevar a cabo este tipo de cuidados. Para que los enfermeros y/o médicos puedan llegar a

prestar un cuidado a la dimensión espiritual del paciente, se hace necesario el ayudar al paciente a reconocer sus propias creencias y valores, proporcionándole unos conocimientos sobre técnicas que potencien sus emociones positivas, de tal modo, que el paciente pueda realizar un mejor ajuste ante el dolor y el sufrimiento.

En este sentido, hay que destacar, que los profesionales de enfermería son parte esencial en proveer ese cuidado espiritual, pero la falta de conocimientos en estrategias de comunicación, la falta de tiempo y el miedo a la hora de tratar determinados temas relacionados con el sufrimiento y la muerte, hacen que este cuidado no le sea brindado al paciente correctamente¹⁵.

Al mismo tiempo, la revisión bibliográfica llevada a cabo, ofrece una clara evidencia de que la resiliencia es un factor clave a la hora de hacer frente a la enfermedad, debido a las repercusiones sobre el bienestar del paciente. En este sentido, el personal de enfermería juega un papel clave, dado que es testigo directo del sufrimiento humano, originado por la enfermedad de cáncer.

Como resumen y tras la revisión de los resultados consultados, la espiritualidad es una dimensión evitada durante los procesos de enfermedad, por parte del profesional sanitario, a pesar de la relación existente entre el bienestar espiritual, las emociones positivas, las prácticas religiosas o espirituales y un mejor estado de salud.

La evidencia destaca la importancia de que los profesionales sanitarios, posean una mejor preparación y concienciación de la espiritualidad, para que puedan prestar, al paciente, un cuidado holístico, que le permita afrontar la enfermedad con un menor sufrimiento, lo cual derivará en un mayor bienestar.

IV

MATERIAL Y MÉTODOS

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

Este capítulo describe el material y métodos empleados en un estudio cuantitativo para analizar la percepción de los pacientes oncológicos ante la enfermedad y su relación con las dimensiones en estudio.

4.1. DISEÑO

Se ha realizado un estudio transversal descriptivo analítico, sobre la relación existente entre las variables espiritualidad, resiliencia y calidad de vida y los factores asociados a las características sociolaborales y de la enfermedad oncológica de los participantes.

4.2. ÁMBITO Y PERIODO DEL ESTUDIO

El ámbito del estudio fue el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Este hospital está compuesto por una planta específica de oncología con 30 camas, además de las destinadas a pacientes oncológicos en plantas de otras especialidades.

El estudio se realizó en el periodo comprendido entre abril de 2014 y febrero de 2017. En los meses previos a la recogida de los datos se contactó con el responsable del área de oncología con la meta principal de presentar los objetivos del estudio y solicitar su colaboración en el mismo, en el sentido de facilitar el acceso a la información, garantizando la confidencialidad de los datos en todo momento del estudio.

4.3. SUJETOS DEL ESTUDIO

La población objeto de estudio o población diana, estuvo constituida por todos los pacientes oncológicos ingresados durante el periodo del estudio, que cumplieron los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes ya diagnosticados de cáncer.
 - Estar ingresados en la planta de oncología o en camas destinadas para pacientes oncológicos en otras especialidades de dicho hospital.
 - Ser mayor de 18 años.
 - Estar consciente y orientado.
 - Estar dispuesto a participar en el estudio, firmando para ello el correspondiente consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
 - Haber sido intervenido quirúrgicamente en el último mes del periodo del estudio (periodo de recogida de la información).
 - Haber sido sometido a cualquier tratamiento de quimioterapia entre dos semanas y el momento de la evaluación.
 - Encontrarse en fase terminal.

Esos criterios fueron empleados para lograr el mejor conocimiento de la percepción del paciente respetando el momento considerado crítico durante el proceso asistencial, además de minimizar el riesgo de incluir en la muestra pacientes con debilidades psicológicas por efecto secundario de la quimioterapia que podría interferir en el momento de exponer sus percepciones, sentidos y significados sobre su enfermedad y las dimensiones en estudio.

Se utilizó el muestreo no probabilístico tipo consecutivo, para intentar incluir una muestra que mejor representase a toda la población, para lograr incluir a todos los sujetos accesibles como parte de la muestra.

4.4. PROCEDIMIENTO

4.4.1. Recogida de información

Una vez que se comprobó que los pacientes cumplían los criterios de inclusión para participar en el estudio, se les propuso su participación voluntaria, tras informales, previamente, de los objetivos, finalidad e implicaciones del mismo, tanto verbalmente como mediante una hoja informativa, haciéndoles conocer la posibilidad de abandonar el estudio.

Una vez informados, los pacientes que decidieron participar en la investigación, tuvieron como requisito obligatorio la firma del documento de Consentimiento Informado (Anexo 1), según establece el DOG Ley 21/2000 de 29 de Diciembre, pasando a continuación a entregarles los correspondientes cuestionarios.

Respecto a las cuestiones éticas, de acuerdo a la Ley 14/2007, los datos fueron tratados con total confidencialidad, de tal modo que fuese prácticamente imposible el asociar a los pacientes oncológicos que participaron en el estudio, con los resultados que fueron obtenidos una vez se completaron los diversos cuestionarios.

4.4.2. Instrumentos de medición

Los instrumentos de evaluación utilizados para la recogida de información estuvieron constituidos por cuatro cuestionarios que fueron entregados en mano a cada uno de los participantes, cuestionarios que pasamos a detallar a continuación.

4.4.2.1. Variables sociodemográficas

Como instrumento de valoración de los datos sociodemográficos hemos utilizado la historia clínica. Para realizar dicha valoración hemos elaborado una planilla "ad hoc" (Anexo 2).

Se recogieron datos de tipo socio-sanitarios. Los datos de índole socio-personal fueron: sexo; edad; estado civil; nivel de estudios y profesión. Por su parte, los datos de índole salud fueron: enfermedad actual; tiempo desde el

diagnóstico; pronóstico; mientras que los antecedentes personales recogidos fueron los relacionados con los hábitos tóxicos (tabaco y alcohol).

Dicha planilla está compuesta por las variables, escalas de medición y correspondientes categorías que se exponen en las tablas 6 y 7:

Tabla 6. Variables relativas a las características o aspectos sociolaborales.

Variable	Escala de medición	Categorías
Edad	Razón
Sexo	Nominal	Hombre/Mujer
Estado Civil	Nominal	Soltero/Casado/Viudo/Divorciado
Nº de hijos	Razón
Grado de estudios	Razón	Sin estudios/ Básicos/ Medios/ Superiores
Profesión	Razón	Paro/ Jubilado/ Estudiante/ Ama de casa/ Sector Primario/ Autónomo/ Empresa privada/ Funcionario

Elaboración propia.

Tabla 7. Variables relativas a las características de la enfermedad oncológica y de los antecedentes personales.

Variable	Escala de medición	Categorías
Enfermedad actual	Razón	Sistema digestivo/ S. hematológico/ Aparato respiratorio/ Ap. locomotor/ Mama/ S. reproductor femenino/ Cerebro-S. nervioso/ Ap. genitourinario/ Cabeza-cuello/ Piel/ Endocrino-neuroendocrino
Tiempo diagnóstico	Razón
Pronóstico	Nominal	Largo plazo curable, corto plazo curable, incurable, incierto
Antecedentes personales		
Tabaco	Nominal	Sí/No
Alcohol	Nominal	Sí/No

Elaboración propia.

4.4.2.2. Test de espiritualidad

El instrumento de evaluación de la espiritualidad empleado en este estudio, fue el elaborado por Nasrin Parsian y Trisha Dunning en 2009⁴⁸⁴. Para dichas investigadoras, la espiritualidad incrementa, diariamente, su reconocimiento como aspecto importante para la salud y el bienestar de las personas con enfermedades crónicas.

Es un instrumento que “se enfoca en el concepto de espiritualidad desde la identidad interior, sentido de la vida y conexión de las personas consigo mismas y con una fuerza superior y con el entorno. Las sub-escalas que componen el instrumento son: autoconciencia, importancia de las creencias espirituales en la vida, prácticas espirituales y necesidades espirituales”⁴⁸⁴. Los ítems que constituirían estas sub-escalas serían las siguientes:

- **Autoconciencia:** (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10).
- **Importancia de las creencias espirituales:** (ítems 11, 12, 13 y 14).
- **Prácticas espirituales:** (ítems 15, 16, 17, 18, 19 y 20).
- **Necesidades espirituales:** (ítems 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29).

En la versión española⁴⁸⁵, “la validez de contenido determinó que todos los ítems eran aceptables, puesto que la razón de validez para cada uno fue mayor a 0,58. Para el cuestionario de espiritualidad, el contenido global del instrumento fue de 0,94. La validez facial evaluada con usuarios reportó 91% de claridad y comprensión. La validez de constructo medida por análisis factorial reportó cuatro factores que explican el 52,6% de la varianza total. La confiabilidad, a través de consistencia interna, corresponde a 0,88. El Alpha de Cronbach promedio de las cuatro escalas fue de 0,87; el test re-test no demostró diferencias según la prueba de Wilcoxon a ocho semanas de diferencia”.

El instrumento final cuenta con 29 ítems y utiliza una escala de Likert de cuatro puntos, que van desde muy en desacuerdo (1) → muy de acuerdo (4) (Tabla 8) (Anexo 3).

Tabla 8. Descripción test de espiritualidad.

	Escala	Categoría
29 ítems	Ordinal	Muy en desacuerdo → Muy de acuerdo

4.4.2.3. Escala de resiliencia

El instrumento empleado para recabar información acerca del grado de resiliencia que poseen los participantes fue el RS-25 elaborado por Wagnild y Young en 1987⁴⁸⁶(Anexo 4).

Para estas investigadoras la resiliencia es una característica positiva de la personalidad, no un proceso, que favorece la adaptación individual³⁴⁹.

Originariamente fue aplicada a una muestra de 810 individuos con unas edades que comprendían desde 53 a 95 años. Posteriormente, tras una revisión realizada, por Wagnild, sobre 12 estudios en los cuales se empleó dicha escala, desde poblaciones clínicas hasta deportistas, así como en adolescentes, adultos y mujeres embarazadas, encontraron unos resultados que informaban de un coeficiente alfa de Cronbach de 0,91, confirmando la fiabilidad y consistencia interna de la escala⁴⁸⁷.

La presente escala está compuesta por 25 ítems, en una escala tipo Likert de 7 puntos, que oscila desde 1 (completamente en desacuerdo) hasta 7 (completamente de acuerdo). La puntuación total de esta escala se obtiene sumando la puntuación de cada uno de los 25 ítems, de tal modo que los valores oscilan desde 25 a 175 puntos, donde las puntuaciones más altas indican un nivel elevado de resiliencia y las puntuaciones más bajas indican poca capacidad de resiliencia (Tabla 9).

El test mide las dimensiones internas de resiliencia en los sujetos estudiados como son aceptación de sí mismo y las competencias personales.

La escala puede ser dividida en 2 factores, donde los 25 ítems quedan repartidos de la siguiente manera:

- **Factor 1. Competencia personal:** compuesto por 17 ítems que indican:
 - Sentirse bien sólo: estar cómodo cuando se está sólo y valorar la libertad (ítems 3 y 5).
 - Satisfacción personal: comprender el significado de la vida y saber que el accionar propio contribuye a esta (ítems 16,21 y 25).

- Confianza en sí mismo: ser independiente e ingeniar soluciones a los problemas, estando seguro de sus competencias (ítems 6, 9, 10, 17 y 24).
 - Perseverancia: creer que las habilidades y la autodisciplina, llevarán a los logros a pesar de las condiciones desfavorables (ítems 1, 4, 14 y 15).
 - Ecuanimidad: confiar en las capacidades propias al enfrentarse a una situación adversa, manteniendo la calma (ítems 8 y 11).
- **Factor 2. Aceptación de uno mismo:** compuesto por 8 ítems que indican:
 - Sentirse bien sólo: estar consciente de que se es único e importante y mantener un estado balanceado de calma sin importar el conflicto (ítem 19).
 - Satisfacción personal: saber que a pesar de la adversidad, sus contribuciones a la vida tienen un gran valor y trascienden la situación vivida (ítem 22).
 - Confianza en sí mismo: conservar una sensación de paz ante la adversidad, dado que se confía en que tiene las herramientas para continuar (ítems 13 y 18).
 - Perseverancia: aceptar la situación vivida como es, sin desconcentrarse del trabajo por las metas (ítem 2).
 - Ecuanimidad: adaptarse a los cambios que puedan surgir en una situación de conflicto, guardando una actitud flexible y positiva (ítems 7 y 12).

Esta versión de 25 ítems ha sido traducida a diferentes idiomas¹²³ y validada 6 veces en español, pero en algunas de ellas, por problemas en la reproducción de la estructura bifactorial de la original, acabaron hallando entre 1, 3 y hasta 4 factores y eliminando algunos ítems^{349,488-492}.

Tabla 9. Descripción escala de resiliencia.

	Escala	Categoría
25 ítems	Ordinal	Muy en desacuerdo → Muy de acuerdo

4.4.2.4. Test de calidad de vida QLQ-C30

El test de Calidad de vida QLQ-C30 fue elaborado por el equipo de Estudio de la Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) en el año 2001 (Anexo 5).

El EORTC QLQ-C30 es un cuestionario específico para cáncer, que se encuentra validado para ser aplicado en más de 80 idiomas, estando compuesto por 30 ítems que reflejan la dimensionalidad múltiple de la calidad de vida, valorando aspectos físicos, emocionales, sociales y en general el nivel de funcionalidad de los pacientes diagnosticados de cáncer.

“La tercera versión de este cuestionario ha sido traducida y validada para su uso en nuestro país con muestras de pacientes de cáncer de mama, pulmón y cabeza y cuello tratados en el Hospital de Navarra”⁴⁴⁵, con una fiabilidad adecuada, con valores de Alpha de Cronbach entre 0,52 y 0,89 en las diferentes escalas.

Está “estructurado en 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento cognitivo, emocional y social); 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos); una escala de calidad de vida global (que recoge la salud y la calidad de vida); y 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico). Ningún ítem aparece en dos escalas a la vez y las escalas se agrupan en tres áreas: estado global de salud y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), funcionamiento y síntomas”, las cuales han de ser recodificadas en una escala de 0-100, para facilitar la comparación de la afectación de cada una de ellas (Tabla 10).

Tabla 10. Descripción de los ítems del cuestionario EORTC QLQ-C30.

ÁREAS	ESCALAS	Número de ítem	Rango de ítem	Ítem
ESTADO GLOBAL DE SALUD/CVRS	Estado global de salud/CVRS	2	6	29,30
	Función física	5	3	1 a 5
ÁREA DE FUNCIONAMIENTO	Actividades cotidianas	2	3	6,7
	Rol emocional	4	3	21 a 24
	Función cognitiva	2	3	20,25
	Función social	2	3	26,27
	Fatiga	3	3	10,12,18
ÁREA DE SÍNTOMAS	Dolor	2	3	9,19
	Náuseas y vómitos	2	3	14,15
	Disnea	1	3	8
	Insomnio	1	3	11
	Anorexia	1	3	13
	Estreñimiento	1	3	16
	Diarrea	1	3	17
	Impacto económico	1	3	28

Los diversos ítems son evaluados entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante y 4: mucho), excepto en la escala de salud global donde los ítems que la componen pueden valorarse entre 1 y 7 (1: pésima y 7: excelente). Estos resultados determinan el nivel de afectación de la paciente en cada una de las escalas, de tal forma que un valor alto es "peor" en el área de síntomas, mientras que en el área de funcionamiento y en el de calidad de vida global, la obtención de una mayor puntuación indica una mayor calidad de vida (Tabla 11).

Actualmente, el test realizado por la EORTC es considerado como uno de los principales tests de valoración de Calidad de Vida en cáncer.

Tabla 11. Descripción cuestionario QLQ-C30.

	Escala	Categoría
28 ítems	Ordinal	En Absoluto → Mucho
2 ítems	Ordinal	Pésima → Excelente

4.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En esta fase, los datos fueron codificados y almacenados en una base de datos, siendo analizados mediante el paquete estadístico SPSS 21.0. Dicha base fue depurada realizando una comprobación de los registros para detectar posibles errores de introducción de datos y también se realizó una depuración lógica para detectar categorías o valores inexistentes en dichos registros.

4.5.1. Recodificación de las variables

Sobre la matriz de datos inicial fueron creadas nuevas variables en respuesta a las necesidades del estudio. Las nuevas variables fueron el resultado de la recodificación de una única variable o de varias variables. A continuación se describen estas recodificaciones:

a) Recodificación a partir de una variable: las variables continuas fueron recodificadas en variables categóricas:

- **Edad:** recodificada en tres grupos:

* ≤ 46 años; * 47-58 años; * ≥ 59 años

- **Nº de hijos:** * 0; * 1 a 2; * ≥ 3

- **Meses de diagnóstico:** * ≤ 12 meses; * 13-24 meses; * ≥ 25 meses

4.5.2. Análisis de la aceptabilidad del cuestionario

Para valorar la aceptabilidad del cuestionario calculamos la tasa de respuesta al cuestionario a través del cociente entre el número total de cuestionarios entregados y el número total de cuestionarios contestados.

4.5.3. Análisis descriptivo de los participantes

El análisis descriptivo de las variables sociolaborales de los participantes que utilizaron escala de razón se realizó mediante estimadores de tendencia central (media y desviación típica). El análisis de las variables con escala nominal u ordinal se realizó mediante proporciones y porcentajes.

4.5.4. Análisis de los factores asociados a la espiritualidad, resiliencia y calidad de vida e importancia relativa

En el estudio de los factores asociados a las percepciones de espiritualidad, resiliencia y calidad de vida, se realizó primeramente un análisis bivariante y posteriormente un análisis multivariante.

En el análisis bivariante se comparó mediante la prueba de Anova la diferencia del porcentaje promedio de respuestas obtenidas en cada ítem entre los grupos definidos por las características sociolaborales y de la enfermedad de los participantes. Para calcular la magnitud del efecto, se calculó el Eta al cuadrado parcial, considerando: 0,01 es poco efecto; en torno a 0,06 indica un efecto medio y a que una Eta al cuadrado parcial superior a 0,14 es ya un efecto grande. También se realizó análisis bivariante por correlación de Pearson.

En el análisis multivariante posterior, realizado para valorar la importancia relativa de los factores asociados indicados en el análisis bivariante, se desarrollaron varios modelos de regresión lineal. Las variables dependientes en cada uno de ellos fueron el porcentaje promedio de respuestas. Las variables independientes incluidas en cada uno de ellos fueron aquellos factores que estaban asociados significativamente en el respectivo análisis bivariante. En todos los modelos se utilizó el método "hacia atrás". Las variables fueron eliminadas cuando el valor de p fue superior a 0,05. Se examinaron los coeficientes de regresión β y su intervalo de confianza. También se realizó el Análisis de varianza factorial espiritualidad, resiliencia y calidad de vida.

V

RESULTADOS

V. RESULTADOS

5.1. MAGNITUD DE RESPUESTA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

5.1.1. Magnitud de respuesta

En su gran mayoría, los participantes contestaron a los cuestionarios, con una tasa de respuesta que ha alcanzado un 82,4% de los 632 entregadas (Tabla 12).

Tabla 12. Proporción de respuesta a los cuestionarios.

Cuestionarios	N	% de respuesta
Cuestionarios entregados	632	-
Cuestionarios recogidos	521	82,4%

5.1.2. Características de los participantes

La tabla 13, muestra que de los 521 participantes, casi un 60% eran hombres, mientras que la media de edad era de 52 años (DE 13,0). En su gran mayoría, los participantes estaban casados (65,3%) y un 67,4% tenían un máximo de 2 hijos. Sólo un 14,6% no presentaba ninguno grado de estudio. En relación a la profesión/ocupación, de los participantes, las principales fueron: dedicación al sector de la empresa privada (23%), jubilados/pensionistas (21,7%) y autónomos (15,7%). Es destacable la gran proporción de participantes que se encontraban en el paro (15,2%).

Tabla 13. Características de los participantes.

CARACTERÍSTICA	MEDIA (DE)	%
Sexo	-	
* Mujer (n= 235)		45,1
* Hombre (n=286)		54,9
Edad	52 (13,0)	
* <46 años (n= 22)		4,2
* 47-58 años (n= 344)		66,0
* ≥59 años (n= 155)		29,8
Estado Civil	-	
* Soltero (n= 55)		10,5
* Divorciado/separado (n= 98)		18,8
* Casado (n= 340)		65,3
* Viudo (n= 28)		5,4
Nº de hijos	2,02 (1,26)	
* 0 (n= 70)		13,4
* 1 a 2 (n= 281)		53,9
* ≥ 3 hijos (n= 170)		32,6
Grado de estudio	-	
* Ninguno (n= 76)		14,6
* Básico (n= 149)		28,6
* Medio (n= 166)		31,9
* Superior (n= 130)		25
Profesión/Ocupación	-	
* Paro (n=79)		15,2
* Jubilado/Pensionista (n= 113)		21,7
* Estudiante (n=17)		3,3
* Ama de casa (n= 23)		4,4
* Setor primário (n 36)		6,9
* Autónomo (n= 82)		15,7
* Empresa privada (n=120)		23
* Funcionario (n= 51)		9,8

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA DE LOS PARTICIPANTES

En relación a la enfermedad oncológica de los participantes, los tipos más frecuentes de cáncer fueron: sistema digestivo/gastrointestinal (27,1%) y mama (17,3%). La media del diagnóstico fue de 18 meses (DE 17,6) con un pronóstico “a largo plazo curable” con un 36,5% frente a un 19% de pronóstico “incierto”(Tabla 14).

Tabla 14. Características de la enfermedad de los participantes.

CARACTERÍSTICA	MEDIA (DE)	%
Tipo de cáncer	-	
* Sistema digestivo/gastrointestinal (n=141)		27,1
* Sangre/sistema hematológico (n=65)		12,5
* Aparato respiratorio/tórax (n=43)		8,3
* Mama (n=90)		17,3
* Sistema reproductor femenino (n=33)		6,3
* Cerebro/sistema nervioso (n=21)		4
* Riñones/aparato genitourinario (n=52)		10
* Cabeza/cuello (n=27)		5,2
* Piel (n=16)		3,1
* Endocrino/neuroendocrino (n=8)		1,5
Meses desde el diagnóstico	18,2 (17,6)	
* \leq 12 meses (n=246)		47,2
* 13-24 meses (n=149)		28,6
* \geq 25meses (n=126)		24,2
Pronóstico de la enfermedad oncológica	-	
* A largo plazo curable (n=190)		36,5
* A corto plazo curable (n=116)		22,3
* Incurable (n=116)		22,3
* Incierto (n=99)		19

5.3. HÁBITOS TÓXICOS (TABACO Y ALCOHOL) DE LOS PARTICIPANTES

En el Gráfico 1, se observa que un 57% de los participantes eran fumadores y en su gran mayoría no presentaban hábito alcohólico (63,9%).

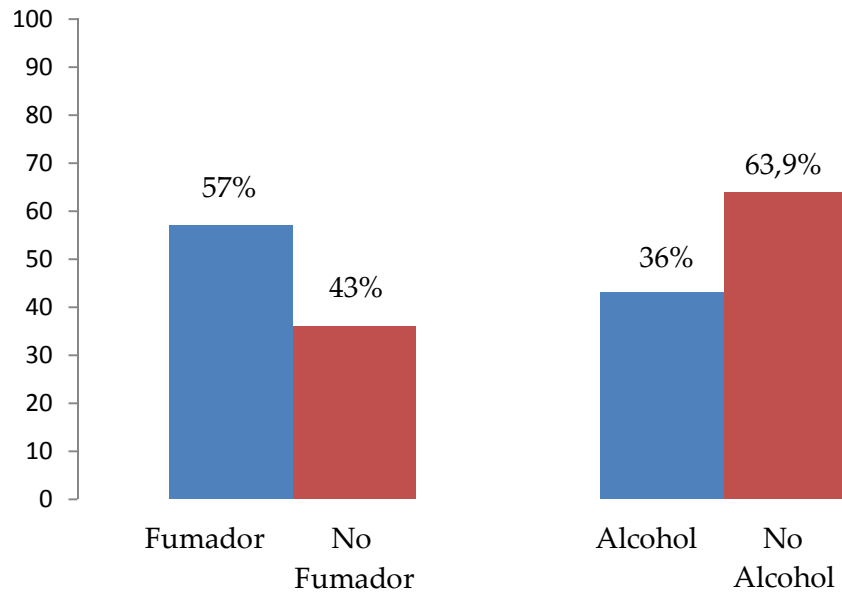


Gráfico 1. Distribución hábitos tóxicos de los participantes.

5.4. DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD, RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA

5.4.1. Percepción de la espiritualidad

Según las respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario de espiritualidad (Tabla 15), se observa que la percepción de los participantes sobre la espiritualidad en la mayoría de los ítems se presenta con respuestas “muy en desacuerdo o en desacuerdo”. Destacamos aquellos ítems que nombran directamente la espiritualidad: 7, 8, 11, 12, 13, 14, 20 y 21. De ellos, el ítem “12. La espiritualidad me ayuda a decidir quién soy” (24,2% y 44,1%), el ítem “13. La espiritualidad me ayuda a decidir mi orientación general en la vida” (23,6% y 44,3%) y el ítem “14. La espiritualidad está integrada en mi vida” (42,2% y 33%) presentaron mayor percepción en desacuerdo con la espiritualidad como

dimensión que orienta o guía la vida de los participantes con respuestas: muy en desacuerdo o en desacuerdo, respectivamente.

Tabla 15. Porcentaje de las respuestas en los ítems sobre la percepción de espiritualidad.

ÍTEMS	M.D. (%)	D. (%)	A. (%)	M.A. (%)
1. Creo que soy una persona valiosa	0,2	23,2	53	23,6
2. Creo que tengo las mismas cualidades y defectos que otras personas	1	24,8	48,2	26,1
3. Siento que tengo muchas cualidades	1,2	34,4	48	16,5
4. Tengo una actitud positiva conmigo mismo	2,9	41,8	38,8	16,5
5. En general me siento satisfecho con la persona que soy	5	45,9	35,1	14
6. Siento que soy una persona compasiva y amable	8,1	49,7	32,2	10
7. En general soy una persona que cree en sí misma	10,7	48	28,4	12,9
8. Creo que mi vida tiene algún significado	30,7	32,4	23,6	13,2
9. Soy capaz de entender lo que representan las situaciones difíciles	20	41,1	27,1	11,9
10. Pienso en aspectos positivos cuando evalúo mi vida	19,4	41,7	26,5	12,5
11. La espiritualidad me ayuda a definir las metas que establezco en mi vida	20,7	45,9	23	10,4

M.D. Muy en desacuerdo; **D.** En desacuerdo; **A.** En Acuerdo; **M.A.** Muy en acuerdo.

Tabla 15. Porcentaje de las respuestas en los ítems sobre la percepción de espiritualidad.

ÍTEMS	M.D. (%)	D. (%)	A. (%)	M.A. (%)
12. La espiritualidad me ayuda a decidir quién soy	24,2	44,1	22,6	9
13. La espiritualidad me ayuda a decidir mi orientación general en la vida	23,6	44,3	24,2	7,9
14. La espiritualidad está integrada en mi vida	42,2	33	15,2	9,6
15. Reflexiono para alcanzar la paz interior	37,4	35,1	18,6	8,8
16. Leo libros de crecimiento espiritual y auto-ayuda	54,5	28,2	11,5	5,8
17. Empleo el silencio para ponerme en contacto con mi yo interior	50,3	26,5	14,4	8,8
18. Trato de vivir en armonía con la naturaleza	29,8	2,4	19,4	8,4
19. A menudo me involucro en programas para cuidar el medio ambiente	29,6	41,8	20,7	7,9
20. Trato de encontrar momentos para ampliar mi espiritualidad	22,1	49,3	19,8	8,8
21. Busco belleza física, espiritual y emocional en la vida	20,2	46,3	24,8	8,8
22. Trato de encontrar respuesta a los misterios o dudas de la vida	18,2	50,1	22,3	9,4

M.D. Muy en desacuerdo; D. En desacuerdo; A. En Acuerdo; M.A. Muy en acuerdo.

Tabla 15. Porcentaje de las respuestas en los ítems sobre la percepción de espiritualidad.

ÍTEMS	M.D. (%)	D. (%)	A. (%)	M.A. (%)
23. Trato de alcanzar la paz interior y la armonía	21,7	41,3	25,5	11,5
24. Realmente disfruto escuchar música	38,8	32,2	17,1	11,9
25. Estoy buscando un propósito en la vida	19,2	43	25	12,9
26. Mi vida es un proceso de cambio y está en evolución	17,1	45,7	21,7	15,5
27. Necesito tener un vínculo emocional fuerte con las personas que me rodean	17,7	44,7	21,5	16,1
28. Mantener y fortalecer las relaciones con los demás es importante para mí	15,9	46,6	19,8	17,7
29. Estoy desarrollando una visión particular de vida	36,3	27,8	17,5	18,4

M.D. Muy en desacuerdo; **D.** En desacuerdo; **A.** En Acuerdo; **M.A.** Muy en desacuerdo.

En relación a los factores de la escala de espiritualidad, los factores I “autoconciencia” y III “prácticas espirituales” son aquellos que más puntuación obtuvieron, con una media de 25,7 (DE 6,5) y 18,5 (DE 6,8), respectivamente. Cabe destacar que la puntuación total obtenida en la escala de espiritualidad fue de 66,4 puntos sobre 116 puntos posibles (Tabla 16).

Tabla 16. Distribución de la escala de espiritualidad.

ESPIRITUALIDAD	Media	DE
FI: Autoconciencia	25,7	6,5
FII: Importancia de las creencias espirituales	8,4	3,2
FIII: Prácticas espirituales	18,5	6,8
FIV: Necesidades espirituales	13,6	5,2
Total	66,4	20,6

5.4.2. Percepción de la resiliencia

Según las respuestas de cada uno de los ítems, con respecto a la dimensión de resiliencia (Tabla 17), se observa que de los participantes, en la mayoría de los ítems, se presenta con una puntuación neutra entre estar “de acuerdo y en desacuerdo”. Destacamos aquellos ítems relacionados con “la competencia personal” y “la aceptación de uno mismo y de la vida”: 6, 9, 10, 13, 17, 18, 24 y 16, 21, 22 y 25, respectivamente. De ellos, el ítem “6. Siento orgullo por haber obtenido cosas en mi vida” (20,9%, 12,7% y 11,5%), el ítem “17. Creer en mí mismo me hace superar momentos difíciles” (19%, 20,3% y 15,7%) y el ítem “21. Mi vida tiene significado” (13,8%, 22,6% y 20%), presentaron mayor percepción de estar “de acuerdo” con la satisfacción personal, la confianza en sí mismo y el poseer un significado la vida de los participantes con respuestas: un poco en acuerdo, muy de acuerdo o totalmente de acuerdo, respectivamente.

Tabla17. Porcentaje de las respuestas en los ítems de la dimensión de resiliencia.

ÍTEMS	1* (%)	2* (%)	3* (%)	4* (%)	5* (%)	6* (%)	7* (%)
1. Cuando hago planes persisto en ellos	0,2	3,8	16,9	41,8	21,9	9,6	5,8
2. Normalmente enfrento los problemas de una u otra forma	0,2	2,9	20,2	30,5	26,5	13,1	6,7
3. Soy capaz de depender de mí mismo más que otros	0,2	4,4	16,9	35,3	24	11,5	7,7
4. Mantener el interés en las cosas es importante para mí	0,6	5,8	18,8	27,6	25,5	13,1	8,6
5. Puedo estar sólo si es necesario	1	6,7	18,4	28,4	25	12,9	7,7
6. Siento orgullo por haber obtenido cosas en mi vida	1	8,4	14,4	31,1	20,9	12,7	11,5
7. Normalmente consigo cosas sin mucha preocupación	3,3	6,7	15,2	31,1	26,9	10,9	6
8. Me quiero a mí mismo	1,5	6,3	16,9	28,6	26,7	12,3	7,7
9. Siento que puedo ocuparme de varias cosas al mismo tiempo	1,5	7,7	17,3	29	25	13,4	6,1
10. Soy decidido en las cosas que hago en mi vida	3,5	7,1	16,9	29	22,3	14,8	6,5
11. Rara vez pienso sobre por qué suceden las cosas	3,5	8,4	21,3	27,6	23	10,2	6
12. Hago las cosas de una cada día	2,9	9,6	17,3	26,9	24,6	11,5	7,3

Tabla17. Porcentaje de las respuestas en los ítems de la dimensión de resiliencia.

ÍTEMS	1* (%)	2* (%)	3* (%)	4* (%)	5* (%)	6* (%)	7* (%)
13. Puedo superar momentos difíciles porque ya he pasado por dificultades anteriores	2,3	6,9	14	24	16,9	22,6	13,2
14. Soy disciplinado en las cosas que hago	3,1	8,3	15,4	27,3	27,3	13,1	5,8
15. Mantengo el interés en las cosas	1,5	7,9	18,8	29	22,3	13,6	6,9
16. Normalmente puedo encontrar un motivo para reír	1,9	6,3	17,1	31,9	21,5	13,1	8,3
17. Creer en mí mismo me hace superar momentos difíciles	2,3	7,5	14,6	20,5	19	20,3	15,7
18. En la emergencia las personas pueden contar conmigo	2,7	6,1	16,9	26,3	22,1	15,7	10,2
19. Normalmente trato de mirar una situación desde distintos puntos de vista	2,1	9,8	15	25,3	29,4	12,5	6
20. A veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera hacerlas	3,6	9,6	12,3	27,4	26,3	13,8	6,9
21. Mi vida tiene significado	2,3	10,4	12,9	18	13,8	22,6	20
22. No me quedo pensando en las cosas que no puedo cambiar	1,9	10,4	18	30,1	24	10	5,6

Tabla17. Porcentaje de las respuestas en los ítems de la dimensión de resiliencia.

ÍTEMS	1* (%)	2* (%)	3* (%)	4* (%)	5* (%)	6* (%)	7* (%)
23. Cuando estoy en una situación difícil normalmente encuentro una salida	2,9	7,3	18,2	29	22,5	14,4	5,8
24. Tengo energía suficiente para lo que necesito hacer	2,5	8,3	19	27,6	22,6	13,1	6,9
25. Es normal que existan personas a las que no les caigo bien	2,5	6	20	25,5	21,1	14,4	10,6

Al analizar los factores de la escala de resiliencia, observamos que el FI que representa la "Competencia personal" es el que presenta una mayor puntuación con una media de 74,7. Por otro lado, la puntuación total de la escala de resiliencia que alcanzaron los participantes fue de 109,5 puntos sobre 175 puntos posibles (Tabla 18).

Tabla18. Distribución de la escala de resiliencia.

RESILIENCIA	Media	DE
FI: Competencia personal	74,7	18,9
FII: Aceptación de uno mismo	34,7	9,1
Total	109,5	27,4

5.4.3. Percepción de la calidad de vida

Según las respuestas de cada uno de los ítems del test de calidad de vida (Tabla 19), se observa que la percepción de los participantes sobre su calidad de vida “en la actualidad” en la mayoría de los ítems se presenta con respuestas “un poco o bastante” dificultad para realizar actividades que requieran esfuerzo.

Las respuestas obtenidas, en cada uno de los ítems, en relación a la percepción de la calidad de vida de los participantes “durante la semana pasada”, en la mayoría de los ítems se presenta con respuestas “un poco o bastante” sintomatología derivada de la enfermedad oncológica. Destacamos aquellos ítems relacionados con el rol emocional y el insomnio: 21, 22, 23, 24 y 11, respectivamente. De ellos, el ítem “21. ¿Se sintió nervioso?” (28,8% y 27,8%), el ítem “22. ¿Se sintió preocupado?” (26,5% y 32,8%) y el ítem “23. ¿Se sintió irritable?” (21,9% y 32,2%), refirieron mayor percepción de presentar mucha sintomatología asociada a la enfermedad, que disminuía su calidad de vida, con respuestas: “bastante y mucho”, respectivamente.

Por otra parte, las respuestas obtenidas en los 2 ítems que valoran la calidad de vida global del paciente “durante la semana pasada”, muestran una media baja calidad de vida, al presentar, en su mayoría, puntuaciones entre 2 y 4, sobre un total de 7 posibles respuestas y siendo 1 “pésima” y 7 “excelente” calidad de vida.

Tabla 19. Porcentaje de las respuestas en los ítems de la dimensión de calidad de vida.

ÍTEMS	En absoluto (%)	Un poco (%)	Bastante (%)	Mucho (%)
EN LA ACTUALIDAD				
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de la compra o maletas?	15,2	40,1	33	11,7
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	8,1	26,5	42	23,4

Tabla 19. Porcentaje de las respuestas en los ítems de la dimensión de calidad de vida.

ÍTEMS	En absoluto (%)	Un poco (%)	Bastante (%)	Mucho (%)
EN LA ACTUALIDAD				
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	19	34,7	32,1	14,2
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en la silla la mayor parte del día?	23,2	41,8	28,4	6,5
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	52,8	34,5	11,7	1
6. ¿Tiene algún impedimento para hacer su trabajo?	17,3	29,6	36,7	16,5
7. ¿Es usted totalmente incapaz de realizar un trabajo profesional o las tareas y arreglos del hogar?	22,5	31,9	30,3	15,4
DURANTE LA SEMANA PASADA				
8. ¿Tuvo asfixia?	18,6	38,6	30,3	12,5
9. ¿Ha tenido dolor?	14	35,9	39,5	10,6
10. ¿Necesitó parar para descansar?	12,7	49,3	32,2	5,8
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	11,9	30,7	32,8	24,6
12. ¿Se ha sentido débil?	13,4	37,8	36,5	12,3
13. ¿Le ha faltado el apetito?	17,7	34	38,6	9,8
14. ¿Ha tenido náuseas?	16,9	37,4	35,9	9,8
15. ¿Ha vomitado?	50,7	40,1	8,3	1

Tabla 19. Porcentaje de las respuestas en los ítems de la dimensión de calidad de vida.

ÍTEMS	En absoluto (%)	Un poco (%)	Bastante (%)	Mucho (%)
DURANTE LA SEMANA PASADA				
16. ¿Ha estado estreñado?	27,3	32,4	29,8	10,6
17. ¿Ha tenido diarrea?	54,5	34	10	1,5
18. ¿Estuvo cansado?	12,9	38	39,3	9,8
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	18,8	33,6	36,7	10,9
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	17,9	43,6	31,1	7,5
21. ¿Se sintió nervioso?	14	29,4	28,8	27,8
22. ¿Se sintió preocupado?	11,5	29,2	26,5	32,8
23. ¿Se sintió irritable?	19,6	26,3	21,9	32,2
24. ¿Se sintió deprimido?	21,3	26,1	26,9	25,7
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	25,7	43	24,6	6,7
26. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	25	39,9	27,8	7,3
27. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades diarias?	24,6	39,5	26,1	9,8

Tabla 19. Porcentaje de las respuestas en los ítems de la dimensión de calidad de vida.

ÍTEMS	En absoluto (%)	Un poco (%)	Bastante (%)	Mucho (%)			
DURANTE LA SEMANA PASADA							
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	16,9	38,2	27,1	17,9			
CALIDAD DE VIDA GENERAL	1	2	3	4	5	6	7
	Pésima						Excelente
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
29. ¿Cómo valoraría su condición física general durante la semana pasada?	11,7	18	18,6	26,3	14,8	10	0,6
30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?	7,3	20	12,5	19,8	20,7	15,4	4,4

En la tabla 20, concerniente al área de funcionamiento, se observa que la escala del estado emocional, es la más afectada en los participantes, al presentar una "peor" media de 10,7 (DE 3,8) (ponderada 55,8), seguida de la escala de función cognitiva con una media de 15,1 (DE 5,0) (ponderada 50,5) y de la escala de actividades cotidianas con una media de 4,9 (DE 1,7) (ponderada 48,3). Por su parte, las escalas de la función social y estado físico son las que los participantes perciben como menos afectadas, al presentar unas "mejores" medias, con unas puntuaciones de 4,4 (DE 1,6) (ponderada 40) y 11,4 (DE 3,6) (ponderada 45,7), respectivamente.

Tabla 20. Distribución del área de funcionamiento del cuestionario QLQ-C30.

ÁREA DE FUNCIONAMIENTO	Ponderada	Media	DE	Mínimo	Máximo
ESTADO FÍSICO	45,7	11,4	3,63	5,0	19,0
ACTIVIDADES COTIDIANAS	48,3	4,9	1,73	2,0	8,0
ESTADO EMOCIONAL	55,8	10,7	3,82	4,0	16,0
FUNCIÓN COGNITIVA	50,5	15,1	5,01	6,0	24,0
FUNCIÓN SOCIAL	40	4,4	1,63	2,0	8,0

En la tabla 21, se observan los resultados del área de síntomas, la mayoría de los cuales muestran unas puntuaciones medias, que oscilan entre 2,2 (DE ,9) (ponderada 41) del estreñimiento y 7,2 (DE 2,0) (ponderada 46,7) de la fatiga, que indican una mayor presencia de dicha sintomatología, destacando el dolor con una media de 4,8 (DE 1,6) (ponderada 63,3) como síntoma que más perciben los participantes; mientras que la diarrea, cuya puntuación es la menor de todas con un 1,6 (DE 0,7) (ponderada 21,7), es el síntoma que menos refieren percibir los participantes del estudio.

Tabla 21. Distribución del área de síntomas del cuestionario QLQ-C30.

ÁREA DE SÍNTOMAS	Ponderada	Media	DE	Mínimo	Máximo
DISNEA	46,7	2,42	,92	1,0	4,0
DOLOR	63,3	4,81	1,62	2,0	8,0
INSOMNIO	56,7	2,72	,97	1,0	4,0
FATIGA	46,7	7,21	2,06	3,0	12,0
ANOREXIA	48	2,44	,88	1,0	4,0
NÁUSEAS Y VÓMITOS	32	3,92	1,37	2,0	8,0
ESTREÑIMIENTO	41	2,23	,96	1,0	4,0
DIARREA	21,7	1,65	,73	1,0	4,0
IMPACTO ECONÓMICO	48	2,44	,97	1,0	4,0

Por otra parte, los resultados del área de calidad de vida global, muestran que la media de la puntuación obtenida fue de 7,3 (DE 3,0).

5.5. FACTORES ASOCIADOS A LA ESPIRITUALIDAD, A LA RESILIENCIA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y SU IMPORTANCIA RELATIVA

5.5.1. Factores asociados a la espiritualidad

A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras analizar la relación existente entre los aspectos sociodemográficos de los sujetos y la percepción de espiritualidad.

Por grupos de sexo, el grupo de mujeres muestra una puntuación media superior, en el test de espiritualidad, que el de los hombres, con una media de 68,3 (DE 20,6), frente a 64,7 (DE 20,5), respectivamente. Por su parte, el Eta al cuadrado parcial resultó ser de ($,008$).

En cuanto a los grupos por edad, la tabla 22 muestra que el grupo formado por menores de 46 años obtuvo una puntuación superior a los otros dos grupos, con 73,2 (DE 20,9), frente a los 64,7 (DE 20,1) del grupo de 47 a 58 años y los 61,5 (DE 19,2) del grupo de mayores de 59 años.

Por su parte, en cuanto al estado civil de los participantes, los grupos que obtuvieron una mayor puntuación media, fueron el de solteros con 74,2 (DE 22,3), y el de casados con 69,8 (20,4).

Al mismo tiempo, los pacientes oncológicos que refirieron tener 3 hijos o más, obtuvieron una puntuación media de 74,4 (DE 18,3), frente a los 69,6 (DE 23,5) de los que no tenían hijos y los 60,6 (DE 19,3) de los que refirieron tener 1 o 2 hijos.

Por otra parte, en cuanto al grado estudios, el grupo de participantes con estudios superiores, obtuvo una puntuación más alta en espiritualidad, que el resto de grupos, con una puntuación media de 77 (DE 20,2), mientras que el grupo de participantes que había cursado estudios básicos, obtuvo la menor puntuación, con una media de 56,7 (DE 15,8).

Al mismo tiempo, en relación a la profesión de los participantes, cabe destacar que aquellos grupos que obtuvieron unas puntuaciones mayores fueron, el grupo de trabajadores funcionarios y el de estudiantes, con unas medias de 81,6 (DE 19,1) y 79,7 (DE 22,9), respectivamente. Mientras que los grupos que obtuvieron unas puntuaciones inferiores fueron el de los participantes que se encontraban en situación de paro, con una puntuación media de 56,6 (DE 16,6), el

de jubilados con 58,5 (DE 18,0), al igual que el de aquellos pertenecientes al sector primario, quienes mostraron una puntuación media de 58,5 (DE 17).

Finalmente, analizando los valores de Eta al cuadrado parcial, observamos que el factor "Profesión" fue el que presentó el tamaño del efecto más grande, con un valor de (,175), es decir, que la magnitud de esta asociación fue la más importante, clínicamente, seguida por el estado civil y el grado de estudios, ambos grupos con (,132).

Tabla 22. Características de los participantes relacionadas con la espiritualidad.

FACTORES	ESPIRITUALIDAD		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	F	Sig.	
Edad					15,5	,000	,057
a) ≤46 años ^{b,c}	73,2	(20,9)	70,0	76,4			
b) 47-58 años ^a	64,7	(20,1)	61,7	67,6			
c) ≥59 años ^a	61,5	(19,2)	58,6	64,4			
Estado civil					25,6	,000	,132
a) Soltero ^{b,d}	74,2	(22,3)	68,2	80,3			
b) Divorciado/ Separado ^{a,c}	53,2	(12,4)	50,7	55,8			
c) Casado ^{b,d}	69,8	(20,4)	67,6	72,1			
d) Viudo ^{a,c}	54,2	(20,6)	47,1	61,3			
Nº de hijos					27,3	,000	,095
a) 0 hijos ^b	69,6	(23,5)	64,1	75,3			
b) 1 o 2 hijos ^{a,c}	60,6	(19,3)	58,4	62,9			
c) ≥3 hijos ^b	74,4	(18,3)	71,7	77,2			
Grado de estudios					26,2	,000	,132
a) Sin estudios ^{b,d}	68,5	(24,2)	62,9	73,9			
b) Básicos ^{a,c}	56,7	(15,8)	54,1	59,2			
c) Medios ^{b,d}	65,7	(18,6)	62,8	68,5			
d) Superiores ^{a,b,c}	77,0	(20,2)	73,5	80,5			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel <0,05.

Tabla 22. Características de los participantes relacionadas con la espiritualidad.

FACTORES	ESPIRITUALIDAD		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	F	Sig.	
Profesión					15,6	,000	,175
a) Paro _{c,d,f,g,h}	56,6	(16,6)	52,8	60,3			
b) Jubilado _{c,d,f,g,h}	58,5	(18,0)	55,1	61,9			
c) Estudiante _{a,b,e,g}	79,7	(22,9)	67,9	91,5			
d) Ama de casa _{a,b,e}	72,9	(24,9)	61,9	83,5			
e) S. Primario _{c,d,f,g,h}	58,5	(17,0)	52,8	64,3			
f) Autónomo _{a,b,e,g,h}	74,9	(20,1)	70,5	79,4			
g) Empresa privada _{a,b,c,e,f,h}	66,9	(18,5)	63,6	70,3			
h) Funcionario _{a,b,e,f,g}	81,6	(19,1)	76,3	87,0			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel $<0,05$.

En la tabla 23, se observa la relación existente entre los factores relacionados con la enfermedad oncológica de los participantes y la media de las puntuaciones obtenidas en el test de espiritualidad.

En función del tipo de cáncer, aquellos participantes que padecían un cáncer de piel presentaron una mayor espiritualidad, con una puntuación media de 79,4 (DE 18,7). Por su parte, aquellos que padecían cáncer de cabeza y cuello o cerebro y sistema nervioso, fueron los que presentaron unas puntuaciones inferiores, con unas medias de 50,9 (DE 8,7) y 52,2 (DE 11,5), respectivamente.

En cuanto al tiempo desde el diagnóstico, el grupo de pacientes en el que habían transcurrido 25 meses o más desde el diagnóstico, presentaron una mayor puntuación media en el test de espiritualidad, con una media de 74,3 (DE 17,9). Por su parte, los grupos de participantes en los que habían transcurrido 12 meses o menos, desde su diagnóstico, o entre 13 y 24 meses, presentaron unas puntuaciones medias de 63,3 (DE 21,6) y 64,8 (DE 19,3), respectivamente.

Respecto al pronóstico de la enfermedad oncológica, el grupo de participantes que obtuvo una mayor puntuación media, fue en el que se preveía una curación a corto plazo, con una puntuación media de 78,4 (DE 19,0). Por su

parte, los grupos de participantes que presentaron una inferior puntuación fueron, por un lado, el de aquellos que tenían un pronóstico incurable, con una puntuación media de 57,9 (DE 19,2) y por otro, el de aquellos que presentaban un pronóstico incierto, cuya puntuación obtenida fue de 57,5 (DE 15,9). Cabe destacar, que este factor, fue el que presentó el tamaño del efecto más grande, al mostrar un valor de Eta al cuadrado parcial de ($,153$).

Tabla 23. Factores de la enfermedad de los participantes relacionados con la espiritualidad.

FACTORES	ESPIRITUALIDAD		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	F	Sig.	
Tipo de cáncer					4,90	,000	,088
a) S. digestivo _{c,g,i,j}	68,1	(21,2)	64,5	71,6			
b) S. hematológ. _{c,gi}	68,7	(22,1)	63,2	74,1			
c) Ap. respiratorio _{a,b,e,f,h,j}	58,7	(19,1)	52,8	64,6			
d) Ap. locomotor _{ij}	63,1	(17,9)	55,6	70,4			
e) Mama _{c,gi}	70,4	(19,8)	66,2	74,5			
f) S. reproductor femenino _{c,gi}	69,1	(18,0)	62,6	75,4			
g) Cerebro/S. Ner. _{a,b,e,f,h,j}	52,2	(11,5)	46,9	57,4			
h) Ap. genitouri. _{c,gi}	68,9	(22,1)	62,7	75,0			
i) Cabeza-cuello _{a,b,d,e,f,h,j}	50,9	(8,7)	47,4	54,3			
j) Piel _{a,c,d,e,g,h,i,k}	79,4	(18,7)	69,4	89,4			
k) Endocr./Neuro. _j	59,1	(22,7)	40,1	78,1			
Tº desde diagnóstico					13,0	,000	,048
a) ≤12 meses _c	63,3	(21,6)	60,6	66,0			
b) 13-24 meses _c	64,8	(19,3)	61,7	68,0			
c) ≥25 meses _{a,b}	74,3	(17,9)	71,1	77,4			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel $<0,05$.

Tabla 23. Factores de la enfermedad de los participantes relacionados con la espiritualidad.

FACTORES	ESPIRITUALIDAD		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	F	Sig.	
Pronóstico					31,1	,000	,153
a) Largo plazo curable ^{b,c,d}	68,7	(20,2)	65,8	71,6			
b) Corto plazo curable ^{a,c,d}	78,4	(19,0)	74,9	81,9			
c) Incurable ^{a,b}	57,9	(19,2)	54,4	61,5			
d) Incierto ^{a,b}	57,5	(15,9)	54,3	60,7			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel $<0,05$.

En la tabla 24, se observa la relación existente entre los hábitos tóxicos de los participantes (tabaco y alcohol) y la media de las puntuaciones obtenidas en el test de espiritualidad.

El grupo de los participantes que no eran fumadores obtuvo una mayor puntuación media, en la percepción de espiritualidad, que el del grupo de fumadores, con unas puntuaciones medias de 74,7 (DE 21,3) y 60 (DE 17,5), respectivamente.

Por otro lado, en cuanto al hábito alcohólico, el grupo de participantes que no eran bebedores obtuvo una puntuación media de 69,7 (DE 20,5), frente a 60,4 (DE 19,3), que mostraba el grupo de bebedores.

Finalmente, tras realizar el análisis de los valores de Eta al cuadrado parcial, podemos observar que el factor "Tabaco" fue el que presentó el tamaño del efecto más grande, con un valor de ($,125$), frente al ($,047$), que mostró el factor "Alcohol".

Tabla 24. Hábitos tóxicos de los participantes relacionados con la espiritualidad.

FACTORES	ESPIRITUALIDAD		IC (95%)		PRUEBA T		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máy.	t	gl	
Tabaco					-8,60	519	,125
Fumador	60,0	(17,5)	58,0	62,0			
No fumador	74,7	(21,3)	71,9	77,5			
Alcohol					-5,10	519	,047
Bebedor	60,4	(19,3)	57,6	63,1			
No bebedor	69,7	(20,5)	67,5	71,9			

Sig. (bilateral) <0,01.

5.5.2. Factores asociados a la resiliencia

A continuación se muestran los resultados obtenidos tras analizar la relación existente entre los aspectos sociodemográficos de los participantes y la media de las puntuaciones obtenidas mediante la escala de resiliencia.

Por grupos de sexo, el grupo de mujeres muestra una puntuación media superior, en la escala de resiliencia, que el de los hombres, con una media de 111,6 (DE 28,2), frente a 107,9 (DE 26,8), respectivamente. Por su parte, el Eta al cuadrado parcial resultó ser de (,004).

En cuanto a los grupos por edad, el de participantes que eran menores de 46 años, obtuvo una puntuación superior a los otros dos grupos, con 119,3 (DE 26,7), frente a los 106,6 (DE 26,9) del grupo de 47 a 58 años y los 103,3 (DE 26,3) del grupo de pacientes mayores de 59 años (Tabla 25).

Por su parte, en cuanto al estado civil de los participantes, los grupos que obtuvieron una mayor puntuación media, en la escala de resiliencia, fueron el de solteros con 121,3 (DE 27,4) y el de casados con 115,2 (DE 26,1) (Tabla 25).

Los participantes con 3 hijos o más, obtuvieron una mayor puntuación media, con 121,7 (DE 23,2), frente a los 112,6 (DE 31,2) de los que no tenían hijos. Mientras que el grupo de participantes que obtuvo una inferior puntuación fue el de aquellos que tenían 1 o 2 hijos, con una media de 101,5 (DE 26,1) (Tabla 25).

Por otra parte, en cuanto al grado de estudios, aquellos con estudios superiores, fueron quienes obtuvieron la puntuación más alta en resiliencia, al presentar una puntuación media de 123 (DE 26,8), mientras que aquellos con

estudios básicos, fueron los que obtuvieron la menor puntuación, con una media de 96,5 (DE 22,4) (Tabla 25).

Al mismo tiempo, en relación a la profesión de los participantes, cabe destacar que aquellos grupos que obtuvieron unas mayores puntuaciones en la escala de resiliencia fueron, el grupo de trabajadores funcionarios y el de estudiantes, con unas medias de 129,2 (DE 23,6) y 125,1 (DE 25,4), respectivamente. (Tabla 25).

Los grupos que obtuvieron unas puntuaciones inferiores en resiliencia fueron los de los participantes que se encontraban en situación de paro laboral, con una puntuación media de 95,5 (DE 24,6), al igual que el de jubilados, con una media de 98,5 (DE 23,5) y el de aquellos pertenecientes al sector primario, quienes obtuvieron una puntuación media de 102,3 (DE 25,7) (Tabla 25).

Finalmente, analizando los valores de Eta al cuadrado parcial, observamos que los factores "Estado Civil" y "Profesión" fueron los que presentaron el tamaño del efecto más grande, con unos valores de (,179) y (,173), respectivamente (Tabla 25).

Tabla 25. Características de los participantes relacionadas con la resiliencia.

FACTORES	RESILIENCIA		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	F	Sig.	
Edad					15,5	,000	,062
a) ≤46 años ^{b,c}	119,3	(26,7)	115,2	123,4			
b) 47-58 años ^a	106,6	(26,9)	102,6	110,6			
c) ≥59 años ^a	103,3	(26,3)	99,4	107,2			
Estado Civil					25,6	,000	,179
a) Soltero ^{b,d}	121,3	(27,4)	113,9	128,7			
b) Divorciado/ Separado ^{a,c}	88,8	(19,0)	85,0	92,6			
c) Casado ^{b,d}	115,2	(26,1)	112,4	117,9			
d) Viudo ^{a,c}	90,8	(26,4)	81,7	99,9			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel <0,05.

Tabla 25. Características de los participantes relacionadas con la resiliencia.

FACTORES	RESILIENCIA		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	F	Sig.	
Nº de hijos					27,3	,000	,113
a) 0 hijos _{b,c}	112,6	(31,2)	105,2	120,1			
b) 1 o 2 hijos _{a,c}	101,5	(26,1)	98,4	104,5			
c) ≥3 hijos _{a,b}	121,7	(23,2)	118,7	125,2			
Grado de estudios					26,2	,000	,125
a) Sin estudios _{b,d}	111,5	(27,7)	105,2	117,9			
b) Básicos _{a,c,d}	96,5	(22,4)	92,8	100,1			
c) Medios _{b,d}	109,8	(26,7)	105,7	113,9			
d) Superiores _{a,b,c}	123,0	(26,8)	118,3	127,7			
Profesión					15,6	,000	,173
a) Paro _{c,d,f,g,h}	95,5	(24,6)	90,1	101,1			
b) Jubilado _{c,d,f,g,h}	98,5	(23,5)	94,1	102,8			
c) Estudiante _{a,b,e}	125,1	(25,4)	111,9	138,1			
d) Ama de casa _{a,b,h}	112,1	(35,9)	96,4	127,5			
e) S. Primario _{c,f,g,h}	102,3	(25,7)	93,6	111,1			
f) Autónomo _{a,b,e,g}	121,5	(24,9)	116,1	127,1			
g) E. privada _{a,b,e,f,h}	112,3	(24,9)	107,7	116,8			
h) Funcionario _{a,b,d,e,g}	129,2	(23,6)	122,6	135,8			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel <0,05.

En la tabla 26, puede ser observada la relación existente entre los factores relacionados con la enfermedad oncológica de los participantes y la media de las puntuaciones obtenidas en la escala de resiliencia.

En función del tipo de cáncer, el grupo de participantes que padecían cáncer de piel presentaron una mayor puntuación media en la escala de

resiliencia, con una media de 124,7 (DE 21,6). Mientras que por su parte, los grupos que presentaron una inferior puntuación fueron el de aquellos que padecían cáncer de cabeza y cuello, con una media de 86,1 (DE 14,9), el de los que presentaban cáncer de cerebro y sistema nervioso, con una puntuación de 89,9 (DE 17,3) y por último, el de aquellos pacientes que padecían un cáncer de tipo endocrino y/o neuroendocrino, con una media de 90,9 (DE 21,9).

En cuanto al tiempo desde el diagnóstico, cabe destacar que el grupo de pacientes en el que habían transcurrido 25 meses o más después de su diagnóstico, presentaron una mayor puntuación media en la escala de resiliencia, con una media de 126,9 (DE 19,4). Por su parte, el grupo de participantes en los que habían transcurrido 12 meses o menos, fue el que presentó una puntuación inferior, con una media de 100,3 (DE 28,5).

Por otra parte, en relación al pronóstico de la enfermedad oncológica, el grupo de participantes que obtuvo una mayor puntuación media en la escala de resiliencia, fue en el de aquellos en que se preveía una curación a corto plazo, con una puntuación media de 126,7 (DE 21,2). Por su parte, los grupos de participantes que presentaron una inferior puntuación fueron, por un lado, el de aquellos que tenían un pronóstico incurable, con una puntuación media de 93,5 (DE 26,1) y por otro, el de aquellos que presentaban un pronóstico incierto, cuya puntuación obtenida fue de 97,9 (DE 23,7).

Finalmente, cabe destacar, que tras analizar los valores de Eta al cuadrado parcial, observamos que el factor "Tiempo desde el diagnóstico", mostró un valor de (.150), pudiendo señalar que el factor "Pronóstico" fue el que presentó el tamaño del efecto más grande, con un valor de (.212).

Tabla 26. Factores de la enfermedad de los participantes relacionados con la resiliencia.

FACTORES	RESILIENCIA		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máy.	F	Sig.	
Tipo de cáncer					4,90	,000	,121
a) S. digestivo _{c,g,i,k}	114,9	(27,9)	110,3	119,6			
b) S. hematológico _{c,g,i,k}	113,7	(28,3)	106,7	120,7			
c) Ap. respirator. _{a,b,e,f,h,j}	94,7	(24,7)	87,1	102,3			
d) Ap. locomotor _{g,i,j}	105,3	(26,4)	94,4	116,2			
e) Mama _{c,g,i,k}	113,7	(27,6)	107,9	119,5			
f) S. reproduct. _{c,g,i,k} femenino	114,8	(25,1)	105,9	123,6			
g) Cerebro/ S. Nervioso _{a,b,d,e,f,h,j}	89,9	(17,3)	82,0	97,8			
h) Ap. genitouri. _{c,g,i,k}	112,2	(25,2)	105,2	119,2			
i) Cabeza-cuello _{a,b,d,e,f,h,i}	86,1	(14,9)	80,1	92,0			
j) Piel _{c,d,g,i,k}	124,7	(21,6)	113,2	136,3			
k) Endocr./Neuro. _{a,b,e,f,h,k}	90,9	(21,9)	72,5	109,2			
Tº desde diagnóstico					13,0	,000	,150
a) ≤12 meses _{b,c}	100,3	(28,5)	96,7	103,8			
b) 13-24 meses _{a,c}	110,3	(24,3)	106,4	114,3			
c) ≥25 meses _{a,b}	126,9	(19,4)	123,4	130,3			
Pronóstico					31,1	,000	,212
a) Largo plazo curable _{b,c,d}	115,0	(25,6)	111,4	118,7			
b) Corto plazo curable _{a,c,d}	126,7	(21,2)	122,8	130,6			
c) Incurable _{a,b}	93,5	(26,1)	88,7	98,3			
d) Incierto _{a,b}	97,9	(23,7)	93,2	102,6			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel <0,05.

En la tabla 27, se observa la relación entre los hábitos tóxicos de los participantes y la media de las puntuaciones obtenidas en la escala de resiliencia.

El grupo de los participantes que no eran fumadores obtuvo una mayor puntuación media que el del grupo de fumadores, con unas puntuaciones medias de 121,2 (DE 27,1) y 100,8 (DE 24,3), respectivamente.

Por otro lado, en cuanto al hábito alcohólico, el grupo de participantes que no eran bebedores obtuvo una puntuación media de 115,1 (DE 27,2), frente a 99,9 (DE 25,2), que mostraba el grupo de bebedores.

Por último, tras realizar el análisis de los valores de Eta al cuadrado parcial, podemos observar que el factor "Tabaco" fue el que presentó el tamaño del efecto más grande, con un valor de ($,136$), frente al ($,070$), que mostró el factor "Alcohol".

Tabla 27. Hábitos tóxicos de los participantes relacionados con la resiliencia.

FACTORES	RESILIENCIA		IC (95%)		PRUEBA T		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mínimo	Máximo	t	gl	
Tabaco					-9,02	519	,136
Fumador	100,8	(24,3)	98,0	103,6			
No fumador	121,2	(27,1)	117,6	124,8			
Alcohol					-6,30	519	,070
Bebedor	99,9	(25,2)	96,3	103,5			
No bebedor	115,1	(27,2)	112,1	117,9			

Sig. (bilateral) <0,01.

5.5.3. Factores asociados a la calidad de vida

Las siguientes tablas muestran la relación existente entre las características personales de los participantes y las puntuaciones del test QLQ-C30.

5.5.3.1. Salud global

En cuanto a la salud global, percibida por los participantes, por sexo, el grupo de mujeres muestra una puntuación media superior, que la de los hombres, con una media de 7,6 (DE 3,2), frente a 7,2 (DE 3,0), respectivamente. El valor de Eta al cuadrado parcial fue de ($,003$).

Por grupos de edad, el de menores de 46 años obtuvo la puntuación más alta con 8,4 (DE 2,9), frente a los 6,7 (DE 2,8) del grupo de mayores de 59 años (Tabla 28).

En cuanto al estado civil, los grupos que obtuvieron una mayor puntuación media, fueron el de solteros con 8,4 (DE 3,0) y el de casados con 8,1 (DE 2,8) (Tabla 28).

Los participantes con 3 hijos o más, obtuvieron una mayor puntuación, con 8,7 (DE 2,7), frente a los 6,6 (DE 3,0) de los que tenían 1 o 2 hijos (Tabla 28).

Por grado de estudios, aquellos con superiores, obtuvieron una puntuación mayor que el resto, con una media de 8,9 (DE 2,9), frente a los 5,8 (DE 2,6) del grupo de estudios básicos (Tabla 28).

En relación a la profesión de los participantes, aquellos grupos que obtuvieron unas mayores puntuaciones en salud global fueron, el grupo de trabajadores funcionarios y el de estudiantes, con unas medias de 9,6 (DE 2,4) y 9,4 (DE 2,7), respectivamente, mientras que los grupos que obtuvieron unas inferiores puntuaciones, fueron el de los participantes que se encontraban en situación de paro, con una puntuación media de 5,5 (DE 2,7), el de jubilados, con una media de 6,1 (DE 2,6) y el de los pertenecientes al sector primario, con una puntuación media de 6,3 (DE 3,2) (Tabla 28).

Finalmente, cabe destacar, que tras analizar los valores de Eta al cuadrado parcial, observamos que los factores "Grado de estudios", con un valor de ($,138$), "Estado Civil", con un valor de ($,194$) y "Profesión", con un valor de ($,196$), fueron los que mostraron el tamaño del efecto más grande (Tabla 28).

Tabla 28. Características de los participantes relacionadas con la salud global.

FACTORES	SALUD GLOBAL		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	F	Sig.	
Edad					16,5	,000	,060
a) ≤46 años ^{b,c}	8,4	(2,9)	8,0	8,9			
b) 47-58 años ^a	7,1	(3,2)	6,6	7,5			
c) ≥59 años ^a	6,7	(2,8)	6,2	7,1			
Estado Civil					41,4	,000	,194
a) Soltero ^{b,d}	8,4	(3,0)	7,5	9,2			
b) Divorciado/ Separado ^{a,c}	4,9	(2,6)	4,4	5,4			
c) Casado ^{b,d}	8,1	(2,8)	7,8	8,4			
d) Viudo ^{a,c}	5,2	(2,5)	4,2	6,2			
Nº de hijos					27,6	,000	,096
a) 0 hijos ^{b,c}	7,4	(3,3)	6,6	8,2			
b) 1 o 2 hijos ^{a,c}	6,6	(3,0)	6,2	6,9			
c) ≥3 hijos ^{a,b}	8,7	(2,7)	8,3	9,1			
Grado de estudios					27,5	,000	,138
a) Sin estudios ^{b,d}	7,6	(3,3)	6,8	8,3			
b) Básicos ^{a,c,d}	5,8	(2,6)	5,4	6,2			
c) Medios ^{b,d}	7,4	(2,8)	7,0	7,9			
d) Superiores ^{a,b,c}	8,9	(2,9)	8,4	9,4			
Profesión					17,8	,000	,196
a) Paro ^{c,d,f,g,h}	5,5	(2,7)	4,9	6,1			
b) Jubilado ^{c,d,f,g,h}	6,1	(2,6)	5,6	6,6			
c) Estudiante ^{a,b,e,g}	9,4	(2,7)	8,0	10,9			
d) Ama de casa ^{a,b,e,h}	7,9	(3,7)	6,2	9,5			
e) S. Primario ^{c,d,f,g,h}	6,3	(3,2)	5,3	7,4			
f) Autónomo ^{a,b,c,e,g,h}	8,7	(2,8)	8,1	9,3			
g) Emp. priva. ^{a,b,c,e,f,h}	7,8	(2,8)	7,3	8,3			
h) Funcionario ^{a,b,d,e,g}	9,6	(2,4)	8,9	10,3			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel <0,05.

En la tabla 29, se observa la relación existente entre los factores relacionados con la enfermedad oncológica de los participantes y la media de las puntuaciones obtenidas en la dimensión de salud global.

En función del tipo de cáncer, el grupo de participantes que padecían cáncer de piel presentaron una mayor puntuación en la dimensión de salud global, al obtener una media de 9,4 (DE 3,4). Mientras que los grupos que presentaron una inferior puntuación fueron el de los que padecían cáncer de cabeza y cuello, con una media de 4,4 (DE 2,1), el de aquellos que presentaban cáncer cerebro y sistema nervioso, con una puntuación de 4,7 (DE 1,9) y el de quienes padecían un cáncer de tipo endocrino y/o neuroendocrino, con una media de 5,6 (DE 3,6).

En cuanto al tiempo desde el diagnóstico, cabe destacar que el grupo de pacientes en el que habían transcurrido 25 meses o más después de su diagnóstico, presentaron una mayor puntuación media en dicha dimensión, con una media de 9,5 (DE 2,0). Por su parte, el grupo de participantes en los que habían transcurrido 12 meses o menos, fue el que presentó una puntuación inferior, con una media de 6,3 (DE 3,3).

Por otra parte, en relación al pronóstico de la enfermedad oncológica, el grupo de participantes que obtuvo una mayor puntuación media en la dimensión de salud global, fue el de aquellos en que se preveía una curación a corto plazo, con una puntuación media de 9,6 (DE 2,2). Por su parte, los grupos de participantes que presentaron una inferior puntuación fueron, por un lado, el de aquellos que tenían un pronóstico incurable, con una puntuación media de 5,2 (DE 2,8) y por otro, el de aquellos que presentaban un pronóstico incierto, cuya puntuación obtenida fue de 5,9 (DE 2,9).

Finalmente, cabe destacar, que tras analizar los valores de Eta al cuadrado parcial, observamos que tanto el factor "Tipo de cáncer", con un valor de ($,167$), como el factor "Tiempo desde el diagnóstico", con un valor de ($,177$), así como el factor "Pronóstico", con un valor de ($,285$), mostraron un gran tamaño del efecto, cabiendo destacar a este último, por su valor más elevado.

Tabla 29. Factores de la enfermedad de los participantes relacionados con la salud global.

FACTORES	SALUD GLOBAL		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	F	Sig.	
Tipo de cáncer					10,2	,000	,167
a) S. digestivo _{c,g,i,k}	7,9	(2,8)	7,5	8,4			
b) S. hematológ. _{c,g,i,k}	7,8	(3,1)	7,1	8,6			
c) Ap. respiratorio _{a,b,d,e,f,h,j}	5,1	(2,9)	4,2	6,0			
d) Ap. locomotor _{c,g,i,j}	7,0	(2,9)	5,8	8,2			
e) Mama _{c,g,i,k}	8,1	(2,9)	7,5	8,7			
f) S. reproductor femenino _{c,g,i,k}	8,0	(2,8)	6,9	8,9			
g) Cerebro/S. Nerv. _{a,b,d,e,f,h,j}	4,7	(1,9)	3,8	5,6			
h) Ap. genitourinar. _{c,g,i,k}	7,8	(2,8)	7,0	8,6			
i) Cabeza-cuello _{a,b,d,e,f,h,j}	4,4	(2,1)	3,5	5,2			
j) Piel _{c,d,g,i,k}	9,4	(3,4)	7,6	11,2			
k) Endocr./Neuroen. _{a,b,e,f,h,j}	5,6	(3,6)	2,6	8,6			
Tº desde diagnóstico					55,7	,000	,177
a) ≤12 meses _{b,c}	6,3	(3,3)	5,9	6,7			
b) 13-24 meses _{a,c}	7,3	(2,6)	6,9	7,8			
c) ≥25 meses _{a,b}	9,5	(2,0)	9,2	9,9			
Pronóstico					68,7	,000	,285
a) Largo plazo curable _{b,c,d}	8,1	(2,6)	7,7	8,5			
b) Corto plazo curable _{a,c,d}	9,6	(2,2)	9,1	9,9			
c) Incurable _{a,b}	5,2	(2,8)	4,7	5,7			
d) Incierto _{a,b}	5,9	(2,9)	5,3	6,5			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel <0,05.

En la tabla 30, se observa la relación entre los hábitos tóxicos de los participantes y la media de las puntuaciones obtenidas en la salud global.

El grupo de los participantes que no eran fumadores obtuvo una mayor puntuación media que el del grupo de fumadores, con unas puntuaciones medias de 8,7 (DE 2,7) y 6,4 (DE 3,0), respectivamente.

Por otro lado, en cuanto al hábito alcohólico, el grupo de participantes que no eran bebedores obtuvo una puntuación media de 8,0 (DE 2,9), frente a los 6,2 (DE 3,1), que mostraba el grupo de bebedores.

Por último, tras realizar el análisis de los valores de Eta al cuadrado parcial, podemos observar que el factor "Tabaco" fue el que presentó el tamaño del efecto más grande, con un valor de ($,133$), frente al ($,075$), que mostró el factor "Alcohol".

Tabla 30. Hábitos tóxicos de los participantes relacionados con salud global.

FACTORES	SALUD GLOBAL		IC (95%)		PRUEBA T		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máy.	t	gl	
Tabaco					-8,93	519	,133
Fumador	6,4	(3,0)	6,0	6,7			
No fumador	8,7	(2,7)	8,3	9,0			
Alcohol					-6,48	519	,075
Bebedor	6,2	(3,1)	5,8	6,7			
No bebedor	8,0	(2,9)	7,7	8,3			

Sig. (bilateral) <0,01.

5.5.3.2. Dimensión de síntomas

Al evaluar la dimensión del total de síntomas, del test de calidad de vida, por sexo, el grupo de mujeres mostró una puntuación media inferior, que la de los hombres, con una media de 29,1 (DE 8,0), frente a 30,4 (DE 7,6), respectivamente, lo que indica una mayor presencia de síntomas en el grupo masculino. El Eta al cuadrado parcial obtenido, fue de ($,007$).

Por grupos de edad, el de menores de 46 años obtuvo la puntuación más baja con 27,4 (DE 8,0), frente a los 31,1 (DE 7,8) del grupo de 47 a 58 años y los 31,0 (DE 7,0) del grupo de mayores de 59 años, lo que indica una menor presencia de sintomatología en el grupo de menores de 46 años (Tabla 31).

En cuanto al estado civil, los grupos que obtuvieron una mayor puntuación media, fueron el de divorciados/separados con 36,5 (DE 5,7) y el de viudos con 33,1 (DE 6,4), frente a los 27,6 (DE 8,2) del grupo de solteros y los 28,0 (DE 7,2) del grupo de casados (Tabla 31).

Por su parte, los participantes con 3 hijos o más, obtuvieron la menor puntuación media del total de síntomas, con 26,4 (DE 6,6), frente a los 29,8 (DE 8,7) de los que no tenían hijos y los 31,9 (DE 7,5) de los que tenían 1 o 2 hijos (Tabla 31).

En cuanto al grado estudios, aquellos con estudios superiores, obtuvieron una puntuación menor que el resto, con una media de 25,9 (DE 7,3), mientras que aquellos con estudios básicos, obtuvieron la mayor puntuación, con una media de 32,7 (DE 6,5) (Tabla 31).

En relación a la profesión de los participantes, aquellos grupos que obtuvieron unas menores puntuaciones, en la dimensión del total de síntomas, fueron el grupo de trabajadores funcionarios y el de estudiantes, con unas medias de 23,4 (DE 6,1) y 24,2 (DE 6,3), respectivamente, mientras que los grupos que obtuvieron unas superiores puntuaciones, fueron el de los participantes que se encontraban en situación de paro, con una puntuación media de 35,3 (DE 6,7), el de los pertenecientes al sector primario, con una media de 32,8 (DE 7,6) y el grupo de jubilados/pensionistas, con una puntuación media de 31,3 (DE 6,7) (Tabla 31).

Finalmente, cabe destacar, que tras analizar los valores de Eta al cuadrado parcial, observamos que los factores "Grado de estudios", con un valor de ($,139$), "Estado Civil", con un valor de ($,190$) y "Profesión", con un valor de ($,197$), fueron los que mostraron el tamaño del efecto más grande (Tabla 31).

Tabla 31. Características de los participantes relacionadas con la dimensión de síntomas.

FACTORES	TOTAL SÍNTOMAS		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	F	Sig.	
Edad					16,5	,000	,048
a) ≤46 años _{b,c}	27,4	(8,0)	26,2	28,6			
b) 47-58 años _a	31,1	(7,8)	29,9	32,2			
c) ≥59 años _a	31,0	(7,0)	29,9	32,0			
Estado Civil					41,4	,000	,190
a) Soltero _{b,d}	27,6	(8,2)	25,3	29,8			
b) Divorciado/ Separado _{a,c,d}	36,5	(5,7)	35,3	37,6			
c) Casado _{b,d}	28,0	(7,2)	27,3	28,8			
d) Viudo _{a,b,c}	33,1	(6,4)	30,7	35,6			
Nº de hijos					27,6	,000	,103
a) 0 hijos _{b,c}	29,8	(8,7)	27,7	31,8			
b) 1 o 2 hijos _{a,c}	31,9	(7,5)	31,1	32,8			
c) ≥3 hijos _{a,b}	26,4	(6,6)	25,4	27,4			
Grado de estudios					27,5	,000	,139
a) Sin estudios _{b,d}	28,6	(8,5)	26,6	30,5			
b) Básicos _{a,c,d}	32,7	(6,5)	32,7	34,8			
c) Medios _{b,d}	30,0	(7,2)	28,8	31,1			
d) Superiores _{a,b,c}	25,9	(7,3)	24,7	27,2			
Profesión					17,8	,000	,197
a) Paro _{b,c,d,f,g,h}	35,3	(6,7)	33,8	36,8			
b) Jubilado _{a,c,f,g,h}	31,3	(6,7)	30,1	32,6			
c) Estudiante _{a,b,d,e,g}	24,2	(6,3)	20,1	27,5			
d) Ama de casa _{a,c,e,h}	28,8	(8,9)	24,9	32,7			
e) S. Primario _{c,d,f,g,h}	32,8	(7,6)	30,2	35,4			
f) Autónomo _{a,b,c,e,g,h}	27,3	(7,4)	25,7	28,9			
g) Emp. priva. _{a,b,c,e,f,h}	29,4	(7,2)	28,1	30,7			
h) Funcionario _{a,b,d,e,f,g}	23,4	(6,1)	21,6	25,1			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel <0,05.

En la tabla 32, se observa la relación existente entre los factores relacionados con la enfermedad oncológica de los participantes y la media de las puntuaciones obtenidas en la dimensión que engloba el total de síntomas.

En función del tipo de cáncer, el grupo de participantes que padecían cáncer de piel presentaron la menor puntuación de la dimensión que agrupa el total de síntomas, al obtener una media de 24,2 (DE 8,8). Mientras que los grupos que presentaron una superior puntuación fueron el de los que padecían cáncer de cerebro y sistema nervioso, con una media de 36,3 (DE 4,6), el de aquellos que presentaban cáncer de cabeza y cuello, con una puntuación de 35,9 (DE 4,6) y el de quienes padecían un cáncer del aparato respiratorio, con una media de 35,6 (DE 7,0).

En cuanto al tiempo desde el diagnóstico, cabe destacar que el grupo de pacientes en el que habían transcurrido 25 meses o más después de su diagnóstico, presentaron una menor puntuación media en dicha dimensión, con una media de 25,2 (DE 5,5). Por su parte, el grupo de participantes en los que habían transcurrido 12 meses o menos, fue el que presentó una puntuación mayor, con una media de 32,2 (DE 8,4).

Por otra parte, en relación al pronóstico de la enfermedad oncológica, el grupo de participantes que obtuvo una inferior puntuación media en la dimensión del total de síntomas, fue el de aquellos en que se preveía una curación a corto plazo, con una puntuación media de 24,4 (DE 5,9). Por su parte, los grupos de participantes que presentaron una mayor puntuación fueron, por un lado, el de aquellos que tenían un pronóstico incurable, con una puntuación media de 35,0 (DE 6,9) y por otro, el de aquellos que presentaban un pronóstico incierto, cuya puntuación obtenida fue de 33,3 (DE 6,7).

Por último, tras realizar el análisis de los valores de Eta al cuadrado parcial, observamos que el factor "Tiempo desde el diagnóstico", obtuvo un valor de (,133), por su parte el factor "Tipo de cáncer", presentó un valor de (,154), mientras que el factor "Pronóstico", con un valor de (,261), fue el que mostró un mayor tamaño del efecto.

Tabla 32. Factores de la enfermedad de los participantes relacionados con la dimensión de síntomas.

FACTORES	TOTAL SÍNTOMAS		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máy.	F	Sig.	
Tipo de cáncer					9,3	,000	,154
a) S. digestivo _{c,d,g,i,j}	28,5	(7,2)	27,3	29,7			
b) S. hematológ. _{c,g,i,j}	28,5	(8,3)	26,4	30,6			
c) Ap. respiratorio _{a,b,d,e,f,h,j}	35,6	(7,0)	33,5	37,8			
d) Ap. locomotor _{a,c,e,f,g,i,j}	31,7	(6,2)	29,2	34,3			
e) Mama _{c,d,g,i,j,k}	28,1	(7,9)	26,4	29,7			
f) S. reproductor femenino _{c,d,g,i,k}	27,5	(5,8)	25,4	29,5			
g) Cerebro/S.Nerv. _{a,b,d,e,f,h,j}	36,3	(4,6)	34,2	38,3			
h) Ap. genitourinar. _{c,g,i,j}	29,6	(7,5)	27,5	31,7			
i) Cabeza-cuello _{a,b,d,e,f,h,i}	35,9	(4,6)	34,1	37,7			
j) Piel _{a,b,c,d,e,g,h,i,k}	24,2	(8,8)	19,5	28,8			
k) Endocr./Neuroen. _{e,f,j}	33,5	(6,7)	27,8	39,1			
Tº desde diagnóstico					39,7	,000	,133
a) ≤12 meses _{b,c}	32,2	(8,4)	31,2	33,3			
b) 13-24 meses _{a,c}	29,8	(6,6)	28,8	30,9			
c) ≥25 meses _{a,b}	25,2	(5,5)	24,2	26,1			
Pronóstico					60,7	,000	,261
a) Largo plazo curable _{b,c,d}	28,3	(7,0)	27,2	29,3			
b) Corto plazo curable _{a,c,d}	24,4	(5,9)	23,3	25,4			
c) Incurable _{a,b}	35,0	(6,9)	33,7	36,3			
d) Incierto _{a,b}	33,3	(6,7)	31,9	34,6			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel <0,05.

En la tabla 33, se muestra la relación entre los hábitos tóxicos de los participantes y la media de las puntuaciones obtenidas en el global de síntomas.

El grupo de los participantes que no eran fumadores obtuvo una menor puntuación media que el del grupo de fumadores, con unas puntuaciones medias de 26,4 (DE 7,1) y 32,4 (DE 7,4), respectivamente.

Por otro lado, en cuanto al hábito alcohólico, el grupo de participantes que no eran bebedores obtuvo una puntuación media de 28,1 (DE 7,4), frente a 32,8 (DE 7,5), que mostraba el grupo de bebedores.

Finalmente, tras realizar el análisis de los valores de Eta al cuadrado parcial, podemos observar que el factor "Tabaco" fue el que presentó el tamaño del efecto más grande, con un valor de ($,145$), frente al ($,083$), que mostró el factor "Alcohol".

Tabla 33. Hábitos tóxicos de los participantes relacionados con el área de síntomas.

FACTORES	TOTAL SÍNTOMAS		IC (95%)		PRUEBA T		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	t	gl	
Tabaco					9,38	519	,145
Fumador	32,4	(7,3)	31,6	33,2			
No fumador	26,4	(7,1)	26,4	27,4			
Alcohol					6,86	519	,083
Bebedor	32,8	(7,5)	31,7	33,9			
No bebedor	28,1	(7,4)	27,3	28,9			

Sig. (bilateral) <0,01.

5.5.3.3. Área de funcionamiento

Al evaluar la dimensión del área de funcionamiento, del test de calidad de vida, por sexo, el grupo de mujeres mostró una puntuación media inferior, que la de los hombres, con una media de 35,5 (DE 10,8), frente a 36,2 (DE 10,4), respectivamente, lo que indica una mayor presencia de síntomas en el grupo

masculino. Al mismo, la Eta al cuadrado parcial, mostró un bajo impacto de este factor, al presentar una puntuación de ($,001$).

Por otra parte, al realizar el análisis, por grupos de edad, observamos que el grupo de menores de 46 años obtuvo la puntuación más baja con 32,9 (DE 10,8), frente a los 36,8 (DE 9,4), del grupo de mayores de 59 años y los 37,7 (DE 10,9), del grupo de pacientes entre 47 y 58 años, lo que indica una menor afectación, de la enfermedad, en dicho área, en el grupo de menores de 46 años (Tabla 34).

En cuanto al estado civil, los grupos que obtuvieron una mayor puntuación media, fueron el de divorciados/separados con 44,7 (DE 8,7) y el de viudos con 38,3 (DE 7,8), frente a los 30,7 (DE 10,9), del grupo de solteros y los 33,9 (DE 9,8), del grupo de casados (Tabla 34).

Por su parte, los participantes con 3 hijos o más, obtuvieron la menor puntuación media del área de funcionamiento, con 31,4 (DE 8,4), frente a los 34,6 (DE 12,2), de los que no tenían hijos y los 38,9 (DE 10,4), de los que tenían 1 o 2 hijos (Tabla 34).

En cuanto al grado estudios, aquellos con estudios superiores, obtuvieron una puntuación menor que el resto, con una media de 31,2 (DE 10,6), mientras que aquellos con estudios básicos, obtuvieron la mayor puntuación, con una media de 40,9 (DE 9,0) (Tabla 34).

En relación a la profesión de los participantes, aquellos grupos que obtuvieron unas menores puntuaciones, en la dimensión del área de funcionamiento, fueron el de estudiantes y el grupo de trabajadores funcionarios, con unas medias de 27,4 (DE 8,6) y 28,3 (DE 8,9), respectivamente, mientras que los grupos que obtuvieron unas superiores puntuaciones, fueron el de los participantes que se encontraban en situación de paro, con una puntuación media de 42,6 (DE 9,3) y el de los pertenecientes al sector primario, con una media de 40,6 (DE 11,0) (Tabla 34).

Por último, tras realizar el análisis de los valores de Eta al cuadrado parcial, observamos que tanto el factor "Estado Civil", con un valor de ($,181$), al mismo tiempo que el factor "Profesión", con un valor de ($,167$), fueron los factores que presentaron un mayor tamaño del efecto.

Tabla 34. Características de los participantes relacionadas con la calidad de vida, dentro del área de funcionamiento.

FACTORES	FUNCIONAMIENTO		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	F	Sig.	
Edad					12,9	,000	,048
a) ≤46 años _{b,c}	32,9	(10,8)	31,3	34,6			
b) 47-58 años _a	37,7	(10,9)	36,1	39,4			
c) ≥59 años _a	36,8	(9,4)	35,4	38,2			
Estado Civil					40,4	,000	,181
a) Soltero _{b,c,d}	30,7	(10,9)	27,8	33,7			
b) Divorciado/ Separado _{a,c,d}	44,7	(8,7)	42,9	46,5			
c) Casado _{a,b,d}	33,9	(9,8)	32,9	35,0			
d) Viudo _{a,b,c}	38,3	(7,8)	35,3	41,3			
Nº de hijos					29,9	,000	,103
a) 0 hijos _{b,c}	34,6	(12,2)	31,7	37,5			
b) 1 o 2 hijos _{a,c}	38,9	(10,4)	37,7	40,1			
c) ≥3 hijos _{a,b}	31,4	(8,4)	30,1	32,7			
Grado de estudios					27,8	,000	,126
a) Sin estudios _{b,c}	32,9	(10,6)	30,5	35,3			
b) Básicos _{a,c,d}	40,9	(9,0)	39,4	42,4			
c) Medios _{a,b,d}	36,4	(9,9)	34,9	37,9			
d) Superiores _{b,c}	31,2	(10,6)	29,3	33,0			
Profesión					17,9	,000	,167
a) Paro _{b,c,d,f,g,h}	42,6	(9,3)	40,5	44,7			
b) Jubilado _{a,c,f,h}	37,1	(9,0)	35,4	38,7			
c) Estudiante _{a,b,d,e,g}	27,4	(8,6)	23,0	31,8			
d) Ama de casa _{a,c,h}	35,7	(12,5)	30,3	41,1			
e) S. Primario _{c,f,g,h}	40,6	(11,0)	36,9	44,3			
f) Autónomo _{a,b,e,g,h}	32,3	(10,1)	30,0	34,5			
g) E. privada _{a,c,e,f,h}	35,8	(9,9)	34,0	37,6			
h) Funcionario _{a,b,d,e,f,g}	28,3	(8,9)	25,8	30,8			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel <0,05.

En la tabla 35, podemos observar la relación existente entre los factores relacionados con la enfermedad oncológica de los participantes y la media de las puntuaciones obtenidas en el área de funcionamiento.

En función del tipo de cáncer, el grupo de participantes que padecían cáncer de piel presentaron la menor puntuación del área de síntomas, al obtener una media de 27,6 (DE 11,9). Por el contrario, los grupos que presentaron una superior puntuación fueron el de los que padecían cáncer de cerebro y sistema nervioso, con una media de 45,5 (DE 7,1), el de aquellos que presentaban cáncer de cabeza y cuello, con una puntuación de 44,4 (DE 6,2) y el de quienes padecían un cáncer del aparato respiratorio, con una media de 41,9 (DE 10,8).

En cuanto al tiempo desde el diagnóstico, cabe destacar que el grupo de pacientes en el que habían transcurrido 25 meses o más después de su diagnóstico, presentaron una menor puntuación media en dicha dimensión, con una media de 30,1 (DE 7,9). Por su parte, el grupo de participantes en los que habían transcurrido 12 meses o menos, fue el que presentó una puntuación mayor, con una media de 38,7 (DE 11,5).

Por otra parte, en relación al pronóstico de la enfermedad oncológica, el grupo de participantes que obtuvo una inferior puntuación media en el área de funcionamiento fue el de aquellos en que se preveía una curación a corto plazo, con una puntuación media de 29,6 (DE 8,2). Por su parte, los grupos de participantes que presentaron una mayor puntuación fueron, por un lado, el de aquellos que tenían un pronóstico incurable, con una puntuación media de 41,4 (DE 10,9) y por otro, el de aquellos que presentaban un pronóstico incierto, cuya puntuación obtenida fue de 40,7 (DE 9,3).

Finalmente, cabe destacar, que tras analizar los valores de Eta al cuadrado parcial, observamos que los factores "Tipo de cáncer", con un valor de (η^2 ,133) y "Profesión", con un valor de (η^2 ,192), fueron los que mostraron el tamaño del efecto más grande.

Tabla 35. Factores de la enfermedad de los participantes relacionados con el área de funcionamiento.

FACTORES	FUNCIONAMIENTO		IC (95%)		ANOVA		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	F	Sig.	
Tipo de cáncer					9,30	,000	,133
a) S. digestivo _{c,g,i,j}	33,9	(9,5)	32,3	35,5			
b) S. hematológ. _{c,g,i,j}	34,5	(10,8)	31,8	37,1			
c) Ap. respiratorio _{a,b,e,f,h,j}	41,9	(10,8)	38,6	45,2			
d) Ap. locomotor _{g,i,j}	37,6	(10,6)	33,2	41,9			
e) Mama _{c,g,i,j}	34,3	(10,4)	32,1	36,4			
f) S. reproductor femenino _{c,g,i,j}	34,1	(9,8)	30,6	37,6			
g) Cerebro/S. Nerv. _{a,b,d,e,f,h,j}	45,5	(7,1)	42,3	48,7			
h) Ap. genitourinar. _{c,g,i,j,k}	34,8	(10,3)	31,9	37,7			
i) Cabeza-cuello _{a,b,d,e,f,h,j}	44,4	(6,2)	41,9	46,8			
j) Piel _{a,b,c,d,e,f,g,h,i,k}	27,6	(11,9)	21,3	33,9			
k) Endocr./Neuroen. _j	39,5	(10,4)	30,8	48,2			
Tº desde diagnóstico					39,7	,000	,106
a ≤12 meses _{b,c}	38,7	(11,5)	37,3	40,1			
b 13-24 meses _{a,c}	36,1	(9,1)	34,6	37,5			
c ≥25 meses _{a,b}	30,1	(7,9)	28,7	31,5			
Pronóstico					60,7	,000	,192
a) Largo plazo curable _{b,c,d}	33,9	(9,6)	32,5	35,2			
b) Corto plazo curable _{a,c,d}	29,6	(8,2)	28,0	31,1			
c) Incurable _{a,b}	41,4	(10,9)	39,4	43,4			
d) Incierto _{a,b}	40,7	(9,3)	38,8	42,5			

Las letras indican las diferencias significativas entre las medias de los diferentes grupos a nivel <0,05.

En la tabla 36, se muestra la relación entre los hábitos tóxicos de los participantes y la media de las puntuaciones obtenidas en el área de funcionamiento.

El grupo de los participantes que no eran fumadores obtuvo una menor puntuación media que el del grupo de fumadores, con unas puntuaciones medias de 31,6 (DE 9,5) y 39,1 (DE 10,3), respectivamente.

Por otro lado, en cuanto al hábito alcohólico, el grupo de participantes que no eran bebedores obtuvo una puntuación media de 33,9 (DE 10,1), frente a 39,2 (DE 10,7), que mostraba el grupo de bebedores.

Por último, tras realizar el análisis de los valores de Eta al cuadrado parcial, podemos observar que el factor "Tabaco" fue el que presentó el tamaño del efecto más grande, con un valor de (.123), frente al (.056), que mostró el factor "Alcohol".

Tabla 36. Hábitos tóxicos de los participantes relacionados con el área de funcionamiento.

FACTORES	FUNCIONAMIENTO		IC (95%)		PRUEBA T		Eta al cuadrado parcial
	Media	(DE)	Mín.	Máx.	t	gl	
Tabaco					8,53	519	,123
Fumador	39,1	(10,3)	37,9	40,3			
No fumador	31,6	(9,5)	30,3	32,8			
Alcohol					5,60	519	,056
Bebedor	39,2	(10,7)	37,7	40,8			
No bebedor	33,9	(10,1)	32,9	35,1			

Sig. (bilateral) <0,01.

5.5.4. Correlaciones espiritualidad, resiliencia y calidad de vida

5.5.4.1. Correlación espiritualidad y resiliencia

La evaluación realizada de la variable “espiritualidad” mostró una correlación positiva significativa ($p < 0,001$) con respecto a la variable “resiliencia” (,853).

5.5.4.2. Correlaciones espiritualidad y factores de calidad de vida, en el área de funcionamiento.

La tabla 37 muestra que la espiritualidad, de los participantes, presentó una correlación significativa bilateral ($< 0,001$), con cada uno de los cinco factores del área de funcionamiento, siendo con el estado físico y con la función cognitiva, con las que más correlación presentaba, con cifras de (-,773) y (-,753), respectivamente. Estos resultados representan la existencia de una gran relación positiva entre espiritualidad y el área de funcionamiento, conllevando una mejor calidad de vida, en cada uno de los cinco factores que componen dicha área.

5.5.4.3. Correlaciones espiritualidad y factores de calidad de vida, en el área de síntomas.

En la tabla 38 podemos observar que la espiritualidad, mostró una estrecha correlación significativa bilateral ($< 0,001$), con cada una de las variables que componen el área de síntomas del test de calidad de vida QLQ-C30. Cabe destacar, que con la variable “dolor”, es con la que más correlación posee, la espiritualidad, con un resultado de (-,734).

Tabla 37. Correlacion de Pearson: espiritualidad y factores de calidad de vida en el área de funcionamiento.

	ESPIRITUALIDAD	CV: ESTADO FÍSICO	CV: ACTIVIDADES COTIDIANAS	CV: ESTADO EMOCIONAL	CV: FUNCIÓN COGNITIVA	CV: FUNCIÓN SOCIAL
ESPIRITUALIDAD	1	-,773	-,676	-,709	-,753	-,586
CV: ESTADO FÍSICO		-1	,791	,645	,709	,707
CV: ACTIVIDAD. COTIDIANAS			1	,580	,641	,529
CV: ESTADO EMOCIONAL				1	,977	,582
CV: FUNCIÓN COGNITIVA					1	,627
CV: FUNCIÓN SOCIAL						1

Todas las correlaciones son significativas al nivel $<0,001$ (bilateral).

Tabla 38. Correlación de Pearson: espiritualidad y área de síntomas.

	ESPIRITUALIDAD	DISNEA	DOLOR	INSOMNIO	FATIGA	ANOREXIA	NÁUSEAS VÓMITOS	ESTREÑIMIENTO	DIARREA	IMPACTO ECONÓMICO
ESPIRITUALIDAD	1	-,693	-,734	-,603	-,683	-,668	-,686	-,263	-,232	-,442
DISNEA		1	,730	,558	,676	,667	,622	,290	,171	,387
DOLOR			1	,642	,836	,720	,704	,247	,198	,471
INSOMNIO				1	,655	,595	,562	,202	,128	,432
FATIGA					1	,715	,651	,221	,137	,422
ANOREXIA						1	,628	,212	,143	,380
NÁUSEAS VÓMITOS							1	,251	,242	,438
ESTREÑIMIENTO								1	-,228	,233
DIARREA									1	,151
IMPACTO ECONÓMICO										1

Todas las correlaciones son significativas al nivel <0,001 (bilateral).

5.5.4.4. Correlaciones espiritualidad y calidad de vida global

Como puede observarse en la tabla 39, la espiritualidad guardaba una correlación significativa con el área de funcionamiento (-,821), con el de síntomas (-,800) y con la salud global, percibida por el paciente (,824).

Tabla 39. Correlación de Pearson: espiritualidad y calidad de vida global.

	ESPIRITUALIDAD	CV: ÁREA FUNCIONAMIENTO	CV: TOTAL SÍNTOMAS	CV: SALUD GLOBAL
ESPIRITUALIDAD	1	-,821	-,800	,824
CV: ÁREA FUNCIONAMIENTO		1	,913	-,892
CV: TOTAL SÍNTOMAS			1	-,890
CV: SALUD GLOBAL				1

Todas las correlaciones son significativas al nivel <0,001 (bilateral).

5.5.4.5. Correlaciones factores espiritualidad y resiliencia

La correlación entre los factores de espiritualidad y la resiliencia aparece representada en la tabla 40. Todos mostraron una alta correlación significativa con la resiliencia, siendo el factor de autoconciencia el que presentó una mayor correlación (,820). Por su parte, el factor de creencias espirituales evidenció una correlación de (,765), el de prácticas espirituales (,802), mientras que el de necesidades espirituales (,807).

Tabla 40. Correlación de Pearson: factores espiritualidad y resiliencia.

	F1 AUTOCONCIENCIA	F2 CREENCIAS ESPIRITUALES	F3 PRÁCTICAS ESPIRITUALES	F4 NECESIDADES ESPIRITUALES	RESILIENCIA
F1 AUTOCONCIENCIA	1	,832	,839	,853	,820
F2 CREENCIAS ESPIRITUALES		1	,841	,771	,765
F3 PRÁCTICAS ESPIRITUALES			1	,887	,802
F4 NECESIDADES ESPIRITUALES				1	,807
RESILIENCIA					1

Todas las correlaciones son significativas al nivel <0,001 (bilateral).

5.5.4.6. Correlaciones factores espiritualidad y factores de calidad de vida, en el área de funcionamiento

La tabla 41 muestra que los 4 factores del test de espiritualidad, poseían una correlación significativa bilateral ($<0,001$), con cada uno de los cinco factores del área de funcionamiento, siendo con el estado físico y con la función cognitiva, con los que más correlación presentaban, con cifras que oscilan entre (-,743) para las prácticas y necesidades espirituales, con el estado físico y (-,730), para las prácticas espirituales con la función cognitiva. Estos resultados representan la existencia de una gran relación positiva entre los factores de espiritualidad y el área de funcionamiento, conllevando una mejor calidad de vida, en cada uno de los cinco factores que componen dicha área.

5.5.4.7. Correlaciones factores espiritualidad y factores de calidad de vida, en el área de síntomas

En la tabla 42 podemos observar que los factores de espiritualidad, presentaron una estrecha correlación significativa bilateral ($<0,001$), con cada una de las variables del área de síntomas, del test de calidad de vida QLQ-C30. Cabe destacar, que con la variable “dolor”, es con la que más correlación tenían los 4 factores de espiritualidad, con unos resultados que oscilaban entre (-,647) de las creencias espirituales y (-,714) de las prácticas espirituales.

5.5.4.8. Correlaciones factores espiritualidad y calidad de vida global

Como puede observarse en la tabla 43, los 4 factores de espiritualidad guardaban una gran correlación significativa con los 3 bloques de calidad de vida. Entre ellos, el factor de prácticas espirituales es el que presentaba una mayor correlación con el área de funcionamiento (-,793) y con el de síntomas, (-,777), siendo con la salud global, percibida por el paciente, tanto el factor de autoconciencia como el de prácticas espirituales, los que una mayor correlación presentan con (,789) y (,785), respectivamente.

Tabla 41. Correlación de Pearson: factores espiritualidad y factores de calidad de vida en el área de funcionamiento.

	F1 AUTOCONOCIMIENTO	F2 CREENCIAS ESPIRITUALES	F3 PRÁCTICAS ESPIRITUALES	F4 NECESIDADES ESPIRITUALES	CV: ESTADO FÍSICO	CV: ACTIVIDADES COTIDIANAS	CV: ESTADO EMOCIONAL	CV: FUNCIÓN COGNITIVA	CV: FUNCIÓN SOCIAL
F1 AUTOCONOCIMI- ENTO	1	,832	,839	,853	-,720	-,630	-,677	-,716	-,574
F2 CREENCIAS ESPIRITUALES		1	,841	,771	-,686	-,578	-,610	-,642	,530
F3 PRÁCTICAS ESPIRITUALES			1	,887	-,743	-,644	-,688	-,730	-,572
F4 NECESIDADES ESPIRITUALES				1	-,743	-,669	-,662	-,712	-,511
CV: ESTADO FÍSICO					1	,791	,645	,709	,707
CV: ACTIVIDADES COTIDIANAS						1	,580	,641	,529
CV: ESTADO EMOCIONAL							1	,977	,582
CV: FUNCIÓN COGNITIVA								1	,627
CV: FUNCIÓN SOCIAL									1

Todas las correlaciones son significativas al nivel $<0,001$ (bilateral).

Tabla 42. Correlación de Pearson: factores espiritualidad y área de síntomas.

	F1 AUTOOCO.	F2 CREENCIAS ESPIRITUAL.	F3 PRÁCTICAS ESPIRITUAL.	F4 NECESIDADES ESPIRITUALES	DISNEA	DOLOR	INSOMNIO	FATIGA	ANOREXIA	NÁUSEAS VÓMITOS	ESTREÑI- MIENTO	DIARRREA	IMPAC. ECONÓ.
F1 AUTOCONOCIMI- ENTO	1	,832	,839	,853	-,644	-,699	-,564	-,661	-,646	-,662	-,233	-,214	-,411
F2 CREENCIAS ESPIRITUALES		1	,841	,771	-,589	-,647	-,533	-,621	-,619	-,593	-,205	-,159	-,395
F3 PRÁCTICAS ESPIRITUALES			1	,887	-,666	-,714	-,593	-,669	-,634	-,661	-,254	-,243	-,422
F4 NECESIDADES ESPIRITUALES				1	-,685	-,677	-,561	-,601	-,606	-,639	-,282	-,231	-,427
DISNEA					1	,730	,558	,676	,677	,622	,290	,171	,387
DOLOR						1	,642	,836	,720	,704	,247	,198	,471
INSOM.							1	,655	,595	,562	,202	,128	,432
FATIGA								1	,715	,651	,221	,137	,422
ANOREXIA									1	,628	,212	,143	,380
NÁUSEAS Y VÓMITOS										1	,251	,242	,438
ESTREÑIMIENTO											1	-,228	,233
DIARRREA												1	,151
IMPACTO ECONÓ.													1

Todas las correlaciones son significativas al nivel <0,001 (bilateral).

Tabla 43. Correlación de Pearson: factores espiritualidad y calidad de vida global.

	F1 AUTO.	F2 CREEN. ESPIRIT.	F3 PRÁCT. ESPIRIT.	F4 NECESI. ESPIRIT.	CV: ÁREA FUNCION.	CV: TOTAL SÍNTOMAS	CV: SALUD GLOBAL
F1 AUTOCONOC.	1	,832	,839	,853	-,776	-,760	,789
F2 CREENCIAS ESPIRITUALES		1	,841	,771	-,714	-,701	,733
F3 PRÁCTICAS ESPIRITUALES			1	,887	-,793	-,777	,785
F4 NECESIDADES ESPIRITUALES				1	-,779	-,744	,771
CV: ÁREA FUNCIONAM.					1	,913	-,892
CV: TOTAL SÍNTOMAS						1	-,890
CV: SALUD GLOBAL							1

Todas las correlaciones son significativas al nivel $<0,001$ (bilateral).

5.5.4.9. Correlaciones resiliencia y factores de calidad de vida, en el área de funcionamiento

En la tabla 44, se puede observar que la espiritualidad, de los participantes, presentó una correlación significativa bilateral ($<0,001$), con cada uno de los cinco factores del área de funcionamiento, siendo con el estado físico y con la función cognitiva, con las que existía una mayor correlación, (-,800) y (-,739), respectivamente. Los presentes resultados muestran la existencia de una alta correlación positiva entre resiliencia y el área de funcionamiento, conllevando una mejor calidad de vida, en cada uno de los cinco factores que componen dicha área.

5.5.4.10. Correlaciones resiliencia y factores de calidad de vida, en el área de síntomas

La tabla 45 muestra que la resiliencia, presentó una estrecha correlación significativa bilateral ($<0,001$), con cada una de las variables del área de síntomas, del test de calidad de vida QLQ-C30, destacando, que con la variable "dolor", es con la que más correlación poseía, con una cifra de (-,776).

Tabla 44. Correlacion de Pearson: resiliencia y factores de la calidad de vida en el área de funcionamiento.

	RESILIENCIA	CV: ESTADO FÍSICO	CV: ACTIVIDAD. COTIDIA.	CV: ESTADO EMOCIONAL	CV: FUNCIÓN COGNIT.	CV: FUNCIÓN SOCIAL
RESILIENCIA	1	-,800	-,676	-,705	-,739	-,650
CV: ESTADO FÍSICO		1	,791	,645	,709	,707
CV: ACTIVIDADES COTIDIANAS			1	,580	,641	,529
CV: ESTADO EMOCIONAL				1	,977	,582
CV: FUNCIÓN COGNITIVA					1	,627
CV: FUNCIÓN SOCIAL						1

Todas las correlaciones son significativas al nivel $<0,001$ (bilateral).

Tabla 45. Correlación de Pearson: resiliencia y área de síntomas.

	RESILIENCIA	DISNEA	DOLOR	INSOMN.	FATIGA	ANOREX	NÁUSEAS VÓMITOS	ESTREÑL.	DIARREA	IMPAC. ECONÓ.
RESILIENCIA	1	-,743	-,776	-,645	-,726	-,692	-,683	-,258	-,187	-,406
DISNEA		1	,730	,558	,676	,667	,622	,290	,171	,387
DOLOR			1	,642	,836	,720	,704	,247	,198	,471
INSOMNIO				1	,655	,595	,562	,202	,128	,432
FATIGA					1	,715	,651	,221	,137	,422
ANOREXIA						1	,628	,212	,143	,380
NÁUSEAS VÓMITOS							1	,251	,242	,438
ESTREÑIMIENTO								1	-,228	,233
DIARREA									1	,151
IMPACTO ECONÓMICO										1

Todas las correlaciones son significativas al nivel $<0,001$ (bilateral).

5.5.4.11. Correlaciones resiliencia y calidad de vida global

Como puede observarse en la tabla 46, la resiliencia guardaba una correlación significativa con el área de funcionamiento (-,833), con el de síntomas (-,824), así como con la salud global (,857).

Tabla 46. Correlación de Pearson: resiliencia y calidad de vida global.

	RESILIENCIA	CV: ÁREA FUNCIONAMIENTO	CV: TOTAL SÍNTOMAS	CV: SALUD GLOBAL
RESILIENCIA	1	-,833	-,824	,857
CV: ÁREA FUNCIONAMIENTO		1	,913	-,892
CV: TOTAL SÍNTOMAS			1	-,890
CV: SALUD GLOBAL				1

Todas las correlaciones son significativas al nivel <0,001 (bilateral).

5.5.4.12. Correlaciones factores de resiliencia y espiritualidad

Entre los factores de resiliencia, el factor de competencia personal, fue el que presentó una mayor correlación significativa con la espiritualidad (,853), mientras que por su parte, el factor de aceptación de uno mismo y de la vida fue de (,802) (Tabla 47).

Tabla 47. Correlación de Pearson: factores de resiliencia y espiritualidad.

	ESPIRITUALIDAD	F1 COMPETENCIA PERSONAL	F2 ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA
ESPIRITUALIDAD	1	,853	,802
F1 COMPETENCIA PERSONAL		1	,912
F2 ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA			1

Todas las correlaciones son significativas al nivel $<0,001$ (bilateral).

5.5.4.13. Correlaciones factores de resiliencia y área de funcionamiento

En la tabla 48, se puede observar que los factores que componen la escala de resiliencia, poseían una correlación significativa bilateral ($<0,001$), con cada uno de los cinco factores del área de funcionamiento, siendo con el estado físico y con la función cognitiva, con las que presentaron una mayor correlación, en ambos factores (-,803) y (-,746), para el estado físico, mientras que (-,742) y (-,688) para la función cognitiva.

5.5.4.14. Correlaciones factores de resiliencia y factores de calidad de vida, en el área de síntomas

La tabla 49 muestra que los factores de resiliencia, mostraron una estrecha correlación significativa bilateral ($<0,001$), con cada una de las variables que componen el área de síntomas del test de calidad de vida QLQ-C30, destacando, que con la variable "dolor", es con la que más correlación presentaban, con cifras de (-,764) y (-,754), para la competencia personal y la aceptación de uno mismo y de la vida, respectivamente.

Tabla 48. Correlación de Pearson: factores de resiliencia y factores de calidad de vida en el área de funcionamiento.

	F1 COMPETENCIA PERSONAL	F2 ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA	CV: ESTADO FÍSICO	CV: ACTIVIDADES COTIDIANAS	CV: ESTADO EMOCIONAL	CV: FUNCIÓN COGNITIVA	CV: FUNCIÓN SOCIAL
F1 COMPETENCIA PERSONAL	1	,912	-,803	-,679	-,706	-,742	-,636
F2 ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA		1	-,746	-,628	-,660	-,688	-,640
CV: ESTADO FÍSICO			1	,791	,645	,709	,707
CV: ACTIVIDADES COTIDIANAS				1	,580	,641	,529
CV: ESTADO EMOCIONAL					1	,977	,582
CV: FUNCIÓN COGNITIVA						1	,627
CV: FUNCIÓN SOCIAL							1

Todas las correlaciones son significativas al nivel <0,001 (bilateral).

Tabla 49. Correlación de Pearson: factores de resiliencia y factores de calidad de vida en el área de síntomas.

	F1 COMPETENCIA PERSONAL	F2 ACEPTACIÓN UNO MISMO	DISNEA	DOLOR	INSOMNIO	FATIGA	ANOREXIA	NÁUSEAS VÓMITOS	ESTREÑI.	DIARREA	IMPACT. ECON.
F1 COMPETENCIA PERSONAL	1	,912	-,746	-,764	-,630	-,708	-,684	-,688	-,277	-,191	-,421
F2 ACEPTACIÓN UNO MISMO		1	-,693	-,754	-,638	-,721	-,668	-,631	-,203	-,165	-,350
DISNEA			1	,730	,558	,676	,667	,622	,290	,171	,387
DOLOR				1	,642	,836	,720	,704	,247	,198	,471
INSOMNIO					1	,655	,595	,562	,202	,128	,432
FATIGA						1	,715	,651	,221	,137	,422
ANOREXIA							1	,628	,212	,143	,380
NÁUSEAS VÓMITOS								1	,251	,242	,438
ESTREÑIMIENT.									1	-,228	,233
DIARREA										1	,151
IMPACTO ECONÓMICO											1

Todas las correlaciones son significativas al nivel <0,001 (bilateral).

5.5.4.15. *Correlaciones factores de resiliencia y calidad de vida global*

Como se puede observar en la tabla 50, los 2 factores de la escala de resiliencia guardaban una gran correlación significativa con los 3 bloques de la calidad de vida global, siendo el factor de competencia personal el que poseía una mayor relación, tanto con el área de funcionamiento (-,834), con el de síntomas (-,820), así como con el de salud global (,851).

Tabla 50. Correlación de Pearson: factores de resiliencia y calidad de vida global.

	F1 COMPETENCIA PERSONAL	F2 ACEPTACIÓN UNO MISMO	CV: ÁREA FUNCIONAMIENTO	CV: TOTAL SÍNTOMAS	CV: SALUD GLOBAL
F1 COMPETENCIA PERSONAL	1	,912	-,834	-,820	,851
F2 ACEPTACIÓN UNO MISMO		1	-,782	-,783	,817
CV: ÁREA FUNCIONAM.			1	,913	-,892
CV: TOTAL SÍNTOMAS				1	-,890
CV: SALUD GLOBAL					1

Todas las correlaciones son significativas al nivel <0,001 (bilateral).

5.5.5. Regresión lineal espiritualidad, resiliencia y calidad de vida

5.5.5.1. Regresión lineal espiritualidad y resiliencia

La espiritualidad y la resiliencia presentaban una relación lineal ($<0,001$), explicando la espiritualidad el 72% de la variabilidad de la resiliencia (R^2 corregida=0,72). Por otra parte, la relación que mostraron, la espiritualidad y la resiliencia, fue directa, presentando un aumento de (1,14) puntos, la resiliencia, cuando aumentaba en un punto la espiritualidad (Tabla 51).

Tabla 51. Relación espiritualidad y resiliencia.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t		IC (95%) para B	
	B	Error típ.	Beta			Sig.	Lím. Inf.
(Constante)	34,12	2,120		16,09	,000	29,95	38,28
Espiritualidad	1,14	,031	,853	37,27	,000	1,07	1,19

Variable dependiente: Resiliencia

R cuadrado corregida ,728.

5.5.5.2. Regresión lineal espiritualidad y salud global

La tabla 52 muestra que la espiritualidad y la salud global estaban relacionadas linealmente, en los participantes del estudio ($<0,001$), explicando la espiritualidad el 67% de la variabilidad de la salud global (R^2 corregida=0,67). Al mismo tiempo, la relación observada entre la espiritualidad y la salud global, fue directa, presentando un aumento de (,124) puntos la salud global, cuando aumentaba en un punto la espiritualidad.

Tabla 52. Relación espiritualidad y salud global.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t		IC (95%) para B	
	B	Error típ.	Beta			Sig.	Lím. Inf.
(Constante)	-,832	,260		-3,20	,000	-1,34	-,322
Espiritualidad	,124	,004	,824	33,09	,000	,116	,131

Variable dependiente: Salud global

R cuadrado corregida ,678.

5.5.5.3. Regresión lineal espiritualidad y dimensión total de síntomas

La espiritualidad y la dimensión total de síntomas presentaban una relación lineal ($<0,001$), explicando la espiritualidad el 63% de la variabilidad de la dimensión total de síntomas (R^2 corregida=0,63). Por otra parte, la relación que mostraron, la espiritualidad y la dimensión total de síntomas, fue directa, presentando la dimensión total de síntomas una disminución de (,302) puntos, cuando aumentaba en un punto la espiritualidad (Tabla 53).

Tabla 53. Relación espiritualidad y dimensión total de síntomas.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t		IC (95%) para B	
	B	Error típ.	Beta			Sig.	Lím. Inf.
(Constante)	49,89	,692		72,11	,000	62,1	65,6
Espiritualidad	-,302	,010	-,800	-30,34	,000	-,448	-,397

Variable dependiente: Dimensión total de síntomas

R cuadrado corregida ,639.

5.5.5.4. Regresión lineal espiritualidad y área de funcionamiento

La tabla 54 muestra que la espiritualidad y el área de funcionamiento poseían una relación lineal ($<0,001$), explicando la espiritualidad el 67% de la variabilidad del área de funcionamiento (R^2 corregida=0,67). Al mismo tiempo, la relación mostrada entre la espiritualidad y el área de funcionamiento, fue directa, presentando el área de funcionamiento una disminución de (-,423) puntos, cuando aumentaba en un punto la espiritualidad.

Tabla 54. Relación espiritualidad y área de funcionamiento.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t		IC (95%) para B	
	B	Error típ.	Beta			Sig.	Lím. Inf.
(Constante)	63,92	,896		71,32	,000	62,1	65,6
Espiritualidad	-,423	,013	-,821	-32,76	,000	-,448	-,397

Variable dependiente: Área de funcionamiento

R cuadrado corregida ,673.

5.5.5.5. Regresión lineal resiliencia y salud global

La resiliencia y la salud global, presentaban una relación lineal ($<0,001$), explicando la resiliencia el 73% de la variabilidad de la salud global (R^2 corregida=0,73). Por otra parte, la relación que mostraron, la resiliencia y la salud global, fue directa, presentando un aumento de (,096) puntos la salud global, cuando aumentaba en un punto la resiliencia (Tabla 55).

Tabla 55. Relación resiliencia y salud global.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t		IC (95%) para B	
	B	Error típ.	Beta			Sig.	Lím. Inf.
(Constante)	-3,20	,288		-11,12	,000	-3,76	-2,63
Resiliencia	,096	,003	,857	37,86	,000	,091	,101

Variable dependiente: Salud global

R cuadrado corregida ,734.

5.5.5.6. Regresión lineal resiliencia y dimensión total de síntomas

La tabla 56 muestra que la resiliencia y la dimensión total de síntomas estaban relacionadas linealmente, en los participantes del estudio ($<0,001$), explicando la resiliencia el 67% de la variabilidad de la dimensión total de síntomas (R^2 corregida=0,67). Al mismo tiempo, la relación observada entre la resiliencia y la dimensión total de síntomas, fue directa, presentando una disminución de (,234) puntos la dimensión total de síntomas, cuando aumentaba en un punto la resiliencia.

Tabla 56. Relación resiliencia y dimensión total de síntomas.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t		IC (95%) para B	
	B	Error típ.	Beta			Sig.	Lím. Inf.
(Constante)	55,43	,797		69,59	,000	53,8	57,0
Resiliencia	-,234	,007	-,824	-33,12	,000	-,247	-,220

Variable dependiente: Dimensión total de síntomas

R cuadrado corregida ,678.

5.5.5.7. Regresión lineal resiliencia y área de funcionamiento

La resiliencia y el área de funcionamiento, presentaban una relación lineal ($<0,001$), explicando la resiliencia el 69% de la variabilidad del área de funcionamiento (R^2 corregida=0,69). Por otra parte, la relación que mostraron la resiliencia y el área de funcionamiento, fue directa, presentando una disminución de (,322) puntos el área de funcionamiento, cuando aumentaba en un punto la resiliencia (Tabla 57).

Tabla 57. Relación resiliencia y área de funcionamiento.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t		IC (95%) para B	
	B	Error típ.	Beta			Sig.	Lím. Inf.
(Constante)	71,15	1,05		67,23	,000	69,0	73,2
Resiliencia	-,322	,009	-,833	-34,36	,000	-,340	-,303

Variable dependiente: Área de funcionamiento

R cuadrado corregida ,694.

5.5.6. Análisis de varianza factorial espiritualidad, resiliencia y calidad de vida

5.5.6.1. Análisis de varianza espiritualidad, resiliencia y tiempo desde el diagnóstico

En tabla 58, se muestra que tanto la espiritualidad, como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, influían significativamente sobre la resiliencia, tanto por separado (,000), como mediante la interacción de ambas (,029).

Tabla 58. Prueba efecto inter-sujetos. Variable dependiente: resiliencia.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	F	Sig.
Modelo corregido	348562,316 ^a	185	14,37	,000
Intersección	4260014,584	1	32502,06	,000
Espiritualidad	209530,029	79	20,23	,000
Tiempomeses	8548,499	2	32,61	,000
Espiritualidad* Tiempomeses	18231,043	104	1,337	,029
Error	43908,133	335		
Total	6649140,000	521		
Total corregida	392470,449	520		

a. R cuadrado= ,888 (R cuadrado corregida =,826)

Para visualizar más claramente, los anteriores resultados, el gráfico 2, muestra que tanto la espiritualidad como el tiempo desde el diagnóstico influían, significativamente, sobre el grado de resiliencia de los participantes. Aquellos pacientes que tenían un elevado nivel de espiritualidad, poseían una mayor resiliencia, incluso aquellos que llevaban diagnosticados menos de un año, que quienes poseían una inferior espiritualidad y más de 2 años desde el diagnóstico de la enfermedad.

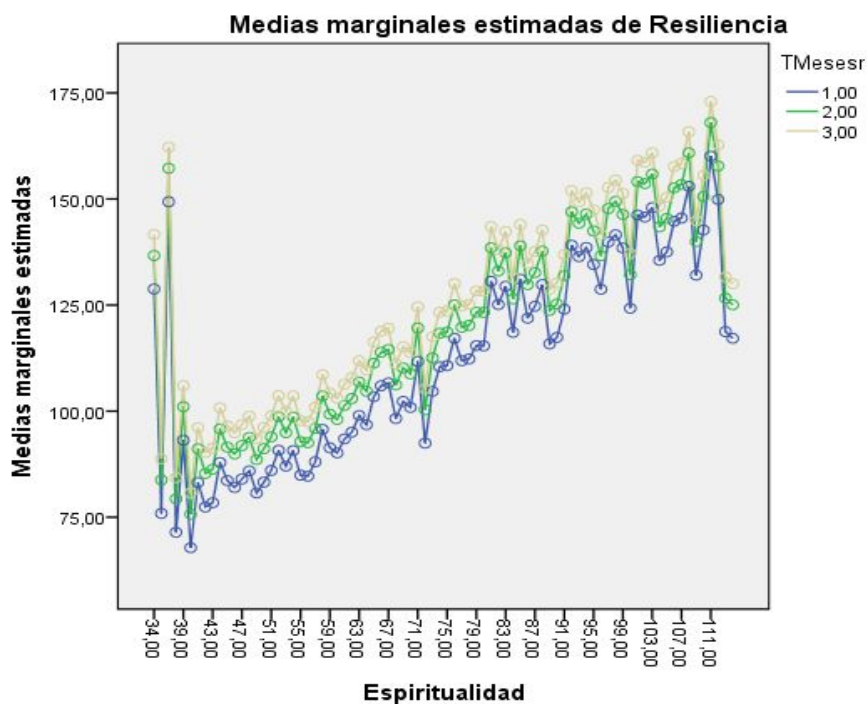


Gráfico 2. Perfil de espiritualidad por tiempo desde el diagnóstico.
Variable dependiente: resiliencia.

5.5.6.2. Análisis de varianza espiritualidad, tiempo desde el diagnóstico y salud global

La tabla 59, muestra que tanto la espiritualidad, como el tiempo desde el diagnóstico influyen sobre la percepción de salud global de los participantes, tanto por separado ($,000$), como mediante la interacción de ambas ($,000$).

Tabla 59. Prueba efecto inter-sujetos. Variable dependiente: salud global.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	F	Sig.
Modelo corregido	4278,947 ^a	185	11,12	,000
Intersección	20932,119	1	10067,01	,000
Tiempomeses	123,894	2	29,79	,000
Espiritualidad	2279,179	79	13,87	,000
Tiempomeses* Espiritualidad	385,622	104	1,783	,000
Error	696,558	335		
Total	33278,000	521		
Total corregida	4975,505	520		

a. R cuadrado=,860 (R cuadrado corregida=,783)

El gráfico 3 muestra, más claramente estos resultados, de tal modo que tanto la espiritualidad como el tiempo desde el diagnóstico influyen, significativamente, sobre el nivel de salud global, percibida por los participantes. Por su parte, aquellos pacientes que tienen un elevado nivel de espiritualidad, poseen una mayor salud global, incluso aquellos que llevan diagnosticados menos de un año, que quienes poseen una inferior espiritualidad y más de 2 años desde el diagnóstico de la enfermedad.

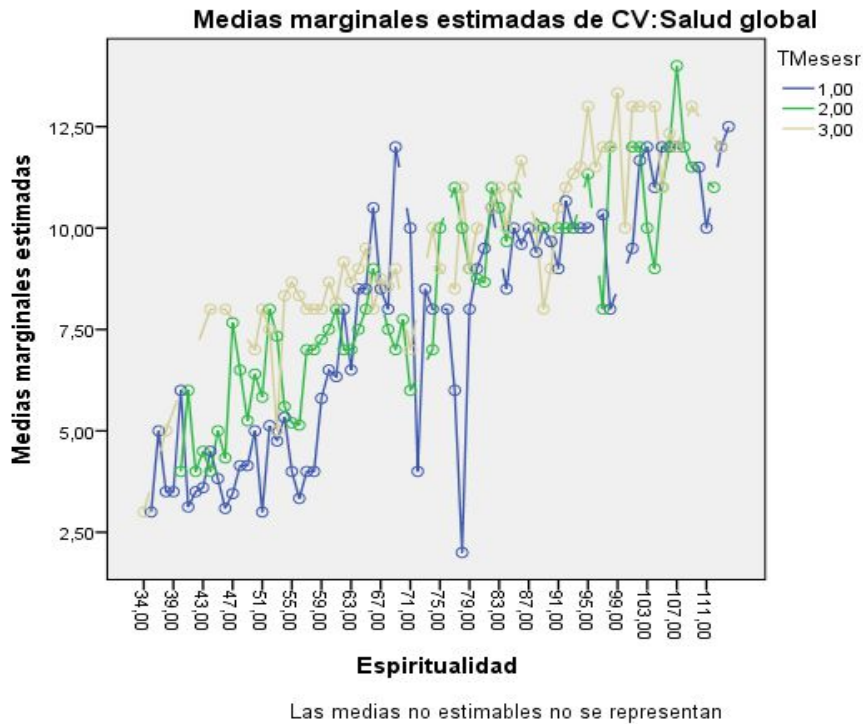


Gráfico 3. Perfil de espiritualidad por tiempo desde el diagnóstico. Variable dependiente: salud global.

5.5.6.3. *Análisis de varianza espiritualidad, tiempo desde el diagnóstico y dimensión total de síntomas.*

La tabla 60, muestra que tanto la espiritualidad, como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, presentaban una gran influencia sobre la percepción de salud global de los participantes, tanto por separado (,000), como mediante la interacción de ambas (,000).

Tabla 60. Prueba efecto inter-sujetos. Variable dependiente: dimensión total de síntomas.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	F	Sig.
Modelo corregido	26570,581 ^a	185	9,69	,000
Intersección	211061,775	1	14238,46	,000
Tiempomeses	774,865	2	26,14	,000
Espiritualidad	14936,118	79	12,75	,000
Tiempomeses* Espiritualidad	2918,790	104	1,893	,000
Error	4965,826	335		
Total	495589,000	521		
Total corregida	31536,407	520		

a. R cuadrado=,843 (R cuadrado corregida=,756)

El gráfico 4 muestra, de una forma más clara estos resultados, de tal modo que tanto la espiritualidad como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico influían, significativamente, sobre el nivel de la dimensión que englobaba todos los síntomas de los participantes. Por su parte, aquellos pacientes que poseían un elevado nivel de espiritualidad, presentaron una menor puntuación dentro de la dimensión total de síntomas, lo que indica que presentaban menor sintomatología asociada a la enfermedad oncológica, incluso aquellos que llevaban diagnosticados menos de un año, que quienes poseían una inferior espiritualidad y más de 2 años desde el diagnóstico de la enfermedad.

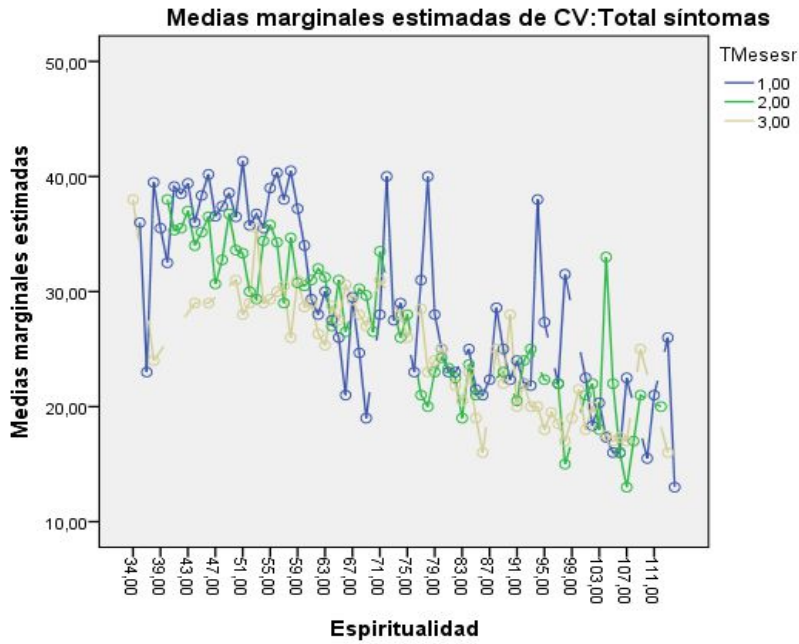


Gráfico 4. Perfil de espiritualidad por tiempo desde el diagnóstico. Variable dependiente: dimensión total de síntomas.

5.5.6.4. *Análisis de varianza espiritualidad, tiempo desde el diagnóstico y área de funcionamiento.*

En tabla 61, se muestra que tanto la espiritualidad, como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, influían significativamente sobre el área de funcionamiento, tanto por separado ($,000$), como mediante la interacción de ambas ($,000$).

Tabla 61. Prueba efecto inter-sujetos. Variable dependiente: área de funcionamiento.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	F	Sig.
Modelo corregido	49253,472 ^a	185	9,60	,000
Intersección	294321,238	1	10618,54	,000
Tiempomeses	997,866	2	18,00	,000
Espiritualidad	28639,046	79	13,08	,000
Tiempomeses*	5273,243	104	50,70	,000
Espiritualidad				
Error	9285,418	335		
Total	729083,000	521		
Total corregida	58538,891	520		

a. R cuadrado=,841 (R cuadrado corregida=,754)

El gráfico 5, muestra la influencia de la espiritualidad y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, sobre el área de funcionamiento de los sujetos. Aquellos pacientes que tenían un elevado nivel de espiritualidad, presentaron una mejor calidad de vida, dentro del área de funcionamiento, incluso aquellos que llevaban diagnosticados menos de un año, que quienes poseían una inferior espiritualidad y más de 2 años desde el diagnóstico de la enfermedad.

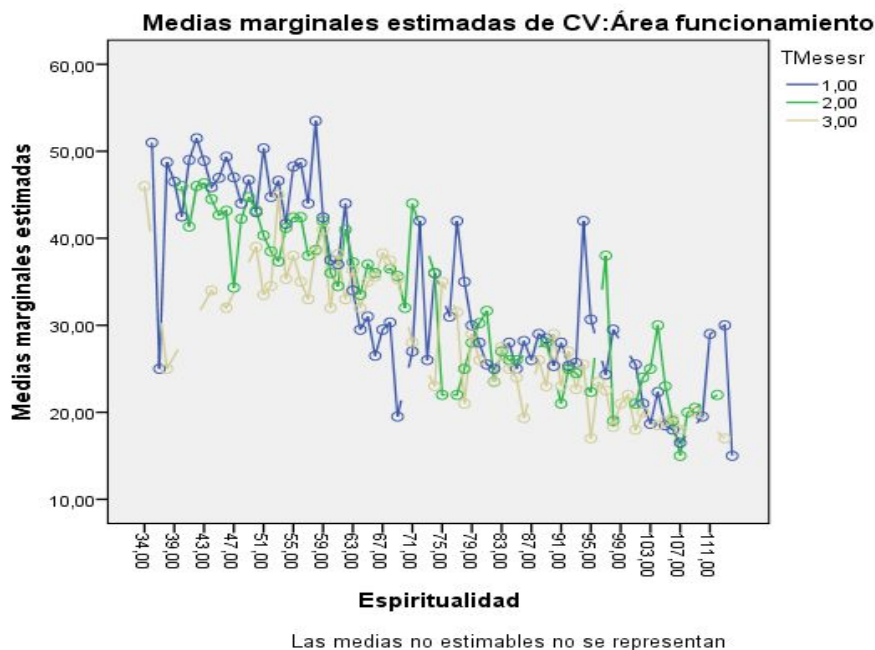


Gráfico 5. Perfil de espiritualidad por tiempo desde el diagnóstico. Variable dependiente: área de funcionamiento.

VI

DISCUSIÓN

VI. DISCUSIÓN

6.1. DISCUSIÓN

A nivel científico, las implicaciones que existen entre la espiritualidad y la salud han venido siendo avaladas y documentadas en variedad de artículos académicos, mostrando su relación con diversos aspectos de la salud, como la dimensión física, cognitiva, emocional y social. Al mismo tiempo, también existe evidencia científica que demuestra que la espiritualidad, aunque no sea potenciada mediante las prácticas religiosas, también puede tener efectos benéficos sobre la salud. El aspecto clave se encuentra en el reconocimiento de la oración o de la meditación, entre otras, como generadores de un estado de paz interna que ayuda a la disminución del malestar y a la rapidez en la recuperación del paciente¹⁶.

De manera, que el desarrollar pensamientos positivos resulta terapéutico, al igual que la persona afronte con esperanza la situación adversa, a la que se enfrenta, le dará más argumentos para poder salir airosa y fortalecida, al mismo tiempo. En este sentido, al igual que tener la confianza en un Dios o en la fuerza generada por la relación entre ellos mismos o con otras personas, puede ayudar en la recuperación de quienes viven con enfermedades crónicas y/o relacionadas con el sufrimiento o la muerte, donde la incertidumbre está muy presente, también hay evidencia de personas, que utilizando otro tipo de recursos espirituales, también obtienen resultados igualmente efectivos, en esta clase de adversidades¹⁶.

De tal forma que, coincidiendo con palabras de Pinedo: "Y en ello el enfermo no se rinde, aparece la motivación generando desde dentro los recursos necesarios, tanto internos como externos, ganas de vivir y expectativas de vida de manera insospechada"¹⁶.

De esta manera hay documentadas asociaciones entre espiritualidad y salud para enfermedades mentales¹⁷¹⁻¹⁷⁷, neoplasias^{38,136,204,208-214,244-248}, patologías cardiovasculares^{68,203,493}, incluso con un descenso de la mortalidad^{164,260},

siendo la puesta en práctica de conductas y capacidades espirituales positivas, lo que todas ellas tienen en común^{165,185,227}.

A pesar de esta evidencia, ciertos sectores de la ciencia se han mantenido reticentes ante este tipo de investigaciones, por considerar, la religiosidad, poco compatible con la ciencia. Este hecho unido al auge del laicismo en nuestra sociedad, hace que se le preste tan poca importancia a la espiritualidad, considerando a aquellas personas que intentan llevarla a la práctica, mediante la religión, como seres extraños, raros, incluso poco serios, cuando no son considerados personas con problemas mentales.

Por otra parte, una vez realizada la revisión de la literatura científica podríamos señalar que en los últimos 15 años han sido publicadas en la base de datos MEDLINE unas 1271 investigaciones sobre cáncer y espiritualidad, multiplicándose de manera significativa el número de estudios por año, pasando de 31 en el año 2002 a 116 en 2016.

En relación a la espiritualidad y su relación con la calidad de vida en pacientes oncológicos el número de estudios publicados en dicha base de datos, entre los años 2002 y 2016 ha sido de 518 estudios, pasando de 13 en 2002 a 41 en 2016.

La calidad de vida ha sido entendida como “un constructo que expresa una percepción subjetiva del grado en que se alcanza la satisfacción vital, o cuál es el nivel de bienestar personal valorado. Numerosos investigadores coinciden en que la evaluación de la calidad de vida, dado su alto nivel de percepción subjetiva, ha de tener en cuenta las percepciones individuales sobre experiencias vitales en campos como las relaciones, las actividades comunitarias, así como el desarrollo personal”^{207,455,456,467,475,476}.

Al hablar de la calidad de vida en los enfermos de cáncer, se evidencia que la enfermedad oncológica se trata de un problema con graves costes a nivel personal y social, que conlleva numerosas y prolongadas situaciones de estrés y dolor, a causa del diagnóstico y tratamiento, derivando en un gran sufrimiento tanto personal como familiar, lo que perjudica la calidad de vida del paciente, al convertirse en un reto para lograr el bienestar y la supervivencia, lo que exige, al mismo tiempo, un gran esfuerzo para conseguir la adaptación y estabilidad²⁰⁶.

Consecuentemente a todo lo mencionado, se ha resaltado la importancia de la evaluación y mejora de la calidad de vida en este tipo de pacientes, tanto a nivel nacional como internacional y se ha ido introduciendo desde la década de los sesenta la necesidad del estudio de este concepto a través de ensayos clínicos y psicológicos. En el ámbito de la salud, la calidad de vida hace referencia a un constructo multidimensional compuesto por un conjunto de factores: el funcionamiento físico, el funcionamiento psicológico, el funcionamiento social y la sintomatología somática²⁰⁷.

Desde hace décadas, mejorar la calidad de vida se ha convertido en objetivo prioritario en los cuidados administrados a enfermos oncológicos, debido, en gran medida, a la imposibilidad de curar al paciente, en un alto porcentaje de casos, habiendo pasado de una atención basada en la curación a una centrada en el cuidado integral, donde se intenta que sean atendidas todas las dimensiones del paciente, desde la física, hasta la psicológica, social y espiritual.

En este sentido, cabe destacar, que el cuidado espiritual, surgido de la mano de Cicely Saunders, en los años 60 del siglo pasado, conllevó una revolución en el tipo de atención prestada a las personas que se encontraban padeciendo la fase terminal de una enfermedad, al prestar un tipo de cuidados, centrados en atender las múltiples dimensiones del paciente, en especial la espiritual, con el objetivo principal de mantener la mejor calidad de vida posible, al final de la vida de la persona⁴⁹⁴.

El cuidado multidimensional, se hace vital, más si cabe, cuando se trata de enfermedades como el cáncer, dado el gran sufrimiento que generan, por su amenaza de pérdida de la integridad de la persona y por su estrecha relación con la muerte, lo que nos hace recordar que no somos seres ilimitados, infinitos e invulnerables. Este sufrimiento hace que surjan interrogantes hacia lo fundamental de nuestra existencia, como seres humanos, dado que nadie lo elige, pero lo acaba padeciendo, lo que hace que cueste asumirlo y definirlo.

Es en este punto donde surge la necesidad de individualizar los cuidados, dado que cada ser humano posee sus experiencias, preocupaciones, recursos y valores personales, para afrontar el sufrimiento. Es ahí donde podemos encontrar el vínculo con la espiritualidad, dimensión relacionada con la capacidad de todo ser humano para trascender a sí mismo, siendo propia de creyentes o no, pero igual de importante, a la vez que difícil, de reconocer y detectar.

La espiritualidad ayuda al ser humano a afrontar de forma sana su enfermedad, dándole un valor positivo a esa adversidad, al permitirle encontrar un sentido a ese sufrimiento, dado que de lo contrario aumentaría dicho sufrimiento, en palabras de Frankl³³: “El hombre no se destruye por sufrir; el hombre se destruye por sufrir sin ningún sentido”, siendo “la última de las libertades humanas – la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias – para decidir su propio camino”, de ahí el gran sentido de la frase de Nietzsche³³: “cuando un hombre tiene un por qué vivir, soporta cualquier cómo”.

Es por ello, que la espiritualidad se transforma en un instrumento para afrontar de manera efectiva la vida del ser humano en su relación consigo mismo, con el prójimo, con su entorno, a la vez que con Dios o un Ser Superior, por el sentido que concede a su existencia, capacitándolo para aumentar su autocontrol y fortaleza emocional, en situaciones tan adversas como la enfermedad, lo que deriva en una sensación de plenitud, esperanza y paz, que generan un aumento del bienestar, durante el proceso de la misma y una mejor recuperación, mitigando el sufrimiento y el dolor⁴⁹⁵.

Todo ello, unido a los resultados obtenidos en los estudios llevados a cabo hasta el momento, ha favorecido el que se le preste mayor atención a las necesidades espirituales y su influencia en la salud física, una vez son atendidas, derivando en la creación, en el campo de los cuidados paliativos, de grupos de espiritualidad, con el objetivo de crear protocolos de atención que cubran todas las dimensiones y necesidades del paciente en fase terminal, ayudándole a encontrar un significado a su vida, de tal modo que alcance la mejor calidad de vida posible.

En este sentido, tras analizar los resultados obtenidos en el presente estudio, con el objetivo de investigar la implicación de la espiritualidad en la resiliencia, hemos observado la existencia de una estrecha correlación entre dichos constructos, coincidiendo con las investigaciones, en enfermos crónicos, realizadas por Quiceno y Vinaccia⁴⁹⁶, así como las llevadas a cabo por Vera et al²⁸², quienes concluyen que la espiritualidad influye, positivamente, en la resiliencia de las personas que afrontan situaciones de gran adversidad, al potenciar una visión optimista de sus vidas, promoviendo emociones positivas y sirviendo como factores protectores para la salud física y mental.

Al mismo tiempo, la correlación entre la espiritualidad y la resiliencia parece conllevar un aumento del bienestar a nivel físico y psicológico, como evidencian los resultados obtenidos en nuestro estudio, al mismo tiempo que los llevados a cabo por Tuck y Anderson⁴⁹⁷ y los realizados por Hunter-Hernández y Costas-Muñiz⁴⁹⁸, quienes concluyen que la espiritualidad es un recurso que potencia la adaptación y la resiliencia en pacientes con cáncer y otras enfermedades crónicas, facilitando la adopción de posiciones activas en el tratamiento y enfrentamiento de las consecuencias de este tipo de enfermedades.

Por lo que se refiere a las prácticas espirituales como la oración, la meditación, la imaginación y la participación en ritos religiosos, entre otros, parecen ayudar al paciente a dar un significado y propósito a su vida, a autoconocerse y a conectar consigo mismo, con los demás y con un poder divino, lo que ayuda a fomentar diversos recursos que potencian la resiliencia, como la autoestima, el optimismo, el control personal y el afrontamiento.

Este hecho puede ser entendido, como indican Crespo y Rivera¹⁰⁰, tras estudiar a un grupo de mujeres con cáncer de mama, porque el apoyo familiar y la pertenencia a un grupo social, como es el de la comunidad religiosa o el de las prácticas espirituales, resulta ser una variable significativa durante el proceso de adaptación a la enfermedad, debido a que la espiritualidad, los lazos de apoyo y el optimismo, sirven como factores protectores que ayudan al paciente a desarrollar la resiliencia, la cual les permitirá superar esa situación, aportándoles una nueva mirada, con respecto a su vida, repleta de esperanza, fe e ilusión, lo que desencadena en un incremento del bienestar físico, social, mental y espiritual.

Es por ello, que un gran número de personas, ante situaciones traumáticas, como puede ser el sufrir una grave enfermedad, recurren a estrategias de afrontamiento relacionadas con la religión y su apoyo espiritual⁴⁹⁹, como destacaron Martín et al⁵⁰⁰, tras realizar un estudio en una población de pacientes con cáncer de pulmón, dado que este tipo de prácticas puede influir en el resto de dimensiones del paciente, mejorando la calidad de vida a nivel físico, emocional, cognitivo y social⁵⁰¹.

Por otra parte, la evidencia científica hace referencia a que el diagnóstico y el proceso de cáncer, conllevan un aumento de los niveles de estrés de la persona enferma⁵⁰², derivando en algunos de ellos, en un aumento de sus hábitos tóxicos,

como el tabaco o el alcohol, para intentar disminuir dicho distrés, que puede derivar en una inadecuada actividad psicofisiológica que conducirá al fracaso adaptativo. Es aquí donde la espiritualidad juega un papel clave, al atenuar los efectos del estrés sobre dichos hábitos, como concluyen, entre otros, Wills et al⁵⁰³ y Debnam et al⁵⁰⁴, tras evaluar el rol que cumplía la espiritualidad en los adolescentes en períodos de estrés, al evidenciar que aquellos con mayor espiritualidad eludían los hábitos como el alcohol, el tabaco o cualquier otro tipo de drogas.

En la misma línea, Koenig et al⁵⁰⁵, Benjamins y Buck⁵⁰⁶, al igual que Feinstein et al⁴⁹³, defienden el que las actividades religiosas, protegen a las personas adultas, del uso del tabaco y el alcohol, al disminuir su adicción, incluso el comienzo de estos hábitos.

En la presente investigación, hemos confirmado estas afirmaciones, al observar que la espiritualidad está relacionada con unos inferiores hábitos tabáquicos y alcohólicos. Este hecho puede ser entendido desde la importancia incentivada por las doctrinas religiosas, hacia el cuidado del cuerpo, entendido como “Templo del Espíritu Santo⁵⁰⁷”, el cual, según enfatizan las escrituras de diversas tradiciones religiosas⁵⁰⁸⁻⁵¹⁰, ha de ser cuidado y nutrido de forma responsable, eliminando los comportamientos que tengan un potencial efecto dañino sobre el mismo.

Respecto al género de los participantes, los resultados muestran la presencia de diferencias en torno al nivel de espiritualidad entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las que poseían un grado más elevado, lo cual coincide con los estudios llevados a cabo por Brown et al⁵¹¹, Jacobs-Lawson et al⁵¹² y Labbé y Fobes⁵¹³, quienes lo relacionan con el hecho de que las mujeres son más propensas a buscar un propósito espiritual en sus vidas, poseyendo mejores recursos para llegar a desarrollar la espiritualidad, al manifestar una gran sensibilidad y contacto con su yo interior, al mismo tiempo que hacen un mayor uso de las estrategias espirituales para afrontar las adversidades, como la evitación y el apoyo social.

La edad parece ser una variable predictora de la espiritualidad, al haber hallado que el grupo de menores de 46 años poseía una mayor nivel que el resto de grupos, siendo los mayores de 59 años, quienes poseían un menor nivel espiritual. Este resultado coincide con los obtenidos por Rivas⁵¹⁴ y Saavedra y

Villalta³⁵⁹ quienes observaron que las personas jóvenes poseían unas puntuaciones más altas, tanto a nivel de espiritualidad como de resiliencia, dentro de fortalezas como el conocimiento, la virtud y la sabiduría, calificadas generalmente como emociones positivas, asociadas a intensas experiencias de placer.

La investigación llevada a cabo por Gómez⁵¹⁵, con pacientes diabéticos, demostró que el incremento de la edad estaba relacionado inversamente con las creencias espirituales de los mismos. Sin embargo, no existe un consenso en este sentido, dado que hay estudios que aseguran que conforme aumenta la edad, la persona aumenta su nivel de espiritualidad, de tal modo que los jóvenes son menos espirituales que las personas con más edad, como evidenció el estudio llevado a cabo por Palomar y Gómez⁵¹⁶.

En este sentido, los jóvenes que puntúan alto en la escala de espiritualidad, según Giménez⁵¹⁷, tienden al mismo tiempo, a una mayor autorregulación emocional, realizan menos actos agresivos y existen menos probabilidades de que consuman alcohol, tabaco u otras drogas, al mismo tiempo que obtienen mejores calificaciones académicas.

Esto coincide con diversos estudios, entre ellos el realizado por Adib y Faraji⁵¹⁸, quienes hallaron que las personas más ancianas tenían un nivel más bajo de espiritualidad, al mismo tiempo que eran menos felices, responsabilizando y motivando a las autoridades sanitarias a fortalecer el establecimiento de estrategias que mejorasen el bienestar espiritual de este grupo de personas.

El tiempo desde que la persona es diagnosticada de la enfermedad oncológica, parece influir en su decisión, a la hora de apoyarse en prácticas espirituales para afrontar la enfermedad, como hemos podido observar tras analizar los resultados observados en nuestro estudio, de tal modo que a mayor número de meses aumenta el nivel espiritual, en este caso, a partir de los 24 meses del diagnóstico. Ello puede ser debido, a que el paciente, ante la amenaza que supone el cáncer, intenta llevar a cabo un afrontamiento activo, haciendo uso de los recursos espirituales, los cuales hasta pasados varios meses no llegan a provocar un aumento de su espiritualidad.

Por ejemplo, en el caso del cáncer de mama, según Crespo y Rivera¹⁰⁰, quienes observaron que las mujeres diagnosticadas de esta enfermedad,

aumentaron su fe, su sentimiento de autoeficacia, mejoraron sus relaciones con las personas de su entorno y disminuyeron sus preocupaciones por el padecimiento de la enfermedad, todo ello debido, según los citados autores, al nuevo significado que habían encontrado a sus vidas, a través de sus creencias religiosas.

Al analizar los diferentes factores espirituales, que han sido evaluados mediante el test de Parsian y Dunning (Anexo 3), podemos destacar que todos poseen una estrecha correlación positiva con la resiliencia, cabiendo destacar que, de ellos, el autoconocimiento o conocimiento de sí mismo, es el factor que más correlación presenta con la resiliencia. Esta relación puede ser entendida, por el hecho de que el conocimiento y aumento de las capacidades interiores, potencian el desarrollo de la resiliencia, la cual, constituye la puesta en práctica, tras realizar una introspección personal, de todo el arsenal de facultades interiores del individuo, a la hora de hacer frente a una situación de adversidad y amenaza, como supone la enfermedad oncológica.

Según Quiceno y Vinaccia⁵¹⁹, tras realizar una revisión de la evidencia científica, respecto a la resiliencia en enfermos crónicos, una gran variedad de capacidades, como pueden ser la autoestima, la autoeficacia, la solidaridad, así como el encontrar un sentido a la vida, son algunos de los pilares que permiten al paciente, junto al control emocional, reevaluar la situación, interpretándola positivamente, lo que le permitirá realizar un afrontamiento activo, mediante el uso de las estrategias necesarias para conseguir una adaptación positiva, sin caer en el abatimiento, el desánimo y la tristeza, lo que podría derivar en alteraciones psicológicas y la consecuente repercusión sobre su calidad de vida.

Hay que destacar que junto al hecho de que los pacientes oncológicos tengan más espiritualidad a largo plazo, tras el diagnóstico, lo que más ha aumentado, en función de nuestros resultados, es la resiliencia, la cual está menos potenciada en aquellos pacientes que llevan diagnosticados menos de un año, con respecto a quienes lo han sido entre uno y dos años y sobre todo con aquellos que llevan diagnosticados más de dos años, los cuales son los que presentan un mayor nivel de resiliencia. Este dato puede ser relacionado con la necesidad de tiempo, por parte del paciente, para adaptarse y recuperarse de la vivencia de una situación considerada amenazante y traumática, como es el diagnóstico de cáncer.

Los cambios necesarios para poder sobreponerse y afrontar con esperanza la enfermedad, necesitan de un período de tiempo, que variará en función de las capacidades y características personales de la persona que lo viva en primera persona, del apoyo aportado por su familia, amigos y conocidos, así como por las situaciones adversas, vividas por la persona, con anterioridad. Efectivamente, nuestros resultados indican que el tiempo, “desde el diagnóstico de la enfermedad, es una variable que influye en el grado de resiliencia de los pacientes, lo que coincide con lo observado por Bartone⁵²⁰, Calhoun y Tedeschi⁵²¹ y Bonnano⁵²², al concluir que las personas, a medida que luchan contra la adversidad, van encontrando los caminos necesarios para crecer y obtener beneficios en sus vidas”.⁵²³

En la misma línea Manciaux et al⁵²⁴, afirman que el afrontamiento en las situaciones traumáticas, ayuda a las personas, con el paso del tiempo, a resistir y rehacerse a tales eventos, saliendo fortalecidas de los mismos.

Por ello, tras analizar los presentes resultados, podemos confirmar otra de nuestras hipótesis iniciales, en cuanto a que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad puede determinar el grado de resiliencia del paciente oncológico.

En este sentido, destacamos que la espiritualidad, parece potenciar la resiliencia de los pacientes oncológicos, desde el primer momento, tras el diagnóstico de la enfermedad. De tal modo, que el poseer una elevada espiritualidad, estaría asociado a una mayor resiliencia, desde el momento inicial del cáncer y su posterior desarrollo, con una mejor adaptación y adhesión al tratamiento.

La importancia de este resultado radica en el hecho de que el mismo diagnóstico de cáncer supone, para el paciente, tener que afrontar una gran variedad de elementos estresantes que pueden afectar a todas las dimensiones de su vida y la de sus allegados, obligándole a realizar grandes esfuerzos y adaptaciones personales frente a los que podrán darse a nivel físico, emocional, cognitivo y social⁵²⁵. De tal modo que la manera que el paciente adopte para hacer frente a dicha situación y el tipo de soporte emocional recibido, tendrán un papel fundamental, en el grado de adaptación al cáncer, siendo de gran apoyo, en este momento y durante el transcurso de la enfermedad, el poseer unas altas espiritualidad y resiliencia.

Este es un hallazgo importante, dado que los pacientes oncológicos con una elevada espiritualidad, afrontarían la enfermedad, desde uno de los momentos más difíciles, como es el diagnóstico de la misma, con una mayor fortaleza y mirando de frente al cáncer, siendo más optimistas y creyendo en sus propias capacidades, las cuales les permitirían mantener una gran habilidad y motivación, para salir airosos, a la vez que fortalecidos, durante el curso de la enfermedad, mientras que aquellos con una baja espiritualidad, podrían verse más desprotegidos y con un futuro con mayor incertidumbre y desolación, ante el diagnóstico de la misma.

Por otra parte, como pudimos constatar en la revisión sobre el estado de las implicaciones de la espiritualidad ante la enfermedad, hemos encontrado una significativa correlación entre espiritualidad y el área de calidad global. Algunos estudios^{36,66,192} destacaron la existencia de una clara asociación entre espiritualidad y calidad de vida. En este sentido, un alto nivel de espiritualidad favorece, pues, el que los pacientes oncológicos posean una mayor calidad de vida durante el proceso de la enfermedad, incluso desde el momento inicial tras ser diagnosticados de cáncer.

Este hecho es destacable, puesto que el momento del diagnóstico suele estar relacionado con un aumento de la ansiedad y el sufrimiento, que suelen derivar en una afectación de la calidad de vida, al verse invadidos por una diversidad de pensamientos de vulnerabilidad, tristeza, depresión, pánico, e incluso aislamiento, siendo la espiritualidad, quien proveería de una mejor adaptación ante dicha situación¹⁹¹⁻¹⁹³.

Al mismo tiempo, el estudio llevado a cabo por Vallurupalli et al⁷⁴, en pacientes con cáncer avanzado, que estaban recibiendo radioterapia, como tratamiento paliativo, observaron que las creencias religiosas eran empleadas como forma de afrontamiento, por los mismos, obteniendo unos mejores niveles de calidad de vida.

Ante estos resultados, cabe decir que existe concordancia entre los observados en el presente estudio y los anteriores, en este punto, destacando el realizado, por Préau et al⁴³⁰, en pacientes con cáncer, durante un período de dos años tras el diagnóstico. Estos autores subrayaron que las creencias religiosas, son utilizadas por los pacientes oncológicos como una fuente de apoyo, hasta el punto de que la espiritualidad puede desempeñar un gran papel en el manejo de

la enfermedad, pudiendo ser una valiosa fuente de confort durante el desarrollo de la misma.

En cuanto a la escala de funcionamiento físico, dentro de la calidad de vida, los estudios llevados a cabo por Levine y Targ²⁰⁹, en mujeres con cáncer de mama, al igual que los de Meraviglia⁵²⁶, realizado en pacientes con cáncer de pulmón, establecían que altos niveles de espiritualidad estaban relacionados directamente con efectos positivos sobre la función física. En esta misma línea, los estudios desarrollados por Hill et al¹⁶³, sobre la particular contribución de la religiosidad y la espiritualidad en la salud y bienestar físicos, al igual que los realizados por Tarakeshwar et al²⁴⁷, establecían que tanto la religiosidad como la espiritualidad, se asociaban con una mejor calidad de vida y un mejor funcionamiento físico.

Autores como Reyes-Ortiz et al⁵²⁷, definen la relación entre las creencias y prácticas religiosas con la mejoría en el estado físico, por el hecho de que tales doctrinas aumentan el sentimiento de autocontrol interno, incluso por pensar que Dios o un Ser o Fuerza Superior son sus aliados en el manejo de situaciones complejas⁵²⁸, de tal modo que perciben una mayor seguridad, para poder superar cualquier situación adversa, a la que tengan que hacer frente.

Al igual que en la literatura, arriba citada, este estudio muestra que aquellos pacientes que poseen un alto nivel de espiritualidad, han obtenido mejores resultados dentro de la escala de función física, que los pacientes que poseen un bajo nivel espiritual.

En la misma línea, la espiritualidad puede conllevar una mejor salud mental y función física, como se desprende, de los estudios llevados a cabo por Strada et al⁵²⁹, en pacientes, que se encontraban en estados avanzados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o insuficiencia cardíaca. Según estos hallazgos, la espiritualidad y sus diversas prácticas, tienen efectos positivos sobre las respuestas psicológicas y físicas, en este tipo de pacientes.

La tercera correlación encontrada, entre espiritualidad y calidad de vida, tiene que ver con la realización de las actividades cotidianas. En nuestro estudio, hemos constatado que los participantes que poseen una alta espiritualidad, pueden realizar las actividades cotidianas, sin ninguna interferencia física o emocional, es decir, mantienen una adecuada calidad de vida en esta dimensión, al contrario que los pacientes que poseen una baja espiritualidad, quienes tienen

más dificultades para realizar dichas tareas. Esto se podría entender porque al tener una participación social mucho más activa los pacientes, posiblemente, sienten que ya no están tan enfermos, la idea de muerte o amenaza poco a poco puede ir disminuyendo y el poder estar nuevamente con sus amigos, vecinos o familiares puede ayudar en la motivación para realizar sus actividades.

Estos resultados se correlacionan con los expuestos por Laos⁵³⁰, quien en un estudio realizado a pacientes con cáncer de mama, obtuvo que las pacientes que compartían sus creencias religiosas con más de una persona, a parte, de transmitir con mayor frecuencia la fe en Dios a personas cercanas, como familiares o amigos de la comunidad, tenían una mayor calidad de vida en la función física y en la realización de actividades cotidianas, que el resto de mujeres estudiadas.

Del mismo modo, las investigaciones realizadas por Berges et al⁵³¹, en personas mayores que habían padecido un accidente cerebrovascular, obtuvieron que aquellas que acudían diariamente a los servicios religiosos, antes de que les ocurriese dicha enfermedad, tenían una mejor recuperación, al mismo tiempo que una menor incapacidad a la hora de realizar las actividades de la vida diaria.

Otro de los aspectos analizados en nuestro estudio, dentro de los factores relacionados entre la espiritualidad y la calidad de vida, es el rol emocional, el cual es el resultado de la composición de cuatro aspectos, por un lado la sensación de nerviosismo, por otro la preocupación, la irritabilidad y por otro lado la sensación de depresión. Los estudios llevados a cabo por Jang et al⁵³², sobre mujeres coreanas con cáncer de mama, evaluándose a estas pacientes al inicio del estudio y un año después de realizada la cirugía, muestran que la religiosidad juega un papel importante en el estado del rol emocional y a su vez en la calidad de vida de las mujeres que participaron en el estudio, al mejorar ambos aspectos.

Al mismo tiempo los estudios realizados por Hills et al⁵³³, en pacientes a quienes se les prestaban cuidados paliativos y la revisión literaria realizada por Jeff Levin²⁵⁴, mostraban que el poseer una gran espiritualidad y/o religiosidad estaba asociada positivamente con un mayor bienestar emocional, al mismo tiempo que con una mejor función física, lo cual podría estar relacionado el apoyo colectivo que se da entre las personas religiosas.

De igual manera, la investigación realizada por Lötze et al⁵³⁴, concluye que la espiritualidad está directamente relacionada con efectos positivos sobre la función emocional, permitiendo a los pacientes oncológicos, durante la duración de los tratamientos de quimioterapia, mantener una estabilidad emocional que le ayude a reflexionar y afrontar positivamente los efectos de esos tratamientos.

Los pacientes de nuestro estudio, también han demostrado esta relación, al evidenciar que aquellos con un elevado grado de espiritualidad, tienen un mayor bienestar de la función emocional que los pacientes que tienen un bajo nivel espiritual.

En cuanto a la función cognitiva, las investigaciones llevadas a cabo por Krupski et al²¹², en pacientes con cáncer de próstata y las de Kandasamy et al²¹⁴, en pacientes con cáncer avanzado, señalaban una clara correlación entre espiritualidad y función cognitiva, presentando los pacientes que poseían una alta espiritualidad una mejor función cognitiva que los pacientes con un bajo nivel de espiritualidad.

En esta misma línea, los estudios realizados por Quiceno y Vinaccia²⁷⁸, ven la relajación y bienestar generados por las prácticas religiosas y espirituales como los factores causales de mejora de los procesos cognitivos y de la salud mental y física de las personas que las realizan. En esta investigación, podemos constatar la existencia de unos mejores resultados, a nivel cognitivo, entre los participantes con un mayor grado de espiritualidad que los pacientes que tienen un inferior grado espiritual⁵²³.

Por su parte, en cuanto a la influencia de la espiritualidad sobre la función social del paciente oncológico, hemos observado la presencia de una correlación positiva, de tal modo que el apoyo social desempeña un papel importante en el mantenimiento y/o aumento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer, que participaron en el estudio. Estos resultados tienen relación con los obtenidos, por Sherman et al⁵³⁵, al mismo tiempo que los observados por Giuseppe y Pasquale Colloca⁵³⁶, quienes resaltan la importancia del apoyo social derivado de la pertenencia a grupos de prácticas espirituales, a la hora de afrontar la enfermedad oncológica, dado que les ayuda a encontrar recursos que mejoran el sentimiento de pertenencia a un grupo, derivando en un mayor sentimiento de seguridad y protección, con los consiguientes beneficios sobre la calidad de vida del paciente.

Los hallazgos de esta investigación, han mostrado que el poseer una alta espiritualidad está relacionado con un incremento, en conjunto, del área de funcionamiento. En este sentido, cabe resaltar, en este sentido, los estudios realizados por Gall y Cornblat²¹⁵, a pacientes sobrevivientes de cáncer, a través del cual, los pacientes resaltaron el papel positivo de los recursos espirituales como respuesta a la experiencia del cáncer, incluyendo la relación con Dios, la capacidad de adaptación a la enfermedad y el apoyo social que generaban dichos recursos, lo que repercutía beneficiosamente sobre la calidad de vida del paciente en todos los niveles funcionales.

Por otra parte, en cuanto a la sintomatología presentada por el paciente oncológico, el presente estudio ha mostrado que los pacientes que poseen una alta espiritualidad presentan menos fatiga que los pacientes oncológicos con menos nivel de espiritualidad. La espiritualidad proporcionaría, pues, al paciente enfermo de cáncer cierta energía revitalizante.

A su vez, los estudios realizados por Yates et al²⁴⁴, sobre pacientes con cáncer avanzado y los llevados a cabo por Jafari et al⁵³⁷, sobre mujeres con cáncer de mama en tratamiento con radioterapia, muestran que el bienestar espiritual contribuye a una mejor calidad de vida y menos problemas con el dolor.

En la misma línea, Wachholtz y Pargament¹⁹⁴, destacan la importancia de de la meditación, al evidenciar que dicha práctica espiritual, está relacionada con una disminución significativa del dolor, entre aquellas personas que la llevan a cabo, al mismo tiempo que con una disminución de la ansiedad y un aumento del humor y de las experiencias espirituales.

Diversos autores como Siddall et al¹⁸² y Wachholtz¹⁹⁶, señalan la importancia de incluir la espiritualidad y sus variados factores, como un componente fundamental para la evaluación y tratamiento del dolor, en aquellas personas que lo padecen de manera crónica.

En esta línea, Wachholtz et al⁵³⁸, Wachholtz y Pargament⁵³⁹ y Tekur et al⁵⁴⁰, afirman que la reducción del dolor mediante las creencias y prácticas espirituales, está basado, en el hecho de los cambios producidos, a nivel psicosocial, al darle un significado a ese dolor, lo cual genera un sentimiento de autoeficacia, distrae a la persona, al mismo tiempo, que por el estado de relajación generado por estas prácticas, se obtiene una disminución de la función de los neurotransmisores,

cambios en la conducción de las señales dolorosas, aumento de los límites de reconocimiento del dolor, así como una disminución de la actividad del eje corticoideo hipofiso-pituitario-adrenal (HPA), lo cual provoca una alteración de la percepción del dolor, aumentando su tolerancia al mismo.

Destacamos que nuestros resultados, muestran una gran similitud con los arriba citados, dado que los pacientes con un alto nivel de espiritualidad señalan que el dolor interfiere menos en sus actividades diarias al presentar menor sintomatología relacionada con éste, subrayando que este síntoma, de entre todos los evaluados en nuestro estudio, es el que está más correlacionado inversamente con la espiritualidad.

Este es un hecho de vital importancia, dado que el dolor es un síntoma que afecta negativamente a la salud del paciente, al influir sobre el resto de síntomas y dimensiones funcionales⁵⁴¹, siendo de los peor aceptados y que más sufrimiento provoca, de ahí la necesidad de destacar el efecto analgésico generado por la espiritualidad, la cual potencia un afrontamiento de la enfermedad y sus síntomas, desde una visión más natural y sin efectos secundarios, propios de los medicamentos para tratar el dolor⁴⁴.

En relación a la correlación entre espiritualidad y calidad de vida, cabe decir, que nuestro estudio ha coincidido con otras investigaciones⁵³⁴, destacando la realizada por Ho et al⁵⁴², sobre enfermos con cáncer avanzado, muestran que los pacientes con inferiores niveles de espiritualidad, presentan una mayor puntuación, en cuanto a la presencia de náuseas y vómitos, que los pacientes que poseen un elevado nivel espiritual.

Al mismo tiempo, los resultados del presente estudio, confirman lo aportado por las investigaciones llevadas a cabo por Kandasamy et al²¹⁴, en pacientes con cáncer, al mostrar que un alto nivel espiritual tiene una correlación negativa con el insomnio y la pérdida de apetito.

De igual forma, la investigación llevada a cabo por Danhauer et al⁵⁴³, señala que la práctica de yoga durante el tratamiento de cáncer es una terapia que mejora el sueño y disminuye la fatiga, de aquellos pacientes que la realizan, debido a la relajación que genera.

Nuestra investigación, al igual que las citadas, ha mostrado que los pacientes con una alta espiritualidad tienen menores problemas con el insomnio

y una menor pérdida de apetito, destacando que ambos síntomas, pueden estar relacionados, según un estudio realizado por Andreae et al⁵⁴⁴, en problemas cardíacos. Este es un dato importante dado que el insomnio, en el paciente oncológico, es un factor clave, en su calidad de vida, quedando evidenciado por Grutsch et al⁵⁴⁵, quienes destacan que el descanso del paciente, le generará mayor confort durante su enfermedad, le evitará estar más irritable y desconcentrado, manteniendo un control emocional y de las tareas a realizar. Al mismo tiempo, destacar la importancia de una correcta nutrición, como pilar clave en el tratamiento oncológico y del bienestar general del paciente.

De otra parte, la relación entre un mayor nivel de espiritualidad y la disminución de la diarrea y/o estreñimiento, es uno de los resultados que hemos obtenido y que menor evidencia científica posee. A pesar de ello, tras realizar una profunda revisión de la literatura relacionada con esta cuestión, podemos entender estos resultados, coincidiendo con la evidencia aportada por Lötze et al⁵³⁴ y Evans et al⁵⁴⁶, en la base de que el estrés emocional causado por la enfermedad oncológica y sus tratamientos, puede aumentar estos síntomas, de tal forma que las prácticas espirituales como el yoga, pueden reducir dicha tensión, favoreciendo la disminución de estos síntomas, así como generando un mayor bienestar físico y emocional.

Por otra parte, la relación inversa entre el nivel espiritual y la presencia o ausencia de disnea, ha quedado comprobada en nuestros resultados, lo que corrobora las conclusiones de diversos estudios^{534,546}, entre los que cabe destacar el llevado a cabo por Ho et al⁵⁴², en pacientes que se encontraban en una fase avanzada de la enfermedad, al concluir que la falta de preparación bio-psico-espiritual, en esos momentos, es una de las principales causas de la presencia de disnea en esta fase de la enfermedad.

Los sujetos de nuestro estudio, atribuyeron una carga inversa entre espiritualidad e impacto económico, en concreto, comprobamos una correlación inversa entre estas dos variables. Este hecho, nos hace pensar que quizás los sujetos de este estudio, tenían la concepción de que la espiritualidad es todo lo contrario de lo material, permitiendo dar importancia a lo más hermoso que tiene el ser humano, como es su libertad y el poder disfrutar día a día, de la vida. La espiritualidad, permite adentrarse en uno mismo, encontrar un significado a la vida, permitiendo vivir con menos pretensiones económicas⁵⁴⁷, algo que en

nuestra sociedad es algo inverosímil. Al mismo tiempo, la continua innovación médica en los tratamientos, puede repercutir sobre las capacidades físicas de la persona, de tal manera, que tenga que permanecer menos tiempo de baja laboral, pudiendo mantener una estabilidad económica⁵⁴⁸. Aunque, por el contrario, la enfermedad oncológica, puede causar problemas económicos en el paciente, al mismo tiempo que un sentimiento de dependencia por no poder trabajar⁵⁴⁹.

Ante todos estos resultados, aparecen las respuestas a la primera hipótesis planteada en esta investigación, al mostrar que la espiritualidad incrementa la calidad de vida de los pacientes oncológicos, tanto a nivel global de salud, como a nivel general de las dimensiones funcionales, como de la disminución de la sintomatología asociada al cáncer.

Tras analizar nuestros resultados, en relación a la influencia de la resiliencia sobre la salud del paciente oncológico, observamos que las investigaciones realizadas por Wenzel et al⁵⁵⁰, en mujeres con cáncer de ovario, las de Scharloo et al⁵⁵¹, en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, los de Ocampo et al⁵⁵², en pacientes con cáncer de mama y los llevados a cabo por Haase⁵⁵³, en jóvenes con cáncer de larga evolución, destacaban la presencia de una clara asociación entre resiliencia y una mayor calidad de vida. Estos resultados tienen concordancia con los obtenidos en el presente estudio, al evidenciar una significativa correlación entre resiliencia y el área de calidad de vida global. Un alto nivel de resiliencia favorece, pues, el que los pacientes oncológicos posean una mayor calidad de vida durante el proceso de la enfermedad⁵²³.

Dentro de la calidad de vida, pero en relación al funcionamiento físico, los estudios llevados a cabo por Quiceno y Vinaccia⁴⁹⁶, en pacientes con artritis reumatoide, asociaban un alto nivel de resiliencia con una mayor calidad de vida y bienestar físico. En la misma línea, el presente estudio muestra la implicación de la resiliencia en un mayor bienestar físico, al obtener aquellos pacientes que poseen una alta resiliencia mejores resultados dentro de la escala de función física⁵²³.

Otro de los aspectos fundamentales de la resiliencia y su relación con la calidad de vida, es el hecho de fortalecer la rutina de las actividades diarias llevadas a cabo por la persona enferma y que pudieron constatar Yang-Chool et al⁵⁵⁴, en la investigación que realizaron con personas hemipléjicas. Efectivamente, nuestro estudio, muestra dicha relación, de tal modo que un mayor grado de

resiliencia está relacionado con una mejor calidad de vida, en el ámbito de las actividades cotidianas. Tal resultado lo podemos comprender por el hecho de que la persona resiliente, al sentirse mejor físicamente, no modifica su rutina diaria, todo lo contrario que la persona menos resiliente, quien al encontrarse peor físicamente, cambia o elimina las actividades que venía realizando de forma rutinaria, al no encontrarse con la fuerza y/o ánimo suficientes, para llevarlas a cabo⁵²³.

En cuanto al área emocional, observamos que aquellos participantes, con un mayor grado de resiliencia, tienen un mayor bienestar a nivel emocional, que los que tienen un inferior nivel resiliente. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Crespo y Rivera⁵⁵⁵, quienes tras estudiar la fuerza generada por la resiliencia en pacientes con cáncer de mama, concluyeron que la resiliencia ayudaba a fortalecer el nivel emocional de las participantes, "hecho que las ayudaba a afrontar con más fuerza la enfermedad. En la misma línea, la investigación realizada por Strauss et al⁴¹¹, concluía que la aplicación de un programa para potenciar la resiliencia en pacientes crónicos, mejoraba el estado emocional de los mismos"⁵²³.

Por su parte, en relación a la influencia de la resiliencia en la calidad de vida, dentro de la función social, las investigaciones llevadas a cabo por Gómez-Carretero et al⁵⁵⁶, sobre personas que padecían dolor crónico, evidencian que la resiliencia es un factor determinante para mantener una mejor vida social. En la presente investigación, de igual manera, hemos constatado que existen, unos mejores resultados, dentro del área de la función social, entre los pacientes que poseen un alto nivel resiliente, mientras que aquellos que poseen un bajo nivel de resiliencia, tienen una peor puntuación en dicha área.

El desarrollo de la resiliencia está íntimamente relacionado con los procesos cognitivos y afectivos, como un mayor coeficiente intelectual, empatía, autoestima, emociones positivas, así como una mayor motivación, para cumplir metas, esperanza, autonomía en las tareas realizadas y orientación para la resolución de problemas³⁰⁵.

Iacoviello y Charney⁵⁵⁷, en su estudio llevado a cabo con personas supervivientes a situaciones traumáticas, afirmaron que la resiliencia, compuesta por factores como el optimismo, la flexibilidad cognitiva y la habilidad para realizar un afrontamiento activo, entre otras, promovería la manera de prevenir

procesos psicopatológicos, ante dichas situaciones. En este sentido, hemos obtenido resultados que van en la misma línea, al observar que “los pacientes oncológicos, con un alto nivel de resiliencia, poseían una mejor calidad de vida en relación con la escala cognitiva que los pacientes con un menor nivel de resiliencia”⁵²³.

Tras realizar el análisis de los resultados del test de calidad de vida, en cuanto al área de funcionamiento, “podemos potenciar la idea de que la resiliencia es un factor fundamental a la hora de mejorar la calidad de vida de las personas que se enfrentan a enfermedades oncológicas. Estos resultados tienen relación con los obtenidos por Tian y Hong⁵⁵⁸, quienes afirman que en los pacientes con cáncer digestivo, la resiliencia tiene una estrecha relación con la calidad de vida de los mismos, al mejorar sus dimensiones físicas, psíquicas y emocionales”⁵²³.

En el área de síntomas, esta investigación ha evidenciado que los pacientes oncológicos que poseen una alta resiliencia presentan menos fatiga, insomnio y dolor que quienes poseen un nivel de resiliencia bajo. En esta línea, los estudios realizados por Schrier et al⁵⁵⁹, en mujeres con cáncer de mama, al mismo tiempo que los llevados a cabo por Sturgeon y Zautra⁴⁰⁵, en grupos de pacientes que padecían dolor crónico, concluyen que la resiliencia es un factor moderador del dolor, la fatiga y el insomnio⁵²³.

A sí mismo, el estudio realizado por Brix et al⁵⁶⁰ en pacientes oncológicos, destaca que la resiliencia, por sus efectos positivos sobre el optimismo de los mismos, hace que durante los tratamientos de radioterapia, la fatiga sea menos intensa.

En la misma línea, los resultados obtenidos por Losoi et al⁵⁶¹, muestran que las personas con lesiones cerebrales que presentan una alta puntuación en los test de resiliencia, poseen un menor nivel de fatiga⁵²³.

Del mismo modo, el presente estudio coincide con las investigaciones realizadas por Kim y Morrow⁵⁶², sobre pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia, al mostrar que quienes poseen un bajo nivel de resiliencia presentan mayor presencia de náuseas y vómitos, que los pacientes que poseen un elevado nivel de resiliencia⁵²³.

La implicación de la resiliencia en la calidad de vida, en relación con la

anorexia o pérdida de apetito, parece comprobada en el estudio presentado por "Quiceno y Vinaccia⁵⁶³, en enfermos crónicos, tras concluir que los pacientes con emociones positivas presentan menos pérdida de apetito que quienes tienen emociones negativas. En nuestra investigación hemos encontrado similitudes, al obtener que los pacientes oncológicos con un bajo nivel de resiliencia presentaban más pérdida de apetito que los pacientes con una elevada resiliencia"⁵²³.

Cabe destacar que los resultados obtenidos en el presente estudio, en el área de síntomas, coinciden con los de la investigación llevada a cabo por Schulz et al⁵⁶⁴, en pacientes oncológicos, al haber obtenido que los estados pesimistas y negativos, influían en el aumento de la intensidad de los síntomas, de estos pacientes, debido a la interrelación existente entre varios de ellos, como el dolor, el insomnio, la disnea y la fatiga.

A pesar de que en la literatura revisada, no existe una relevante evidencia que muestre la existencia de correlación alguna entre el nivel de resiliencia y la presencia o ausencia de disnea, estreñimiento, diarrea y/o impacto económico, como hemos encontrado en nuestra investigación, el estudio llevado a cabo por Ristevska-Dimitrovska et al⁵⁶⁵, en pacientes con cáncer de mama, muestra unos resultados similares, al mostrar que las mujeres con alta resiliencia, presentaban menos sintomatología de disnea, estreñimiento, diarrea y problemas financieros, que aquellas con menor resiliencia.

Al mismo tiempo, el estudio llevado a cabo por dichas investigadoras, confirmó la existencia de una estrecha correlación positiva entre la resiliencia y la calidad de vida, a nivel físico, cognitivo, emocional y social, de las mujeres con cáncer de mama, que participaron en su estudio, concluyendo que la resiliencia está relacionada inversamente con la ansiedad y la depresión, de tal modo que es un factor protector para el paciente, ante situaciones adversas que pueden generar tanto malestar y sufrimiento.

Una vez analizados los resultados presentados, podemos confirmar nuestra hipótesis, en cuanto a que el grado de resiliencia que presentan los pacientes oncológicos puede determinar una mejor calidad de vida, a nivel de sus diversas dimensiones, tanto física, como emocional, cognitiva y social, constituyendo, al mismo tiempo, un importante factor de predicción psicosocial del afrontamiento y del bienestar en pacientes con cáncer.

Es destacable reseñar el papel de la resiliencia, como recurso individual estable, generador de un camino dinámico y cambiante que puede mejorar significativamente la calidad de vida del paciente²⁰², por lo que resulta importante el llevar a cabo las estrategias más eficaces que la fomenten, comenzando lo antes posible desde el diagnóstico de la enfermedad oncológica, para que los pacientes puedan beneficiarse de los efectos, sobre la calidad de vida, generados por la resiliencia⁵⁵⁸.

Por su parte, en base a los hallazgos encontrados, podemos subrayar la importancia de la espiritualidad, entendida como la disposición moral, psicológica o cultural, de aquellas personas que tratan de trascender a sí mismas, integrándose y llegando a conectar con el resto de seres humanos, a la hora de ser más o menos resilientes y por consiguiente, mantener una mayor o menor calidad de vida durante el proceso de la enfermedad oncológica.

La espiritualidad es una variable predictora de la resiliencia, puesto que en todo ser humano como parte de su desarrollo, existen situaciones en las cuales debe afrontar situaciones adversas que generan dolor y un gran sufrimiento, pudiendo sucumbir ante ellas o ponerse de pie y hacerles frente, de tal modo que aquellas personas que posean o desarrollen un mayor nivel de espiritualidad, tendrán más opciones de superar dichas situaciones y salir fuertemente fortalecidos.

En la misma línea, la evidencia científica permite entrever que las emociones positivas, el optimismo, las prácticas espirituales, así como las creencias religiosas pueden ser buenas no sólo para la salud espiritual, sino también para la dimensión física, psicológica, emocional y social, al fomentar el que el paciente oncológico, vaya adaptándose de forma flexible a los cambios que van surgiendo desde el diagnóstico de la enfermedad, permitiéndole encontrar el significado existencial para la situación estresante que le ha tocado vivir, así como favorecer el que alcance un equilibrio, armonía y bienestar que le permita disfrutar de su día a día.

Según Koenig⁴⁵⁰, la espiritualidad, fundamentalmente la relacionada con la religión, promueve actitudes de esperanza, cambio y curación en personas que padecen situaciones que amenazan su salud, dado que la fe, les aporta una gran

sensación de control y autodeterminación personal que deriva en una estabilidad de la salud mental. De tal manera, que las personas creyentes, cuentan con prácticas y creencias, que les aportan valores y significados que les ayudan a orientar sus vidas, atribuyéndole un sentido a los sucesos traumáticos a los que tienen que hacer frente.

Por su parte Yoffe¹⁶⁵, afirma que las personas creyentes y practicantes se apoyan en sus recursos espirituales, al mismo tiempo, que en prácticas religiosas, a la hora de hacer frente a las adversidades que les surgen en su ciclo vital, aumentando su capacidad para responder a los factores estresantes de las mismas, sin disminuir las capacidades físicas, mentales y espirituales³⁸⁰, sino más bien, aumentando sus fortalezas y generando equilibrio, paz, esperanza y una gran socialización, lo que deriva en un mejor estado de salud⁵⁶⁶.

Por lo tanto, un conocimiento de las características y prácticas que potencian la espiritualidad y/o la resiliencia, puede permitir al personal de enfermería el proporcionar unos cuidados holísticos de calidad, que genere los comportamientos necesarios, para que los pacientes afronten sus experiencias vitales y períodos de adversidad, como es el proceso de enfermedad, con las mayores garantías para adaptarse, a las mismas, superarlas y salir transformados positivamente, fomentando una participación activa del paciente en el tratamiento de su enfermedad, lo que le ayudará a mejorar significativamente su salud a nivel físico, psicológico, emocional, social, al mismo tiempo que a nivel espiritual.

Para planificar dicha atención holística al ser humano, es vital que los profesionales de enfermería reconozcan y conjuguen los diversos factores que tienen una influencia sobre el cuidado del paciente. Es necesario que haya una fluida comunicación con el paciente y su familia, teniendo en cuenta, tanto los aspectos físicos, psicológicos, culturales, económicos, políticos y espirituales, con el objetivo de poder ofrecerle una atención individualizada.

En este sentido es necesario hacer hincapié en la importancia de generar una humanización del cuidado, volviendo a los orígenes de los cuidados enfermeros, integrando los conocimientos teóricos y prácticos, junto a la vocación por cuidar, con el objetivo de promocionar, prevenir y restaurar el equilibrio bio-psico-social y espiritual del paciente, ayudándole a identificar los valores y creencias que le dan sentido a su vida, fundamentalmente en los momentos más

difíciles de la misma, sin cederle toda esta labor a los sacerdotes, con el objetivo de incentivarlas y reforzarlas, destacando que la atención holística estará directamente relacionada con la percepción que tengan los enfermeros sobre la dimensión espiritual de sus pacientes, para poder planificar y llevar a cabo las intervenciones necesarias que requieran los mismos⁵⁶⁶⁻⁵⁶⁸.

Al mismo tiempo, cabe destacar que el cuidado holístico, ha estado presente desde los orígenes de los cuidados llevados a cabo por enfermería como profesión, desde Florence Nightingale, a mediados del siglo XIX, a Callista Roy, Betty Neuman, Imogene King, Dorotea Orem, Parse y Leninger, entre otras, o Martha Rogers y su teoría del "ser humano unitario", la cual entiende a la persona como "un todo único con integridad propia y que expresa cualidades que no pueden interpretarse sólo como la suma de sus elementos individuales"⁴⁴⁵.

La importancia de este cuidado se basa en el hecho de reconocer y tratar a cada paciente de una manera individualizada, centrando la atención en el paciente como ser humano único y diferente del resto, comprendiéndolo en su absoluta humanidad y desarrollando un cuidado particular y de calidad⁵⁶⁹, lo que promoverá un bienestar a nivel psicológico, emocional y espiritual, lo que facilitará la recuperación física o un aumento de la calidad de vida del paciente, derivando, todo ello, en un mayor vínculo y una relación más positiva, basada en la confianza, entre el propio paciente y el personal de enfermería, que aplique este tipo de cuidado⁵⁷⁰.

Al mismo tiempo, la relación médico-paciente, puede verse fortalecida, si estos temas son tratados abiertamente, como afirman diversos estudios^{571,572}, dado que el abordar en la enfermedad oncológica, los aspectos biopsicosociales, al mismo tiempo que los espirituales, la confianza en sí mismo, la paz y la esperanza, puede tener un impacto positivo, tanto en los resultados de la enfermedad, como en la calidad de vida del propio paciente y en la satisfacción del personal sanitario, más si cabe, cuando la evidencia científica, plantea que las personas, aunque no se consideren religiosas y/o espirituales, pueden llegar a serlo a la hora de afrontar graves enfermedades, debido a la sensación de pérdida de control frente a dicha situación, lo que les lleva a buscar a Dios para encontrar una ayuda que les proporcione seguridad y un sentido de la vida, ante esa adversidad estresante²⁵².

Este hecho ha sido mostrado, en diversos estudios, entre los cuales cabe destacar el realizado en pacientes con esclerosis múltiple⁵⁷³, al evidenciar que a medida que la enfermedad se desarrolla y las continuas recaídas van sucediéndose, la espiritualidad aumenta su valor como variable de protección hacia el paciente, al potenciar la creencia de confianza en sí mismo, al mismo tiempo que en sus capacidades personales y en la concienciación de que la vida posee un sentido.

Aunque cabe destacar, que la mayoría de la evidencia científica revisada, en relación a la importancia de que los profesionales aborden los temas espirituales con sus pacientes, se ha llevado a cabo en aquellos que se encontraban en fase terminal, de ahí la importancia de que sean realizadas más investigaciones, que den luz sobre la necesidad de tratar este tipo de temas en cualquier tipo de pacientes, por los importantes resultados observados en los estudios existentes.

En el caso de los pacientes oncológicos, el que se apliquen terapias que puedan fomentar este tipo de actuaciones, es de vital importancia, dado que el diagnóstico de cáncer, con su alta carga de connotaciones negativas, es una situación que altera el transcurso de la vida, pudiendo contribuir desde una adaptación positiva a la enfermedad, tanto a nivel físico como psicológico, hasta numerosas alteraciones psicológicas que pueden derivar en un acentuado deterioro personal⁵⁷⁴.

Ante la evidencia de estos resultados, adquiere fuerza la idea de realizar programas que promuevan un aumento en la espiritualidad de la persona sana, enferma o aquella que se encuentre al final de su vida, como confirma la investigación llevada a cabo por Kennedy et al⁵⁷⁵, en pacientes con problemas cardíacos y sus parejas, con el objetivo de incrementar, tanto la confianza en el manejo de sus problemas de salud, como en su bienestar físico. Estos autores, realizaron un análisis sobre estilos de vida saludables, alimentación, manejo del estrés, comunicación, soporte social y principios de curación mediante técnicas espirituales, que estaban compuestas por yoga, meditación, imagería y oración, volviendo a realizar una evaluación de su espiritualidad, tras poner en práctica el programa, obteniendo un incremento significativo de la misma, al igual que un aumento de su percepción de bienestar, autoconfianza para el manejo de problemas, al mismo tiempo que una disminución del disgusto y la indignación.

De igual forma, en la línea de diversas investigaciones realizadas hasta el momento^{411,457}, se considera necesario el combinar dichos programas espirituales con aquellos que potencien, por su parte, la resiliencia, para que ayuden a manejar los factores físicos y psicosociales, tanto antes como durante el tratamiento médico, con el objetivo de desarrollar actitudes positivas que deriven en un mayor autocontrol, un mejor estado de salud, así como un mejor afrontamiento del estrés en los momentos de enfermedad.

A pesar de la estrecha intercorrelación evidenciada, entre la espiritualidad, la resiliencia y la calidad de vida del paciente oncológico, al mismo tiempo que a la importancia que los profesionales de enfermería parecen conceder a dicha relación^{424,576,577}, resulta paradójico el hecho de que no se lleve a cabo una adecuada atención sanitaria de esta dimensión, al mismo tiempo que un mayor número de investigaciones a nivel nacional, que valoren esta influencia, más si cabe, ante el hecho de que gran parte de los pacientes estarían encantados de que sus médicos y enfermeros se interesasen por estos temas⁶⁵.

Estos hechos pueden ser debidos a varios motivos, entre los que podríamos destacar, el permanente avance de la tecnología, lo que deriva en un avance para la sociedad, pero al mismo tiempo, si no es correctamente usada y sólo se centra en buscar la maximización de los resultados, se convierte en un fin en sí misma, dejando a un lado a la persona, dando lugar a una importante desigualdad en la prestación de los servicios sanitarios y disminuyendo la atención a las necesidades emocionales de los enfermos, lo que deriva en una deshumanización de los cuidados⁵⁷⁸.

Al mismo tiempo, la configuración, desde los siglos XVI y XVII, de una práctica médica biologicista, materialista e individualista, que fue eliminando la causalidad mística de la enfermedad, unido al continuo progreso de la medicalización del cuerpo y de la vida, acaecidos desde el siglo XVIII, pueden considerarse como las principales causas de que la dimensión espiritual haya ido perdiendo importancia a la hora de prestar una correcta atención médica y enfermera al paciente, dejando de lado dicha dimensión, la cual pertenece a una experiencia humana vivencial, sublime y poco cuantificable, pero que posee el poder de ejercer un efecto amortiguador ante el afrontamiento de la enfermedad, estimulando, al mismo tiempo, la realización de prácticas que mejoran la calidad de vida del paciente^{577,579}.

El paradigma biomédico, ha disminuido la visión holística del diagnóstico y tratamiento médicos, dejando de lado sus orígenes hipocráticos, donde se entendía al ser humano como un complejo conjunto de aspectos biomédicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y espirituales. Todo ello, en gran medida, debido a la importancia desmedida que se presta a los indicadores de eficiencia, donde lo importante son los números y no tanto la humanización de los cuidados, donde, en muchas ocasiones, el paciente es tratado como un objeto carente de sentimientos y emociones⁵⁸⁰.

Otro de los motivos de la escasa evidencia científica, a nivel nacional, puede ser el hecho de que nuestra cultura, de forma habitual, separa el cuerpo y el alma, como si de dimensiones opuestas o aisladas se tratase, dejando de lado la totalidad del ser humano, al igual que su unidad dinámica y cambiante, prestándole poca o ninguna importancia a la espiritualidad⁴²⁵.

Por otro lado, se encontraría, la falta de formación universitaria de los profesionales sanitarios, a la hora de tener que realizar un abordaje de temas como la muerte o la dimensión espiritual del paciente, fundamentalmente en aquellos casos en los que los cuidados son demandados para paliar el sufrimiento y el dolor, provenientes de la enfermedad, siendo aún más llamativa, cuando son provocados en estados terminales, lo que terminaría por colocar barreras en la propia asistencia sanitaria, al no sentirse capacitados los profesionales para abordar dichos temas, al mismo tiempo que para comprender la espiritualidad como algo más amplio y no ligado, únicamente, a la religiosidad⁵⁸¹.

Por último, cabe destacar, como uno de los motivos, que más señalan los profesionales de enfermería, para no poder llevar a cabo un cuidado holístico de calidad en el paciente, la falta de tiempo, debido a la alta carga asistencial a que están sometidos y a los trámites de carácter administrativo y burocrático, que han de realizar, lo que da lugar, al mismo tiempo, a un mayor distanciamiento en la relación enfermero-paciente⁵⁷⁸.

6.2. LIMITACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO

La presente investigación ha presentado diversas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de realizar la interpretación de los resultados

obtenidos. Entre dichas limitaciones podemos destacar que a pesar del gran tamaño muestral, un número importante de pacientes quedaron fuera del estudio dado el elevado número de variables recogidas y el consiguiente tiempo y esfuerzo que debían dedicar para contestar a todos los ítems de los cuestionarios empleados.

Al mismo tiempo, la dificultad y/o falta de distinción entre espiritualidad y religiosidad, a pesar de explicarles minuciosamente las características del test de espiritualidad, así como la finalidad del estudio, hizo que diversos pacientes decidieran no participar en el estudio por no considerarse personas religiosas.

Por su parte, hay que ser prudentes con los datos obtenidos en las comparaciones entre las diversas patologías de cáncer, padecidas por los participantes, dado que a pesar de que la enfermedad oncológica está muy asociada a la idea de muerte, no todas tienen el mismo porcentaje de curación, lo cual puede influir sobre el paciente, a la hora de desarrollar problemas psicológicos o un malestar espiritual que repercuta sobre su salud.

6.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Por todo ello, consideramos primordial el potenciar esta línea de investigación, para observar si la aplicación, mediante talleres o cursos, de terapias que potencien la espiritualidad y/o la resiliencia conllevaría una mejora en la calidad de vida e incluso en el aumento de la supervivencia de pacientes con graves enfermedades, al mismo tiempo que por la necesidad de fomentar la implantación, de una amplia base de conocimientos, que ayuden al personal sanitario, a poder tratar con garantías estas dimensiones del ser humano, con el objetivo principal de atender de forma holística al paciente, con las consiguientes repercusiones sobre su salud.

De igual forma, es fundamental el fomentar otra línea de investigación que desarrolle el estudio de la percepción de la dimensión espiritual, que poseen los profesionales enfermeros, así como los profesores y los estudiantes de enfermería, dado que para poder administrar unos adecuados cuidados holísticos, es necesario que los profesionales de enfermería se sientan cómodos con su propia espiritualidad, haciéndose conscientes, ellos mismos, de las necesidades de la dimensión espiritual y de la importancia que requiere el

cuidado de esta dimensión en el ser humano, sin que ello suponga un trabajo incómodo para el profesional sanitario⁵⁷⁶.

Por otra parte, consideramos interesante, el realizar investigaciones que ayuden a dar luz, sobre si la implementación de la espiritualidad y la resiliencia desde la infancia, contribuye a mejorar el estado de salud y la correspondiente calidad de vida del ser humano, durante su ciclo vital, con el objetivo primordial de incrementar la administración y el fomento de los tratamientos y cuidados holísticos.

Por último, la realización de estudios de carácter cualitativo que ofrezcan una visión más detallada acerca de la influencia de la espiritualidad en las emociones y sentimientos, así como su relación con el sufrimiento humano, en los momentos de enfermedades, tan relacionadas con la muerte y como los cuidados llevados a cabo por el personal sanitario, pueden llegar a influir sobre ellos, a la hora de mejorar su salud.

VII

CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES

“La vida siempre puede reconstruirse aunque sea a partir de las ruinas”

Martin Gray (1922-2016)

7.1. CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados obtenidos en la presente investigación y dando respuesta a los objetivos que se plantearon en la misma, pueden ser establecidas las siguientes conclusiones:

1. En relación al perfil sociodemográfico de los participantes, en su mayoría eran hombres, siendo la edad más predominante, la comprendida entre los 47 y 58 años. Por su parte, mayoritariamente, los pacientes oncológicos estaban casados, teniendo entre 1 y 2 hijos y siendo, el estado laboral que predominó, el de jubilados y/o pensionistas. Respecto al perfil clínico, mayoritariamente, los pacientes padecían cáncer del sistema digestivo y/o gastrointestinal, predominando el tiempo desde el diagnóstico igual y/o inferior a 12 meses y con un pronóstico “a largo plazo curable”.
2. En general, los pacientes oncológicos presentaron una percepción de espiritualidad con una puntuación media-baja, destacando, como áreas predominantes, “la autoconciencia” y “las prácticas espirituales”.
3. Los pacientes oncológicos percibieron tener una resiliencia con una puntuación media, predominando el factor de “competencia personal”.
4. La calidad de vida relacionada con la salud que percibieron tener los pacientes oncológicos, puede considerarse como una puntuación media, destacando como más afectados por la enfermedad de cáncer, a nivel del área de funcionamiento, tanto el estado emocional, como la función cognitiva, siendo el dolor y el insomnio, los síntomas más perjudicados.

5. En general, existieron determinadas características, sociodemográficas y clínicas, en los participantes, que coincidían al influir en un mayor aumento de la percepción de la espiritualidad, de la resiliencia y de la calidad de vida, tanto a nivel global, como de la dimensión de síntomas, así como del área de funcionamiento. Aquellas características, que influían, en mayor magnitud, en la percepción de dichas variables, fueron especialmente: la edad inferior y/o igual a 46 años, los estados civiles “soltero” o “casado”, el tener 3 hijos o más, el haber cursado estudios superiores, la profesión de “estudiante” o “funcionario” y dentro de las características clínicas de los pacientes: el padecer cáncer de piel, el tiempo desde el diagnóstico igual o superior a 25 meses y el pronóstico “a corto plazo curable”, al mismo tiempo que el no ser fumador ni bebedor de alcohol.
6. La espiritualidad posee una alta correlación con la resiliencia y con la calidad de vida relacionada con la salud, tanto en el área de funcionamiento, donde posee una gran correlación con el estado físico y la función cognitiva, como con el área total de síntomas, donde posee su mayor correlación con el dolor, así como con la calidad de vida global. Entre los factores que componen la espiritualidad, el factor de prácticas espirituales, es el que mayor correlación posee con la resiliencia y con la calidad de vida relacionada con la salud, tanto en el área de funcionamiento, como en el de síntomas y en el de calidad de vida global.
7. La resiliencia posee una alta correlación con la calidad de vida relacionada con la salud, tanto en el área de funcionamiento global, donde posee una gran correlación con el estado físico y la función cognitiva, como en el área total de síntomas, donde posee su mayor correlación con el dolor, así como con la calidad de vida global. Cabe destacar entre los factores que componen la resiliencia, el factor de competencia personal, como el que mayor correlación posee tanto con la espiritualidad, como con la calidad de vida relacionada con la salud, así como con el área de funcionamiento, el de síntomas y el de calidad de vida global.

8. La espiritualidad y el tiempo desde el diagnóstico influyen decisivamente en el nivel de resiliencia, destacando la espiritualidad como factor determinante a la hora de ampliar tanto el nivel de resiliencia, como el de calidad de vida relacionada con la salud, tanto a nivel del área de funcionamiento, como en el global de síntomas, así como en la salud global, desde el momento inicial tras el diagnóstico de la enfermedad oncológica.

VIII
BIBLIOGRAFÍA

VIII. BIBLIOGRAFÍA

¹Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. [Internet]; 2013 [citado el 12 marzo 2016]. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf?ua=1

²Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España [Internet]; 2016 [citado el 4 febrero 2016]. Disponible en:

http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESP_2016.pdf

³Bayés R. Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer: el impacto psicológico del cáncer. En: González M, Ordoñez A, Feliu J, Zamora A, Espinosa E, compiladores. Tratado de Medicina Paliativa. Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. España: Médica Panamericana; 1996. p.28-39.

⁴Estepé T. Trastornos psicológicos derivados del tratamiento antitumoral. Habilidades que facilitan la intervención del profesional sanitario en los enfermos con cáncer. En: González M, Ordoñez A, Feliu J, Zamora A, Espinosa E, compiladores. Tratado de Medicina Paliativa. Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. España: Médica Panamericana; 1996. p.416-24.

⁵Die Trill M. Rehabilitación psicológica del enfermo con cáncer. En: González M, Ordoñez A, Feliu J, Zamora A, Espinosa E, compiladores. Tratado de Medicina Paliativa. Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. España: Médica Panamericana; 1996.

⁶González B. La información al enfermo con cáncer. En: González M, Ordoñez A, Feliu J, Zamora A, Espinosa E, compiladores. Tratado de Medicina Paliativa. Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. España: Médica Panamericana; 1996. p.58-66.

⁷Monge MA, Benito A. Dimensión espiritual del paciente con cáncer. En: González M, Ordoñez A, Feliu J, Zamora A, Espinosa E, compiladores. Tratado de Medicina Paliativa. Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. España: Médica Panamericana; 1996. p.44-55.

⁸Bayés R, Borrás XF. psiconeuroinmunología y salud. En: Simón M.A, compilador. Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodologías y aplicaciones. Madrid, España: Biblioteca Nueva; 1999.

⁹Eliade M. Historia de las creencias y las ideas religiosas. Barcelona: Paidós; 1999.

¹⁰Benito E, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Madrid: Arán-SECPAL; 2014.

¹¹Puchalski CM, Ferrel B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *J Palliat Med.* 2009; 12(10):885-904.

¹²Nolan S, Saltmarsh P, Leget C. Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC Task Force. *Eur J Palliat Care.* 2011; 18:86-9.

¹³Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B. Oxford textbook of Spirituality in Healthcare. New York: Oxford Univ Press; 2012.

¹⁴Puchalski CM, Vitillo R, Hull SHK, Reller N. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *J Palliat Med.* 2014; 17(6):1-9.

¹⁵Navas C, Villegas H, Hurtado R, Zapata D. La conexión cuerpo-mente-espíritu y su efecto en la promoción de la salud en pacientes oncológicos. *Rev Venez Oncol.* 2006 mar; 18(1).

¹⁶Pinedo MT. Significado de las romerías populares y de las prácticas simbólicas en torno al proceso salud-enfermedad en Elche: Una aportación desde la perspectiva fenomenológica [tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2009. p.15-47.

¹⁷Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. España: Instituto Nacional de Estadística; 2016 [acceso 28 noviembre de 2016]. Esperanza de vida. Disponible en:

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

¹⁸Halperin EC. Paleo-oncology: the role of ancient remains in the study of cancer. *Perspect Biol Med.* 2004; 47(1):1-14.

¹⁹Capasso LL. Antiquity of cancer. *Int J Cancer.* 2005; 113(1):2-13.

- ²⁰Salaverry O. La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Rev Peru med exp salud publica*. 2013; 30(1):137-41.
- ²¹Sudhakar A. (2009). History of cancer, ancient and modern treatment methods. *Journal of Cancer Science y Therapy*, 1(2):1-4.
- ²²Hipócrates. Sobre las enfermedades de las mujeres. *Tratados Hipocráticos Vol IV*. Madrid: Ed. Gredos; 1988.
- ²³Sebastian Yarza F. *Diccionario Griego español*. Barcelona: Ed. Ramon Sopena; 1984.
- ²⁴Laín Entralgo, P. *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat, 1983.
- ²⁵Instituto Nacional del Cáncer [sede Web]. Estados Unidos: Instituto Nacional del Cáncer; 2016 [acceso 15 de octubre de 2016]. ¿Qué es el cáncer? Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- ²⁶World Health Organization [sede Web]. Suiza: Centro de prensa; 2015 Feb [acceso 21 de noviembre de 2016]. Cáncer. Nota descriptiva N°297. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- ²⁷Mussi C. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En Oblitas, editor. *Psicología de la salud y calidad de vida*. 3ª ed. Madrid: Cengage Learning; 2009.
- ²⁸Asociación Española Contra el Cáncer [sede Web]. España: Asociación Española Contra el Cáncer; 2015 [acceso 1 de diciembre de 2016]. El cáncer. Tipos de cáncer. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/ELCANCER/Paginas/Tiposdecancer.aspx>
- ²⁹McCarthy MC, McNeil R, Drew S, Dunt D, Kosola S, Orme L, et al. Psychological distress and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults with cancer and their parents. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2016; 5(4):322-9.
- ³⁰Rodríguez J, Pastor MA, López S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* [Web en línea] 1993 [citado el 12 enero 2012]; 5: 349-372. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709924>
- ³¹Cloninger S. *Teorías de la personalidad*. México DF: Prentice Hall; 2003.

- ³²Maslow AH. *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row; 1970.
- ³³Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder; 2001.
- ³⁴Gómez, M. *Cómo dar las malas noticias en medicina*. 3ª ed. Madrid: Arán Ediciones; 2006. p.16.
- ³⁵Sontang S. *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik; 1978.
- ³⁶Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*. 1999 Sep-Oct; 8(5):417-28.
- ³⁷Martín MJ, Matellanes MB, Pérez J. El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre Medicina*. 2007; 18(2):108-13.
- ³⁸Whitford HS, Olver IN, Peterson MJ. Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psychooncology*. 2008; 17(11):1121-8.
- ³⁹Monge MA, León JL. *La dimensión espiritual de la enfermedad. El sentido del sufrimiento*. 3 ed. Madrid: Ediciones Palabra; 2001. p.41-55.
- ⁴⁰Flórez JA. El enfoque humanista en la atención al enfermo oncológico [libro electrónico] [acceso el 12 noviembre de 2015]. Disponible en: <https://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER%20Y%20CUIDADOS-PALIATIVOS/cap%201.pdf>
- ⁴¹Casell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982; 306:639-45.
- ⁴²Frankl V. *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder; 1994.
- ⁴³Gómez M. *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid: Arán Ediciones; 2006.
- ⁴⁴Kearney M, Mount B. Spiritual care of the dying patient. In: H Chochinov and W Breitbart editors. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 357-73.
- ⁴⁵Gall J. Public perceptions of celebrity cancer deaths: How identification and emotions shape cancer stigma and behavioral intentions. *Taylor and Francis Online* [revista on-line] 2016 octubre. [acceso 8 de diciembre de 2016]; 1-11. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10410236.2016.1224450>
- ⁴⁶Kúbler-Ross E. *Sociología de la muerte*. Madrid: Sala; 1974.
- ⁴⁷Borasio GD. *Sobre el bien morir*. Barcelona: Plataforma; 2014.

- ⁴⁸Morín E. Carta de la Transdisciplinariedad. Convento de Arrábida; 1994. p.13.
- ⁴⁹García-Camba E. Manual de Psicooncología. Madrid: Grupo aula médica; 1999.
- ⁵⁰Pérez MA. Religión y sentido de la vida en Viktor Emil Frankl. [Web en línea] [citado el 10 octubre de 2015] Disponible en:
http://parroquiadelopera.iespana.es/images/textos/frankl_01.pdf
- ⁵¹Vizcaíno E. Espiritualidad líquida. Secularización y transformación de la religiosidad juvenil. Revista de Ciencias Sociales. 2015; 10(2):437-70.
- ⁵²Sheldrake P. Spirituality: a brief history. 2ª ed. Wiley-Blackwell editor. Malden: Estados Unidos; 2013 April. p.1-8.
- ⁵³Fuller RC. Spiritual But Not Religious: Understanding Unchurched America. Oxford University Press; 2001. p.6
- ⁵⁴Hood RW. The construction and preliminary validation a measure of reported mystical experience. J Sci Study Relig. 1975; 14:29-41.
- ⁵⁵Thinking Faith [sede web]. London: Jesuits in Britain; 2012 [acceso 27 de noviembre de 2016]. Martin J. Spiritual and Religious: The Benefits of Being Both. Disponible en: https://thinkingfaith.org/articles/20121116_1.htm
- ⁵⁶Clottes J, Lewis W. Los chamanes de la prehistoria: Tránsito y magia en las cuevas decoradas. Barcelona: Ariel; 1996.
- ⁵⁷Harrod J. A trans-species definition of religion. Journal for the study of religion, nature and culture. 2011; 5(3):327-53.
- ⁵⁸Koenig HG. Concerns about Measuring "Spirituality" in Research. J Nerv Ment Dis. 2008; 196(5):349-55.
- ⁵⁹Príncipe W. Toward defining spirituality. Studies in Religion. 1983; 12(2):127-41.
- ⁶⁰Richards PS, Bergin AE. Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity. Washington DC: American Psychological Association; 2000.
- ⁶¹Real Academia de la Lengua (Ed.). Diccionario de la Lengua Española [versión electrónica] [citado el 22 de mayo de 2016] Disponible en:
<http://dle.rae.es/?id=GcZ0jY0>
- ⁶²Pérez JA. Estudio exploratorio sobre el tema de la espiritualidad en el ambiente laboral. Anales de psicología. 2007; 23(1):137-46.
- ⁶³Bruce W. Spirituality in public service. International Journal of Organizational Theory and Behavior. 2000; 3:599-632.

- ⁶⁴Mytko JJ, Knight SJ. Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psychooncology*. 1999; 8(5): 439-50.
- ⁶⁵Espíndula JA, Martins ER, Ales A. Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [revista on-line] 2010 [citada el 7 diciembre 2016]; 18(6):[08 pantallas]. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/4279/5430>
- ⁶⁶Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*. 1999; 8(5):429-38.
- ⁶⁷Holloway M. Death the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. *J Clin Nurs*. 2006; 15(7):833-9.
- ⁶⁸Koenig HG, McCullough M, Larson D. *Handbook of religion and health*. Nueva York: Oxford University Press; 2001.
- ⁶⁹Riso W. *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma; 2006.
- ⁷⁰Peterson & Seligman MEP. *Character Strengths and Virtues. A Handbook and Classification*. *Am J Psychiatry*. 2004; 162:820-1.
- ⁷¹Benito E, Barbero J, Dones M. *Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. SECPAL, 2014; n°6.
- ⁷²Arias J. *La felicidad invisible. La espiritualidad como camino para acceder a ella*. Madrid: Maeva Ed; 2007. p.47.
- ⁷³Sephton SE, Koopman C, Shaal M, Thorensen C, Spiegel D. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer. An exploratory study. *The Breast Journal*, 2001; 7, 345-53.
- ⁷⁴Vallurupalli MM, Lauderdale MK, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Balboni TA, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The journal of supportive oncology*. 2012; 10(2):81.

- ⁷⁵Davison SN, Jhangri GS. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage*. 2013; 45(2):170-8.
- ⁷⁶Salsman JM, Fitchett G, Merluzzi TV, Sherman AC, Park CL. Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a meta-analytic investigation. *Cancer*. 2015; 121(21):3754-59.
- ⁷⁷Bai M, Dixon J, Williams AL, Jeon S, Lazenby M, McCorkle R. Exploring the individual patterns of spiritual well-being in people newly diagnosed with advanced cancer: a cluster analysis. *Quality of life research*. 2016; p.1-9.
- ⁷⁸Wilson EO. *On human nature*. Cambridge: Harvard University Press; 1998.
- ⁷⁹Phillips P. *The prehistory of Europe*. Bloomington: Indiana University Press; 1980.
- ⁸⁰Valiente-Barroso C, García-García E. La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica. *Psicogeriatría*. 2010; 2(3):153-65.
- ⁸¹Emblen JD. Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *Journal of Professional Nursing*. 1992; 8:41-7.
- ⁸²Zinnbauer BJ, Pargament KI, Scott AB. The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *J Personal*. 1999. December; 67(6):889-919.
- ⁸³Koenig HG, King DE, Carson VB. Definitions. In: Koenig HG, King DE, Carson VB editors. *Handbook of religion and health*. 2^aed. New York: Oxford University Press; 2012. p.94-122.
- ⁸⁴Acevedo J, González J. No envejecemos igual: la religiosidad y el género en adultos mayores del noreste de México. *Rev Reflexiones*. 2014 Ene/Jun; 93(1)
- ⁸⁵Beit-Hallahmi B, Argyle M. *The psychology of religious behavior, belief and experience*. London: Routledge; 1997.
- ⁸⁶Gómez P. La religión y la naturaleza humana. *Ensayos de filosofía* [revista en internet] 2016 [acceso el 2 de junio de 2015]; 4(1). Disponible en: <http://www.ensayos-filosofia.es/archivos/articulo/la-religion-y-la-naturaleza-humana>

- ⁸⁷Benson H. *Timeless Healing: The Power and Biology of Belief*. New York: Scribner; 1996. p.24.
- ⁸⁸Dueck A, Johnson A. Cultural psychology of religion: spiritual transformation. *Pastoral psychology*. 2016; 65(3):229-328.
- ⁸⁹Minton EA, Kahle LR. *Religion and consumer behavior*. Routledge: *International Handbook of Consumer Psychology*; 2016.
- ⁹⁰Gelles R, Levine A. *Sociología, con aplicaciones en países de habla hispana*. México DF: McGraw Hill, Instituto Nacional del Cáncer; 1995.
- ⁹¹Martínez MR, Méndez C, Ballesteros BP. Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro javeriano de oncología. *Bogotá: Univ. Psychol*. 2004 julio-diciembre; 3(2):231-46.
- ⁹²Torralba F. *Inteligencia espiritual*. 8ª ed. Barcelona: Plataforma actual; 2016.
- ⁹³Zohar D, Marshall I. *Inteligencia espiritual. La inteligencia que permite ser creativo, tener valores y fe*. 1ª ed. Barcelona: Plaza y Jané editores; 2001.
- ⁹⁴Gardner H. *Multiple intelligences*. New York: HarperCollins; 1993.
- ⁹⁵Muñoz MM, Ayuso J. Inteligencias múltiples, ¿ocho maneras diferentes de aprender? *Escuela abierta: revista de investigación educativa*. 2014; 17:103-16.
- ⁹⁶Goleman D. *Inteligencia emocional*. 89ª ed. Barcelona: Kairós; 2014.
- ⁹⁷Emmons RA. Is Spirituality an Intelligence? Motivation, cognition, and the Psychology of Ultimate Concern. *Int J Psychol Relig*. 2000; 10:3-26.
- ⁹⁸Sisk D. Spiritual intelligence. *Gifted Education International*. 2016; 32:194-208.
- ⁹⁹King DB, DeCicco TL. A Viable Model and Self-Report Measure of Spiritual Intelligence. *The International Journal of Transpersonal Studies*. 2009; 28:68-85.
- ¹⁰⁰McGregor BA, Murphy KM, Albano DL, Ceballos RM. Stress, cortisol, and B Lymphocytes: a novel approach to understanding academic stress and immune function. *Stress*. 2016; 19(2):185-91.
- ¹⁰¹Hodes GE, Pfau ML, Leboeuf M, Golden SA, Christoffel DJ, Bregman D, et al. Individual differences in the peripheral immune system promote resilience versus susceptibility to social stress. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2014; 111(45):16136-41.

- ¹⁰²Bohórquez D, Riveros F, Londoño C, Vinaccia S. El sistema inmunológico en personas con trastorno de estrés postraumático: una revisión. *Psicología y Salud*. 2016 julio-diciembre; 26(2):245-52.
- ¹⁰³Sala AR. Depresión y Cáncer. [Web en línea] [citado el 20 enero de 2016] Disponible en: <http://www.psicoinactiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=164>
- ¹⁰⁴Soler YM, Pérez E, López MM. Modificación de conocimientos sobre adherencia terapéutica en adultas mayores con cáncer de mama mediante un programa educativo. *Medisan [revista on-line]* 2016 enero. [acceso 22 noviembre de 2016]; 20(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100003
- ¹⁰⁵Lutgendorf SK, Sood AK, Antoni MH. Host factors and cancer progression: biobehavioral signaling pathways and interventions. *Cancer Clin Oncol*. 2010; 28(26):4049-99.
- ¹⁰⁶Cruzado J. Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer. Madrid: Pirámide; 2013.
- ¹⁰⁷Kim Y, Wellisch DK, Spillers RL, et al. Psychological distress of female cancer caregivers: effects of type of cancer and caregivers' spirituality. *Support care Cancer*. 2007; 15(12):1367-74.
- ¹⁰⁸Reed R, Charles L. Stress and the Immune System. En Charlotte Esser, editor. *Environmental Influences on the Immune System*. 1ª ed. New York: Springer; 2016. p.97-126.
- ¹⁰⁹Gruber B, Hall N, Hersh S, Dubois P. Immune system and psychological changes in metastatic cancer patients using relaxation and guided imagery: a pilot study. *Scand Behav Ther*. 1988; 17:153-6.
- ¹¹⁰Snyder M, Lindquist R editors. *Complementary and alternative therapies in nursing*. 6ª ed. New York: Springer; 2010. p.61-90.
- ¹¹¹Sklar L, Anisman H. Stress and cancer. *Psychological Bulletin*. 1981; 89(3):369-406.
- ¹¹²Levy S.M, Herberman R.B, Lippman M, D'Angelo T, Lee J. Immunological and psychosocial predictors of disease recurrence in patients with early-stage breast cancer. *Behav Med*. 1991; 17:67-75.

- ¹¹³Andersen BL, Farrar WB, Golden-Kreutz D, Kutz LA, MacCallum R, Courtney ME, et al. Stress and immune responses after surgical for regional breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1998; 90:30-6.
- ¹¹⁴Holden RJ, Pakula IS, Mooney PA. An immunological model connecting the pathogenesis of stress, depression and carcinoma. *Med Hypotheses.* 1998; 51(4):309-14.
- ¹¹⁵Haapakoski R, Ebmeier KP, Alenius H, Kivimäki M. Innate and adaptive immunity in the development of depression: an update on current knowledge and technological advances. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2016; vol. 66, p. 63-72.
- ¹¹⁶Martínez-Sánchez F, Fernández J. Emoción y salud. Desarrollos en psicología básica y aplicada. Presentación del monográfico. *Anales de Psicología.* 1994; 10:101-10.
- ¹¹⁷Cano-Vindel A, Miguel Tobal J.J, González H, Iruarrizaga I. El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 1994; 10:145-56.
- ¹¹⁸Lefcourt H.M, Martin R.A. Humor and life stress: An antidote to adversity. Springer-Verlag. 1986.
- ¹¹⁹Nezu A.M, Nezu C.M, Bilssett S.E. Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: A prospective analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1988; 54:520-5.
- ¹²⁰Balasoorya C, Walter F, Scott S. The role of emotions in time to presentation for symptoms suggestive of cancer: a systematic literature review of quantitative studies. *Psycho-Oncology.* 2015; 24(12):1594-1604.
- ¹²¹American Psychological Association [sede Web]. Washington DC: Asociación Americana de Psicología; 2016 [acceso 8 diciembre de 2016]. Chang A, Haber S. Cáncer de mama: Cómo puede la mente ayudar al cuerpo. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cancer-de-mama.aspx>
- ¹²²Kennifer S, Alexander S, Pollak K, Jeffreys A, Olsen M, Arnold R, et al. Negative emotions in cancer care: Do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? *Patient Educ Couns.* 2009; 76(1):51-6.
- ¹²³Cohen L, de Moor C, Amato RJ. The association between treatment specific optimism and depressive symptomatology in patients enrolled in a phase I cancer clinical trial. *Cancer.* 2001; 91(10):1949-55.

- ¹²⁴Epping-Jordan JE, Compas BE, Osowiecki DM, Oppedisano G, Gerhardt C, Primo K, et al. Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychol.* 1999; 18(4):315–26.
- ¹²⁵Schou I, Ekeberg Ø, Ruland CM, Sandvik L, Kåresen R. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology.* 2004; 13(5):309–20.
- ¹²⁶Nam I, Yoon H, Kim Y, Lim Y, Lee H, Choi K. The mediating role of optimism and pessimism on the relationship between spirituality and depression among elderly cancer patients. *Korean J Health Promot.* 2016 Jun; 16(2):127-33.
- ¹²⁷Korsvold L, Lie HC, Mellblom AV, Loge JH, Finset A. Tailoring the delivery of cancer diagnosis to adolescent and young adult patients displaying strong emotions: An observational study of two cases. *Int J Qual Study Health Well-being.* 2016; vol.11.
- ¹²⁸Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage.* 2014; 48:400–10.
- ¹²⁹Bazán JL. La importancia de la dimensión espiritual humana como elemento amortiguador del estrés [monografía en internet]. *Monografías.com*; 2015 [acceso 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos104/importancia-dimension-espiritual-humana-como-elemento-amortiguador-del-estres/importancia-dimension-espiritual-humana-como-elemento-amortiguador-del-estres.shtml>
- ¹³⁰Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977; 196(4286):129-36.
- ¹³¹Sulmasy D. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist.* 2002; 42:24-33.
- ¹³²Dubordie M. *Psicoterapia integrativa PNIE. Integración cuerpo-mente-entorno.* 3ªed. Montevideo: Psicolibros Waslala; 2014.
- ¹³³Rodríguez M, Fernández ML, Pérez ML, Noriega R. Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología.* 2011; 11(2):24-49.
- ¹³⁴Hall D, Meador K, Koenig H. Measuring religiousness in health research: review and critique. *Journal of Religion and Health.* 2008; 47:134-63.

¹³⁵Rizzuto A. Psychoanalytic considerations about spirituality oriented psychotherapy. In L Sperry and E. Shafranske (Eds.), Spirituality oriented psychotherapy. Am Psychol Association. 2005; p.31-50.

¹³⁶Instituto Nacional del Cáncer [sede Web]. Estados Unidos: Instituto Nacional del Cáncer; 2016 [acceso 12 de junio de 2015]. La espiritualidad en el tratamiento del cáncer. Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pdq#section/24>

¹³⁷Galiana L, Oliver A, Gomis C, Barbero J, Benito E. Cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una revisión crítica. Med Pal. 2014; 21(2):62-74.

¹³⁸Vivat B. Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. PalliatMed. 2008; 22:859-68.

¹³⁹Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson IJ. The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated cross-culturally: a systematic review. J PainSymptomManage. 2011; 41:728-53.

¹⁴⁰Sieversson C, Evans V, Florenzano R, Fernández L. ¿Qué elementos se incorporan en las evaluaciones de la espiritualidad y religiosidad? Una revisión de instrumentos validados. Rev GPU. 2016; 2:216-23.

¹⁴¹Ferrero Berlanga J. El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. Valencia: Promolibro; 1993.

¹⁴²Rowland JH. Intrapersonal resources: coping. In: Holland JC, Rowland JH, eds.: Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient With Cancer. Oxford University Press. 1989; p. 44-57.

¹⁴³Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. J Adv Nurs. 2006; 54(3):265-72.

¹⁴⁴Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. ISRN psychiatry. 2012; vol. 2012.

¹⁴⁵McFarland DD, Lahijani SM, Holland JM. Managing depression in patients with cancer. Oncology. 2016 Jul; 30(7):665.

- ¹⁴⁶Kumar D, Goel NK, Pandey AK, Dimri K. Perspectives of cancer patients regarding spirituality and its role in cancer cure. *Int J Community Med Public Health*. 2016; 3(8):2248-57.
- ¹⁴⁷García-Camba E. *Manual de Psicooncología*. Madrid: Grupo aula médica; 1999.
- ¹⁴⁸Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos 2ed*. Barcelona: Martínez Roca; 1986. 124-5.
- ¹⁴⁹Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989 Feb; 56(2):267-83.
- ¹⁵⁰Reed DJ. Coping with occupational stress: the role of optimism and coping flexibility. *Psychol Res Behav Mang*. 2016; 9:71-9.
- ¹⁵¹Hanssen MM, Vancleef LM, Vlaeyen JW, Hayes AF, Schouten EG, Peters ML. Optimism, motivational coping and well-being: evidence supporting the importance of flexible goal adjustment. *J Happiness Stud*. 2015; 16:1525-37.
- ¹⁵²Milte CM, Luszcz MA, Ratcliffe J, Masters S, Crotty M. Influence of health locus of control on recovery of function in recently hospitalized frail older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2015; 15:341-49.
- ¹⁵³Berglund E, Lytsy P, Westerling R. The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2014; 14:492.
- ¹⁵⁴Mikula P, Nagyova I, Vitkova M, Szilasiova J. Multiple sclerosis and coping: is disease management easier with good self-esteem?. *Eur J Public Health*. 2016; 26 Supl 1.
- ¹⁵⁵Park CL. Meaning making and resilience. In: Updesh Kumar editor. *The routledge international handbook of psychosocial resilience*. 1^a ed. New York: Routledge; 2016. p.162-72.
- ¹⁵⁶Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press; 1997.
- ¹⁵⁷Lazarus RS. Evolution of a model of stress, coping, and discrete emotions. In: Virginia Hill editor. *Handbook of stress, coping and health. Implications for nursing research, theory and practice*. 1^aed. California: SAGE; 2012. p.199-225.
- ¹⁵⁸James W. *The varieties of religious experience*. New York: The Modern Library; 1999.

- ¹⁵⁹Darwin C. The origin of species: by means of natural selection or the preservation of favoured races in the struggle for life. New Jersey: Castle Books; 2004.
- ¹⁶⁰Osler W. The faith that heals, Br Med J. 1910; 18:1470-2.
- ¹⁶¹González TL. Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. Iztacala [Revista on-line] 2004 [citado el 10 octubre 2016]; 7 (2), 19-29. Publicado en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-2b/vol7no2art2.pdf>
- ¹⁶²Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. SSM-Population Health. 2016; 2:373-81.
- ¹⁶³Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough ME, Swyers JP, Larson DB, et al. Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. J Theory Soc Behav. 2000; 30, 52-77.
- ¹⁶⁴Moreira-Almeida A, Lotufo F, Koenig GH. Religiousness and mental health: a review. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2006; 28(3):242-50.
- ¹⁶⁵Yoffe L. Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. Psicodebate. 2007; 7:193-205.
- ¹⁶⁶Erikson E. The Life Cycle Completed. New York: Norton; 1982.
- ¹⁶⁷Rogers C. A way of being. Boston: Houghton Mifflin; 1980.
- ¹⁶⁸Jaffé A. Jung, recuerdos, sueños, pensamientos. Colección Los Tres Mundos. 7ª Ed. Barcelona: Seix Barral; 2005.
- ¹⁶⁹Universidad del Salvador [sede Web]. Buenos Aires: Facultad de Psicología y Psicopedagogía; 2002 [acceso 3 de mayo de 2015]. Gómez MB. La espiritualidad en el hombre. Desde la perspectiva logoterapéutica de Viktor Frankl. Disponible en: <http://psico.usal.edu.ar/psico/espiritualidad-hombre-desde-perspectiva-logoterapeutica-viktor-frankl>
- ¹⁷⁰Eppsteiner HS, Hagan J. Religion as Psychological, Spiritual, and Social Support in the Migration Undertaking. En: Saunders JB, Fiddian-Qasmiyeh, Snyder S, editors. Intersections of Religion and Migration. 1ª ed. Basigstoke: Palgrave Macmillan; 2016. p.49-70.

- ¹⁷¹Guimaraes H, Avezum A. Impacto de la espiritualidad en la salud física. *Revista de Psiquiatría clínica*. 2007; 34(1):88-94.
- ¹⁷²Hybels CF, Blazer DG, George LK, Koenig HG. The complex association between religious activities and functional limitations in older adults. *Gerontologist*. 2012; 52(5):676-85.
- ¹⁷³Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *J Religion Health*. 2013; 52(2):657-73.
- ¹⁷⁴Garssen B, Visser A. The association between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*. 2016; 122(15):2440.
- ¹⁷⁵Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*. 2001; 76(12):1225-35.
- ¹⁷⁶Dalgalarronde P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatría Clínica*. 2007; 34(1):25-32.
- ¹⁷⁷Koenig HG. Religión, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría Clínica*. 2007; 34(1): 95-104.
- ¹⁷⁸Astrow AB. Religion, Spirituality and Health Care: social, ethical and practical considerations. *Am J Med*, 2001; 110: 283-287.
- ¹⁷⁹Coyle J. Spirituality and Health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 37(6): 589-597.
- ¹⁸⁰Vurban V, Fontao MM. El significado de las creencias religiosas para un grupo de pacientes oncológicos en rehabilitación. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 jan-feb; 15(1).
- ¹⁸¹Gallegos M. Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2008; 16(2):99-104.
- ¹⁸²Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R. Spirituality: What is its role in pain medicine? *Pain Medicine*. 2015; 16(1):51-60.
- ¹⁸³Sturz DL. The role of spirituality in healing. In: Pinzón-Pérez H, Pérez MA, editors. *Complementary, Alternative, and Integrative Health: A Multicultural Perspective*. 1ª ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2016. p.145.

- ¹⁸⁴Woods TE, Antoni MH, Ironson GH, Kling DW. Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *J Psychosom Res.* 1999; 46(2):165-76.
- ¹⁸⁵Koenig HG. Psychoneuroimmunology and the faith factor. *J Gend Specif Med.* 2000; 3:37-44.
- ¹⁸⁶Woods TE, Antoni MH, Ironson GH, Kling DW. Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *J Psychosom Res.* 1999; 46(2):165-76.
- ¹⁸⁷Lee M, Kim M, Ryu H. Qi-training (qigong) enhanced immune functions: what is the underlying mechanism?. *Int J Neurosci.* 2005; 115(8):1099-104
- ¹⁸⁸Panczak R, Spoerri A, Zwahlen M, Bopp M, Gutzwiller F, Egger M. "Religion and suicide in patients with mental illness or cancer." *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2013; 43(2):213-22.
- ¹⁸⁹Safara M, Bhatia M. Relationship of Religious Beliefs with Anxiety and Depression. *Delhi Psychiatry Journal.* 2008; 11(2):177-9.
- ¹⁹⁰Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezaie A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iranian journal of nursing and midwifery research.* 2014; 19(1):88.
- ¹⁹¹Astin JA, Harkness E, Ernst E. The efficacy of "distant healing": A systematic review of randomized trials. *Ann Intern Med.* 2000; 132(11):903-10.
- ¹⁹²Hebert RS, Jenckes MW, Ford DE, O'Connor DR, Cooper LA. Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med.* 2001; 16(10):685-92.
- ¹⁹³Biccheri E, Roussiau N, Mambet-Doué C. "Fibromyalgia, Spirituality, Coping and Quality of Life." *J Relig health.* 2016; 55:1-9.
- ¹⁹⁴Wachholtz A, Pargament K. Is spirituality a critical ingredient of meditation: Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *J Behav Med.* 2005; 28(4):369-84.
- ¹⁹⁵Wachholtz A, Malone C, Pargament K. Effect of different meditation types on migraine headache medication use. *Behav Med.* 2015; 11:1-8.

- ¹⁹⁶Providers' Clinical Support System [sede Web]. Providence: SECSAT; 2016 Sep [acceso 18 de noviembre de 2016]. Wachholtz A. Spirituality and Chronic Pain: Empirical Research Findings and Clinical Applications. Disponible en: <http://pcss-o.org/wp-content/uploads/2016/09/SECSAT-Dr.-Wachholtz-PPT-9.20.16.pdf>
- ¹⁹⁷Wink P, Dillon M. Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychol Aging*. 2003; 18(4):916-24.
- ¹⁹⁸Kumar CR, Parashar N. Death anxiety, coping and spirituality among cancer patients. *Indian journal of positive psychology*. 2015; 6(3):291-4.
- ¹⁹⁹Burt N. Hope and spirituality and their relationship to the overall quality of life in cancer patients. Sycamore Scholars. 2015.
- ²⁰⁰Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER, et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*. 2016; 122(13):2110-6.
- ²⁰¹Nierop-van Baalen C, Grypdonck M, Hecke A, Verhaeghe S. Hope dies last... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase. *Eur J Cancer Care*. 2016; 25(4):570-9.
- ²⁰²Solano JPC, da Silva AG, Soares IA, Ashmawi HA, Vieira JE. (2016). Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliative Care*. 2016; 15(1):70.
- ²⁰³Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *Am J Health Promot*. 1995; 9(5):371-8.
- ²⁰⁴Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care*. 2016; 25(6):961-9.
- ²⁰⁵Fonnegra I. El proceso de morir y la muerte: última etapa del desarrollo humano. Bogotá: Fundación Omega; 1996.
- ²⁰⁶Fonnegra I. Un encuentro vivencial con la muerte. Bogotá: Fundación Omega; 1986.

- ²⁰⁷Arranz MP, Bayés R. En: González M, Ordoñes A, Feliy J, Zamora A, Espinosa E. comp. Tratado de Medicina Paliativa. Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid: Médica Panamericana; 1996. p.1102-14.
- ²⁰⁸Gioiella ME, Berkman B, Robinson M. Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. *Cancer Pract.* 1998 Nov-Dec; 6(6):333-8.
- ²⁰⁹Levine EG, Targ E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. *Integr Cancer Ther.* 2002 Jun; 1(2):166-74.
- ²¹⁰Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Am Psychol.* 2003 Jan;58(1):64-74.
- ²¹¹O'Connell KA, Skevington SM. The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: themes from focus groups in Britain. *Br J Health Psychol.* 2005 Sep; 10(3):379-98.
- ²¹²Krupski TL, Kwan L, Fink A, Sonn GA, Maliski S, Litwin MS. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psychooncology.* 2006 Feb; 15(2):121-31.
- ²¹³McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer.* 2006 Apr; 14(4):379-85.
- ²¹⁴Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer.* 2011 Jan-Mar; 48(1):55-9.
- ²¹⁵Gall TL, Cornblat MW. Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psychooncology.* 2002 Nov-Dec; 11(6):524-35.
- ²¹⁶Ferrell BR, Smith SL, Juarez G, Melancon C. Meaning of illness and spirituality in ovarian cancer survivors. *Oncol Nurs Forum.* 2003 Mar-Apr; 30(2):249-57.
- ²¹⁷Lim JW, Yi J. The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: a comparison between Korean American and Korean breast and gynecologic cancer survivors. *Oncol Nurs Forum.* 2009 Nov; 36(6):699-708.

- ²¹⁸Longo CJ, Bereza BG. A comparative analysis of monthly out-of-pocket costs for patients with breast cancer as compared with other common cancers in Ontario, Canada. *Curr Oncol*. 2011 Jan; 18(1):1-8.
- ²¹⁹Krikorian A. Factores que contribuyen a la experiencia de sufrimiento en enfermos con cáncer en situación avanzada/terminal que reciben cuidados paliativos [tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación, Universidad Autónoma de Barcelona; 2012.
- ²²⁰Reiman P. Religion may help patients manage melanoma. *Dermatology*. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. 1999; 20(10):8-9.
- ²²¹Hardy A. La naturaleza espiritual del hombre. Barcelona: Herder; 1984.
- ²²²Burkhart L, Solari-Twadell A. Spirituality and religiousness: Differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. *Nursing Diagnosis*. 2001; 12(2):45-54.
- ²²³Ivtzan I, Chan CP, Gardner HE, Prashar K. Linking religion and spirituality with psychological well-being: examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative. *J Relig Health*. 2013; 52(3):915-29.
- ²²⁴Galek K, Flannelly KJ, Ellison CG, Sifton NR, Jankowski K. R. Religion, meaning and purpose, and mental health. *Psycholog Relig Spiritual*. 2015; 7(1):1.
- ²²⁵Godoy JF. Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En: Simón MA ed. *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodologías y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999.
- ²²⁶Fernández L, García J. La religión como recurso para la promoción de Ola Salud. *Avances en psicología clínica latinoamericana*. 2000; 18:23-56.
- ²²⁷Hulett JM, Armer JM, Leary E, Stewart BR, McDaniel R, Smith K, et al. Religiousness, spirituality, and salivary cortisol in breast cancer survivorship: a pilot study. *Cancer Nurs*. 2017.
- ²²⁸Yorde S. Cómo lograr una vida saludable. *An Venez Nutr*. 2014; 27(1).
- ²²⁹Koenig HG. Religion and Medicine III: developing a theoretical model. *Int J Psychiatry Med*. 2001; 31:199-216.
- ²³⁰Lazar SW, Bush G, Gollub RL, Fricchione GL, Khalsa G, Benson H. Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport*. 2000; 11(7):1581-85.

- ²³¹Larson DB, Larson SS, Koenig HG. Mortality and religion/spirituality: a brief review of the research. *Ann Pharmacother*. 2002; 36:1090-98.
- ²³²Feher S, Maly RC. Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psychooncology*. 1999; 8(5):408-16.
- ²³³Jhonson SC, Spilka B. Coping with breast cancer: The roles of clergy and faith. *J Reg Health*. 1991; 30:21-33.
- ²³⁴Van Ness PH, Kasl SV, Jones BA. Religion, race, and breast cancer survival. *Int J Psychiatry Me*. 2003; 33(4):357-75.
- ²³⁵Romero C, Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *J J Behav med*. 2006; 29(1):29-36.
- ²³⁶Robles H, Mata JL, Fernández MC, González I, Vila J, Bernal M. Consumo de tabaco y alcohol en una muestra en proceso de desahucio. *Acción Psicológica*. 2016; 13(1):41-52.
- ²³⁷Martínez-Vispo C, Becoña E. La sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco: una revisión. *Ansiedad y estrés*. 2016; 22(2):118-22.
- ²³⁸Beeghley L, Bock W. Religious Change and alcohol use: an application of reference group and socialization theory. *Sociol Forum*. 1990; 5(2).
- ²³⁹Salgado AC. Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Revista de psicología educativa*. 2014; 2(1):121-59.
- ²⁴⁰Holt C, Roth D, Huang J, Clark E. Gender differences in the roles of religion and locus of control on alcohol use and smoking among african Americans. *J Stud Alcohol Drugs*. 2015; 76(3):482-92.
- ²⁴¹Nguyen NN, Newhill CE. The role of religiosity as a protective factor against marijuana use among African American, White, Asian, and Hispanic adolescents. *Journal of Substance Use*. 2016; 21(5):547-52.
- ²⁴²Chiu L, Clark MB, Doroszewski EB. Experience of spirituality in the women of Taiwanese with the breast cancer. *Beverly of the investigation of the nurse office*. 2000; 22(1):29-53.
- ²⁴³Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*. 2002; 43(3):213.

- ²⁴⁴Yates JW, Chalmer BJ, St James P, Follansbee M, McKegney FP. Religion in patients with advanced cancer. *Med Pediatr Oncol*. 1981; 9(2):121-8.
- ²⁴⁵Koenig HG. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998 Apr; 13(4):213-24.
- ²⁴⁶Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis*. 1998 Sep; 186(9):513-21.
- ²⁴⁷Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2006 Jun; 9(3):646-57.
- ²⁴⁸Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Alexandria: J Clin Oncol*. 2007 Feb 10; 25(5):467-8.
- ²⁴⁹Tabei SZ, Zarei N, Joulaei H. The Impact of Spirituality on Health. *Shiraz E-Medical Journal*. 2016; 17(6).
- ²⁵⁰Holland J. Practical recommendations for the management of the psychosocial distress. *Oncology*. 1999; 13(5):113-47.
- ²⁵¹Peres M, Arantes A, Lessa P, Caous C. La importancia de la integración de la espiritualidad y de la religiosidad en el manejo del dolor en los cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatría Clínica*. 2007; 34(1):82-7.
- ²⁵²Koenig HG, George LK, Siegler IC. The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *Gerontologist*. 1988; 28:303-10.
- ²⁵³Vishkin A, Bigman YE, Porat R, Solak N, Halperin E, Tamir M. God rest our hearts: Religiosity and cognitive reappraisal. *Emotion*. 2016; 16(2):252.
- ²⁵⁴Levin J. *God, Faith and Health: Exploring the Spirituality-Healing Connection*. New York: John Wiley and Sons; 2001.
- ²⁵⁵Koenig HG. Religion and Remission of Depression in Medical Inpatients with Heart Failure Pulmonary Disease. *J Nerv Ment Dis*. 2007; 195(5):349-55.
- ²⁵⁶Panzini R, Da Rocha N, Bandeira D, Fleck M. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007; 34(1):105-15.
- ²⁵⁷Peres J, Moreira-Almeida A, Nasello AG, Koenig HG. Spirituality and Resilience in Trauma Victims. *J Relig Health*. 2007; 46(3):343-50.

- ²⁵⁸Meisenhelder JB, Marcum JP. Terrorism, Post-traumatic Stress, Coping Strategies, and Spiritual Outcomes. *J Relig Health*. 2009; 48(1):46-57.
- ²⁵⁹Navas C, Villegas H. Espiritualidad y salud. *Revista Ciencias de la Educación*. 2006; 1(27):29-45.
- ²⁶⁰McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol*. 2000; 19(3):211-22.
- ²⁶¹Culos-Reed SN, Carlson LE, Daroux LM, Hatley-Aldous S. A pilot study of yoga for breast cancer survivors: physical and psychological benefits. *Psychooncology*. 2006 Oct; 15(10):891-7.
- ²⁶²Duncan MD, Leis A, Taylor-Brown JW. Impact and outcomes of an Iyengar yoga program in a cancer centre. *Current Oncology*, 2008; 15(2).
- ²⁶³Chandwani KD, Thornton B, Perkins GH, Arun B, Raghuram NV, Nagendra HR, et al. Yoga improves quality of life and benefit finding in women undergoing radiotherapy for breast cancer. *J Soc Integr Oncol*. 2010 Spring; 8(2):43-55.
- ²⁶⁴Ulger O, Yagli NV. Effects of yoga on balance and gait properties in women with musculoskeletal problems: a pilot study. *Complement Ther Clin Pract*. 2011 Feb; 17(1):13-5.
- ²⁶⁵Kaufman Y, Anaki D, Binns M, Freedman M. Cognitive decline in Alzheimer disease Impact of spirituality, religiosity, and QOL. *Neurology*. 2007; 68(18):1509-14.
- ²⁶⁶Acklin MW, Brown EC, Mauger PA. The role of religious values in coping with cancer. *J Relig Health*. 1983; 22 (4):322-33.
- ²⁶⁷Thune-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social science and medicine*. 2006; 63(1):151-64.
- ²⁶⁸Laubmeier KK, Zakowski SG, Bair JP. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *Int J Behav Med*. 2004; 11 (1):48-55.
- ²⁶⁹Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. *Psychother Psychosom*. 2009; 78(2):81-90.

- ²⁷⁰Nasser EH, Overholser JC. Recovery from major depression: The role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005; 111(2):125-32.
- ²⁷¹Leeson LA, Nelson AM, Rathouz PJ, Juckett MB, Coe CL, Caes EW, et al. Spirituality and the recovery of quality of life following hematopoietic stem cell transplantation. *Health Psychology*. 2015; 34(9):920.
- ²⁷²Weisman AD, Worden JW. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med*. 1976-77; 7 (1): 1-15.
- ²⁷³Abarghouei M, Hossein M, Reza M, Bidaki R. The relationship between religious coping strategies and happiness with meaning in life in blind people. *Glob J Health Sci*. 2016; 9(1):130-7.
- ²⁷⁴Nsamenanq SA, Hirsch JK, Topciu R, Goodman AD, Duberstein PR. The interrelations between spiritual well-being, pain interference and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis. *J Behav Med*. 2016; 39(2):355-63.
- ²⁷⁵Carpenter JS, Brockopp DY, Andrykowski MA. Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *J Adv Nurs*. 1999; 29(6):1402-11.
- ²⁷⁶Tremolada M, Bonichini S, Basso G, Pillon M. Post-traumatic Stress Symptoms and Post-traumatic Growth in 223 Childhood Cancer Survivors: Predictive Risk Factors. *Frontiers in psychology*. 2016; 7:287.
- ²⁷⁷Barthakur MS, Sharma MP, Chaturvedi SK, Manjunath SK. Posttraumatic growth in women survivors of breast cancer. *Indian J Palliat Care*. 2016; 22(2):157-62.
- ²⁷⁸Quiceno JM, Vinaccia S. The health in the mark of the psychology of the religion and the spirituality. *Perspec Psicol*. 2009; 5(2):321-36.
- ²⁷⁹Limiñana RM, Corbalán FJ, Calvo MT. Resiliencia y discapacidad: una aproximación positiva al estudio de la adaptación parental en familias de niños con espina bífida. Murcia; 2009. p.15.
- ²⁸⁰Munist M, Santos H, Kotliarenco M, Suárez E, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1998.

²⁸¹Redalyc [sede Web]. Madrid: Nómadas; 2010 [acceso el 11 de septiembre de 2016]. Carretero R. Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. Disponible en:

<https://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/27/raulcarretero.pdf>

²⁸²Vera B, Carbelo B, Vecina ML. La experiencia traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del psicólogo. 2007; 27:40-9.

²⁸³Seligman M. La autentica felicidad. España. Barcelona: Ediciones B, S.A.; 1999.

²⁸⁴Greef A, Loubser K. Spirituality as a Resiliency Quality in Whosa-speaking Families in South Africa. Journal of Religion and Health. 2008; 47(3):288-301.

²⁸⁵Rubio MJ. Implicaciones de la inteligencia emocional en los constructos resiliencia y satisfacción vital [tesis doctoral]. Albacete: Departamento de psicología, Universidad de Castilla-La Mancha; Febrero 2016.

²⁸⁶Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia. Washington DC: Organización Panamericana de la salud; 1997.

²⁸⁷Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience a review and critique of definitions, concepts and theory. European Psychologist. 2013; 13:669-78.

²⁸⁸García-Secades X, Molinero O, Ruíz R, Salguero A, de la Vega R, Márquez S. La resiliencia en el deporte: fundamentos teóricos, instrumentos de evaluación y revisión de la literatura. Revista de Psicología del Deporte. 2014; 14(3):83-98.

²⁸⁹Acero PD. La otra cara de la tragedia. Resiliencia y crecimiento postraumático. Colombia: San Pablo; 2011.

²⁹⁰Grotberg E. La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades. Barcelona: Gedisa; 2006.

²⁹¹Puerta E, Vásquez M. Concepto de resiliencia. Caminos para la resiliencia. 2012 oct; 1(2).

²⁹²Manciaux M. La resiliencia: resistir y rehacerse. Madrid: Gedisa; 2003.

²⁹³Lerner RM, Lerner JV, Benson JB. Positive Youth Development: Research and Applications for Promoting Thriving in Adolescence. Advances in Child Development and Behavior. Academic Press. 2011.

²⁹⁴Goldstein S, Brooks RB. Handbook of resilience in children. New York: Springer; 2013.

- ²⁹⁵Lerner RM, Agans JP, Arbeit MR, Chase PA, Weiner MB, Schmid KL et al. Resilience and Positive Youth Development: A Relational Developmental Systems Model. In S. Goldstein y RB Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in Children*. New York: Springer; 2013. p.293-308.
- ²⁹⁶Nanda Internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
- ²⁹⁷Puig G, Rubio JL. *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona: Gedisa; 2011.
- ²⁹⁸Bowlby J. *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós; 1985.
- ²⁹⁹Werner E E, Smith R S. *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. Ithaca, New York: Cornell University Press; 1992.
- ³⁰⁰Richardson G. The metateory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol*. 2002; 58(3):307-21.
- ³⁰¹García MC, Domínguez E. Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Rev latioam cienc soc niñezjuv*. 2013; 11(1):63-77.
- ³⁰²Garnezy N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *Am Behav Sci*. 1991; 34(4):416-30.
- ³⁰³Rutter M. Resilience in the face of adversity: Prospective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*. 1985; 147:598-611.
- ³⁰⁴Infante F. *Acciones específicas que los jóvenes y los agentes de salud toman para promover la resiliencia en los primeros*. [tesis doctoral]. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales; 1997.
- ³⁰⁵Oros L. El valor adaptativo de las emociones positivas. Una mirada al funcionamiento psicológico de los niños pobres. *Interam J Psychol*. 2009; 43(2):288-96.
- ³⁰⁶Rodríguez AM. Resiliencia. *Rev Psicopedagogía*. 2009; 26(80):291-302.
- ³⁰⁷Cardozo G, Alderete A. Adolescentes en riesgo social y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*. 2009; 23:148-82.
- ³⁰⁸Charney DS. Psychobiological and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(2): 195-216.

- ³⁰⁹Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martín J, Craig IW et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002 Aug; 297(5582):851-54.
- ³¹⁰Tuppett M, Yates PhD. Resiliencia a edad temprana y sus impactos en el desarrollo del niño: comentarios sobre Luthar y Sameroff. *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*. EEUU: The Stone Centre, Wellesley College; 2006.
- ³¹¹Melillo A, Suárez E. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2005.
- ³¹²Puig G, Rubio L. *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona: Gedisa; 2011.
- ³¹³Walsh F. *Fortaleciendo a Resiliencia Familiar*. Roca; 2005.
- ³¹⁴Davydov D, Stewart R, Ritchie K, Chadiou I. Resilience and Mental Health. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30:479-95.
- ³¹⁵Lee T, Cheung CK, Kwong WM. Resilience as a positive youth development construct: a conceptual review. *The scientific world journal*. 2012; 12:1-9.
- ³¹⁶Palma-García MO, Hombrados-Mendieta I. Trabajo social y resiliencia: Revisión de elementos convergentes. *Portularia*. 2013; 13(2):89-98.
- ³¹⁷Kent M, Davis MC, Reich JW. *The resilience handbook. Approaches to stress and trauma*. Routledge. 2014.
- ³¹⁸Cicchetti D, Blender JA. A Multiple levels of analysis perspective on Resilience: Implications for the Developing Brain, Neural Plasticity and Preventive Interventions. *Ann N Y Acad Sci*. 2006; 1094(1):248-54.
- ³¹⁹Müller-Spahn F. Individualized preventive psychiatry: syndrome and vulnerability diagnostics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; 258(Suppl 5):92-7.
- ³²⁰Rutter M. Gene-environment interdependence. *Dev Sci*. 2007 Jan; 10:12-8.
- ³²¹Taylor A, Kim-Cohen J. Meta-analysis of gene-environment interactions in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*. 2007; 19(4):1029-37.
- ³²²Uher R, McGuffin P. The moderation by the serotonin transporter gene of environmental adversity in the aetiology of mental illness: Review and methodological analysis. *Mol Psychiatry*. 2007; 13(2):131-46.

- ³²³Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci*. 2009; 10(6):446-57.
- ³²⁴Bartz JA, Zaki J, Bolger N, Ochsner KN. Social effects of oxytocin in humans: Context and person matter. *Trends Cogn Sci*. 2011; 15(7):301-9.
- ³²⁵Guastella AJ, MacLeod C. Erratum to "A critical review of the influence of oxytocin nasal spray on social cognition in humans: Evidence and future directions. *Horm Behav*. 2012; 61(3):410-8.
- ³²⁶Olf M. Bonding after trauma: On the role of social support and the oxytocin system in traumatic stress. *Eur J Psychotraumatol*. 2012; vol. 3.
- ³²⁷Olf M, Langeland W, Witteveen A, Denys D. A psychobiological rationale for oxytocin in the treatment of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr*. 2010; 15(8):522-30.
- ³²⁸Olf M, Frijling JL, Kubzansky LD, Bradley B, Ellenbogen MA, Cardoso C, Van Zuiden M. The role of oxytocin in social bonding, stress regulation and mental health: An update on the moderating effects of context and interindividual differences. *Psychoneuroendocrinology*. 2013; 38(9):1883-94.
- ³²⁹Stein MB, Campbell-Sills L, Gelernter J. Genetic variation in 5HTTLPR is associated with emotional resilience. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2009; 150(7):900-6.
- ³³⁰Hanson MD, Chen E. Daily stress, cortisol, and sleep: The moderating role of childhood psychosocial environments. *Health Psychology*. 2010; 29(4):394-402.
- ³³¹Garabalda MK, Thompson MP, Kaslow NJ. Risk and protective factors for psychological adjustment among low-income, African American children. *J Fam Issues*. 2010; 31(4):423-44.
- ³³²Parade SH, Supple AJ, Helms HM. Parenting during childhood predicts relationship satisfaction in young adulthood: A prospective longitudinal perspective. *Marriage Fam Rev*. 2012; 48(2):150-69.
- ³³³Masten AS. Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Dev Psychopathol*. 2007; 19(3):921-30.
- ³³⁴Carver CS. Resilience and thriving: issues, models and linkages. *J Soc Issues*. 1998; 54(2):245-66.

- ³³⁵Bonano GA. Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol.* 2004; 59(1):20-28.
- ³³⁶Cyrulnik B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa; 2002.
- ³³⁷Cyrulnik B. Bajo el signo del vínculo. Una historia natural de apego. Barcelona: Gedisa; 2005.
- ³³⁸Crombie P, López MJ, Mesa MC, Samper L. Adaptación de la escala de resiliencia de Wagnild y Young. Universidad de los Andes. 2015.
- ³³⁹Vanistendael S, Lecomte J. La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Barcelona: Gedisa; 2002.
- ³⁴⁰Elena G. La resiliencia: conceptos y modelos aplicables al entorno escolar. *El Guiniguada.* 2010; 19:27-42.
- ³⁴¹García-Maroto S. Ansiedad, resiliencia e inteligencia emocional percibida en mujeres con cáncer de mama [tesis doctoral]. Ciudad Real: Universidad de Castilla-La Mancha; Octubre 2015.
- ³⁴²Uriarte JD. La resiliencia. Una perspectiva comunitaria de la resiliencia. *Revista de Psicodidáctica.* 2013; 47:7-18.
- ³⁴³Jáuregui E, Carbelo B. Emociones Positivas: Humor Positivo. *Papeles del Psicólogo [revista en Internet]* 2006 [acceso 12 de enero de 2014]; 1(27). Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1281>
- ³⁴⁴Ospina DE, Jaramillo DE, Uribe TM. La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2005; 23(1):78-89.
- ³⁴⁵Luthar S, Cicchetti MI, Becker B. The structure of Resilience, a critical evaluation and guideline for future reports. *Child Development.* 2000; 71(3): 543-62.
- ³⁴⁶Tusaie K, Dyer J. Resilience: a historical review of the construct. *Holist Nurs Pract.* 2004; 18(1):3-10.
- ³⁴⁷Vinaccia S, Quiceno J, Moreno E. Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología.* 2007; 16:139-46.

- ³⁴⁸Block JH, Block J. The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In WA Collins (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposia on child psychology*. Hillsdale, Erlbaum. 1980; p.39-101.
- ³⁴⁹Rodríguez M, Pereyra MG, Gil E, Jofré M, De Bartoli M, Labiano LM. Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar* [revista en Internet] 2009 [acceso 25 de febrero de 2014]; 9:72-82. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/download/465/434>
- ³⁵⁰Salgado C. La Ciencia y su respuesta frente a la adversidad: Estudios desde la perspectiva de la Resiliencia. *Revista Cultura de la Universidad de San Martín de Porres*. 2005; 19 (23):393-417.
- ³⁵¹Ceanim [sede Web]. Santiago de Chile: MA Kotliarenco, I Cáceres, C Álvarez editoras; 1996 [acceso 14 de octubre de 2016]. Kotliarenco MA, Cáceres I, Álvarez C. Resiliencia. *Construyendo en Adversidad*. p.119. Disponible en: <http://www.resiliencia.cl/investig/Res-CAdiversidad.pdf>
- ³⁵²American Psychological Association, *El camino hacia la resiliencia* [sede Web]. Washington DC: American Psychological Association; 2014 [acceso 12 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- ³⁵³White B , Driver S, Warren AM. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. 2010; 55(1):23-32.
- ³⁵⁴Pietrzak RH, Southwick SM. Psychological resilience in OEF-OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *Journal of Affect Disorders*. 2011; 133(3):560-68.
- ³⁵⁵Villalba C. *El concepto de resiliencia: Aplicaciones en la intervención social*. Sevilla: Universidad Pablo Olavide; 2004.
- ³⁵⁶Muñoz V, De Pedro F. Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación*. 2005; 16(1):107-24.
- ³⁵⁷Fergus S, Zimmerman M. Adolescent resilience: A Framework for understanding health development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*. 2005; 26:399-419.

- ³⁵⁸Siebert A. La resiliencia: construir en la adversidad: cómo dominar el cambio, sobrevivir a la presión y recuperarse de los contratiempos. Barcelona: Alienta; 2007.
- ³⁵⁹Saavedra E, Villalta M. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liber*. 2008; 14(14).
- ³⁶⁰Bach E, Forés A. La asertividad para gente extraordinaria. Barcelona: Plataforma; 2008.
- ³⁶¹Peña NE. Fuentes de resiliencia en estudiantes de Lima y Arequipa. *Liber*. 2009; 1(15):59-61.
- ³⁶²Real Academia de la Lengua (Ed.). Diccionario de la Lengua Española [versión electrónica] [citado el 22 de mayo de 2016] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=WA5onlw>
- ³⁶³Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopatol*. 2012; 24(2):334-44.
- ³⁶⁴Luthar SS, Zelazo LB. Resilience and Vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood Adversities. Cambridge, RU: Cambridge University Press; 2003. p.510-49.
- ³⁶⁵Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environment. Lessons from research on successful children. *Am Psychol*. 1998; 53:205-20.
- ³⁶⁶Interlandi AC, Lellis M, Balaciano G, Carreras A. Revisión de los constructos psicológicos y contextuales protectores de la salud de los niños. *Rev Argent Salud Pública*. 2012 sept; 3(12).
- ³⁶⁷Martínez JA. La educación Infantil: el inicio del aprendizaje de las competencias básicas. Cuadernos de educación y desarrollo [revista en Internet] 2011 [acceso 16 de noviembre de 2016]; 3(31). Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ced/31/jamg2.html>
- ³⁶⁸Becoña E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatológica. 2006; 11(3):125-46.
- ³⁶⁹Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. *J Adolesc Health*. 1993; 14(8):626-31.
- ³⁷⁰Rojas L. Superar la adversidad. El poder de la resiliencia. Madrid: Espasa; 2011.

- ³⁷¹Kobasa SC. Stressfull life events, personality and health: An inquirí into hardiness. *J Pers Soc Psychol.* 1979; 37:1-11.
- ³⁷²Maddi SR, Khoshaba DM. Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you. New York: Amacom Books; 2005.
- ³⁷³Murphy LB, Moriarty AE. Vulnerability, coping and growth. Yale Univesrity Press. 1976.
- ³⁷⁴López-Cortón A. Factores predictores de procesos resilientes en jóvenes universitarios [tesis doctoral]. A Coruña: Departamento de psicología, Universidad de A Coruña; 2015.
- ³⁷⁵Karatsoreos IN, McEwen BS. Psychobiological allostasis: resistance, resilience and vulnerability. *Trends Cogn Sci.* 2011; 15(12):576-84.
- ³⁷⁶Gucciardi DF, Gordon S, Dimmock J. Advancing mental toughness research and theory using personal construct psychology. *Int Rev Sport Exerc Psychol.* 2009; 2(1):54-72.
- ³⁷⁷Rutter M. Resilience, competence, and coping. *Child Abuse Negl.* 2007; 31: 205-9.
- ³⁷⁸Rolland JS, Walsh F. Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Curr Opin Pediatr.* 2006; 18(5):527-38.
- ³⁷⁹Hernández P, Gangsei D, Engstrom D. Vicarious resilience: A new Concept in work with those who survive trauma. *Fam Process.* 2007; 46(2):229-41.
- ³⁸⁰Dugal M. Spiritual Resiliency and the Senior Chaplain's Role. *TheArmyChaplaincy.* Summer-Fall. 2009; 1:8-11.
- ³⁸¹Greve W, Staudinger UM. Resilience in later aulthood and old age: Resources and Potentials for succesful aging. En: Cicchetti D. y Cohen A editors. *Developmental psychopathology.* 2ª ed. New York: Wiley; 2006. p. 796-840.
- ³⁸²Berk LE. El yo y la comprensión social. En: Berk LA ed. *Desarrollo del niño y del adolescente.* Madrid: Prentice Hall; 1998. p.571-623.
- ³⁸³Gómez-Acebo P, Bravo C, Fernández F, Mur C, Navarro I. Resiliencia. Gestión del naufragio. Madrid: LID Editorial Empresarial; 2013.
- ³⁸⁴Heckhausen J. Adaptation and Resilience in Midlife. En: Lachman ME editor. *Handbook of midlife development.* New York: Wiley; 2001. P.345-94.

- ³⁸⁵Mayordomo T. Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València; 2013. p.67-70.
- ³⁸⁶Choi N. Sex role group differences in specific, academic, and general self-efficacy. *J Psychol.* 2004; 138:149-59.
- ³⁸⁷Luszczynska A, Gibbons F, Pilo B, Tekozel M. Self regulatory cognitions, social comparison, perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health.* 2004; 19(5):577-93.
- ³⁸⁸Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *J Psychol.* 2005; 139(5):439-57.
- ³⁸⁹Vanistendael S. Sonreír cuando la vida no nos sonrío. Reflexiones sobre el humor, la resiliencia y la espiritualidad. En: Vanistendael S, Gaberan P, Humbeeck B, Lecomte J, Maniel P, Rouyer M, editores. *Resiliencia y humor.* Barcelona: Gedisa; 2013. p.11-27.
- ³⁹⁰Jiménez A. Inteligencia emocional. En: AEPap editor. *Curso de Actualización Pediatría 2016.* Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p.473-85.
- ³⁹¹Morelato G. Resiliencia en el maltrato infantil: Aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología.* 2011; 29(2):203-29.
- ³⁹²Garmezy N. Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In: RJ Haggerty, LR Sherrod editors. *Cambridge, England: Cambridge University Press; 1994.* p.1-18.
- ³⁹³Rutter M. Resilience Concepts and Findings: Implications for Family Therapy. *J Fam Ther.* 1999; 21:119-44.
- ³⁹⁴Rousseau S. *La resiliencia. Vivir feliz a pesar de...* Barcelona: Ediciones Obelisco; 2012. p.23-36.
- ³⁹⁵Torrico E, Santín C, Andrés M, Menéndez S, López MJ. El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología.* 2002; 18(1):45-59.
- ³⁹⁶Bronfenbrenner U. *La ecología del desarrollo humano.* Barcelona: Paidós; 1987.

- ³⁹⁷Ospina D. La medición de la resiliencia. Medellín: Invest educ enferm [revista en Internet] 2007 Ene-Jun. [acceso 21 de febrero de 2017]; 25(1):58-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100006
- ³⁹⁸Luthar SS, Cushing G. Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. In: MD Glantz, JL Johnson editors. Resilience and development. Positive life adaptations. New York: Kluwer Academic/Plenum Press; 1999. p.129-60.
- ³⁹⁹Yates TM, Egeland B, Sroufe LA. Rethinking resilience: A development process perspective. In: SS Luthar editor. Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge: University Press; 2003. p.243-66.
- ⁴⁰⁰Ahern NR, Kiehl EM, Sole ML, Byers J. A Review of instruments measuring resilience. Issues Compr Pediatr Nurs. 2006 Apr-Jun; 29(2):103-25.
- ⁴⁰¹Masten A, Reed MG. Resilience in Development. In: Snyder CR y López SJ editors. Handbook of positive Psychology. Oxford: University Press; 2002. p. 74-88.
- ⁴⁰²Royak-Schaler R. Psychological processes in breast cancer: A review of selected research. J Psychosoc Oncol. 1991; 9:71-89.
- ⁴⁰³Zautra AJ, Johnson LM, Davis MC. Positive Affect as a Source of Resilience for women in Chronic Pain. J Consult Clin Psychol. 2005; 73:212-20.
- ⁴⁰⁴Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. Psychol Aging. 2010; 25:516-23.
- ⁴⁰⁵Sturgeon JA, Zautra AJ. Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. Curr Pain Headache Rep. 2010; 14:105-12.
- ⁴⁰⁶Bletzer KV. Identity and Resilience Among Persons With HIV: A Rural African American Experience. Qual Health Res. 2007; 17:162-75.
- ⁴⁰⁷Moskowitz JT. Positive affect at the onset of chronic illness: Planting the seeds of resilience. In: JW Reich, AJ Zautra and J Hall. eds. Handbook of Adult Resilience. New York: Guilford; 2010. p.465-83.
- ⁴⁰⁸Rabkin JG, Wagner GJ, Del Bene M. Resilience and distress among atrophic lateral sclerosis patients and caregivers. Psychosom Med. 2000; 62:271-9.

- ⁴⁰⁹Strand EB, Zautra AJ, Thoresen M, Odegard S, Uhlig T, Finset A. Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res.* 2006; 60:477-84.
- ⁴¹⁰Girtler N, Casari AF, Brugnolo A, Cutolo A, Dessi, B, Guasco S, et al. Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: a perspective to rheumatic diseases. *Clin Exp Rheumatol.* 2010; 28:669-78.
- ⁴¹¹Strauss B, Brix C, Fischer S, Leppert K, Füller J, Roehrig B et al. The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). *J Cancer Res Clin Oncol.* 2007; 133:511-8.
- ⁴¹²White B, Driver S, Warren AM. Considering Resilience in the Rehabilitation of People with Traumatic Disabilities. *Rehabil Psychol.* 2008; 53:9-17.
- ⁴¹³Stewart D, Yuen T. A Systematic Review of Resilience in the Physically ill. *Psychosomatics.* 2011; 52:199-209.
- ⁴¹⁴Trivedi R, Bosworth HB, Jackson GA. Resilience in chronic illness. En: Resnick B, Gwyther LP y Roberto KA eds. *Resilience in aging: concepts, research, and outcomes.* New York: Springer; 2011. p.181-97.
- ⁴¹⁵Fredrickson BL, Cohn MA, Coffey KA, Pek J, Finkel SM. Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *J Pers Soc Psychol.* 2008; 95(5):1045-62.
- ⁴¹⁶Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet.* 1979 Oct; 2(8146):785-7.
- ⁴¹⁷Greer S, Morris T, Pettingale KW, Haybittle J. Psychological response to breast cancer and 15 year outcome. *Lancet.* 1990; 24:49-50.
- ⁴¹⁸Kivimaki M, Elovaino M, Singh-Manoux A, Vahtera J, Helenius H, Pentti J. Optimism and Pessimism as Predictors of Change in Health after Death or Onset of severe illness in Family. *Health Psychol.* 2005; 24(4):413-21.
- ⁴¹⁹Keltner B, Walter L. La resiliencia para aquellos que necesitan cuidados de la salud. En: EH Grotberg. *La resiliencia en el mundo de hoy.* Barcelona: Gedisa; 2006. p.209-34.
- ⁴²⁰Best M, Butow P, Olver I. Spiritual support of cancer patients and the role of the doctor. *Support Care Cancer.* 2014; 22(5):1333-39.

- ⁴²¹Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns*. 2015; 98(11):1320-28.
- ⁴²²Sulmasy DP. What's so special about medicine? *Theor Med*. 1993 Mar; 14(1):27-42.
- ⁴²³Murray SA, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med*. 2004 Jan; 18(1):39-45.
- ⁴²⁴Payás A, Barbero J, Bayés R. ¿Cómo perciben los profesionales de paliativos las necesidades espirituales del paciente al final de la vida? *Med Paliat*. 2008; 15(4):225-37.
- ⁴²⁵Quintero MC. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. En: Unibiblio editor. *Enfermería una Mirada desde la Historia del Arte. La investigación y el cuidado en América Latina*. 1ª ed. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2005. p.184-91.
- ⁴²⁶Treloar LL. Integration of spirituality into healthcare practice by nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract*. 2000; 12(7):280-4.
- ⁴²⁷Asociación médica mundial. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente. Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General, Bali, Indonesia, Septiembre 1995. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/ammlisboa2.html>
- ⁴²⁸Jenkins RA, Pargament KI. Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *J Psychosoc Oncol*. 1995; 13:51-74.
- ⁴²⁹Gaston-Johansson F, Haisfield-Wolfe ME, Reddick B, Goldstein N, Lawal TA. The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in African American women with breast cancer receiving chemotherapy. In *Oncology nursing forum*. 2013 March; 40(2):120-31.
- ⁴³⁰Préau M, Bouhnik AD, Le Coroller AG. Two years after cancer diagnosis, what is the relationship between health-related quality of life, coping strategies and spirituality?. *Psychol Health Med*. 2013, 18(4):375-86.

⁴³¹La Santa Sede [sede Web]. El Vaticano: La Santa Sede; 2007 Nov [acceso 24 de noviembre de 2009]. Benedicto XVI. Carta encíclica Spe salvi sobre la esperanza cristiana. N°2. Disponible en:

<https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/es/encyclicals/index.html>

⁴³²2Co 4,8-10(Biblia de Jerusalén).

⁴³³Morales-Ramón F, Ojeda-Vargas MG. El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería. Salud en Tabasco. 2014; 20(3):94-7.

⁴³⁴Universidad Interamericana de Puerto Rico [sede Web]. Puerto Rico: Rev 360º; 2010 [acceso 15 de septiembre de 2015]. Collado RE. Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería. Disponible en:

<http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>

⁴³⁵Torralba F. Necesidades Espirituales del ser humano. Cuestiones preliminares. Lab Hosp. 2004; 36(271):7-16

⁴³⁶1ra Epístola Tesalonicenses 5-23.

⁴³⁷Ford DW, Downey L, Engelberg R, Back AL, Curtis JR. Discussing religion and spirituality is an advanced communication skill: An exploratory structural equation model of physician trainee self-ratings. J Palliat Med. 2012; 15:63-70.

⁴³⁸Germán C, Hueso F, Huércanos I. El cuidado en peligro en la sociedad global. Enfermería global. 2011 jul; 10(3):221-32.

⁴³⁹Cockell N, Mcsherry W. Spiritual care in nursing. An over-view of published international research. J NursManag. 2012; 20:958-69.

⁴⁴⁰Leiniger M. The theory of culture care diversity and universality. In M. Leininger editor. Culture care diversity and universality: Theory of nursing. 1ª ed. New York: National League for Nursing; 1991. p.5-68.

⁴⁴¹Fernández C, Navarro MV, Luis MT. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.

⁴⁴²Ramos AJ, Cárdenas V, Rodríguez MC. Necesidad de acuerdo con los propios valores y creencias. En: Ilustre Colegio Oficial de enfermería de Jaén. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1ª ed. Jaén; 2010. p.153-62.

- ⁴⁴³Watson J. Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing New York: National League of Nursing; 1988. p.158.
- ⁴⁴⁴Phillips K. Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En: Marriner A y Raile M. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Elsevier; 2007. p.353-84.
- ⁴⁴⁵Marriner A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011.
- ⁴⁴⁶Treloar LL. Integration of spirituality into healthcare practice by nurse practitioners. J Am Acad Nurse Pract. 2000; 12(7): 280-84.
- ⁴⁴⁷Calabria M, Macrae J eds. Suggestion for thought by Florence Nightingale. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1997. p.11
- ⁴⁴⁸Rivera-Ledesma A, Montero-López M. Ejercicio clínico y espiritualidad. Anales de Psicología [revista en Internet] 2007 [acceso el 27 febrero de 2011]; 23 (1), 125-36. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v23/v23_1/16-23_1.pdf
- ⁴⁴⁹Tix AP, Frazier PA. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. J Consult Clin Psychol. 1998 Apr; 66(2):411-22.
- ⁴⁵⁰Koenig HG. Religion, spirituality, and health: a review and update. Adv Mind Body Med. 2015; 29(3):19-26.
- ⁴⁵¹Yadava OP. Spirituality and Health. In: MR Paranjape editor. Healing across Boundaries. Bio-Medicine and alternative therapeutics. 2ª ed. India: Routledge; 2015. p.36.
- ⁴⁵²Suryawanshi P, Bharati A, De Sousa A. Spirituality and mental health: current perspectives. Indian J Appl Res. 2015; 5(5):19-22.
- ⁴⁵³Chaudhary AK, Meghwal J. The effect of spirituality on mental health. Indian Journal of Research. 2016; 4(5):369-70.
- ⁴⁵⁴Aaronson NK. Assessment of quality of life benefits from adjuvant therapies in breast cancer. Recent Results Cancer Res. 1993; 127:201-10.
- ⁴⁵⁵Arraras JI, Martínez M, Manterota A, Laínez N. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. Psicooncología. 2004; 1(1):87-98.
- ⁴⁵⁶Schalock RL, Verdugo MA. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza ed. 2003.

- ⁴⁵⁷Díaz IB. La calidad de Vida. Reto y Necesidad en el Mundo Contemporáneo Actual. Revista Santiago. 2001; 94(3):51-67.
- ⁴⁵⁸Ferriols R, Ferriols F, Alós M, Magraner J. Calidad de vida en oncología clínica. Farm Hop. 1995; 19(6):315-22.
- ⁴⁵⁹Taylor SJ, Bogdan R. Quality of life and the individual's perspective. In: RL Schalock editor. Quality of life, vol. 1. Washington DC: Am J Ment Retard; 1996. p.11-22.
- ⁴⁶⁰Edgerton RB. A longitudinal ethnografic research perspective on quality of life. In: RL Schalock editor. Quality of life, vol. 1. Conceptualization and measurement. Washington DC: Am J Ment Retard; 1996.
- ⁴⁶¹Brown RI. Setting the foundation for a quality of life model in exceptional education. Exceptionality Education. 1996; 9(1-2):57-9.
- ⁴⁶²Rapley M. The social construction of "quality of life": The interpersonal production of wellbeing revisited. In: KD Keith, RL Schalock editors. Cross-cultural perspectives on quality of life. Washington DC: Am Ment Retard; 2000. p.15-172.
- ⁴⁶³Font A. Valoración de la Calidad de Vida en paciente con cáncer [tesis doctoral]. Bellaterra: Publicaciones de la Universidad Autónoma de Barcelona; 1988.
- ⁴⁶⁴Croog S, Levine S. Quality of Life and Health Care Interventions. In: H Freeman, S Levine editors. Handbook of Medical Sociology. 2ª ed. New Jersey: Prentice Hall; 1989. p.236-61.
- ⁴⁶⁵Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas: perspectivas en psicología [revista en Internet] 2005 [acceso 8 de marzo de 2011]; 1 (2),125-37. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf>
- ⁴⁶⁶González U, Grau J, Amarillo MA. La calidad de vida como problema de la Bioética. Sus particularidades en la salud humana. La Habana: Revista Bioética desde una perspectiva cubana; 1999. p.279-85
- ⁴⁶⁷Toledo M, Ferrero J, Barreto MP. Cirugía del cáncer de mama y valoración de la calidad de vida global. España: Revista de Psicología Universitas Tarraconensis; 1996. 18:19-33.

- ⁴⁶⁸Koenig HG. Espiritualidade no cuidado com o paciente. Por qué, como, quando e o qué. Sao Paulo: Fe Editora Jornalística Ltda; 2005.
- ⁴⁶⁹Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*. 1989; 888-92.
- ⁴⁷⁰Fawzy FI, Fawzy N W, Hyun CS, Guthrie D, Elashoff R, Fahey JL, et al. Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1993; 50:681-9.
- ⁴⁷¹Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez M et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials. *J Nat Cancer Inst*. 1993; 85:365-76.
- ⁴⁷²Porzolt F, Wolpl CP, Rist CE, Kosa R, Buchele G, Gaus W. Comparison of 3 instruments (QLQ-C30, SF-36, QWB-7) measuring health related quality of life and quality of well-being. *Psychooncology*. 1996; 5(2):103-17.
- ⁴⁷³Niezgoda HE, Pater JL. A validation study of the domains of the core EORTC quality of life questionnaire. *Qual Life Res*. 1993; 2:319-25.
- ⁴⁷⁴Selby P. Measurement of Quality of Life in cancer patients. *J Pharm Pharmacol*. 1993; 45 Supl1:384-6.
- ⁴⁷⁵Osoba D. lessons learned from measuring health-related Quality of Life in oncology. *J Clin Oncol*. 1994; 12:608-16.
- ⁴⁷⁶Hietanen PS. Measurement and practical aspects of Quality of Life in breast cancer. *Acta Oncol*. 1996; 35(1):39-42.
- ⁴⁷⁷Ferriols R, Ferriols F, Alós M, Magraner J. Calidad de vida en oncología clínica. Valencia: Farm Hop. 1995; 19(6):315-22.
- ⁴⁷⁸Breslow L. A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: Physical, mental and social well-being. *Int J Epidemiol*. 1972; 1:347-55.
- ⁴⁷⁹Sanz O. Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina. Barcelona: Med Clín. 1991; 96:66-9.
- ⁴⁸⁰Spitzer WO, Sobson AJ, Hall J, Chestenman E, Levi J, Shepherd R, et al. Measuring the quality of life of cancer patients. *J Chronic Dis*. 1981; 34:585-97.

- ⁴⁸¹Gelber RD, Goldhirsch A, Cavalli F. Quality of life adjusted evaluation of adjuvant therapies for operable breast cancer. *Ann Intern Med*, 1991; 114:621-8.
- ⁴⁸²Shag CA, Ganz PA, Polinsky ML, Fred C, Hirji K, Petersen L. Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *J Clin Oncol*. 1993; 11(4):783-93.
- ⁴⁸³Kaasa S. Using quality of life assessment methods in patients with advanced cancer: a clinical perspective. *Eur J Cancer*. 1995; 31 Supl 6:7-15.
- ⁴⁸⁴Parsian N, Dunning T. Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: psychometric process. *Glob J Health Sci*. 2009; 1(1):2-11.
- ⁴⁸⁵Díaz LP, Muñoz AI, Vargas D. Confiabilidad y validez del cuestionario de espiritualidad de Parsian y Dunning en versión española. *Rev Latino-Am Enfermagem [revista en Internet]* 2012 mayo-junio [acceso 22 de febrero de 2014]; 20(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a18v20n3.pdf
- ⁴⁸⁶Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993; 1(2):165-78.
- ⁴⁸⁷Wagnild GM. A review of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 2009; 17(2):105-13.
- ⁴⁸⁸Ruíz-Barquín R, de la Vega R, Rosado A, Serpa S. Análisis psicométrico de la Escala de Resiliencia en el deporte del fútbol. *Revista de Psicología del Deporte*, 2012; 21(4):143-51. Revista online. Disponible en: <https://redalyc.org/articulo.oa?id=235124455018>
- ⁴⁸⁹Castilla H, Caycho T, Schimabukuro M, Valdivia A, Torres-Calderón MF. Análisis exploratorio de la escala de resiliencia de Wagnild y Young en una muestra de adolescentes, jóvenes y adultos universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Psicología de Arequipa*, 2014; 4(1):80-93.
- ⁴⁹⁰Las Hayas C, Calvete E, Gómez del Barrio A, Beato L, Muñoz P, Padierna JA. Resilience Scale-25 Spanish versión: Validation and assessment in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2014; 15(3):460-3.
- ⁴⁹¹Ruíz-Párraga GT, López-Martínez AE, Gómez-Pérez L. Factor structure and psychometric properties of the Resilience Scale in a Spanish chronic musculoskeletal pain sample. *The Journal of Pain*, 2012; 13(11):1090-8.

- ⁴⁹²Heilemann MV, Lee K, Kury FS. Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 2003; 11(1):61-72.
- ⁴⁹³Feinstein M, Liu K, Ning H, Fitchett G, Lloyd-Jones DM. Burden of cardiovascular risk factors, subclinical atherosclerosis, and incident cardiovascular events across dimensions of religiosity: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Circulation*. 2010; 121(5):659-66.
- ⁴⁹⁴Du Boulay S. Cicely Saunders. Fundadora del movimiento hospice cuidados paliativos. Madrid: Palabra; 2011.
- ⁴⁹⁵Ortega M, Ojeda MG, Ortiz A, Guerrero RF. Espiritualidad y cuidado de enfermería. *RICSH [revista en Internet]* 2016 [acceso el 19 de febrero de 2017]; 5(10). Disponible en:
<https://www.ricsh.org.mx/index.php/RICSH/article/view/86/452>
- ⁴⁹⁶Quiceno J, Vinaccia S. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe [revista en Internet]* 2013 [acceso 12 de enero de 2017]; 30(3). Disponible en:
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4802/6949>
- ⁴⁹⁷Tuck I, Anderson L. Forgiveness, flourishing, and resilience: The influences of expressions of spirituality on mental health recovery. *Issues in mental health nursing*. 2014; 34(4):277-82.
- ⁴⁹⁸Hunter-Hernández, Costas-Muñiz FG. Missed Opportunity: Spirituality as a Bridge to Resilience in Latinos with Cancer. *Journal of Religion and Health*. 2015; 54(6):2267-75.
- ⁴⁹⁹Martín JD, Sánchez J, Sierra JC. Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia psicológica*. 2003; 21(1):29-37.
- ⁵⁰⁰Stefanek M, McDonald PG, Hess SA. Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psychooncology*. 2005 Jun; 14(6):450-63.
- ⁵⁰¹Harrison MO, Koenig HG, Hays JC, Eme-Ackwari AG, Pargament KI. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *Int Rev Psychiatry*. 2001; 13:86-93.

- ⁵⁰²Lang E, Berbaum K, Lutgendorf S. Large-Core Breast Biopsy: Abnormal Salivary Cortisol Profiles Associated with Uncertainty of Diagnosis. *Radiology*. 2009; 250(3):631-7.
- ⁵⁰³Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM. Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychol Addict Behav*. 2003; 17(1):24-31.
- ⁵⁰⁴Debnam K, Milam AJ, Furr-Holden CD, Bradshaw C. The role of stress and spirituality in adolescent substance use. *Subst Use Misuse*. 2016; 51(6):733-41.
- ⁵⁰⁵Koenig HG, George LK, Cohen HJ, Hays JC, Larson DB, Blazer DG. The relationship between religious activities and cigarette smoking in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998; 53(6):426-34.
- ⁵⁰⁶Benjamins Mr, Buck Ac. Religion: a sociocultural predictor of health behaviors in Mexico. *J Aging Health*. 2008; 32(5):723-37.
- ⁵⁰⁷1Co 6:19-20 (Biblia de Jerusalén).
- ⁵⁰⁸Jewish Virtual Library. Asceticism [sede Web]. Maryland: Jewish Virtual Library: A project of aice; 2008 [acceso 16 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/judaica/ejud_0002_0002_0_01417.html
- ⁵⁰⁹Conrad L. Islam and the body [sede Web]. Answers.com; 2010 [acceso 16 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.answers.com/topic/islam-and-the-body>
- ⁵¹⁰Wilson L. "Body, Perspectives on the". Buswell Jr, Robert E, editors. *Macmillan Encyclopedia of Buddhism, USA: Macmillan Reference USA; 2004. 63-6.*
- ⁵¹¹Brown JS, Cherry KE, Marks LD, Jackson EM, Volaufova J, Lefante C, et al. After Hurricanes Katrina and Rita: gender differences in health and religiosity in middle-aged and older adults. *Health Care Women*. 2010; 31(11):997-1012.
- ⁵¹²Jacobs-Lawson JM, Schumacher MM, Hughes T, Arnold S. Gender differences in psycho-social responses to lung cancer. *Gender medicine*. 2010; 7(2):137-48.
- ⁵¹³Labbé EE, Fobes A. Evaluating the interplay between spirituality, personality and stress. *Applied psychophysiology and biofeedback*. 2010. 35(2):141-6.
- ⁵¹⁴Rivas SM. Fortalezas de carácter y resiliencia en estudiantes de medicina de la universidad de los Andes [tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid; 2012.

- ⁵¹⁵Gómez IP. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo II [tesis doctoral]. Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad nacional de Colombia; 2010.
- ⁵¹⁶Palomar J, Gómez N. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Revista interdisciplinaria*. 2010; 27(1):7-22.
- ⁵¹⁷Giménez M. La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA-Youth): Relación con clima familiar, psicopatología y bienestar psicológico [tesis doctoral]. Madrid: Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid; 2010.
- ⁵¹⁸Adib-Hajbaqheri M, Faraji M. Comparison of happiness and spiritual well-being among the community dwelling elderly and those who lived in sanitariums. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2015 Jul; 3(3):216-26.
- ⁵¹⁹Quiceno JM, Vinaccia S. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Colombia: Pensam psicol. 2011; 9(17):69-82.
- ⁵²⁰Bartone PT. Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in the Gulf War. *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. 2000; p.115-33.
- ⁵²¹Calhoun LG, Tedeschi RG. *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, NJ: Erlbaum. 1999.
- ⁵²²Bonnano GA. Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*. 2004; 59:20-8.
- ⁵²³Ros JL. Resiliencia y calidad de vida en el paciente oncológico. Resiliencia y calidad de vida en el paciente oncológico. Tesina de Máster. Murcia: Universidad Católica San Antonio de Murcia. 2015.
- ⁵²⁴Manciaux M, Vanistendael S, Lecomte J, Cyrulnik B. La resiliencia: estado de la cuestión. En Manciaux M. editor. *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa. 2003.
- ⁵²⁵Bárez M, Blasco T, Fernández Castro J, Viladrich C. Perceived control and psychological distress in women with breast cancer: a longitudinal study. *J Behav Med*. 2009; 32:187-96.

- ⁵²⁶Meraviglia MG. The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2004 Jan-Feb; 31(1):89-94.
- ⁵²⁷Reyes-Ortiz CA, Ayele H, Mulligan T, Espino DV, Berges IM, Markides KS. Higher church attendance predicts lower fear of falling in older Mexican-Americans. *J Aging Health*. 2006; 10(1):13-8.
- ⁵²⁸Coley J. Spirituality and Health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *J Adv Nurs*. 2002; 37(6):589-97.
- ⁵²⁹Strada EA, Homel P, Tennstedt S, Billings JA, Portenoy RK. Spiritual well-being in patients with advanced heart and lung disease. *Palliat Support Care*. 2013 Jun; 11(3):205-13.
- ⁵³⁰Laos KS. Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama [tesis doctoral]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2010.
- ⁵³¹Berges IM, Kuo YF, Markides KS, Ottenbacher K. Attendance at religious services and physical functioning after stroke among older Mexican Americans. *Exp Aging Res*. 2007; 33(1):1-11.
- ⁵³²Jang JE, Kim SW, Kim SY, Kim JM, Park MH, Yoon JH et al. Religiosity, depression, and quality of life in Korean patients with breast cancer: a 1-year prospective longitudinal study. *Psychooncology*. 2012 Apr 30.
- ⁵³³Hills J, Paice JA, Cameron JR, Shott S. Spirituality and distress in palliative care consultation. *J Palliat Med*. 2005 Aug; 8(4):782-8.
- ⁵³⁴Lötzke D, Wiedermann F, Rodrigues D, et al. Iyengar-Yoga compared to exercise as a therapeutic Intervention during (Neo) adjuvant therapy in women with stage I-III breast cancer: health-related quality of life, mindfulness, spirituality, life satisfaction, and cancer-related fatigue. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2016; p.1-8.
- ⁵³⁵Sherman A, Merluzzi T, Pustejovsky J, Park C, Fitchett G, Jim H, et al. A meta-analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. *Cancer*. 2015; 121(21):3779-88.
- ⁵³⁶Colloca G, Colloca P. The effects of social support on health-related quality of life of patients with metastatic prostate cancer. *J Cancer Educ*. 31(2):244-52.

- ⁵³⁷Jafari N, Faraizadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. *SupportCare Cancer*. 2013 May; 21(5):1219-25.
- ⁵³⁸Wachholtz A, Pearce M, Koenig H. Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *J Behav Med*. 2007; 30(4):311-8.
- ⁵³⁹Wachholtz AB, Pargament KI. Migraines and meditation: does spirituality matter? *J Behav Med*. 2008; 31(4):351-66.
- ⁵⁴⁰Tekur P, Singphow C, Nagendra HR, Ragghuram N. Effect of short-term intensive yoga program on pain, functional disability and spinal flexibility in chronic low back pain: a randomized control study. *J Altern Complement Med*. 2008; 14(6):637-44.
- ⁵⁴¹Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Contreras F, Bedoya M, Tobón S, et al. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*. 2014; 15(2):207-20.
- ⁵⁴²Ho CT, Hsu HS, Li CS, Lin CY, Lin CC et al. Certain bio-psychosocial-spiritual problems associated with dyspnea among advanced cancer patients in Taiwan. *SupportCare Cancer*. 2012 Aug; 20(8):1763-70.
- ⁵⁴³Danhauer SC, Addington EL, Sohl SJ, Chaoul A, Cohen L. Review of yoga therapy during cancer treatment. *Support Care Cancer*. 2017; 25(4):1357-72.
- ⁵⁴⁴Andreae C, Strömberg A, Arestedt K. Prevalence and associated factors for decreased appetite among patients with stable heart failure. *J Clin Nurs*. 2016 Jun; 25(11-12):1703-12.
- ⁵⁴⁵Grutsch JF, Ferrans C, Wood PA, Du-Quiton J, Quiton DF, Reynolds JL, et al. The association of quality of life with potentially remediable disruptions of circadian sleep/activity rhythms in patients with advanced lung cancer. *BMC Cancer*. 2011; 11(1):193.
- ⁵⁴⁶Evans S, Cousins L, Tsao JC, Sternlieb B, Zeltzer LK. Protocol for a randomized controlled study of Iyengar yoga for youth with irritable bowel syndrome. *Trials*. 2011 Jan; 18:12-5.
- ⁵⁴⁷Martínez J. La espiritualidad del comunicador cristiano. *Teol vida*. 2003; 44(1):68-101.

- ⁵⁴⁸Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A, Currow D. Physical, Psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *J Oncol Pract.* 2013; 9(4):197-202.
- ⁵⁴⁹Ríos MJ, Cruzat C. Percepción y significados asociados a la calidad de vida en pacientes hemato-oncológicos. *Rev chil neuro-psiquiatr.* 2015 Dic; 53(4):261-8.
- ⁵⁵⁰Wenzel LB, Donnelly JM, Fowler JM, Habbal R, Taylor TH, Aziz N et al. Resilience, reflexion and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynecologic oncology group study. *Psycho-Oncology.* 2002; 11:142-53.
- ⁵⁵¹Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TP, van Velzen-Verkaik E, Doorn-Op den Akker MM, Kaptein AA. Illness cognitions in head and neck squamous cell carcinoma: predicting quality of life outcome. *SupportCare Cancer.* 2010; 18(9):1137-45.
- ⁵⁵²Ocampo J, Valdez JL, González NI, Andrade P, Oblitas LA, García RO. Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Rev Arg Cli Psic.* 2011 Nov; 20(3):265-9.
- ⁵⁵³Haase JE. The adolescent resilience model as a guide to interventions. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2004; 21:289-99.
- ⁵⁵⁴Yang-Chool L, Eun-Surk Y, Won-Ho C, Byung-Mun L, Sung-Bo C, Ji-Youn K. A study on the effect of self bedside exercise program on resilience and activities of daily living for patients with hemiplegia. *J Exerc Rehabil.* 2015 Feb; 11(1):30-5.
- ⁵⁵⁵Crespo L, Rivera ML. El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. San Juan: *Rev Puertorriq Psicol.* 2012; 23:109-26.
- ⁵⁵⁶Gómez-Carretero P, Soriano J, Monsalve V, Tomás L, López MD, De Andrés J. Personalidad y afrontamiento como predictores de la resiliencia en pacientes con dolor crónico. *Interpsiquis [Revista Electrónica]* 2012 Feb [acceso 18 de junio de 2015]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5379>
- ⁵⁵⁷Iacoviello BM, Charney DS. Psychosocial facets of resilience: implications for preventing posttrauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience. *Europ Journ of Psychotraum [Revista Electrónica]* 2014 [acceso 18 de junio de 2015]; 5(1). Disponible en: <http://www.ejpt.net/index.php/ejpt/article/view/23970>.

- ⁵⁵⁸Tian J, Hong JS. Assessment of the relationship between resilience and quality of life in patients with digestive cancer. *World J Gastroenterol*. 2014; 20(48):18439-44.
- ⁵⁵⁹Schrier M, Amital D, Arnson Y, Rubinow A, Altaman A, Nissenbaum B et al. Association of fibromyalgia characteristics in patients with non-metastatic breast cancer and the protective role of resilience. PubMed [base de datos en Internet]. *Rheumatol Int*; 2012 Oct [acceso 21 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21901352>
- ⁵⁶⁰Brix C, Schleussner C, Füller J, Röhriq B, Strauss B. Fatigue and its determinants in radio-oncology. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2009 Feb; 59(2):42-9.
- ⁵⁶¹Losoi H, Wäljas M, Turunen S, Brander A, Helminen M, Luoto TM et al. Resilience is associated with fatigue after mild traumatic brain injury. PubMed [base de datos en Internet]. *J Head Trauma Rehabil*; 2015 May-Jun [acceso 21 mayo de 2015]. Disponible en: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24842587](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24842587)
- ⁵⁶²Kim Y, Morrow GR. Changes in family relationships affect the development of chemotherapy-related nausea symptoms. PubMed [base de datos en Internet]. *Support Care Cancer*; 2003 Mar [acceso 2 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12618927>
- ⁵⁶³Quiceno JM, Vinaccia AS. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en enfermos crónicos colombianos. *Rev Latinoam Psiquiatría [Revista Electrónica]*. 2012 [acceso 1 de julio de 2015]; 11:156-63. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp124e.pdf>
- ⁵⁶⁴Schulz R, Bookwala J, Knapp JE, Scheier M, Williamson GM. Pessimism, age and cancer mortality. *Psychology and Aging*. 1996; 11:304-9.
- ⁵⁶⁵Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Stefanovski P, Dejanova B. Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 2015 Dec; 3(4):727-31.
- ⁵⁶⁶Vásquez C. Contando nuestros días. La espiritualidad como estilo de vida. México: Cieza; 2006; 117-91.
- ⁵⁶⁶Stranahan S. Spiritual perceptions, attitudes about spiritual care and spiritual care practices among nurse practitioners. *West J Nurs Res*. 2001Feb; 23(1):90-104.

- ⁵⁶⁷McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011; 20(11-12):1757-67.
- ⁵⁶⁸Ozbasaran F, Ergul S, Temel AB, Aslan GC, Coban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011 Nov; 20(21-22):3102-10.
- ⁵⁶⁹Trejo F. Enfermería y las ciencias sociales; un enfoque diferente o una necesidad para entender el cuidado. *Enfermería neurológica*. 2011; 10(2):110-13.
- ⁵⁷⁰Hernández A, Guardado C. La enfermería como disciplina profesional holística. *Revista Cubana de Enfermería*. 2004; 20(2):1-8.
- ⁵⁷¹Razzaghi MR, Afshar L. A conceptual model of physician-patient relationships: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med*. 2016; 9:14.
- ⁵⁷²Anandarajak G, Roseman J, Lee D, Dhandhanian N. A 10-year longitudinal study of effects of a multifaceted residency spiritual care curriculum: clinical ability, professional formation, end of life, and culture. *J Pain Symptom Manage*. 2016 Dec; 52(6):859-72.
- ⁵⁷³DeArmas CA. Contributing factors to resilience in relapsing-remitting multiple sclerosis [tesis doctoral]. Maryland: digital repository at the University of Maryland; 2004.
- ⁵⁷⁴Acinas MP. Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatr Biol*. 2014; 21(2):65-71.
- ⁵⁷⁵Kennedy JE, Abbott RA, Rosenberg BS. Changes in spirituality and well/being in a retreat program for cardiac patients. *Altern Ther Health Med*. 2002; 8(4):64-70.
- ⁵⁷⁶Benito E, Barbero J. Espiritualidad en Cuidados Paliativos: la dimensión emergente. *Rev Med Pal*. 2008; 15(4):191-3.
- ⁵⁷⁷Tosao C. Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. *FMC*. 2012; 19(6):331-8.
- ⁵⁷⁸Escudero B. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enfermería clínica*. 2003; 13(3):164-70.

- ⁵⁷⁹Puentes YM, Urrego SC, Sánchez R. Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Av Psicol Latinoam* [revista en Internet] 2015 Sep-Dec. [acceso 24 de marzo de 2017]; 33(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242015000300009
- ⁵⁸⁰Díez E, Cotera M. El diagnóstico médico, problema crucial en el siglo XXI. *MediSur* [revista en Internet] 2010 [acceso 10 de abril de 2017]; 8(5). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098022.pdf>
- ⁵⁸¹Tomasso CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Comparación de conocimientos y actitudes de los profesores y estudiantes de enfermería frente a las relaciones entre espiritualidad, religión y salud. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [revista en Internet] 2011 Sep-Oct. [acceso 10 de marzo de 2017]. 19(5). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_19.pdf

IX
ANEXOS

IX. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

IMPLICACIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD EN LA RESILIENCIA Y EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Investigador: José Luis Ros Romero

Dirigido por los Drs.: Francisco Moya-Faz, Adriana Catarina De Souza Oliveira y Jorge López Puga

Este estudio se está realizando para conocer la calidad de vida que presentan los pacientes oncológicos durante el proceso de su enfermedad y para observar su relación con la espiritualidad que poseen dichas personas.

Este estudio nos ayudará a aprender más sobre si los pacientes oncológicos que poseen una alta espiritualidad tienen al mismo tiempo una gran calidad de vida.

¿Qué pasa si digo “sí, quiero participar en el estudio?”

Si dice que sí:

- Le preguntaremos sobre sus problemas de salud, antecedentes familiares, intervenciones quirúrgicas, así como un formulario con preguntas para que usted conteste con una cruz en la correspondiente casilla que usted elija.
- Estas preguntas no tienen respuestas correctas o incorrectas. Puede saltar cualquier pregunta si no quiere contestarla.

¿Cuánto tiempo tomará el estudio?

- El estudio tomará alrededor de 20 minutos de su tiempo, el necesario para que usted conteste a las preguntas del cuestionario.

¿Qué pasa si digo “no quiero participar en el estudio”?

- Nadie le tratará de manera diferente. A usted no se le penalizará.

¿Quién verá mis respuestas?

- Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta.

Cuando los resultados del estudio sean publicados, su nombre no aparecerá en ningún lugar ni nadie sabrá que ha participado, dado que es totalmente anónimo.

Nombre: (Solo iniciales) _____ Fecha: ____/____/____

Firma:

ANEXO 2

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS**1. Datos personales**

Nombre (iniciales): _____ Hombre

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Lugar de nacimiento: _____ Mujer

Estado civil: _____

Estudios: _____

Profesión: _____ Nº Hijos _____

2. Historia enfermedad actual

Enfermedad actual: _____

Tiempo desde el diagnóstico o aparición de la actual enfermedad: _____

Pronóstico: A largo plazo curable
 A corto plazo curable
 Incurable
 Incierto

3. Antecedentes Personales

Hábitos tóxicos:

Tabaco: _____

Alcohol: _____

ANEXO 3

TEST DE ESPIRITUALIDAD

Ítem	Puntuación
1. Creo que soy una persona valiosa	
2. Creo que tengo las mismas cualidades y defectos que otras personas	
3. Siento que tengo muchas cualidades	
4. Tengo una actitud positiva conmigo mismo	
5. En general me siento satisfecho con la persona que soy	
6. Siento que soy una persona compasiva y amable	
7. En general soy una persona que cree en sí misma	
8. Creo que mi vida tiene algún significado	
9. Soy capaz de entender lo que representan las situaciones difíciles	
10. Pienso en aspectos positivos cuando evalúo mi vida	
11. La espiritualidad me ayuda a definir las metas que establezco en mi vida	
12. La espiritualidad me ayuda a decidir quién soy	
13. La espiritualidad me ayuda a decidir mi orientación general en la vida	
14. La espiritualidad está integrada en mi vida	
15. Reflexiono para alcanzar la paz interior	
16. Leo libros de crecimiento espiritual y auto-ayuda	

Respuestas: Muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), en acuerdo (3), muy de acuerdo (4)

TEST DE ESPIRITUALIDAD

Ítem	Puntuación
17. Empleo el silencio para ponerme en contacto con mi yo interior	
18. Trato de vivir en armonía con la naturaleza	
19. A menudo me involucro en programas para cuidar el medio ambiente	
20. Trato de encontrar momentos para ampliar mi espiritualidad	
21. Busco belleza física, espiritual y emocional en la vida	
22. Trato de encontrar respuesta a los misterios o dudas de la vida	
23. Trato de alcanzar la paz interior y la armonía	
24. Realmente disfruto escuchar música	
25. Estoy buscando un propósito en la vida	
26. Mi vida es un proceso de cambio y está en evolución	
27. Necesito tener un vínculo emocional fuerte con las personas que me rodean	
28. Mantener y fortalecer las relaciones con los demás es importante para mí	
29. Estoy desarrollando una visión particular de vida	

Respuestas: Muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), en acuerdo (3), muy de acuerdo (4)

ANEXO 4

ESCALA DE RESILIENCIA

Por favor lea las declaraciones siguientes. Usted encontrará 7 números que van desde "1" (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Marque el número que mejor indique sus sentimientos sobre esa declaración. Por ejemplo, si usted está totalmente en desacuerdo con una declaración marque "1". Si usted es neutral, marque "4" y si usted está de acuerdo fuertemente marque "7"							
Declaraciones	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutral	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1-Cuando hago planes persisto en ellos	1	2	3	4	5	6	7
2- Normalmente enfrento los problemas de una u otra forma.	1	2	3	4	5	6	7
3- Soy capaz de depender de mi mismo	1	2	3	4	5	6	7
4- Mantener el interés en las cosas es importante para mí	1	2	3	4	5	6	7
5- Puedo estar solo si es necesario	1	2	3	4	5	6	7
6- Siento orgullo por haber obtenido cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7- Normalmente consigo cosas sin mucha preocupación	1	2	3	4	5	6	7
8- Me quiero a mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
9- Siento que puedo ocuparme de varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10- Soy decidido en las cosas que hago en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
11-Rara vez pienso sobre porque suceden las cosas	1	2	3	4	5	6	7
12- Hago las cosas de una cada día	1	2	3	4	5	6	7
13- Puedo superar momentos difíciles porque ya he pasado por dificultades anteriores	1	2	3	4	5	6	7
14-Soy disciplinado en las cosas que hago	1	2	3	4	5	6	7
15-Mantengo el interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16- Normalmente puedo encontrar un motivo para reír	1	2	3	4	5	6	7
17- Creer en mí mismo me hace superar momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
18- En una emergencia las personas pueden contar conmigo	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA DE RESILIENCIA

Por favor lea las declaraciones siguientes. Usted encontrará 7 números que van desde "1" (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Marque el número que mejor indica sus sentimientos sobre esa declaración. Por ejemplo, si usted está totalmente en desacuerdo con una declaración marque "1". Si usted es neutral, marque "4" y si usted está de acuerdo fuertemente marque "7"							
Declaraciones	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutral	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
19- Normalmente trato de mirar una situación desde distintos puntos de vista	1	2	3	4	5	6	7
20- A veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera hacerlas	1	2	3	4	5	6	7
21- Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22- No me quedo pensando en las cosas que no puedo cambiar	1	2	3	4	5	6	7
23- Cuando estoy en una situación difícil normalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7
24- Tengo energía suficiente para lo que necesito hacer	1	2	3	4	5	6	7
25- Es normal que existan personas a las que no le caigo bien	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 5

TEST QLQ-C30

	En Absoluto	Un Poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de la compra o maletas?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en la silla la mayor parte del día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4
6. ¿Tiene algún impedimento para hacer su trabajo o las tareas y arreglos del hogar?	1	2	3	4
7. ¿Es usted totalmente incapaz de realizar un trabajo profesional o las tareas y arreglos del hogar?	1	2	3	4

DURANTE LA SEMANA PASADA:

	En Absoluto	Un Poco	Bastante	Mucho
8. ¿Tuvo asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñado?	1	2	3	4

DURANTE LA SEMANA PASADA:

	En Absoluto	Un Poco	Bastante	Mucho
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido?	1	2	3	4

