



¡POSGRADOS!

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

RPC-S0 -30 NO 504 - 2019

OPCION DE
TITULACIÓN:

INFORMES DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

INFLUENCIA DEL AFRONTAMIENTO RELIGIOSO ESPIRITUAL
EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
QUE ACUDEN A FUPEC EN LA CIUDAD DE CUENCA
DURANTE EL PERIODO 2020

AUTOR:

MARÍA FERNANDA JIMBO JIMBO

DIRECTOR:

ELISABETH JIMÉNEZ PESANTEZ

CUENCA - ECUADOR
2021



Autor/a:**María Fernanda Jimbo Jimbo**

Psicóloga Social

Candidata a Magíster en Psicología, Mención Intervención Psicosocial y Comunitaria por la Universidad Politécnica Salesiana-Sede Cuenca.

maferjimbo95@gmail.com

Dirigido por:**Elisabeth Jiménez Pesántez**

Licenciada en Psicología

Magister en Gestión y Desarrollo Social

ejimenezp@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibido, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

© 2021 Universidad Politécnica Salesiana.

CUENCA- ECUADOR-SUDAMÉRICA

JIMBO JIMBO MARIA FERNANDA

INFLUENCIA DEL AFRONTAMIENTO RELIGIOSO ESPIRITUAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE ACUDEN A FUPEC EN LA CIUDAD DE CUENCA DURANTE EL PERIODO 2020

Resumen

Las personas con diagnóstico de cáncer se enfrentan al sufrimiento emocional y variación en la percepción de sí mismo, surgen conflictos personales, interpersonales y espirituales, éstos inciden en la calidad de vida y desarrolla trastornos emocionales y para reducirlos, las estrategias espirituales y religiosas desempeñan un rol importante como factor de protección contra la morbilidad psicológica y eleva la esperanza de supervivencia. Esta fue la motivación para desarrollar este estudio cuantitativo y transversal, que tiene por objetivo determinar la calidad de vida y la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento religiosas espirituales en 64 hombres y mujeres mayores de 18 años con un diagnóstico de cáncer, usuarios de la organización FUPEC en Cuenca. Los instrumentos empleados fueron el cuestionario Whoqol Bref (1999) y la escala de afrontamiento espiritual, versión de Bernal Sarmiento (2018). Para el procesamiento de datos se utilizó medidas de tendencia central y dispersión. Los resultados expresan que el 55.4% tienen una calidad de vida normal y el 35.4% está insatisfecho con su salud. Existe alta calidad de vida en la salud psicológica y baja en la salud física. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las espirituales y las menos utilizadas corresponden a las religiosas. Finalmente, existe una correlación positiva entre los cuatro dominios de la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento espiritual, es decir, a mayor uso de estrategias espirituales existe mejor calidad de vida integral, además es importante mencionar que, a mayor edad, existe mayor uso de las estrategias espirituales.

Palabras clave: Calidad de vida, estrategia de afrontamiento religioso espiritual, cáncer.

Abstract

People who have been diagnosed with cancer face emotional distress and changing self-perception, creating personal, interpersonal, and spiritual conflicts that affect their quality of life and can produce emotional disorders. Spiritual and religious strategies play a fundamental role in protecting cancer patients against psychological morbidity and increasing their life expectancy. These reasons were the motivation for developing quantitative and transversal research aimed at determining quality of life and the frequency of use of spiritual-religious coping strategies in sixty-four men and women who were at least eighteen years old with a cancer diagnosis. All participants were patients of the FUPEC (Familias Unidas Por los Enfermos de Cáncer) organization in Cuenca. The tools used were the Whoqol Bref questionnaire (1999) and Bernal Sarmiento version of the spiritual coping scale (2018). For data processing, measures of central tendency and dispersion were done. The results show that 55.4 % have a normal quality life and 33.4% are dissatisfied with their health. In general, there is high quality of physiological health and low physical health. The most-used coping strategies are spiritual and the least-used are religious. In the end, there is a positive correlation between the four domains of quality of life and spiritual strategies, meaning that the use of spiritual strategies promotes better quality of life. It is also important to mention that at an older age, there is more use of spiritual strategies.

Key words: Life quality, spiritual-religious coping strategies, cancer.

Tabla de Contenido

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción	8
Determinación del problema.....	11
Marco teórico referencial.....	15
Concepto del Cáncer	15
Tipos e incidencia de cáncer más comunes en hombres y mujeres	15
Efectos producidos tras un diagnóstico de cáncer	17
Efectos físicos	17
Efectos psicológicos.....	17
Efectos ambientales y sociales.....	18
Calidad de vida	19
Afrontamiento y el cáncer.....	21
Estrategias de afrontamiento	22
Objetivos.....	25
Objetivo General.....	25
Objetivos específicos.....	25
Metodología	25
Tipo de Estudio.....	26
Alcance del estudio	26
Tipo de diseño del estudio	26
Instrumentos.....	g
Análisis de resultados	¡Error! Marcador no definido.
Calidad de Vida.....	29
Estrategias de afrontamiento.....	31

Calidad de vida y estrategias de afrontamiento según la edad.....	34
Calidad de vida y estrategias de afrontamiento según el sexo.....	35
Calidad de vida y estrategias de afrontamiento según los estadios de la enfermedad.	36
Correlación entre calidad de vida y frecuencia de uso de las estrategias	37
Discusión.....	¡Error! Marcador no definido.
Conclusiones	43
Bibliografía	¡Error! Marcador no definido.
Anexos	53
Anexo A Instrumento Whoqol Bref.....	53
Anexo B Escala de afrontamiento espiritual.....	58

Lista de tablas

Tabla 1 Características en edad, sexo y estadio de los participantes	28
Tabla 2 Uso y frecuencia de estrategias de afrontamiento por cada factor.....	32
Tabla 3 Resumen de la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento	33
Tabla 4 Calidad de vida y uso de estrategias de afrontamiento según edad	34
Tabla 5 Calidad de vida y estrategias de afrontamiento según sexo.....	35
Tabla 6 Calidad de vida y estrategias de afrontamiento según estadio de la enfermedad	36
Tabla 7 Correlación entre calidad de vida y uso de estrategias de afrontamiento	38
Tabla 8 Prueba de Kolmogorov-Smirnov	39

Lista de figuras

Figura 1; ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	29
Figura 2 ¿Cuán satisfecho está con su salud?	30
Figura 3 Dimensiones de calidad de vida	31

INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer a nivel mundial en el 2018 fue de 18'078.957 nuevos casos, existe una tasa de mortalidad de 9'555.027. Se prevé que para el 2030 llegarán a 22 millones, causados por el crecimiento demográfico y envejecimiento en la población (Jemal, Veneis, Bray, & Torre, 2014). Existirá un aumento del 70% en los próximos 20 años, es decir, para el 2040 se presentará 29'532.994 casos diagnosticados y 16'388.459 muertes. Se pronostica que 7 de cada 10 casos nuevos, se localizarán en África, Asia y América Latina (Globocan, 2018).

Esta noticia trae consigo dolor, sufrimiento, desesperación, alto nivel de desesperanza, variación en la percepción de su imagen corporal y el sufrimiento emocional (Díaz, Baca, García, & López, 2016) surgen conflictos personales, interpersonales y espirituales, deteriorándose la relación y seguridad consigo mismo inclusive hay dificultad en la toma de decisiones por lo que su rol podría cambiar. El cáncer es incierto y puede ser difícil de comprender por lo tanto la familia y el paciente sufren estrés cómo consecuencia de todo el proceso del tratamiento, el pronóstico de vida, pero sobre todo por la estigmatización que se le tiene (Zapatero & Pérez, 1999).

Incide en gran manera en la calidad de vida de las personas, y con ello acarrea diversos trastornos emocionales como: depresión, ansiedad, apatía, fatiga, estrés, insomnio, anhedonia, abulia, entre otros. También hay problemas cognitivos como: dificultades para concentrarse, comprender, razonar y la dificultad para recordar fechas, actividades diarias, nombres, números telefónicos. Dichos trastornos y problemas cognitivos repercuten indudablemente de manera negativa en la calidad de vida de las personas, quienes se tornan irritables, ansiosos, tristes, y fatigados emocionalmente; viéndose afectados no solo ellos sino también, los seres que viven a su alrededor (Mueller, Plevak, & Rumman, 2001).

Para contrarrestar estos síntomas, la espiritualidad y las prácticas religiosas tienen un rol importante al ser asociados a la obtención de mejores resultados en la recuperación de la salud, influye en las creencias y en la externalización de emociones positivas, inclusive resalta como factor de protección contra la morbilidad psicológica, relacionándola con la esperanza de sobrevivir al cáncer e identifica las características de cada persona por tal las intervenciones posteriores serán personalizadas (Panzini RG, 2007).

En un estudio el 78% de los participantes indicaron que la religión/espiritualidad es relevante en su experiencia frente al cáncer, mientras que el 85% se plantearon diversos asuntos sobre la religión/espiritualidad en esta difícil etapa de su vida (Núñez, P., Enríquez, D. & Irrázaval, M., 2011).

Además, el 96% del personal de salud considera al desarrollo espiritual como un factor importante en la salud por otro lado, las personas que reciben los servicios médicos expresan que les gustaría que los profesionales de la salud integren el campo espiritual como parte del tratamiento, pero por el sistema al que se encuentran sujetos no se puede llevar a cabo (Balboni TA, 2007).

Por lo tanto, este estudio pretende determinar la calidad de vida, la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento religioso espiritual y correlacionar los resultados de las variables en las personas con un diagnóstico de cáncer que acuden a la organización FUPEC y residen en la ciudad de Cuenca.

La relevancia de este estudio radica en ser un tema poco abordado, pero de extremo interés para los profesionales del área médica y de la salud mental, como también de las personas con cáncer, familiares, autoridades sanitarias y políticas de la ciudad en particular y del país en general, al mismo tiempo genera nuevos conocimientos. Con los

resultados obtenidos de la investigación se pretende aportar con información actualizada que se implementará en los protocolos de acción de la organización.

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Al cáncer se lo ha considerado como un creciente problema de salud pública en el Ecuador, es la segunda causa de mortalidad general, después de las enfermedades cardiovasculares. El porcentaje de defunciones varió del 6 al 14% entre los años 1.980 y 2.014. En el 2.015, los fallecimientos por enfermedades crónicas no transmisibles representaron el 47 % de las muertes en todos los grupos de edad, de las cuales se le atribuyen al cáncer 10.171 defunciones (14%) y el riesgo de desarrollar cáncer antes de los 75 años, es de aproximadamente un 20% (Registro Nacional de Tumores, 2014).

Edición Médica (2018) señala que, según el reporte de Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia en el Ecuador es de 157,2 casos por 100.000 habitantes.

Ante estas cifras alarmantes la OMS presentó el Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles 2013-2020, en el cual se exhibieron los planes y proyectos que están encaminados a la prevención y tratamiento del cáncer (Vázquez, Campos, Rondón, & Vasconcelos, 2018).

Al ser considerado un problema de salud pública, las políticas estatales apuestan a crear acciones para la prevención y promoción de la salud como lo expone en el Plan Nacional de Desarrollo “Toda una vida” periodo 2017-2021 dispone:

Mejorar tanto la atención oportuna y de calidad para toda la población, como la implementación de una atención integral familiar y comunitaria, con lo que se pueda fortalecer el modelo preventivo en todo el territorio. Además, se debe garantizar los recursos económicos y contar con el talento humano necesario para responder a las necesidades emergentes del Sistema de Salud Pública (Consejo Nacional de Planificación, 2017).

Existe diferentes posturas en el personal de la salud y los usuarios, al momento de la atención, los primeros, se centran en los síntomas físicos pero los pacientes demandan la integración de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales para afrontar la situación por la que atraviesa (Rodríguez, & et al, 2010). Inclusive hay investigaciones que ratifican la importancia de incorporar estos aspectos (psicológicos, sociales y espirituales) en los tratamientos y que éstos se centren en la atención de las personas y sus necesidades, más no en lo que los médicos suponen, esto permitirá investigar a tiempo las problemáticas e integrar intervenciones puntuales no solamente desde el ámbito médico sino desde el ámbito integral (Fonseca, Schlack, Mera, Muñoz, & Peña, 2013).

Villa (2012) en su libro “La lucha contra el cáncer se ha centrado en su dimensión médica, aún descuida su vertiente social”(p.83), menciona la importancia de considerar los aspectos culturales para determinar su influencia en la adaptación psicosocial de las personas que presentan un diagnóstico oncológico y esto puede facilitar la dinámica de interacción entre el personal médico, el paciente, la familia al tener presente sus sistemas de creencias, los significados hacia la enfermedad que son culturalmente apropiados para el paciente (Vázquez & et.al, 2018).

Por lo tanto, este estudio se realiza desde una perspectiva de intervención psicosocial, que permita entender la conducta del ser humano en esta situación de un diagnóstico oncológico, y para aquello se debe asimilar que es parte de un todo y que contempla diversos escenarios que suman los factores biopsicosocial, es por eso que el enfoque psicosocial nos permite acceder al ser humano desde sus prácticas, valores, estrategias de intervención desde una mirada integral que reflexiona la relación del ser humano con su contexto y que considera su bienestar, la diversidad y la dignidad humana como aspiración ética fundamental mediante una concepción integral de las personas (Quintana-Abello et al., 2018) identifica sus fortalezas y capacidades, de esta manera se supera las deficiencias y debilidades

considera los recursos personales y comunitarios bajo la diversidad cultural y social (Montero, 2004).

Tanto la religión como la espiritualidad son mecanismos adoptados por la comunidad oncológica para aliviar el sufrimiento e incrementa la esperanza con relación a la calidad de vida. (Peteet & Baldoni, 2013)

La espiritualidad produce efectos positivos, mejora la salud mental como física, se obtiene un incremento en el sistema inmunológico y en la esperanza de vida, existe una significativa disminución de los síntomas de la patología y sus consecuencias (San Martín Peterse, 2008). Estudios realizados en las últimas décadas afirman una relación positiva entre la espiritualidad-religiosidad y mejores indicadores de salud. (Stroppa & Moreira-Almeida, 2008).

Por otro lado, el ámbito religioso en nuestro país tiene una gran influencia, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2012, menciona sobre las estadísticas oficiales de filiación religiosa realizada en Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato, señala que el 91,95% de los ecuatorianos afirman tener filiación religiosa, de los cuales el 80,4% pertenece a la religión Católica, el 11,3% Evangélica, 1,29% Testigos de Jehová y el restante 6,96% pertenecen a otras religiones además tres de cada diez creyentes afirman asistir por lo menos una vez a la semana a algún culto religioso, dos de cada diez una vez al mes y el 15,9% asiste solo en ocasiones especiales (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2012).

El hecho religioso está contextualizado social y culturalmente, por lo tanto, el apego religioso es una de las características de la ciudad de Cuenca, es una herencia cultural que ha mantenido un papel protagónico en el desarrollo histórico, considerándola como una ciudad conservadora con el 74,36% de católicos (García, 2016).

Para desarrollar este estudio se cuenta con el respaldo de las autoridades de la organización FUPEC y de los propios pacientes a continuación, se plantea las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es la calidad de vida en los pacientes oncológicos?, ¿Los pacientes oncológicos con qué frecuencia usan las estrategias de afrontamiento religioso espiritual? y ¿Existe relación entre la calidad de vida y la frecuencia del uso de las estrategias de afrontamiento religioso espiritual en los pacientes oncológicos?

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Concepto del Cáncer

Se le denomina cáncer al desarrollo anormal de células producido por el crecimiento del tejido originado por la proliferación continua de células dañinas. Este diagnóstico pertenece a un amplio grupo de enfermedades con características o una capacidad de invasión y destrucción en otros tejidos que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo (Achury, Gómez, Amp, & Guevara, 2011).

Al existir un descontrol del ciclo vital de las células, éstas causan una acumulación que genera una masa de células viejas las mismas que producen la enfermedad y afecta a jóvenes, adultos, ricos, pobres, hombres, mujeres y niños; representando una carga enorme para los pacientes, la familia y la sociedad (Instituto Nacional del Cáncer [NIH], 2015; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017)

El cáncer puede ubicarse en cualquier parte del cuerpo e inicia al momento en el que las células empiezan a crecer de manera descontrolada y sobrepasa la cantidad de las células normales. Por lo general éstas, al sufrir un desgaste o cumplir con el ciclo vital mueren y dan paso a nuevas células, sin embargo, en el cáncer esto no sucede y es así, como existe la aparición de los tumores cancerosos (American Cancer Society , 2020).

Tipos e incidencia de cáncer más comunes en hombres y mujeres

En torno a esta enfermedad se estima que la tasa de casos nuevos de cáncer es de 442,4 por 100.000 hombres y mujeres por año (según los casos de 2013 a 2017). La tasa de muertes por cáncer es de 158,3 por 100.000 hombres y mujeres por año (según las muertes de 2013 a 2017). De modo que, la tasa de mortalidad por cáncer es mayor en hombres que en mujeres (189,5 por 100.000 hombres y 13,7 por 100.000 mujeres) (Instituto Nacional del Cáncer, 2020).

Los cánceres más comunes (en orden descendente según el número estimado de casos nuevos en 2020) son: el cáncer de seno (mama), el cáncer de pulmón y bronquios, el cáncer de próstata, el cáncer de colon y recto, el melanoma (un cáncer de piel), el cáncer de vejiga, el linfoma no Hodgkin, el cáncer de riñón y pelvis renal, el cáncer de endometrio, la leucemia, el cáncer de páncreas, el cáncer de tiroides y el cáncer de hígado. Se calcula que el cáncer de próstata, el cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal representan el 43 % de todos los diagnósticos de cáncer en hombres en 2020. Los tres cánceres más comunes en las mujeres son: el cáncer de seno (mama), el cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal. Se calcula que representan el 50 % de todos los nuevos diagnósticos de cáncer en mujeres en 2020. Además, el 60% de los tipos de cáncer se desarrollan en personas mayores a los 65 años porque su sistema inmunológico se encuentra debilitado (Instituto Nacional del Cáncer, 2020).

Los estadios de esta enfermedad, se determinan de acuerdo a las siguientes fases: la primera es la fase del tratamiento inicial, se presenta en los tres primeros meses tras haber recibido el diagnóstico, la segunda es la fase del tratamiento activo, se da en el periodo que recibe el tratamiento, es decir, después de los 3 primeros meses del diagnóstico, la tercera es la fase del tratamiento en remisión, considerada en los 3 años después de haber terminado el tratamiento, la cuarta es la fase del tratamiento por enfermedad avanzada, que se manifiesta por un grado de afectación con diferentes cambios en el tratamiento (Asociación Española Contra el Cáncer[AECC], 2018; González, 2004).

Efectos producidos tras un diagnóstico de cáncer

Efectos físicos

Los efectos que padecen se los puede diferenciar de acuerdo a la etapa del tratamiento en el que se encuentre sometido, por ejemplo, durante el tratamiento figuran náuseas, caída del cabello, dolor, cansancio y pérdida de peso. En general, estos efectos secundarios desaparecen una vez finalizado el tratamiento activo. Por otro lado, los efectos a largo plazo son los que aparecen durante el tratamiento y persisten una vez finalizado éste, como esterilidad o pérdida de memoria. Finalmente, los efectos secundarios retardados son los síntomas que aparecen meses o años después del final del tratamiento, como insuficiencia cardíaca, osteoporosis, problemas psicológicos y segundos cánceres e incluso metástasis (Mayo Clinic, 2021).

Efectos psicológicos

El cáncer es considerado como una enfermedad crónica, la vivencia del diagnóstico ponen en riesgo la vida, integralidad corporal y capacidad, cómo lo perciba dependerá de la relación con su historia de vida, al contexto en el cual se encuentra inmerso, la personalidad, su situación económica y social (Diez, Forjaz, & Landivar, 2005) por lo tanto es necesaria una adaptación a nivel psicológico por parte del paciente, esto se debe a que están frecuentemente expuestos a situaciones estresantes a lo largo de su proceso de enfermedad que incluye el diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Existe una correlación indudable entre los efectos físicos y psicológicos causados por los tratamientos, por ejemplo, la quimioterapia, puede provocar cambios en la autoimagen de la paciente, cambios en las relaciones íntimas y familiares. También condicionan su vida laboral que repercute su problema de salud en el entorno familiar y social (Mendez & Villarraga, 2020).

Los efectos psicológicos empiezan desde la sospecha de presentar algún indicio de la enfermedad y estos se intensifican al confirmarse. La incertidumbre es evidente por eso es importante contar con toda la información necesaria para así, tener mayor seguridad. Por otro lado, el médico tratante debe contemplar los problemas emocionales que trae consigo la enfermedad, muchos estudios demuestran que pueden malinterpretar el estrés del paciente o sus desórdenes psicológicos hasta un 35% de las veces, muchas personas consideran algo negativo requerir ayuda o apoyo psicológico, por lo que en general es importante naturalizar este acompañamiento (Emory Winship Cancer Intitute, 2021).

La Psicooncología es la fusión de la psicología y oncología, que se encarga de conocer las conductas y problemas psicológicos que se generan tras el diagnóstico, que tiene como fin analizar todos los aspectos individuales, sociales, cultural y la importancia de la capacidad de adaptación, la cultura y la religión, para integrarlos al plan terapéutico y que éstos contribuyan al proceso de afrontamiento (Bustamante, 2018).

Efectos ambientales y sociales

El acceso a la seguridad social se vuelve un conflicto de mayor relevancia ya sea por desconocimiento o por los trámites burocráticos a los que deben someterse (Lafaurie, & et. al, 2011) Pues no todas las personas cuentan con los recursos económicos para cubrir los tratamientos. Según la encuesta realizada por el Observatorio de Lucha contra el cáncer y el Acuerdo contra el cáncer Ecuador, mencionan que el 80% de los participantes no contaban con trabajo y que el 78.9% no tuvo ningún sustento económico, además por la distribución de los hospitales o centros especializados en nuestro país, deben movilizarse de una ciudad a otra y El 50% no pudo continuar con su tratamiento debido a la crisis sanitaria mundial (Acuerdo Contra el Cáncer Ecuador, 2021).

Además, la situación del cáncer, también contempla un aislamiento social debido a los cambios físicos y en algunas personas el sistema inmunológico se ve deteriorado, en algunos casos pasan de ser totalmente independientes a ser dependientes de al menos un familiar (Jaman-Mewes & Rivera, 2014)

Calidad de vida

La calidad de vida es un término muy amplio e impreciso se ha tomado en cuenta la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como un concepto multidimensional, el cual toma en cuenta la percepción del individuo sobre varios aspectos de su vida, entre ellos se encuentran: la cultura, las expectativas, los valores, y los intereses. El individuo es quien evalúa las condiciones y aspectos que él crea pertinente e influyente para la autovaloración, dentro de la cual se identifican cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambientales (Achury, Gómez, Amp, & Guevara, 2011).

Este es un término que ha impulsado los tratamientos centrados en el paciente y ya no solo en la enfermedad. La OMS menciona que es "...un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no solo como ausencia de la enfermedad" (Lemus, Parrado, & Quintana, 2014) Shumaker y Naughton, también realizan su aporte y mencionan que:

Se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar (Herdman & Baró, 2000).

Este concepto es de vital importancia desde la atención primaria en salud porque brinda protagonismo a los usuarios y pasa de un obtener indicadores solamente cuantitativos a los cualitativos, permite dar seguimiento a la excelencia técnica, manejo científico, ético y

humano del personal de salud. Toda la información que éste le brinde a la persona con un diagnóstico de cáncer, permitirá tomar una mejor decisión, en base al impacto que pueda producir, factores positivos y negativos a fin de preparar intervenciones psicosociales futuras que promuevan el mayor bienestar posible y por último apuesta a un análisis de costos a nivel de política pública, en algunos países el sistema de salud se ha vuelto un espacio de negociado con prácticas dudosas que atentan a la ética, por lo tanto la calidad de vida pone en debate el costo real de atención cuando se intenta abaratar los costos de los tratamientos pero al fin de cuentas las personas abandonan los tratamientos o éstos no son efectivos (Asociación Colombiana de Reumatología, 2013).

La valoración de la calidad de vida se considera a partir de los indicadores de acuerdo a cada dominio. Para la salud física se toma en cuenta al dolor, entendido como la sensación desagradable en cualquier parte del cuerpo; energía, la fuerza necesaria para realizar alguna actividad física o mental; sueño, como la necesidad de dormir; movilidad actividad, capacidad para desplazarse de un lugar a otro; medicación, como los medicamentos o conjunto de prácticas que permite curar o disminuir el dolor físico; y el trabajo, como la capacidad para cumplir con algún trabajo (World Health Organization, 1996).

Respecto a la salud psicológica, la persona se siente satisfecha consigo mismo con la presencia del positivismo, la considera como la capacidad de percibir todo lo que es positivo; concentración, a modo de fijar un pensamiento sin distractores; autoestima, como la atención que se brinda a si mismo; imagen corporal, la idea que cada persona tiene sobre su aspecto físico; negatividad, toma la percepción de las cosas negativas y la espiritualidad, el modo que tiene para conectarse con personas o cosas espirituales (World Health Organization, 1996).

De acuerdo al dominio ambiental, siente seguridad en el ámbito económico, social y familiar. A través de la seguridad, la confianza que tiene de contar con recursos tanto

económicos y redes de apoyo; hogar, saber que cuenta con un ambiente familiar; dinero, que posee riquezas; seguridad social, como el respaldo de la sociedad para acceder a la atención médica; la información, sea datos que permita entender una situación; el ocio, toma a todas las actividades de descanso; el entorno físico, a todo lo que le rodea que influye directamente con su desarrollo y el transporte, sea todas los medios para trasladarse (World Health Organization, 1996).

Y el último dominio, las relaciones sociales, que son los vínculos establecidos con su grupo de amistad o quienes le brinden apoyo social. Los indicadores son: las relaciones personales, como los lazos que se comparte con las personas en gran parte de la vida; el apoyo social, es toda provisión que es recibida de la comunidad a la pertenece en situaciones cotidianas y muchas más si se encuentra en crisis, y el sexo, como un conjunto de los individuos que comparten esta misma condición orgánica (World Health Organization, 1996).

Afrontamiento y el cáncer

El afrontamiento también tiene diversas definiciones, sin embargo, las más utilizadas señalan que es la capacidad que el ser posee para adaptarse a nuevas situaciones, tomar decisiones frente a sus acciones que disminuya el dolor o que permita cubrir con las demandas y exigencias, además puede servir para prevenir, evitar o controlar el distrés emocional (Soriano, 2002).

Al hablar acerca del afrontamiento en situaciones de cáncer se hace alusión a los pensamientos y comportamientos que se generan en el paciente, pero dependerán de la significancia de la enfermedad y las acciones futuras que decida tomar para disminuir los factores estresores a los que se encuentra expuesta (Watson & Greer, 1998).

El proceso de afrontamiento forma parte de los modelos cognitivos, porque la persona da una interpretación a una situación amenazante, y para ello tenemos tres formas de

hacer una evaluación cognitiva. La primera evaluación, consiste en identificar los eventos negativos que influyen en cambios repentinos y causan daños al sujeto, por lo que, es necesario analizar con detalle al evento para afrontarlo. En segundo lugar, las personas hacen una revisión profunda de sus recursos, habilidades, destrezas y conductas que poseen para enfrentar la situación. Al efectuar este proceso, da respuesta de lo que dispone para contrarrestar los sucesos negativos. Por último, el individuo descubre qué para salir de dicho escenario dependerá únicamente de su decisión y saber cómo emplear los recursos que posee (Clóvis & Japcy, 2016).

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son un conjunto de acciones y pensamientos que los sujetos llegan a emplear, enfocadas en poseer un buen manejo de las emociones y la problemática en la que se encuentra. Por ello, las estrategias de afrontamiento se encuentran definidas por el afrontamiento que posee cada individuo, lo que, influyera en sus aspectos espirituales, psicológico y sociales (Romero, 2017).

El afrontamiento religioso desde el objeto de estudio de la psicología de la religión, expresa que son “las manifestaciones concretas y reales del vivir religioso consciente (...), estudia los hechos psíquicos que se manifiestan en la conducta del hombre con relación a Dios” y mediante la práctica de tradiciones sagradas, transmitida a través del patrimonio cultural, acompañada de dogmas y doctrinas (Mankeliunas, 1957) así también en revelaciones divinas que son regidas por normas y reglas morales. Las estrategias de afrontamiento religioso contemplan asistir y realizar prácticas religiosas como recibir la comunión, asistir a la iglesia, utilizar objetos o símbolos religiosos y a demás escuchar u observar programas religiosos (Bernal Sarmiento, 2018).

Y el afrontamiento espiritual se lo puede definir como la esencia de una persona, la búsqueda de significado y propósito en la vida. Que posee un sentido más universal que tiene relación con toda la experiencia que implica el vivir, puede utilizar la meditación, procesos de autoconocimiento y conexión con las personas y los seres que se encuentran a su alrededor (Como, 2007).

Es decir, la espiritualidad es concebida como un conjunto de acciones motivacionales que dirigen el comportamiento de una persona desde múltiples visiones religiosas sobre el sentido de la vida (Ramírez & Sarita, 2020) suele estar relacionada a las emociones cognitivas y afectiva compuestas por múltiples dimensiones que no están ligadas específicamente a la religión. (Murrillo, Silva, & Caicedo, 2019).

Cabe mencionar que lo religioso y espiritual influye en la salud del sujeto, según la disposición de los recursos para afrontar una situación crítica, de manera positiva o negativa en los distintos aspectos mentales, físicos y sociales (Gonzales, 2019).

A partir de estos dos tipos de estrategias de afrontamiento (religiosas y espirituales) en el instrumento validado en nuestro contexto, dan lugar a aquellas basadas en la esperanza y las interpersonales, las primeras, se sujeta a las estrategias que conduce a pensar o actuar con la confianza que dicha situación mejorará, pero su fe, no solo se fundamenta en una fuerza superior sino en el futuro o el destino, es por esto que sus estrategias contemplan mantener una relación con Dios o una fuerza superior como la fuente de fuerza, esperanza y que gracias a su intervención las cosas mejorarán, pero por otro lado también hay estrategias en donde la fe está puesta en el día a día y que progresivamente la situación mejorará.

Y el afrontamiento interpersonal, integra los recursos sociales y la adaptación al contexto, que si bien, facilitará o será un obstáculo para la interacción con los demás. Sus estrategias centralizan en construir o mantener relaciones con amigos y familiares, leer textos

de inspiración religiosa/ espiritual y también busca espacios para conversar con personas que hayan pasado por la misma situación en busca de información, asimismo, se integra a grupos para orar o rezar (Bernal Sarmiento, 2018).

Estas prácticas intentan mejorar la calidad de vida, no solo en el aspecto físico sino también en el psicológico para iniciar con la aceptación de la muerte como un suceso natural y que forma parte de la vida, inclusive obtienen resultados positivos relacionados con la salud, comunicación y el acoplamiento al tratamiento (Núñez, Enríquez, & Irrázaval, 2012).

En ese contexto, el afrontamiento religioso y espiritual se refiere a un conjunto de estrategias, cognitivas y de comportamiento, utilizadas con objeto de enfrentar situaciones de estrés además al uso de la fe, religión o espiritualidad en la confrontación con situaciones estresantes, o con momentos de crisis, que ocurren a lo largo de la vida (Matos, Meneguín, & Ferreira, 2017).

MATERIALES Y METODOLOGÍA

Objetivos

Objetivo General:

Determinar la calidad de vida y la frecuencia de uso del afrontamiento religioso espiritual en pacientes oncológicos de la asociación Familias Unidas Por los Enfermos de Cáncer. Período marzo-septiembre 2020.

Objetivos específicos:

- Evaluar las dimensiones de la calidad de vida en pacientes oncológicos.
- Identificar las subescalas de la frecuencia de uso de las estrategias del afrontamiento religioso espiritual en pacientes oncológicos.
- Correlacionar los resultados de las dimensiones de la calidad de vida y los resultados de las subescalas de la frecuencia del afrontamiento religioso espiritual.

Tipo de Estudio

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, utilizó instrumentos estandarizados, cuyo objetivo fue proporcionar datos medibles que se puedan organizar de manera objetiva y estadística, además permitió sistematizar los resultados obtenidos que proporcionó tanto la variable de calidad de vida en general como de sus dominios en salud física, salud psicológica, relación social y ambiente (Espinoza, Osorio, Torrejón, Carrasco, & Bunout, 2011) y las estrategias de las subescalas del afrontamiento religioso, espiritual, basados en la esperanza e interpersonales (Bernal Sarmiento, 2018).

Alcance del estudio

El alcance fue de tipo correlacional, buscó exponer las puntuaciones que se obtuvo de cada una de los dominios y sub escalas de las variables estudiadas que posterior a ello se correlacionaron; y transversal por que el estudio se llevó a cabo durante un período de tiempo determinado. Con los resultados obtenidos de los dos instrumentos, se procedió a la correlación de la frecuencia del uso de las estrategias con cada uno de los 4 dominios de la calidad de vida, por lo tanto, se menciona las estrategias que fueron más utilizadas, medianamente utilizadas y aquellas que no lo fueron.

Tipo de diseño del estudio

El tipo de diseño fue no experimental porque no se manipuló ninguna condición del entorno del participante. Con respecto a los participantes se contó con la participación de 64 personas con un diagnóstico oncológico mayores de 18 años y sean usuarios de la organización Familias Unidas Por los Enfermos (FUPEC) de Cáncer sede Cuenca.

Instrumentos

Los instrumentos fueron digitalizados en la plataforma digital Google Form y después se enviaron a los usuarios de FUPEC.

En primer lugar, se aplicó un formulario para obtener las características de los participantes que incluye edad, sexo y estadio de cáncer diagnosticado.

Para medir la calidad de vida se utilizó el Cuestionario Whoqol-Bref que fue creado por World Health Organization en 1999 y cumplió con su proceso de validación en una investigación realizado en Chile con una $\alpha=.88$. Este instrumento tuvo por objetivo evaluar la calidad de vida percibida, es de auto aplicación y no tiene límite de edad. Está constituido por 26 preguntas, las dos primeras responden al aspecto general sobre la calidad de vida, seguido por 24 preguntas divididas en cuatro dominios, que son: salud física, salud psicológica, relación social y ambiente, que fueron contestados por medio de una escala de Likert del 1 al 5, el cuestionario no tiene puntos de corte, sin embargo, se considera una puntuación mínima de 4 y máxima de 20, en donde mientras más se acerque a 20 significa una mejor calidad de vida (World Health Organization, 1996).

Para medir el afrontamiento religioso espiritual, se aplicó la escala Spiritual Coping Strategies Scale (La Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual) que fue desarrollada en Inglaterra por Baldacchino y Buhagiar en el 2003; cuyo idioma de origen es inglés, este instrumento también fue validado en la ciudad de Cuenca y presentó un alfa de Cronbach global de 0,821. Es de auto aplicación y sus destinatarios son adultos de 18 años en adelante. Su objetivo fue medir la frecuencia del uso de afrontamiento espiritual religioso o no religioso; en donde a mayor puntuación, mejor afrontamiento mismo que puede ser espiritual o religioso, sin embargo, al ser validado los elementos que conforman las dos subescalas de la versión original se redistribuyeron en cuatro factores: estrategias de afrontamiento espiritual, religioso, basadas en la esperanza y las interpersonales, si bien, estas dos últimas también integran a la religiosidad y espiritualidad pero el tercer factor agrega su fe al destino o futuro y el cuarto, reconoce la importancia de las relaciones sociales. La escala original recoge 20 ítems, pero tras la validación se redujo a 17, todas las preguntas se valoraron mediante la escala de likert con una escala de 4 puntos, donde 0 significa nunca utilizado, 3 indica un uso a menudo y el 4 altamente utilizado (Bernal Sarmiento, 2018).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio fue realizado con 64 personas con diagnóstico de cáncer entre 18 y 70 años (M=39.8; DE=14.5) quienes son usuarios de FUPEC; en su mayoría mujeres (66.2%) y personas en una etapa etaria de adultez joven (46.2%) con una edad comprendida entre los 20 y 39 años, así también el estadio de la enfermedad de más de la mitad (52.3%) era activo, es decir en etapa de tratamiento, los detalles se pueden observar en la tabla 1.

Tabla 1

Características en edad, sexo y estadio de los participantes

Característica	N	%	
Sexo	Hombre	21	33.8
	Mujer	43	66.2
Etapa Etaria	Adolescentes (18-19 años)	3	4.6
	Adultos jóvenes (20-39 años)	29	46.2
	Adultos medios (40-49 años)	14	21.5
	Adultos maduros (50-64 años)	14	21.5
	Adultos mayores (>64 años)	4	6.2
Estadio de la enfermedad	Inicial (0 a 3 meses)	1	1.5
	Activo (Tratamiento)	34	52.3
	Remisión (Concluido con los tratamientos)	22	35.4
	Enfermedad Avanzada (Metástasis)	7	10.8

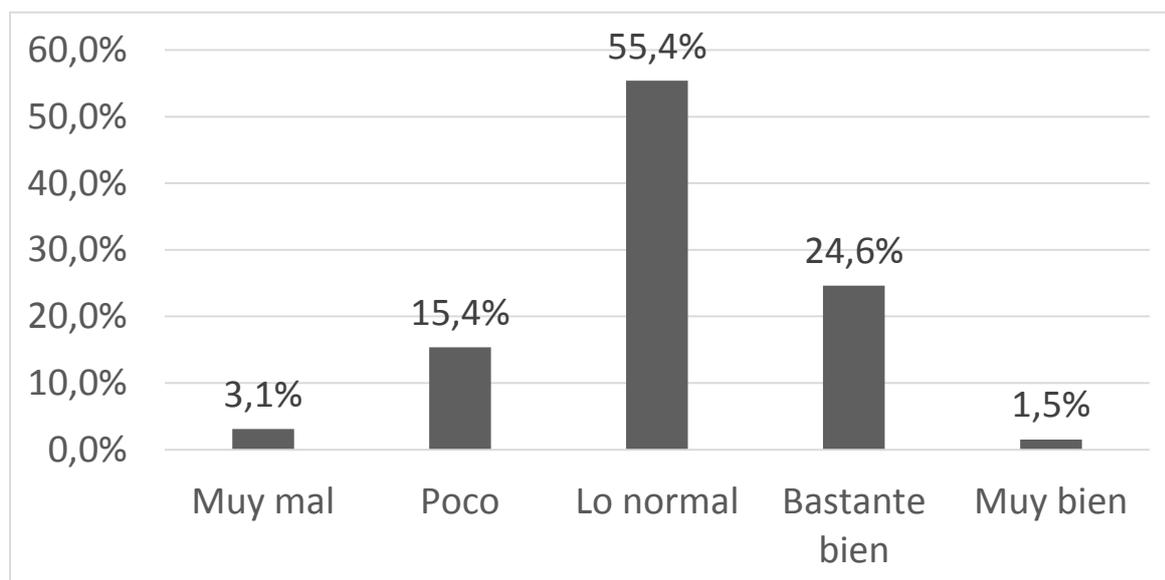
Nota. Esta tabla muestra que el 66.2% de los participantes fueron mujeres, en un rango de 20 a 39 años y en su mayoría se encontraban en estado activo.

Calidad de Vida

La percepción general de calidad de vida de las personas con diagnóstico de cáncer el 55.4% se ubicó dentro del parámetro “normal”, mientras que el 18.5% manifestó una percepción negativa y el 26.1% restante una positiva. Ver figura 1.

Figura 1

¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

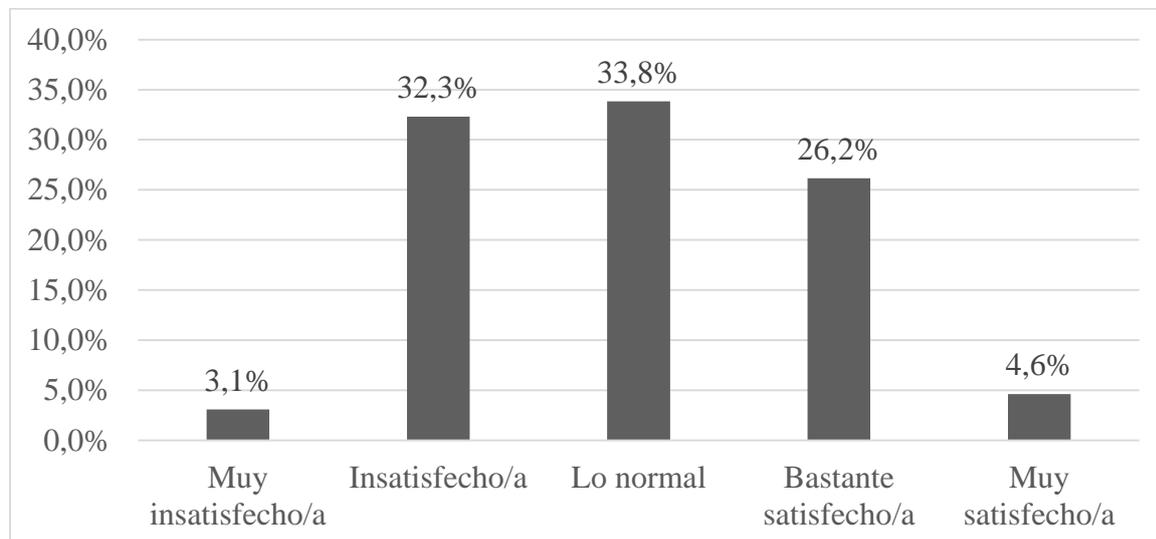


Nota. Esta figura expresa que el 55,4% de los participantes perciben a su calidad de vida como normal.

Con respecto a la satisfacción de salud, el 33.8% la calificó como “normal”, mientras que el 32.3% presentaron algún nivel de insatisfacción, el 26.2% restante se encontraban bastante satisfechos, el 4.6% muy satisfecho y el 3.1% muy insatisfecho. Ver figura 2.

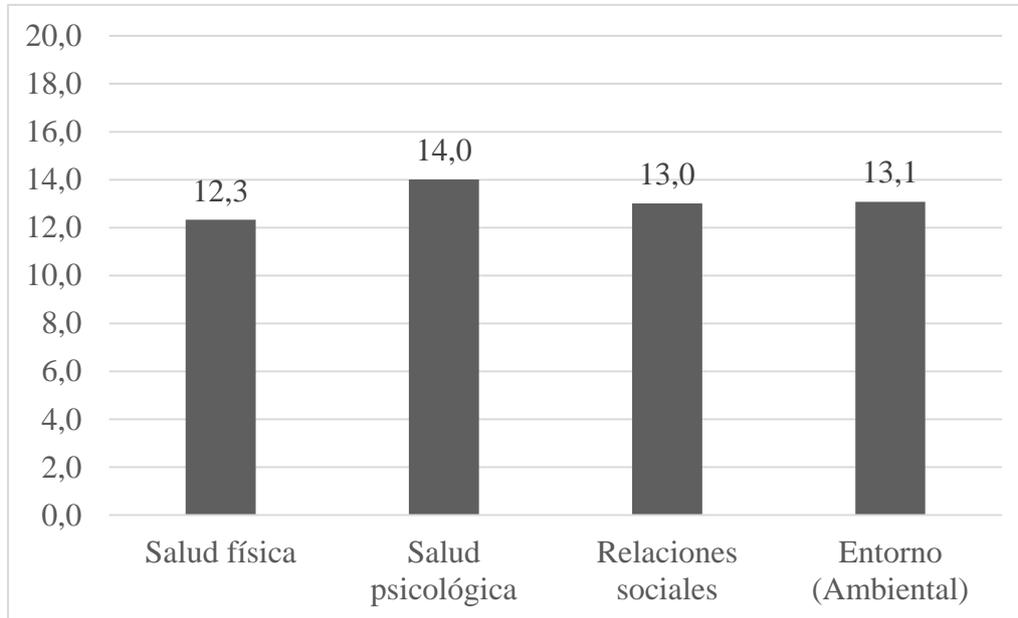
Figura 2

¿Cuán satisfecho está con su salud?



Nota. El 33,8% de los participantes mencionan que la satisfacción en su salud es normal.

La calidad de vida, medida a través de cuatro dimensiones mediante una escala 4-20 se puede visualizar en la figura 3, la salud psicológica fue la dimensión con más alto puntaje oscila entre 6.7 y 19.3 ($M=14.0$; $DE=2.3$), seguido por las características del entorno (ambiental) con puntuaciones de entre 4.5 y 17.5 ($M=13.1$; $DE=2.1$) y relaciones sociales presenta puntuaciones mínimas de 4 y máximas de 20 ($M=13.0$; $DE=2.8$); finalmente la salud física fue la dimensión más baja con puntuaciones de entre 6.9 y 20 ($M=12.3$; $DE=2.6$), en todas las dimensiones la dispersión de datos resultó baja ($CV < 22\%$) lo que implica un comportamiento similar en todos los participantes.

Figura 3*Dimensiones de calidad de vida*

Nota. La salud psicológica figura como la más alta sobre las otras dimensiones de la calidad de vida.

Estrategias de afrontamiento

Fueron 14 las personas (21.5%) quienes utilizaban en alguna medida todas las estrategias planteadas en el instrumento, es decir las religiosas, espirituales, basadas en la esperanza e interpersonales. Además, todos afirmaron utilizar en alguna medida las estrategias: “Mantener la relación con Dios o un poder superior, como la fuente de la fuerza y esperanza” (Basada en la esperanza), “Construir o mantiene relación con amigos o familiares” (Interpersonales), “Ver el lado positivo de su situación” (Espiritual), “Encontrar significado y propósito para vivir a través de su enfermedad” (Espiritual) y “Confiar en Dios, con la esperanza de que las cosas van a mejorar” (Basada en la esperanza).

Se encontró que la estrategia utilizada por la menor cantidad y en menor medida fue: “recibir la comunión” (N=24; M=1.8; DE=0.8) perteneciente a las estrategias de

afrontamiento religiosas, mientras que la estrategia “Confiar en Dios, con la esperanza de que las cosas van a mejorar” fue la más frecuentemente utilizada ($M=2.7$; $DE=0.6$) perteneciente a las estrategias basadas en la esperanza, seguido por: “Construir o mantiene relación con amigos o familiares” (estrategias interpersonales), “El uso de la reflexión como un medio para identificar sus potencialidades y fortalezas” y “Ayudar a los demás como un medio de dar amor y paz a los otros”, ambas pertenecientes a estrategias de afrontamiento espiritual. En la tabla 2 se pueden observar los detalles.

Tabla 2

Uso y frecuencia de estrategias de afrontamiento por cada factor

		N	Media (1-3)	DE
Estrategias de afrontamiento espiritual	Ver el lado positivo de su situación	64	2.4	0.7
	Aceptar la situación actual de su vida	64	2.4	0.7
	Encontrar significado y propósito para vivir a través de su enfermedad	64	2.5	0.7
	El uso de la reflexión como un medio para identificar sus potencialidades y fortalezas	59	2.6	0.6
	Ayudar a los demás como un medio de dar amor y paz a los otros	64	2.6	0.6
Estrategias basadas en la esperanza	El uso oraciones personales o privadas	62	2.4	0.7
	Mantener la relación con Dios o un poder superior, como la fuente de la fuerza y esperanza	64	2.5	0.8
	Vivir el día a día con la esperanza de que el futuro sea mejor para usted	64	2.4	0.6

	<i>Confiar en Dios, con la esperanza de que las cosas van a mejorar</i>	64	2.7	0.6
Estrategias de afrontamiento religioso	Usar objetos símbolos religiosos o espirituales	51	2.1	0.8
	Escuchar en la radio música religiosa o mirar en la Tv programas religiosos.	56	2.1	0.8
	Asistir a la iglesia para las prácticas religiosas	39	2.1	0.9
	Recibir la comunión	24	1.8	0.8
Estrategias de afrontamiento interpersonal	<i>Construir o mantiene relación con amigos o familiares</i>	64	2.6	0.6
	Orar o rezar con otra persona o con un grupo de personas	51	2.1	0.9
	Discutir sus dificultades, problemas con alguien que tiene o a tenido experiencias con la misma enfermedad	54	2.1	0.8
	Leer textos de inspiración religiosa/espiritual	57	2.1	0.8

Nota. Se puede observar con mayor detalle la frecuencia de uso de cada estrategia correspondiente a cada factor.

Tabla 3

Resumen de la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento

	Escala	Punto medio de la escala	Mínimo	Máximo	Media	DE
Afrontamiento espiritual	0-15	7.5	2.0	15.0	12.2	2.8
Afrontamiento basado en la esperanza	0-12	6	6.0	12.0	9.9	2.1
Afrontamiento religioso	0-12	6	0.0	12.0	5.4	2.9

Afrontamiento interpersonal	0-12	6	3.0	12.0	7.8	2.6
Afrontamiento total	0-51	25.5	20.0	50.0	35.3	7.6

Nota. Existe una alta frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento espirituales y basadas en la esperanza y una baja frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento religioso.

Los resultados revelaron un frecuente uso de estrategias de afrontamiento espiritual (M=12.2; DE=2.8) y de afrontamiento basado en la esperanza (M=9.9; DE=2.1) pues se registró una puntuación al punto medio de la escala, PM=7.5 y PM=6 respectivamente, mientras que el afrontamiento religioso fue el menos empleado con una media ligeramente inferior al punto medio de la escala (PM=6).

Finalmente, el afrontamiento interpersonal se utilizaba en una mediana intensidad (M=7.8; DE=2.6). El uso general de estrategias de afrontamiento resultó elevado (M=35.3) y con una baja dispersión de datos (DE=7.6) por lo que identifica homogeneidad de comportamiento.

Calidad de vida y estrategias de afrontamiento según la edad

Se registró una relación positiva importante entre la edad y la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento; implica que entre mayor edad tenían las personas, mayor era uso de estrategias de afrontamiento. La calidad de vida no estuvo relacionada con la edad.

Ver tabla 4.

Tabla 4

Calidad de vida y uso de estrategias de afrontamiento según edad

Calidad de vida	Estrategias de afrontamiento
-----------------	------------------------------

	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Entorno	Espiritual	Basado en la esperanza	Religioso	Interpersonal	Total
Edad Rs	-0.13	0.22	0.08	0.15	,42**	,59**	,53**	,46**	,66**
P	0.31	0.07	0.55	0.24	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Nota. La tabla expresa que a mayor edad la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento será mayor.

Calidad de vida y estrategias de afrontamiento según el sexo

En general, las dimensiones de calidad de vida y estrategias de afrontamiento predominantes en hombres y mujeres eran similares. Se encontró que en calidad de vida la salud psicológica y el entorno era significativamente mayor en hombres ($p < 0.05$). Las estrategias de afrontamiento fueron similares en ambos grupos. Ver tabla 5.

Tabla 5

Calidad de vida y estrategias de afrontamiento según sexo

Variable	Sub dimension	Hombres		Mujeres		U	P
		Media	DE	Media	DE		
Calidad de vida	Salud física	12,73	2,74	12,12	2,60	442	0,666
	Salud psicológica	15,03	2,39	13,49	2,17	312,5	0,025*
	Relaciones sociales	13,88	2,69	12,56	2,72	337	0,055
	Entorno (Ambiental)	14,02	1,54	12,59	2,20	284	0,009*
Estrategias de afrontamiento	Afrontamiento espiritual	12,59	2,46	12,00	2,89	420	0,456
	Afrontamiento basado en la esperanza	10,00	1,88	9,81	2,17	468,5	0,949

Afrontamiento religioso	4,95	2,59	5,58	3,06	435	0,595
Afrontamiento interpersonal	7,14	2,68	8,16	2,49	370,5	0,152

Nota. La calidad de vida y las estrategias de afrontamiento fueron similares en hombres y mujeres, sin embargo, la salud psicológica y el entorno fue más significativo en los hombres.

Calidad de vida y estrategias de afrontamiento según los estadios de la enfermedad

La calidad de vida y estrategias de afrontamiento según el estadio de la enfermedad se encontró que la salud física era significativamente menor en aquellas personas que se encontraban en un estado activo y reciben tratamiento ($p < 0.05$), y la percepción del entorno era significativamente más alto en las personas con enfermedad avanzada y más bajo en quienes se encontraban en remisión con los tratamientos concluidos.

Por otra parte, se encontró que las personas que se encontraban en una fase activa de la enfermedad tenían un menor uso de estrategias de afrontamiento basados en la esperanza en comparación los de enfermedad avanzada y remisión ($p < 0.05$). Además, quienes estaban en la etapa de remisión usaban las estrategias de afrontamiento religioso e interpersonal en una medida significativamente mayor que el resto de los grupos ($p < 0.05$). Los detalles en la tabla 6.

Tabla 6

Calidad de vida y estrategias de afrontamiento según estadio de la enfermedad

Variable	Dominio/ subdimensión	Activo (Tratamiento)		Enfermedad Avanzada (Metástasis)		Remisión (Concluido con los tratamientos)		H	P
		Media	DE	Media	DE	Media	DE		

Calidad de vida	Salud física	11,76	3,13	12,86	2,12	12,61	2,33	24,97	0,00*
	Salud psicológica	9,91	2,23	11,71	0,76	9,17	1,72	2,94	0,23
	Relaciones sociales	6,06	2,98	6,29	0,76	4,17	2,89	3,93	0,14
	Entorno (Ambiental)	8,21	2,35	10,00	1,41	6,70	2,67	5,46	0,07*
Estrategias de afrontamiento	Afrontamiento espiritual	11,51	2,26	9,63	2,32	14,36	1,90	1,18	0,55
	Afrontamiento basado en la esperanza	13,55	2,42	14,19	2,33	14,72	2,16	9,94	0,01*
	Afrontamiento religioso	12,47	2,92	12,76	3,07	13,91	2,34	7,69	0,02*
	Afrontamiento interpersonal	12,76	2,16	12,21	1,19	13,85	2,11	9,89	0,01*

Nota. La salud física es menor en el estadio activo y se utiliza menos estrategias basados en la esperanza, en el estadio de remisión, se observa una menor calidad de vida con el ambiente y utilizan más estrategias religiosas e interpersonales.

Correlación entre calidad de vida y frecuencia de uso de las estrategias

De acuerdo a los resultados obtenidos tras la investigación se determina que la calidad de vida en la salud psicológica fue la más alta con el 14.0% y las estrategias de afrontamiento con mayor uso fueron las espirituales con una media de 12.2. Sin embargo, todas las dimensiones de calidad de vida se relacionaron con la dimensión de afrontamiento espiritual en un sentido positivo, porque fue la que mayor puntaje obtuvo frente a las estrategias basadas en la esperanza la media de 9.9, estrategias interpersonales con la media de 7.8 y las religiosas con una media de 5.4, en otras palabras, a mayor uso de estrategias de afrontamiento espiritual mejor calidad de vida en sus cuatro dimensiones.

Tabla 7*Correlación entre calidad de vida y uso de estrategias de afrontamiento*

CV \ AE	Espiritual	Basado en la esperanza	Religioso	Interpersonal	Total	
Salud física	rs	0.297*	-0.025	-0.047	-0.151	0.075
	p	0.016	0.846	0.713	0.229	0.552
Salud psicológica	rs	0.396**	0.240	-0.046	0.046	0.240
	p	0.001	0.054	0.718	0.714	0.054
Relaciones sociales	rs	0.318**	0.181	0.006	0.016	0.184
	p	0.010	0.149	0.961	0.901	0.143
Entorno (Ambiental)	rs	0.344**	0.243	-0.081	-0.107	0.151
	P	0.005	0.051	0.520	0.397	0.230

Nota. CV= Calidad de vida; AE=Afrontamiento espiritual. * (p<0.05) ** (p<0.01)

Se resalta que los resultados fueron expresados con medidas de tendencia central y dispersión (máximo, mínimo, media y desviación estándar), el comportamiento de los datos según la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov resultó no normal. Se puede ver en la Tabla 8- (p<0.05), por lo que el coeficiente de correlación utilizado fue el no paramétrico: rho de Spearman. El procesamiento de información se realizó en el programa estadístico SPSSV25 y se consideró un $\alpha=0.05$ (p<0.05).

Tabla 8*Prueba de Kolmogorov-Smirnov*

	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Entorno (Ambient al)	Espiritual	Basado en la esperanza	Religioso	Interpersonal	Afrontamiento total
K-S	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
P	,031	,019	,005	,200	,000	,000	,018	,003	,025

Nota. El comportamiento de los datos después de aplicar la prueba Kolmogorov Smirnov resultó ser no normal por lo tanto el coeficiente de correlación fue no paramétrico.

Este estudio tuvo como objetivo determinar la calidad de vida y la frecuencia de uso del afrontamiento religioso espiritual en pacientes oncológicos. En primer lugar, se evaluó el nivel de calidad de vida con sus cuatro dominios y al mismo tiempo la frecuencia de uso de las estrategias de uso con sus cuatro factores. A continuación, se discutirán los principales hallazgos.

El análisis de los datos permitió comprender que la incidencia del cáncer se presenta más en mujeres (66.2%) que en los hombres (33.8%) como lo señaló en un estudio realizado en el cual el 63% de los casos fueron de mujeres y el 37 % de hombres (SOLCA, 2019).

La calidad de vida global y la satisfacción fue normal, al igual que en el estudio realizado con personas con enfermedades crónicas, quienes, mantienen que su calidad de vida fue normal (Vinaccia Alpi & Quiceno Sierra, 2012) sin embargo en las mujeres con cáncer de

mamá fue baja, debido a que sus condiciones de educación e ingresos económicos también resultaron ser bajos (Salas Zapata & Grisales Romero, 2010).

Existió un predominio de la salud psicológica, lo que no coincidió en otra investigación, en donde la salud psicológica fue baja, lo que ocasionó una prevalencia de trastornos psico-patológicos con sentimientos de ansiedad y depresión (Hernández, & et.al, 2012).

El segundo factor que obtuvo mayor puntaje fue el del ambiente, este factor no concordó en las mujeres de Colombia, en quienes fue el más bajo, asumen que presentaban dificultades para acceder a los tratamientos, también al movilizarse a los establecimientos de salud y que sus ingresos económicos fueron muy limitados (Salas Zapata & Grisales Romero, 2010).

La salud física y las relaciones sociales resultaron ser bajas, esto, coincide en su totalidad con la investigación realizada con mujeres con cáncer ginecológico y en 77 personas con cáncer (Foseca, Mera, & Peña, 2013) al igual con 130 mujeres de la ciudad de Quito, pero qué, a diferencia de las anteriores, su salud social fue la más preservada (Núñez Arroba & Ramadán Cornejo, 2018). Estos resultados se pueden atribuir a los efectos secundarios de los tratamientos como son los dolores de cabeza, náusea e incluso el aislamiento, sí sus tratamientos tienen componentes radiactivos (Lívia Loamí & Riul da, 2010).

Respecto al segundo objetivo relacionado con la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento religioso espiritual se llegó a determinar que del total de población participante apenas el 21,5% de personas con cáncer utilizan todas las estrategias planteadas, es decir, religiosas, espirituales, basadas en la esperanza y las interpersonales.

Las estrategias de afrontamiento con menor frecuencia fueron las religiosas y las más utilizadas fueron las del afrontamiento espiritual, dato, que llamó la atención al considerar el contexto de Cuenca, ciudad que ha sido considerada religiosa, en donde el 74.36% se autodefinieron como católicos (García, 2016) sin embargo en otras investigaciones, una de ellas en la misma ciudad y otro en Perú, en donde sus participantes utilizaron en igual medida las estrategias religiosas como espirituales (Parra Merchán & Velasco Pañi, 2018;Fernandez, 2015) porque se considera que tanto la espiritualidad y la religiosidad como estrategias de apoyo y esperanza que permiten darle significado a la enfermedad (Sl Jim, & et.al. 2015).

Además, se visualizó que emplearon con mayor frecuencia ciertas estrategias tales como: “Confiar en Dios con la esperanza que las cosas van a mejorar”(Basada en la esperanza), “Construir o mantener relación con amigos o familiares”(Interpersonal), “El uso de la reflexión como medio para identificar sus potencialidades y fortalezas” (Espiritual) y “Ayudar a los demás como un medio de dar amor y paz a otros” (Esperanza) y las estrategias menos utilizadas fueron “Recibir la comunión” (Religiosa) y “Asistir a la iglesia para las prácticas religiosas”(Religiosa). En un estudio coincide con una estrategia de mayor uso, que es la de “Confiar en Dios con la esperanza que las cosas van a mejorar” pero además se incluye la estrategia “Mantener la relación con Dios y/o un ser supremo como la fuente de la fuerza y esperanza ”(Basada en la esperanza) y la menos utilizada fue “Discutir sus dificultades por problemas con alguien que tiene o ha tenido experiencia con la misma enfermedad” (Interpersonal) (Parra Merchán & Velasco Pañi, 2018).

A continuación, se analiza la correlación entre calidad de vida y uso de estrategias de afrontamiento. Se reveló que las personas con cáncer usan las estrategias de afrontamiento espiritual en mayor medida e influyen en la calidad de vida global, resultado que coincide con la práctica de la espiritualidad en el estudio de Melo, Quijano, & Rincon (2019) pero, así

mismo hay dos investigaciones que discrepan y mencionan la existencia de la correlación positiva entre la calidad de vida y las estrategias religiosas como rezar o meditar solos o acompañados (Silva, 2019; Quinceno & Vinaccia, 2011).

Además, existe una relación entre la edad y las estrategias espirituales, es decir a más edad, mayor uso de estrategias espirituales, como también lo mencionó SI Jim, y otros (2015) pues a este resultado agregó que los jóvenes utilizan más estrategias basadas en la esperanza y las interpersonales.

Es importante enfatizar que en los hombres se presentó una alta calidad de vida global y un mayor uso de estrategias espirituales, mientras que en otra investigación resultaron ser las mujeres quienes poseen una alta salud mental con la utilización de las estrategias religiosas, aseguraban la necesidad de profesar una religión (Mesquita, y et.al. 2013).

Finalmente, existe una mejor calidad de vida global en las personas que se encuentran en el estadio de enfermedad avanzada o metástasis y su uso de las estrategias basadas en la esperanza son más frecuentes, esto, difiere parcialmente con un estudio diferente en el cual, muestra que si existe una mejor calidad de vida en este estadio pero que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las espirituales (Aloe, 2018) esto se debe al incremento del uso de los cuidados paliativos, que si bien no solo busca aliviar el dolor físico, sino brindar una mejor calidad de vida al aproximarse a la muerte (Meneguín, De Sousa Matos & Da Silva Marques Ferreira, 2018).

CONCLUSIONES

El estudio realizado con las personas que tienen un diagnóstico oncológico tuvo por objetivo determinar la calidad de vida y la frecuencia de uso del afrontamiento religioso espiritual, tras la obtención de los resultados obtenidos durante el proceso de investigación, se han determinado las siguientes conclusiones:

1. Respecto a las características de la población participante, el mayor porcentaje se encuentra representado por las mujeres con un 66.2%, la mayoría de la edad de los participantes pertenecen al rango entre 20 y 39 años con el 46.2% y el 52.3% permanecen en tratamiento activo durante la investigación.
2. De acuerdo a la percepción de la calidad de vida en general, el 55.4% menciona que es normal, el 26.1% positiva y el 18.5% es negativa. En cuanto a la satisfacción en la salud, hay un 33.8 % que se encuentra normal, seguido del 32.3% que lo considera insatisfecho, el 26.2% bastante satisfecho, el 4.6% muy satisfecho y el 3.1% muy insatisfecho. A demás conforme a las de cuatro dimensiones que presenta la escala, la salud física fue la dimensión más débil y la salud psicológica obtuvo la puntuación más elevada, seguida del entorno y las relaciones sociales.
3. El uso de las estrategias de afrontamiento resultó ser elevado. Las más frecuentes fueron las estrategias de afrontamiento espiritual, afrontamiento interpersonal y centrados en la esperanza mientras que las menos utilizadas fueron las del afrontamiento religioso. El 21.5% utilizaron todas las estrategias de afrontamiento planteadas en el instrumento, mientras que número alto de personas con cáncer coinciden en haber utilizado las siguientes estrategias: “Mantener la relación con Dios o un poder superior, como la fuente de la fuerza y esperanza”, “Construir o mantiene relación con amigos o familiares”, “Ver el lado positivo de su situación”,

“Encontrar significado y propósito para vivir a través de su enfermedad” y “Confiar en Dios, con la esperanza de que las cosas van a mejorar”.

4. En general, la estrategia menos utilizada fue: “recibir la comunión” mientras que la estrategia más frecuentemente utilizada fue: “Confiar en Dios, con la esperanza de que las cosas van a mejorar” seguido por: “Construir o mantiene relación con amigos o familiares”, “El uso de la reflexión como un medio para identificar sus potencialidades y fortalezas” y “Ayudar a los demás como un medio de dar amor y paz a los otros”.
5. Al final de la investigación se concluye que existe una relación positiva entre las dimensiones de la calidad de vida y las subescalas del afrontamiento espiritual, es decir, a mayor uso de estrategias de afrontamiento espiritual mejor calidad de vida existirá en sus cuatro dimensiones, como un dato adicional también existe una relación positiva entre la edad y la frecuencia de uso, esto implica que entre a mayor edad hay un mayor uso de estrategias de afrontamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achury, D., Gómez, H., Amp, L., & Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal*, 27-46.
<http://doi:10.5872/psiencia/3.121>
- Acuerdo Contra el Cáncer Ecuador. (15 de mayo 2021). *Acuerdo Contra el Cáncer Ecuador*. Campaña ciudadana Tu firma para vencer el cáncer. Facebook.
<https://www.facebook.com/112210296802846/videos/106389398102633>
- Aloe, E. (2018). La espiritualidad en el bienestar psicológico y subjetivo en enfermos terminales. *Revista PSocial*.
<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/viewFile/2759/2455>
- American Cancer Society. (20 de Marzo de 2020). *American Cancer Society*.
<https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/trasplante-de-celulas-madre/por-que-se-usan-los-trasplantes-de-celulas-madre.html>
- Asociación Colombiana de Reumatología. (2013). *Revista Isevier España*,.
[http://doi/10.1016/S0121-8123\(14\)70140-9](http://doi/10.1016/S0121-8123(14)70140-9)
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2018). Fases del cáncer.
https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer/fases?fbclid=IwAR0EE6LMpFBzzzlvpvAqPT6276JH5qE4CASpc3N90BDUsPPpwb6s3f7_uo4
- Balboni TA, V. L. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Revista J. Clin Oncol*, 555-560. <http://doi:10.1200/JCO.2006.07.9046>

- Bernal Sarmiento, L. (2018). Adaptación y Validación Psicométrica de la Escala Estrategias de Afrontamiento Espiritual en Cuenca-Ecuador. *Revista Research Gates*.
<http://doi:10.14410/2018.10.3.ao.37>
- Bustamante, I. M. (Mayo de 2018). Afrontamiento del cáncer y espiritualidad. Madrid, España.[Tesis de Maestría, Universidad de Comillas].
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/22351/TFG%20MOLINS%20BUSTAMANTE,%20ISABEL.pdf?sequence=1>
- Clóvis, Q., & Japcy, E. y. (2016). *Religião, Saúde e Terapias integrativas*[Archivo PDF]
https://www.researchgate.net/publication/307464027_Religio_Saude_e_Terapias_Integrativas
- Como, J. (2007). Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Revista Holistic Nurs Pract*, 224-236.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17728565/>
- Consejo Nacional de Planificación. (2017). Toda una vida Plan Nacional de desarrollo 2017-2021. Quito, Ecuador.
http://planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Diaz, D., Baca, E., García, J., & López, J. (2016). Predisctors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative tratments. *RevistaEur J Cancer Care*, 608-15. <http://doi:10.11117/ecc.12521>
- Diez, S. B., Forjaz, M., & Landivar, E. G. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Revista Actas especiales de psiquiatria*, 390-397.
<http://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>
- Edicion Médica. (14 de Septiembre de 2018). *Edicion Médica, Salud Pública*.
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-registra-28-058-nuevos-casos-de-c-ncer-seg-n-informe-de-oms-92834>
- Emory Winship Cancer Intitute. (2021). *Efectos Emocionales y Psicológicos del Cáncer*.
<https://www.cancerquest.org/es/para-los-pacientes/problemas-psicosociales>.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Carrasco, L., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*. doi:doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003

- Fernandez, E. (2015). La dimensión espiritual del paciente oncológico desde la Biética personalista. *Revista del cuerpo médico del hospital Nacional Almonzor Aguinaja, Asenjo, Chiclayo, Perú.* 119 - 138. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2019.122.507>
- Fonseca, M., Schlack, C., Mera, E., Muñoz, O., & Peña, J. (2013). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. *Revista chilena de cirugía.*
doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262013000400006>
- García, O. (23 de Octubre de 2016). Religiosidad de los cuencanos. *Revista Cero Magazine.*
<http://zeromagecuador.com/es/la-religiosidad-de-los-cuencanos/>
- Globocan. (2018). *World Health Organization* .
https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphicisotype?type=0&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0
- Gonzales, P. y. (2019). Desarrollo de medidas religiosas y espirituales en Puerto Rico: Una revisión. *Revista Ciencia de la conducta, 34(1), 153-182.*
<http://cienciasdeconducta.org/index.php/cdc/article/view/17>
- González, P. (2004). Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. *Revista Nure Investigación.*
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/242/224>
- Herdman, M., & Baró, E. (2000). Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH. *Revista La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos, 19-33.*
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004#:~:text=%22La%20Calidad%20de%20Vida%20Relacionada,seguir%20aquellas%20actividades%20que%20son
- Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. Á., & Martín, J. C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Revista Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 233-257.*
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40895/39152>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2012). *Primeras estadísticas de filiación religiosa en el Ecuador. Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato.*
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-por-primera-vez-estadisticas-sobre-religion/>

- Instituto Nacional del Cáncer. (2020). *Aspectos generales de la prevención del cáncer (PDQ®)–Versión para pacientes*. https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/aspectos-generales-prevencion-paciente-pdq#_15
- Instituto Nacional del Cáncer. (2015). Qué es el cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Jaman-Mewes, P., & Rivera, M. S. (Marzo de 2014). Vivir con cáncer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. *Revista Aquichan* 14(1) 20-31. <https://www.redalyc.org/pdf/741/74130041003.pdf>
- Jemal, A., Veneis, P., Bray, F., & Torre, L. (2014). https://canceratlas.cancer.org/wp-content/uploads/2019/10/ACS_CA3_Book.pdf
- Lafaurie, M. M., Choachí, J., Gómez, Á. P., León, L., Ovalle, Á. M., Rodas, L. F., Soto, N. A. (2011). Mujeres con cáncer de seno: experiencias y significados. *Revista Colombiana de Enfermería*. <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1443/1049>
- Lemus, N., Parrado, R., & Quintana, G. (2014). Calidad de vida en el sistema de salud. *Revista Colombia de Reumatología*, 21(1), 1-3. [.https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-calidad-vida-el-sistema-salud-S0121812314701409](https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-calidad-vida-el-sistema-salud-S0121812314701409)
- Lívia Loamí, R. J., & Riul da, S. (2010). Evaluación de la calidad de vida de portadoras de cáncer ginecológico, sometidas a quimioterapia antineoplásica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_03.pdf
- Mankeliunas, M. (1957). Introducción a la psicología de la religiosidad. *Revista colombiana de Psicología*, 153-203. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/32404>
- Matos, T. D., Meneguín, S., & Ferreira, M. d. (2017). Calidad de vida y coping religioso espiritual en pacientes bajo cuidados. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 1-9. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2910.pdf
- Mayo Clinic. (18 de febrero de 2021). *Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER)*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cancer/symptoms-causes/syc-20370588>

- Melo, Z., Quijano, J., & Rincon, N. (2019). *La funcionalidad de la espiritualidad como apoyo en el acompañamiento multidisciplinar en pacientes oncológicos* [Tesis de Pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia].
<http://hdl.handle.net/20.500.12494/13659>
- Mendez, D., & Villarraga, J. (2020). *Efectos psicologicos relacionadas con la quimioterapia en pacientes oncológicos con cancer de mama* [Tesis de Maestria, Universidad Cooperativa de Colombia]
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/19972/1/2020_cancer_quimioterapia_efectos.pdf.
- Meneguín, S., De Sousa Matos, T. D., & Da Silva Marques Ferreira, M. d. (2018). Percepción de los pacientes oncológicos en cuidados paliativos sobre la calidad de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*. doi:doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0360
- Mesquita, A. C., Lopes Chaves, É. d., Valcanti Avelino, C. C., Alves Nogueira, D., Gerhke Panzini, R., & Campos de Carvalho, E. (2013). La utilización del enfrentamiento religioso/espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. doi:doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y proceso*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
<http://www.catedralibremartinbaro.org/pdfs/libro-montero-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria.pdf>
- Mueller, P., Plevak, D., & Rummans, T. (01 de Diciembre de 2001). Participación religiosa, espiritualidad y medicina: implicaciones para la práctica clínica. *Revista Mayo Clin Proceeding*, 1225-35. doi: 10.4065 / 76.12.1225
- Núñez Arroba, S. d., & Ramadán Cornejo, C. M. (2018). [Tesis de grado y postgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador]
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15240>
- Núñez, P., Enríquez, D. & Irrázaval, M. (2011). La espiritualidad en el paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y formantar un enfrentamiento positivo. *Revista Ajayu*, 84-100.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545461005>
- Núñez, P., Enríquez, D., & Irrázaval, M. E. (2012). La espiritualidad en el paciente oncológico: Una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad. *Revista Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de*

- Psicología de la Universidad Católica Bolivia "San Pablo"*, 84-100.
<https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545461005.pdf>
- Panzini RG, B. D. (2007). Afrontamiento (afrentamiento) religiosa / espiritual. *Revista psiquiatr. cl*, 126-135. doi:<https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- Parra Merchán, J. P., & Velasco Pañi, V. k. (2018). Afrontamiento espiritual y satisfacción con la vida en adultos con cáncer.[Tesis de pregrado de la Universidad de Cuenca]
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30345>
- Peteet, J., & Baldoni, M. (2013). Quality of life of patients with lung cancer.*Revista OncoTargets*. <http://doi:10.1093/annonc/12suppl.3.s21>
- Organizacion Mundial de la Salud. (19 de febrero 2017).
<http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Quinceno, Y. M., & Vinaccia, S. (2011). Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en. *Revista Psychologia, Avances de la disciplina*, 25-36. [//www.redalyc.org/pdf/2972/297224114003.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224114003.pdf)
- Ramírez, A., & Sarita, J. A. (2020). *Bienestar y afrontamiento religioso en pacientes oncológicos adultos*. [Tesis de pregrado de la Universidad de Pontificia Universidad Católica del Perú] <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/17415>
- Registro Nacional de Tumores. (2014). *Epidemiología del cáncer 2006-2010*. Quito.
<http://www.estadisticas.med.ec/webpages/index.jsp>
- Rodríguez, K. L., Bayliss, N., Alexander, S. C., Jeffreys, A. S., Olsen, M. K., Pollak, K. I., . . . Arnold, R. M. (2010). Cómo se comunican los oncólogos y sus pacientes con cáncer avanzado sobre la calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Psycho-Oncology* <http://doi:doi.org/10.1002/pon.1579>
- Romero. (2017). *Tipo de personalidad, características personales y religiosidad en las estrategias de afrontamiento en enfermedad oncológica*. Una revisión bibliográfica. [Tesis de pregrado en la Universidad Miguel Hernandez]
<http://193.147.134.18/bitstream/11000/6309/1/Zaira%20Romero%20Maci%c3%a1.pdf>
- San Martín Peterse. (2008). Espiritualidad en la tercera edad. *Revista Psicodebate*, 111-128.
<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8/Psico%2008.pdf>

- Salas Zapata, C., & Grisales Romero, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panam Salud Publica*, 28(1), 9-18.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9667/v28n1a02.pdf?sequence=1&isAllOwed=y>
- Silva, G. C. (2019). Coping religioso/espiritual e a angústia espiritual em pessoas com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1534-1540. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585>
- Sl Jim, H., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., C, S. A., Fitchett, G., Salsman, J. M. (2015). Religión, espiritualidad y salud física en pacientes con cáncer: un metaanálisis. *Revista Cáncer*, 3760-8. <http://doi:10.1002/cncr.29353>
- Sociedad Americana contra el Cancer. (26 de Octubre de 2020). *American Cancer Society*.
<https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- SOLCA. (2019). *Informe de labores 2016-2018*.
<https://www.solca.med.ec/wpcontent/uploads/2018/10/SOLCA-Informe-labores-2018.pdf>
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el afrontamiento en psicooncología. *Revista Boletín de Psicología*, 1-13. https://www.researchgate.net/profile/Jose-Pastor-9/publication/28171066_Reflexiones_sobre_el_concepto_de_afrontamiento_de_psicooncologia/links/02e7e530f2c57a161f000000/Reflexiones-sobre-el-concepto-de-afrontamiento-de-psicooncologia.pdf
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidad y Salud. *Revista Saúde e Espiritualidade*. http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MOREIRA-ALMEIDA_Alexander_et_STROPPA_Andre_tit_Religiosidade_e_Saude.pdf
- Vázquez, A., Campos, N. D., Rondón, Y. P., & Vasconcelos, L. R. (2018). Fundamentos teóricos para la intervención sicosocial en la prevención del cáncer en el consejo popular San Juan de Dios. *Revista Humanidades Médicas*.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000300613
- Villa, F. G. (2012). *La cara social del cáncer*. España. Editorial Octaedro
- Vinaccia Alpi, S., & Quiceno Sierra, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en enfermos crónicos colombianos. *Revista Latinoamericana de Psiquiatria*, 156-163. <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp124e.pdf>

- Quintana-Abello;Mendoza-Llanos;Bravo-Ferretti;Mora-Donoso. (2018). Enfoque psicossocial. Concepto y aplicabilidad en la formacion profesional de estudiantes de psicología. *Reflexión e Investigación Educativa*, 89-98.
file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/3623-Texto%20del%20art%C3%ADculo-18881-1-10-20190430.pdf
- Watson, M., & Greer, S. (1998). Personality and Coping. *Revista Psychooncology*, 91-98.
https://www.researchgate.net/profile/Jose-Pastor-9/publication/28171066_Reflexiones_sobre_el_concepto_de_afrontamiento_de_psicooncologia/links/02e7e530f2c57a161f000000/Reflexiones-sobre-el-concepto-de-afrontamiento-de-psicooncologia.pdf
- World Health Organization. (Diciembre de 1996). Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Genova .
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zapatero, A., & Pérez, A. (1999). Respuesta psicológica al tratamiento del paciente con cáncer: reaccion adaptación. *Revista Manual de psicooncología*, 91-112.

ANEXOS

Anexo A Instrumento Whoqol Bref

WHOQOL-BREF

		Muy Mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿ En qué medida piensa que el dolor	1	2	3	4	5

	(físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.**

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus	1	2	3	4	5

	necesidades?					
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán satisfecho(a) o bien se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5

17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5

25	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Anexo B Escala de afrontamiento espiritual

Los usos de varias estrategias de afrontamiento espiritual están enumeradas, acompañadas por la frecuencia de respuesta en un rango de 0 a 3.

0	Nunca utilizado
1	Poco utilizado (al menos una vez cada seis meses)
2	A veces utilizado (al menos una vez al mes)
3	A menudo (al menos una vez al día/semana)

(Por lo tanto, cuanto más se utiliza la estrategia de afrontamiento espiritual, mayor será el número)

Estrategia de afrontamiento espiritual	Frecuencia
--	------------

1	El uso de oraciones personales o privadas	0	1	2	3
2	Mantener la relación con Dios o un poder superior, como la fuente de la fuerza y esperanza	0	1	2	3
3	Construir o mantener las relaciones con amigos o familiares	0	1	2	3
4	Orar o rezar con otra persona o con un grupo de personas	0	1	2	3
5	Discutir sus dificultades, problemas con alguien que tiene o a tenido experiencias con la misma enfermedad	0	1	2	3
6	Usar objeto/símbolos religiosos o espirituales	0	1	2	3
7	Ver el lado positivo de su situación	0	1	2	3

8	Escuchar en la radio música religiosa o mirar en la TV programas religiosos	0	1	2	3
9	Vivir día a día con la esperanza de que el futuro sea mejor para Ud.	0	1	2	3
10	Leer textos de inspiración religiosa/espiritual	0	1	2	3
11	Aceptar la situación actual de su vida	0	1	2	3
12	Encontrar significado y propósito para vivir a través de su enfermedad	0	1	2	3
15	Asistir a la iglesia para las prácticas religiosas	0	1	2	3
16	El uso de la reflexión como un medio para identificar sus potencialidades y fortalezas	0	1	2	3
17	Ayudar a los demás como un medio de dar amor y paz a los otros.	0	1	2	3
18	Confiar en Dios, con la esperanza de que las cosas van a mejorar	0	1	2	3
19	Recibir la comunión	0	1	2	3