



Universidad
Zaragoza



TRABAJO FIN DE MÁSTER

**IMPLEMENTANDO DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA
DE ESPIRITUALIDAD EN LOS CUIDADOS
ENFERMEROS: PROYECTO PILOTO**

RELIABILITY OF TWO INSTRUMENTS MEASURING
SPIRITUALITY IN NURSING CARE: A PILOT PROJECT

Autora

María Clusa Oliete

Directora

Dra. Ana Anguas Gracia¹

¹ Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad de Zaragoza

Asesora

Raquel Sisas Rubio²

² Responsable de Enfermería Cuidados
Paliativos, Hospital San Juan de Dios

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	2
2. ABREVIATURAS UTILIZADAS	4
3. INTRODUCCIÓN	5
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	8
4.1 Objetivos: general y específicos	
4.2 Hipótesis	
5. METODOLOGÍA.....	9
5.1 Tipo de estudio	
5.2 Periodo de estudio	
5.3 Población: criterios de inclusión y exclusión	
5.4 Aspectos éticos	
5.5 Instrumentos de valoración	
a. Cuestionario GES	
b. Escala FACIT-Sp12	
5.6 Recogida de datos y variables	
a. Recogida de datos	
b. Descripción de las variables estudiadas	
5.7 Análisis estadístico utilizado	
6. RESULTADOS.....	14
7. DISCUSIÓN	21
8. CONCLUSIONES	28
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
10. ANEXOS.....	32
10.1 Dictamen favorable del CEICA	
10.2 Permiso de Dirección y el Comité de Bioética del Hospital	
10.3 Permiso de FACIT.org para el uso del cuestionario FACIT-Sp	
10.4 Documento de consentimiento informado	
10.5 Documento de información para el paciente	
10.6 Versión española de Cuestionario GES y FACIT-Sp	
10.7 Cronograma correspondiente al estudio	
10.8 Variables del estudio	
10.9 Mapa conceptual	
10.10 Características sociodemográficas, clínicas y de creencias	
10.11 Preguntas abiertas GES (Indicadores Existenciales)	
10.12 Resultados de los cuestionarios GES y FACIT-Sp	

1. RESUMEN

Introducción: Según el informe de Naciones Unidas de 2014, la proporción de personas mayores de 60 años sigue aumentando a nivel mundial. El reto actual es aumentar la esperanza de vida pero con calidad de vida, mejorando el afrontamiento a los cambios producidos en todas las esferas personales derivados del envejecimiento y la enfermedad. Es necesario seguir potenciando el enfoque integral o bio-psico-social-espiritual de los cuidados enfermeros. Por ello hemos buscado el instrumento adecuado para conocer mejor la dimensión espiritual de los pacientes hospitalizados. Es esencial conocer la relación entre ésta y su bienestar y calidad de vida.

Objetivos: Averiguar si existe relación entre la pérdida de salud de un individuo hospitalizado y su búsqueda o potenciación espiritual como mecanismo de protección.

Metodología: Los cuestionarios GES y FACIT-Sp fueron aplicados a 50 pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza. También se identificaron sus principales recursos de apoyo/seguridad y preocupaciones/molestias sentidas y expresadas. El análisis incluyó la correlación de ambos instrumentos, su fiabilidad para su aplicación en población mayor.

Resultados: La variable "mujer" se asoció a mayor nivel de bienestar espiritual "FACIT-Sptotal" ($p=0,028$) y la dimensión "Fe" ($p=0,019$). El alpha de Cronbach para el cuestionario GES fue de 0,791 y fue de 0,835 para la escala FACIT-Sp12. El nivel de espiritualidad y bienestar-calidad de vida fueron relativamente buenos pero mejorables en todos los casos. Se encontró asociación positiva ($r=0,673$) entre el bienestar espiritual FACIT-Sp y el nivel general de espiritualidad GES y sus distintas dimensiones.

Conclusiones: El estudio aportó evidencia sobre la importancia de la familia, el equipo sanitario y la fe y creencias de los pacientes como fuente de ayuda, seguridad, consuelo y fuerza. Los cuestionarios GES y FACIT-Sp tuvieron propiedades adecuadas para su aplicación en personas mayores en el contexto de hospitalización. La espiritualidad se identificó como una necesidad fundamental en los cuidados enfermeros.

Palabras clave: *Espiritualidad, calidad de vida, atención de enfermería, envejecimiento, Facit-sp, cuestionario GES*

ABSTRACT

Introduction: According to the United Nations report of 2014, the proportion of people over 60 years of age is growing worldwide. The main challenge is to increase life expectancy but with quality of life. It is about improving the coping of the changes produced in every personal spheres because of aging and illness. It is necessary to promote the integral or bio-psycho-social-spiritual model of nursing care. That is why we have searched for the right instrument to measure the spiritual dimension of hospitalized patients. It is essential to know the relationship between this dimension and their well-being and their quality of life.

Purpose: To find out if there is a relationship between the loss of health of a hospitalized individual and their search or spiritual empowerment as a protection mechanism.

Methods: The GES and FACIT-Sp questionnaires were applied to 50 patients over 60 years of age hospitalized in San Juan de Dios Hospital in Zaragoza. Their main support/safety resources and concerns/discomforts were also identified. The analysis included the correlation between both instruments and their reliability for their application in elderly population.

Results: The variable "woman" was associated with higher level of spiritual well-being "FACIT-Sptotal" ($p=0,028$) and the dimension "faith" ($p=0,019$). Cronbach's alpha for the GES questionnaire was 0,791 and it was 0,835 for the FACIT-Sp12 scale. The level of spirituality and well-being-quality of life were relatively good but it could be improved in all cases. Analysis of correlation showed positive association ($r=0,673$) between them and in their dimensions.

Conclusions: The study provided evidence on the importance of the family, the health team and their faith and beliefs as a source of help, security, comfort and strength. GES and FACIT-Sp questionnaires had adequate properties for their application in elderly people in hospitalization context. Spirituality was identified as a fundamental need in nursing care.

Key words: *Spirituality, quality of life, nursing care, aging, Facit-sp, GES*

2. ABREVIATURAS UTILIZADAS

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
CEICA	Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón
CV	Calidad de Vida
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
EGB	Enseñanza General Básica
FACIT-Sp	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being
GES	Grupo de trabajo sobre Espiritualidad de la SECPAL
HTA	Hipertensión Arterial
ICV	Instrumentos de Calidad de Vida
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
LOPD	Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal
MeSH	Medical Subject Headings
NNN	NANDA-NIC-NOC
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAP	Persona de apoyo principal
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

3. INTRODUCCIÓN

"No existe situación en la vida que carezca de sentido, incluso los aspectos más negativos pueden convertirse en algo positivo cuando se afrontan con la actitud correcta"

Viktor Frankl

"Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz sino también a vivir hasta el día en que mueras"

Cicely Saunders

Según el informe de Naciones Unidas de 2014, la proporción de personas mayores de 60 años sigue aumentando a nivel mundial. En lo que respecta a España, el Instituto Europeo de Estadística la sitúa entre los países europeos con mayor envejecimiento poblacional, observando un aumento progresivo de dicha población que se prevé que continúe.(1)

El envejecimiento es un proceso natural en el que la pérdida progresiva de capacidad funcional y mental repercute en el resto de esferas del individuo, entre las que cobra especial importancia la espiritualidad.(2) El reto es aumentar la esperanza de vida pero con calidad de vida, mejorando el afrontamiento a los cambios producidos o que se van a producir. Por todo ello es necesario seguir potenciando el enfoque integral de los cuidados enfermeros propuesto por Engel y White en 1977 intensificándolos en la dimensión espiritual, como hizo Daniel Sulmasy en 2002 en su modelo bio-psico-social-espiritual de cuidados.(3,4)

La atención de la dimensión espiritual o trascendente ha sido reconocida en las dos últimas décadas por investigadores, clínicos, pacientes y familiares como promotora de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)(5) y un recurso importante para el afrontamiento de la enfermedad o los cambios producidos durante el envejecimiento, tanto a nivel físico como mental.(6-8) Cuidar individuos necesitados de cuidados y sus familiares obliga a hacerlo desde un modelo integral que incluya la espiritualidad.(9)

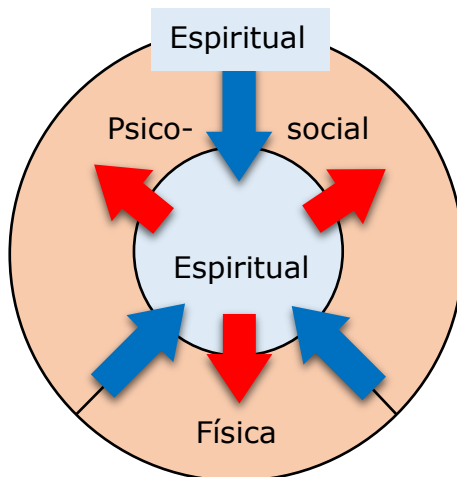
En este sentido, son muchas las investigaciones realizadas en las unidades de cuidados paliativos, intensivos u oncológicos, pero fuera de estos servicios se observa cierta carencia de cuidados de las necesidades espirituales que pueden afectar al estado de salud de los individuos.(8-10) Los últimos avances en investigación del Grupo de trabajo sobre Espiritualidad (GES) de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (en adelante SECPAL), nos recuerdan que la salud espiritual es uno de los objetivos a alcanzar a través de los cuidados enfermeros, desde el primer contacto con el paciente hasta el final de su vida.(9-11)

Desde su inauguración en 1953, los enfermeros del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza trabajan para proporcionar unos cuidados centrados en la persona, cuidados teñidos por la experiencia concreta del paciente, vivida "en función de su historia biográfica, sus creencias, sus valores".(8,10)

Pero ¿qué entendemos por espiritualidad? Diversas concepciones la definen como una dimensión intrínseca de la persona, transpersonal y transconfesional que se ha identificado siempre como un importante recurso frente a la enfermedad.(9,10,12,13) Es una dimensión dinámica que, siendo conscientes o no de ello, impulsa al anhelo inagotable de plenitud y felicidad y se expresa en la red de relaciones que cada persona establece.(9,14) Fue la enfermera, trabajadora social y médica británica Cicely Saunders, pionera de los cuidados paliativos, quien incorporó esta dimensión al cuidado, teorizándolo en su concepto de "dolor total". Años más tarde, en 1988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) añadió la espiritualidad como cuarta dimensión de la persona en su definición de salud.(9,10)

La SECPAL, en su guía de acompañamiento espiritual, representa visualmente la relación entre las distintas dimensiones humanas (ver Fig. 1), considerando la dimensión espiritual como "la más íntima y oculta: menos medible que las otras tres, pero continuamente en una relación de influencia recíproca con ellas."(15)

Figura 1. Relaciones con la dimensión espiritual de la persona



Fuente: SECPAL, 2013 (15)

Como ya defendía el psiquiatra austriaco Viktor Frankl en su libro "El hombre en busca de sentido" basado en su experiencia en campos de concentración, el ser humano es capaz de transformar una misma circunstancia por mala que sea o parezca, en un fracaso o en una oportunidad de crecimiento, por tanto se tiene el poder de elegir la actitud ante ella.(9)

En la enfermedad y el envejecimiento, el profesional de enfermería puede y debe acompañar en esta experiencia personal en tres direcciones: hacia el interior de uno mismo en la búsqueda de sentido, hacia el entorno

en la conexión con los demás, y hacia el más allá en la trascendencia.(9) De este modo, podemos ayudar al paciente a descubrir la propia espiritualidad siguiendo su itinerario personal. Se le facilita aspirar a su máximo desarrollo y expresión personal posible: su plenitud y realización personal. Como cita el experto Enric Benito, somos un proyecto en construcción y en la biografía de cada uno hay experiencias cumbre, momentos crisis/oportunidad en los que "la propia cosmovisión se desmorona y la persona, en medio del dolor de la pérdida, puede revisar y reconstruir a un nivel superior la percepción que tenía de la realidad y de sí mismo". Dicho autor manifiesta que la experiencia de enfermedad y la certeza de la muerte inspiran la búsqueda de significado, paz o trascendencia que permite el crecimiento personal: reemplazar el temor por esperanza(16,17), paz, resiliencia y serenidad. Ya en el estudio realizado por Meier y cols en 1998 vieron en la pérdida de significado una de las razones para que los pacientes terminales solicitaran el suicidio asistido.(18)

La probada vinculación existente entre la espiritualidad del individuo y su calidad de vida (CV) es innegable, lo que ha llevado a los grupos de trabajo a desarrollar instrumentos de calidad de vida (ICV) incluyendo esta dimensión. De todos ellos, el Cuestionario *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being* (FACIT-Sp) es la medida de bienestar espiritual más utilizada entre las personas con cáncer(19), posteriormente validada transculturalmente en otros procesos crónicos y en pacientes terminales.(8,20) No obstante, todavía es escaso el conocimiento que tenemos sobre el bienestar espiritual de los pacientes ancianos.(21)

Nos gustaría destacar el trabajo desarrollado en España por el Grupo de Espiritualidad (GES) en el diseño del cuestionario GES(22), que parte del modelo bio-psico-social-espiritual(23) y del modelo antropológico que reconoce a la persona como ser-en-relación atendiendo a 3 niveles: intrapersonal, interpersonal y transpersonal.(10) El papel de Enfermería en la detección y mejora de los cuidados de las necesidades espirituales del paciente es fundamental, como competencia profesional, pero también como parte de la propia experiencia personal.(9)

Sin embargo, la gran complejidad del ser humano y el aumento de las cargas laborales que limitan el tiempo asignado a cada paciente, dificultan su detección, llevando a la identificación exclusiva de las necesidades más visibles, sin lograr visibilizar la subjetividad del paciente entre las que se incluyen el crecimiento espiritual, la verdad esencial, la esperanza, el sentido de la vida y de la muerte y la necesidad de permitir una despedida al final de su vida a través de un mensaje.(6,8,12)

Con todo esto nos hemos planteado cómo podríamos conocer mejor la dimensión espiritual de los pacientes, identificando sus necesidades cuando no son capaces de gestionarlas ellos mismos. Así mismo, y basándonos en los estudios en Cuidados llevados a cabo por el grupo de investigación Aurora Mas de esta Universidad, creemos fundamental relacionar la espiritualidad de los pacientes hospitalizados con su bienestar y calidad de vida.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1 *Objetivos*

Objetivo general:

1. Averiguar si existe relación entre la pérdida de salud de un individuo hospitalizado y su búsqueda o potenciación espiritual como mecanismo de protección.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas indicadas en este estudio de los pacientes mayores de 60 años ingresados en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza entre abril y junio de 2017.
2. Identificar las fuentes de apoyo, recursos y necesidades espirituales sentidas y expresadas por los pacientes en relación a las variables sociodemográficas y clínicas analizadas.
3. Analizar el nivel de espiritualidad de la población estudiada medido con la escala FACIT-Sp de bienestar espiritual y el cuestionario GES en sus tres dimensiones.

4.2 *Hipótesis*

El desarrollo de este estudio nos ha llevado a plantearnos dos hipótesis:

1. La pérdida de salud favorece la búsqueda de la espiritualidad como mecanismo de protección individual en el paciente hospitalizado.
2. Existe asociación entre el nivel de bienestar espiritual medido con el instrumento de calidad de vida FACIT-Sp y el nivel de espiritualidad sentido y expresado por los pacientes mediante el instrumento GES de espiritualidad.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo observacional transversal prospectivo realizado en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en las Unidades de Convalecencia, Agudos y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.

5.2 Periodo de estudio

El estudio se ha realizado en el periodo comprendido entre la fecha en la que había sido aprobada la recogida de datos para el proyecto por parte del CEICA, el 26 de abril de 2017, y el mes de junio de 2017 incluido, como se definió en el cronograma (*Fig.2*) del *Anexo 10.7*.

5.3 Población: Criterios de inclusión y exclusión

Formaron parte del proyecto piloto una muestra de 50 pacientes, los cuales han sido seleccionados por muestreo no aleatorio de conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: 1) Todos los pacientes ingresados en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, cuya edad era igual o superior a 60 años. 2) Con capacidad cognitiva para entender el propósito del estudio y 3) Que aceptasen de forma voluntaria y a través de su firma en el consentimiento informado su inclusión en el mismo. Se excluyeron aquellos pacientes que no contestaron de forma correcta y completa los cuestionarios.

5.4 Aspectos éticos

El proyecto se ha planteado siguiendo los requisitos de la ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables, contando con el Dictamen Favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) con nº de registro *C.P.-C.I. PI17/0129* (*Anexo 10.1*). Así mismo, fue aprobado por el Comité de Ética Asistencial y el Comité de Dirección del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza (*Anexo 10.2*) y la Universidad de Zaragoza.

Para la garantía de los derechos del paciente se han seguido los requisitos indicados en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente.

Por último, para la aplicación de las escalas se requirió el permiso tanto de la Organización FACIT (*Anexo 10.3*) que facilitó la sub-licencia a través de *Bibliopro* como de Enric Benito, principal autor del cuestionario GES.

5.5 Instrumentos de valoración

Se han utilizado dos instrumentos de medida de espiritualidad auto-administrados validados y traducidos al español (*Anexo 10.6*):

- 1. Versión española del Cuestionario del Grupo de Espiritualidad de SECPAL (Cuestionario GES).** Este instrumento validado(22) busca crear un marco y metodología para explorar de forma ordenada y sistemática las posibles fuentes de satisfacción o necesidad espiritual. Formado por seis preguntas abiertas que facilitan al paciente comunicar aspectos de su biografía y su mundo interior, seguidas de ocho afirmaciones en una escala tipo Likert de 0 (nada) a 3 (mucho). Estos ocho ítems evalúan un factor general de espiritualidad, que a su vez se compone de tres dimensiones: espiritualidad intrapersonal (las relaciones con uno mismo, la necesidad de sentido y coherencia), interpersonal (las relaciones con otros, la armonía con las relaciones con las personas que más preocupan y la necesidad de ser amados y amar) y transpersonal (conciencia de pertinencia a una dimensión trascendente, confianza y esperanza y/o legado que se deja).(22) El alfa de Cronbach (consistencia interna) en este estudio fue de 0.78. La actitud del entrevistador debe ser de escucha, respeto y aceptación, procurando crear un clima acogedor y de sinceridad. Una mayor puntuación total (entre 0 y 24) indica un mayor nivel de espiritualidad.
- 2. Versión española del Cuestionario “The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being” en su versión reducida (FACIT-Sp12).** El cuestionario psicométrico FACIT-Sp12 en versión española es un instrumento de CVRS auto-administrado, aunque también puede ser administrado en formato de entrevista. Es el módulo específico “The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale” (FACIT-Sp) que se desarrolló y validó en una muestra multirracial de 1617 pacientes oncológicos y con VIH.(24) Se puede administrar junto al módulo genérico valorando un total de 5 subescalas: cuatro subescalas generales de CV (cuestionario FACIT-G) que son el estado físico general de salud (bienestar físico) ambiente familiar y social (bienestar social), estado emocional (bienestar emocional) y capacidad de funcionamiento personal (bienestar funcional); y una última subescala de bienestar espiritual con 12 ítems (o 23 ítems en la versión expandida) evaluando dos (o tres) factores correspondientes a los últimos 7 días: 8 referentes al sentido/paz, 4 relativos a la fe y en la versión expandida otros 11 ítems más. La persona contesta en qué medida se siente identificada con los ítems o afirmaciones en una escala tipo Likert de 0 (nada) a 4 (muchísimo). Una mayor puntuación indica un bienestar y una calidad de vida mayor.

5.6 Recogida de datos y variables

a. Recogida de datos

En primer lugar se elaboró un mapa conceptual (Fig. 3 de Anexo 10.9) con la web *bubbl.us* para la focalización del tema de estudio, la selección de los instrumentos y las variables.

La revisión bibliográfica se llevó a cabo en español, inglés y portugués, utilizando los DeCS/MeSH: *Espiritualidad/Spirituality/Espiritualidade; Quality of life/Calidad de vida/Qualidade de Vida; Nursing Care/Atención de enfermería/Cuidados de Enfermagem; Aging/Envejecimiento/Envelhecimento; Adaptación psicológica/Psychological adaptation/Adaptação* (afrentamiento). Para la selección de artículos se utilizó el criterio temporal de publicación en los últimos 10 años, es decir, desde 2007 incluido.

Tras la aprobación del proyecto por el CEICA y la obtención de los correspondientes permisos se inició la captación de los pacientes, a los que se les explicó el objetivo del estudio y se les hizo entrega del documento de información al paciente (Anexo 10.5), invitándoles a participar del mismo tras la resolución de sus dudas. La aceptación/inclusión de los pacientes pasaba por firmar el consentimiento informado aprobado para este estudio, entregando una copia al paciente (Anexo 10.4) e indicando la posibilidad de abandonar el estudio en todo momento, sin necesidad de justificación.

Tras la recogida de los datos biográficos y sociodemográficos obtenidos del paciente y sus familiares (fuentes primarias) y de la historia clínica y registro informático del hospital (fuentes secundarias), se hizo entrega de los dos cuestionarios (Anexo 10.6), el GES y el FACIT-Sp12, requiriendo para su cumplimentación 10-20 minutos. El lugar elegido para garantizar la privacidad e intimidad fue, en la mayoría de las ocasiones, la habitación del paciente.

Aunque ambos cuestionarios podían cumplimentarse de forma autoadministrada o a través de una entrevista(7), la complejidad de algunas preguntas hizo que fuera administrado por el investigador principal, propiciando un porcentaje de respuesta del 100%.

Todos estos datos fueron recogidos y clasificados con el programa *Microsoft Office Excel 2013*© y, una vez construida la base de datos, se incorporaron a una matriz con formato propio del programa *Statistical Package for the Social Sciences*© (SPSS) para *Windows*©, en su versión 22.0.

b. Descripción de las variables estudiadas

Las variables que fueron incluidas en el estudio se han recogido en la Tabla 1 (Anexo 10.8) y se desarrollaron a continuación:

- *Variables dependientes:*

- **Espiritualidad:** Variable cuantitativa multidimensional calculada mediante el **cuestionario GES**, entendida como "la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y de sentido a la existencia".(25) Se obtuvo un valor para cada uno de los 8 ítems (*GES1* a *GES8*) de la escala tipo Likert de entre 0 (nada) y 3 (mucho). Se determinó el factor general de espiritualidad (*GES_{total}*) y los valores correspondientes a sus tres dimensiones: *intrapersonal* (sentido), *interpersonal* (conexión con los demás) y *transpersonal* (trascendencia). En cuanto a las "preguntas GES" abiertas, también denominados por otros autores "indicadores experienciales" se categorizaron en las variables "preocupa", "molesta", "ayuda", "seguridad" y "valores", otorgando a cada opción de respuesta un valor numérico.
- **Bienestar espiritual:** variable cuantitativa calculada con el **módulo específico de espiritualidad de la escala FACIT** de calidad de vida. Entendido el bienestar espiritual como "el impacto de la enfermedad y su tratamiento en todas las esferas y aspectos de la vida del paciente".(7) La escala fue medida de manera cuantitativa, con una puntuación de entre 0 (nada) y 4 (muchísimo) para cada uno de los 12 ítems (*SP1* a *SP12*) de la escala tipo Likert. Una mayor puntuación indica un bienestar espiritual y una calidad de vida mayor. Siguiendo las indicaciones de sus autores se calcularon la puntuación *Sp12_{total}* y los valores de sus dos dimensiones: *Significado/Paz* y *Fe*.

- *Variables independientes:*

Variables sociodemográficas

- **Sexo:** Variable sociodemográfica cualitativa nominal, controlada por el diseño de investigación. Para categorizar esta variable, se establecieron dos opciones de respuesta: *Hombre=1 / Mujer=2*.
- **Edad:** Variable sociodemográfica cuantitativa discreta. Es una variable de obtención directa que refleja la edad, medida en años, que tenía el paciente en el momento que le fue suministrado el cuestionario. Para su tratamiento estadístico, se realizó la distribución poblacional en cuatro intervalos/grupos de edad: *60-69 años; 70-79 años, 80-89 años y ≥90*.
- **Estado civil:** Variable sociodemográfica cualitativa nominal categorizada en cuatro grupos: *soltero/a=1, con pareja/casado/a=2, separado/a=3 y viudo/a=4*.
- **Nivel de estudios:** Variable sociodemográfica cualitativa nominal politómica categorizada en cuatro subgrupos: *nada=0, básico=1 (primaria, EGB), medio=2 (formación profesional), alto=3 (universitario)*
- **Persona de Apoyo Principal:** Variable cualitativa nominal que hace referencia a la persona encargada de los cuidados informales y que pasa mayor parte del tiempo con el paciente. Categorizado en cuatro grupos como *familia=1, cuidador=2, nadie=3, amigos=4*.

- **Vivienda:** Variable cualitativa nominal que tiene en cuenta la vivienda habitual o de procedencia del paciente, recodificada en 3 grupos como: *Residencia=1, domicilio solo=2, domicilio acompañado=3.*

Variables clínicas

- **Diagnóstico médico principal/Servicio:** Constaba en la historia clínica del paciente como motivo y categorización al ingreso. Se clasificará como *agudo=1, convalecencia=2* (con o sin rehabilitación) y *paliativo=3.* Agrupando en ellos los distintos diagnósticos principales.
- **Antecedentes:** Formados por 3 variables dicotómicas denominadas "Oncológicos" (*Sí=1/No=2*), "HTA" (*Sí/No*) y "Diabetes" (*Sí/No*).
- **Tiempo de hospitalización:** Periodo de tiempo comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de cumplimentación del cuestionario (sin considerar la hora). Se agrupó en número de semanas agrupando cada 7 días: *<7 días (semana 1), entre 8 y 14 (semana 2), 15 a 21 (semana 3), 22 a 28 (semana 4), 29-35 (semana 5),* y así hasta la semana 10.
- **Grado de autonomía:** Variable cualitativa nominal que identifica el nivel de autonomía en relación a las Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD): higiene personal, comer, beber, vestirse, moverse; codificado en: *dependiente=1, con ayuda=2, independiente=3.*

Creencias religiosas

- **Religiosidad:** Variable cualitativa nominal clasificada en 5 categorías: *1= Católico practicante, 2= Católico no practicante, 3= Creyente de otra religión, 4= indiferente, 5= ateo.*
- **Culto:** Variable cualitativa nominal dicotómica donde *Si=1/No=2,* haciendo referencia a la práctica de la religiosidad y al deseo de participar en actos de culto religiosos, recibir sacramentos (Eucaristía, confesión, unción de enfermos) y/o rezar.

5.7 Análisis estadístico utilizado

En el análisis descriptivo de la población se ha tenido en cuenta porcentajes, medias y frecuencias, cuya representatividad se ha plasmado, para las variables cualitativas en diagramas de sectores y diagramas de barras y para las variables cuantitativas en histogramas y gráficos de dispersión.

Por otro lado, en el análisis bivalente de las variables cuantitativas se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson. Para el análisis de relación de las variables dependientes en función del sexo se ha utilizado la prueba T-Student en muestras independientes.

Además, la fiabilidad de los cuestionarios (GES y FACIT-Sp) se ha medido mediante el coeficiente α de Cronbach.

6. RESULTADOS

6.1 *Características sociodemográficas, clínicas y de creencias de la muestra de pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza en abril-junio de 2017.*

Nuestra muestra poblacional estuvo compuesta por 50 participantes los cuales se distribuían al 50% (25 individuos) entre mujeres y hombres, cuya edad media fue 81,29 años. Aunque si calculamos la edad por sexo vemos que la de las mujeres era ligeramente mayor, con 81,44 frente a 80,96 de los varones. El 50% de la muestra (25 individuos) tuvieron entre 80-89 años y la participante de mayor edad fue una mujer de 99 años. Un 50% (25 individuos) estaban casados o tenían pareja, en su mayoría hombres y un 30% (15 individuos) eran viudos/as, fundamentalmente mujeres (11 de 15). Un 70% (35 individuos) tenían nivel de estudios básico, más relevante en el sexo femenino (20 de las 25 mujeres), y tan solo un 14% (7 individuos) tenían nivel alto. No se encontró ningún/a analfabeto/a. Para un 88% (44 individuos) la persona de apoyo principal (PAP) formaba parte de su familia, siendo según el caso: marido/mujer, hijos/as, hermano/a u otro parentesco; y en menor medida la PAP era un/a cuidador/a (8%) o nadie (4%). El 66% (33 individuos) vivían en domicilio acompañados con familiares/cuidadores, un 12% (6 individuos) procedían de residencia y un 22% (11 individuos) estaban en domicilio solos/as previamente al ingreso. Las mujeres vivían solas en mayor proporción (8 de 11) que los hombres, quienes solían vivir en domicilio acompañados (19 de los 25 varones) (ver gráficos en *Anexo 10.10*).

El 72% (36 individuos) de los pacientes que participaron en el estudio piloto estaban hospitalizados en el servicio de Convalecencia del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza con o sin rehabilitación, un 26% (13 individuos) en Agudos y un participante en Paliativos. Su principal motivo de ingreso había sido para el 21% (10 individuos) el aparato locomotor, 19% ictus, 12% cáncer generalmente digestivo o urinario, y procesos agudos respiratorios (16%), cardíacos (12%), digestivos o urinarios. ¼ de los pacientes (13 individuos) tuvieron además antecedentes oncológicos. El 60% (30 individuos) sufrían hipertensión arterial y el 24% (12 individuos) eran diabéticos, 8 de ellos hombres. Cuando realizaron los cuestionarios solían llevar hospitalizados dos semanas (entre 8-14 días), siendo en torno al mes (29,81 días) en el servicio de convalecencia. El 80% (40 de 50) eran dependientes o requerían de ayuda para satisfacer las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), un 30% y un 50% respectivamente, es decir, 15 y 25 individuos. Solo un 20% (10 restantes) eran independientes para las ABVD.

El 94,6% (48 entrevistados) se decían católicos, 34 eran practicantes y 14 no. Tan solo 2 se manifestaron ateos o indiferentes. Incluso entre los que manifestaron no rezar y/o participar de sacramentos hubo quienes reconocieron que en ocasiones rezaban.

6.2 Fuentes de apoyo, recursos y preocupaciones o molestias sentidas y expresadas por los pacientes en relación a las variables sociodemográficas y clínicas analizadas.

Fueron identificadas las principales fuentes de apoyo, recursos, preocupaciones y/o molestias de los pacientes con las preguntas iniciales del cuestionario del Grupo de Espiritualidad (GES), también denominadas "indicadores experienciales", como se han recogido en el *Anexo 10.11*.

En la situación que estaba atravesando el paciente ingresado en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza lo que más le preocupaba (*gráfico 12.1*) era la dependencia (31%, 28 de las 90 referencias totales) y aspectos relacionados con la familia (22%, 20 referencias). No obstante, destacaron 11 individuos (12% del total de preocupaciones) que identificaron que no les preocupaba "nada". También se encontraron entre las 11 preocupaciones señaladas por los participantes el dolor (9 referencias), la soledad (en pacientes previamente independientes o con bajo apoyo familiar), la economía (de cara a la búsqueda de recursos al alta o de una residencia) y la propia salud-enfermedad entre otros. Lo que más les molestaba (*gráfico 12.2*) fueron en un 30% (22 referencias) los síntomas asociados a su situación y a su día a día tales como el dolor, la fatiga, incontinencia o los mareos, entre otros. La dependencia también ocupaba en un 28% (21 referencias) un lugar notable sobretodo en el servicio de convalecencia. No obstante, destacó un 27% (20 referencias) a quienes no les molestaba "nada". Es más, en general los pacientes entrevistados estaban muy contentos con la atención recibida en el Hospital San Juan de Dios. Los 6 pacientes molestos con la comida lo achacaron a la falta de sal o su disfagia.

Mediante las preguntas 3 y 4 diseñadas por el Grupo de Espiritualidad (GES) se identificó aquello que más ayudaba al paciente o en quienes se apoyaba en situaciones de crisis. La familia fue identificada por casi todos los participantes como importante fuente de apoyo (49 referencias que fueron el 49% del total), seguido de sus creencias (17%) y el equipo sanitario (para un 12%), como se ha representado en el *gráfico 12.3* del *Anexo 10.11*. Se diferenció lo que los pacientes identificaban como su apoyo principal de lo que correspondía a otras fuentes de apoyo que consideraban relevantes en su situación. En este sentido, la familia significó el 80% del apoyo principal (40 de las 49 referencias). Destacaron además como importantes fuentes de ayuda y apoyo complementarias a esta las creencias (24%, 12 referencias), el equipo sanitario (20%, 10 referencias) y otras como las distracciones, los amigos o las propias capacidades. En cuanto a la seguridad (*gráfico 12.4*), de forma global la familia fue considerada un importante recurso por 38 de los pacientes, habiendo supuesto el 46% de los recursos totales citados. También el equipo sanitario adquirió un papel relevante en su seguridad, habiendo sido reconocido como su recurso prioritario por 12 pacientes, y como fundamental después de la familia por otros 15, lo que significó un 33% del total. Las

creencias fueron señaladas como una importante fuente de seguridad para un 11% del total habiendo sido identificadas por delante de la familia por 3 pacientes y como importante por otros 6 participantes. En contraste, hubo 3 pacientes a los que no hubo "nada" que les dotase de seguridad, ni siquiera su familia, el equipo sanitario, sus creencias o algún/a amigo/a.

En la sexta y última pregunta sobre lo que los pacientes opinaban que la gente valoraba más de ellos, más de la mitad de los participantes consideraron que les querían por "ser buena persona" (32 individuos, 52% del total de las referencias) o por "no darse nunca por vencido" (14 referencias, 22%). Ningún participante afirmó que una fuente de su valía personal fuera el tener dinero y tan solo uno diría que el prestigio lo era.

6.3 Nivel de espiritualidad en la población estudiada medido con la escala FACIT-Sp de bienestar espiritual y el cuestionario GES en sus tres dimensiones.

- Fiabilidad de los dos instrumentos utilizados (Tabla 2, Anexo 10.12)

Los resultados han mostrado que la versión en español del cuestionario GES y FACIT-Sp12 contó con garantías psicométricas de calidad para su aplicación en pacientes mayores de 60 años en el contexto de hospitalización.

Para analizar la fiabilidad de ambos instrumentos se ha calculado el coeficiente α de Cronbach. El cuestionario GES compuesto por 8 ítems obtuvo un α de 0.791, comprobando así su adecuada consistencia interna. Se repitió el proceso con la escala FACIT-Sp12, compuesta por 12 ítems también de tipo escala de Likert. Se obtuvo en este caso un coeficiente α de Cronbach de 0.835 más elevado, concluyendo que la fiabilidad del cuestionario era buena y su consistencia interna elevada. También se calcularon los coeficientes para cada dimensión de ambos cuestionarios, siendo en todos los casos cercanos a 0.700; se han recogido en la *tabla 2 del Anexo 10.12*.

- Descriptivo global (Tabla 3, Anexo 10.12)

Se ha realizado el análisis descriptivo de las variables agregadas que recogían las puntuaciones totales para los cuestionarios, GES_{total} y FACIT-SP12_{total}. Según indicaba el algoritmo de resultado propuesto por la organización FACIT se utilizaron los ítems 4 y 8 invertidos para calcular el valor total de la escala FACIT-Sp12. Para ello fue necesario recodificar previamente las respuestas iniciales tipo Likert en las nuevas variables "Sp4REC" y "Sp8REC"; es decir, se cambió el 1 por el 6, el 2 por el 5 y así sucesivamente. Posteriormente se calcularon sus medias \pm DS: 19,60 \pm 4,041 el GES total sobre un máximo de 24 puntos y 35,08 \pm 6,898 la FACIT-Sp12 total sobre 48. Tanto el grado de espiritualidad global medido con el

cuestionario GES como el bienestar espiritual y la calidad de vida medidos con la escala FACIT-Sp fueron relativamente buenos pero mejorables.

Así mismo, se ha calculado la media para cada dimensión de los cuestionarios. En primer lugar, para el cuestionario GES se han distinguido tres dimensiones: "intrapersonal" compuesta por la suma de los ítems 1, 2, 3 y 6 ($9,64 \pm 2,266$) sobre 12, "interpersonal" formada por los ítems 4 y 5 ($5,34 \pm 1,118$) sobre 6 y la dimensión "transpersonal" compuesta por el 7 y el 8 ($4,62 \pm 1,640$) sobre 6. En la muestra de pacientes que participaron el ítem GES4 "*Me siento querido por las personas que me importan*" ha obtenido la mayor puntuación media ($2,72$), cercana al valor máximo de 3 (ver tabla 4 del mismo Anexo 10.12). Estuvo seguido del ítem GES5 "*Me siento en paz y reconciliado con los demás*"; y en tercer lugar los ítems GES6 "*Creo que he podido aportar algo valioso a la vida o a los demás*" y GES1 "*Revisando mi vida me siento satisfecho con lo que he vivido y conmigo misma*". En cambio, los ítems GES8 "*Me siento conectado con una realidad superior (la naturaleza, Dios,...)*" y el GES3 "*Encuentro sentido a mi vida*" obtuvieron la menor puntuación, seguido del GES7 "*A pesar de mi enfermedad mantengo la esperanza de que sucedan cosas positivas*" y el GES2 "*He hecho en mi vida lo que sentía que tenía que hacer*". En resumen, el promedio sobre 3 para cada dimensión supuso que las puntuaciones mayores fueran obtenidas para la dimensión interpersonal ($2,67 \pm 0,559$) e intrapersonal ($2,41 \pm 0,566$), frente a la dimensión transpersonal ($2,31 \pm 0,820$).

En segundo lugar, se han analizado las dos dimensiones del cuestionario FACIT-Sp12: "significado/paz" compuesta por la suma de los ítems Sp1, Sp2, Sp3, Sp4 recodificado, Sp5, Sp6, Sp 7 y Sp8 recodificado ($24,14 \pm 4,071$) sobre una puntuación máxima de 32; y la dimensión "fe" compuesta por los ítems Sp9, Sp10, Sp11 y Sp12 ($10,94 \pm 3,484$) sobre 16. De este modo, el ítem Sp8 "*A mi vida le falta sentido y propósito*" recodificado ha obtenido la mayor puntuación media ($3,54$), cercana al valor máximo de 4 (ver Tabla 5). Seguido del ítem Sp4 "*Tengo dificultades para conseguir paz mental*" recodificada. En tercer lugar el ítem Sp3 "*Mi vida ha sido productiva*"; y los ítems Sp1 "*Me siento en paz*" y Sp2 "*Tengo una razón para vivir*". En cambio, el ítem Sp11 "*Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales*" y los ítems Sp6 "*Soy capaz de encontrar consuelo dentro de mí mismo(a)*" y el Sp7 sobre la armonía interior tuvieron la menor puntuación. Por último, con puntuaciones cercanas a 3 puntos encontramos los ítems Sp5 "*Siento que mi vida tiene sentido*" o Sp12, así como el Sp9 o el Sp10 sobre encontrar consuelo o fuerza, respectivamente, en su fe o sus creencias espirituales. En resumen, el promedio para la dimensión Significado/paz ($3,02 \pm 0,509$) fue superior a la Fe ($2,74 \pm 0,871$).

A continuación se ha examinado el nivel de espiritualidad FACIT-Sp12 en función del sexo de los individuos de la muestra (25 de cada sexo) y se encontró que las mujeres participantes habían tenido una media de bienestar

espiritual ($37,20 \pm 6,494$) mayor que los hombres ($32,96 \pm 6,755$), tal y como se ha señalado en la *tabla 3.1* de dicho Anexo. Dicha diferencia de medias ha resultado estadísticamente significativa al nivel de 0,05 en la variable FACIT-Sp12 total ($p=0,028$) y en su dimensión "Fe" ($p=0,019$) mediante la prueba T-Student para muestras independientes. También han tenido mayor nivel de espiritualidad GES total las mujeres ($20,12 \pm 3,492$) que los hombres ($19,08 \pm 4,536$) y las otras dimensiones de ambos instrumentos, pero dicha prueba no permitió rechazar la H_0 de igualdad de medias.

Finalmente, se ha ordenado el nivel de espiritualidad (GES) de los participantes en función de su puntuación total y sus tres dimensiones (*ver gráfico 13*). De este modo se ha podido establecer una propuesta sobre los puntos de corte de dicho nivel general de espiritualidad (GES): alto (comprendidos entre la puntuación máxima de 24 puntos y los 21 puntos), medio (entre 20 y 15 puntos) y bajo (entre 15-12) o muy bajo (<12 puntos). También se ha presentado el nivel de bienestar espiritual (FACIT-Sp) de los participantes según su puntuación total y sus dos dimensiones. Del mismo modo que para el cuestionario GES, se han apreciado los siguientes grupos según el nivel de bienestar espiritual y calidad de vida (FACIT-Sp): alto (entre aquellas puntuaciones que estuvieron más cercanas a la puntuación máxima de 48 puntos y los 41 puntos), medio (entre 40 y 31 puntos), bajo (entre 30-25) o muy bajo (<24 puntos). Los grupos que se han establecido podrían ser susceptibles de desarrollar en futuras líneas de investigación, ya que facilitarían el diseño de protocolos o pautas de actuación para cada caso.

- *Correlación entre el nivel de espiritualidad en ambos instrumentos.*

El componente de calidad de vida relacionado con el bienestar espiritual en la escala FACIT-Sp12 ha estado asociado positivamente con el nivel general de espiritualidad medido con el instrumento GES en sus tres dimensiones: intrapersonal, interpersonal y transpersonal.

En primer lugar se ha realizado el diagrama de dispersión entre las variables "GES total" y "Sp12 total" como se ha recogido en el gráfico 15 (*Anexo 10.12*). En él se ha observado una recta creciente, tratándose de una correlación positiva: al aumentar una variable, la otra también tendía a aumentar. También ha sido muy similar para hombres y mujeres, pudiéndose usar indistintamente para ambos. Además, al añadir la etiqueta de los participantes a dicho gráfico de dispersión se han podido identificar aquellos pacientes cuyas puntuaciones habían sido menores o mayores en ambos cuestionarios para el estudio de factores relacionados. Niveles altos de espiritualidad (GES total) han estado relacionados con mayores niveles de bienestar espiritual (Sp12 total) y por tanto, de calidad de vida, pero no en todos los casos había sido así. El análisis de regresión lineal mostró un coeficiente de determinación (R^2) de 0,453, por lo que ha explicado el 45,3% de la variabilidad de los valores Sp12 total de la recta de regresión.

Todo ello ha sugerido la existencia de cierta tendencia lineal en la relación que se ha comprobado calculando el coeficiente de correlación lineal de Pearson ($r=+0,673$). Éste ha medido la fuerza de asociación entre las puntuaciones obtenidas por ambas variables cuantitativas (ver tabla 4, anexo 10.12). Además, como la Sig. de la correlación de Pearson ($p=0,000$) ha sido menor que el nivel de significación $\alpha=0,05$ e incluso que $0,01$, hemos afirmado que ha existido asociación lineal positiva al nivel de significación $0,01$ (bilateral).

También se han calculado los coeficientes de correlación de Pearson para cada una de las dimensiones respecto al valor total de la puntuación obtenido por el otro cuestionario. De este modo, la puntuación total de la escala FACIT-Sp12 ha tenido una mayor concordancia con la dimensión transpersonal del cuestionario GES ($r=0.605$), seguido por la dimensión intrapersonal ($r=0.575$) y en menor medida tal y como apunta la bibliografía con la dimensión interpersonal ($r=0.380$). Respecto al cuestionario GES total, ha concordado en mayor grado con la dimensión "Significado/Paz" ($r=0,721$) de la escala FACIT-Sp12, y menos con la "Fe" ($r=0,491$). En cuanto a la correlación entre las dimensiones GES y FACIT-Sp12, se ha encontrado que la interpersonal no ha estado reflejada por la escala de bienestar espiritual. En cambio, ha habido buena asociación entre la dimensión intrapersonal y la dimensión significado/paz ($r=0.721$), y entre la dimensión transpersonal y ambas dimensiones significado/paz ($r=0,583$) y fe ($r=0,517$).

Por último, nos ha parecido importante visibilizar la existencia de determinados aspectos y circunstancias que estaban afectando al estado espiritual de los participantes, a los que hacían referencia durante la cumplimentación de los cuestionarios y que iban más allá de lo que aparecía reflejado en el valor numérico de los ítems. Un ejemplo de ello fue el caso del paciente nº 42 en el que se detectó baja puntuación en los cuestionarios y la presencia de cierto sufrimiento espiritual:

Se trataba de un hombre casado que había sido totalmente independiente para las ABVD hasta que sufrió el ictus que le había llevado al hospital. Había sido bebedor, motivo por el cual según reconoció su mujer "le había hecho pasar mucho" y no se hablaban con un hijo desde hacía 15 años. Sin embargo, ella misma afirmó que "en el fondo su marido era buena persona, siempre había sido muy luchador y gracias a él nunca les había faltado de nada". Durante la hospitalización el paciente "se estaba dando cuenta del daño que había causado a su familia", según ha dicho, "su única preocupación". En el momento de la entrevista "no se sentía nada satisfecho con su vida", refirió que "el poco sentido que le encontraba se debía a que se estaba sintiendo querido por su mujer, su hija y sus nietas". La mujer afirmó tras la entrevista que "perdonaba pero no lo podía olvidar" y que "iba a ser muy dura la situación que se le quedaba ahora en casa pues le daba pena

llevarlo a una residencia a pesar de lo que les había hecho pasar". Ha acabado viendo lo que le ha ocurrido como una oportunidad de reconciliación e identificando ese momento como ocasión propicia para que el paciente reflexionase y modificase su comportamiento de años. (nº42, hombre, 75 años, casado, con hijos)

También hemos vivido de cerca el caso de una mujer soltera sin hijos, cuyo único apoyo era una sobrina lejana.

Su máxima preocupación era "su actual situación de soledad y tener que ir a una residencia", pues "ya no era suficiente una cuidadora cuatro horas al día para poder seguir viviendo sola en domicilio, sino que requiere ayuda continua". Creía que "si hubiera tenido hijos quizás no se encontraba en esa situación". Dicha preocupación hacía que una persona que se definía como "animada, buena persona" y "muy trabajadora", según añadió su sobrina, en ese momento refiriese que "no se sentía del todo realizada" y en su situación actual y en la entrevista llorase y estuviese desanimada. (nº 39, mujer, 88 años, soltera, sin hijos)

En contraste, se podrían recoger otros aspectos de aquellos pacientes que a pesar de encontrarse hospitalizados estaban esperanzados y habían aprendido a ser felices a pesar de las circunstancias tal y como se ha evidenciado en el siguiente caso:

La participante nº16 a pesar de haber estado 55 días en UCI a causa de una sepsis como dice ella "debatándose entre la vida y la muerte", gozada de muy buen ánimo y destacaba su manera de enfrentar su situación con serenidad. Refirió "no tener miedo", al contrario se mostraba agradecida y esperanzada: "Creo que todo va a ir bien, voy a luchar por mi familia". Casada y con tres hijos que están muy pendientes de colaborar en sus cuidados, le preocupaba "el depender de los demás" y le molestaba sobretodo "el tener el cuerpo dolorido". A pesar de ello se ha considerado una persona que "no se da nunca por vencida" que según refiere "me dicen que valgo mucho, doy ánimo a los demás, y es verdad". Se ha mostrado también muy agradecida con los cuidados recibidos y la atención prestada por el personal del hospital, llamándolo cariñosamente como "El hotel Boston" por lo bien cuidada que dijo estar. Con sentido del humor señaló que "en casa iba a poner dos platos como ahí". Aunque ha dicho que estaba muy satisfecha con su vida y ha hecho lo que sentía que tenía que hacer sí que refirió que le "gustaría haber trabajado". Le ilusionaban sus nietos y aunque en ocasiones le costaba conseguir paz mental, pues se definía "cavilosa para los demás en positivo", su fe y sus creencias espirituales le servían de fuente importante de consuelo, fuerza y esperanza, las cuales le gustaría "que más gente las tuviese". (nº16, mujer, 65 años, casada, con hijos)

7. DISCUSIÓN

La discusión poblacional de nuestro estudio concuerda con los datos estadísticos recogidos en el último informe del IMSERSO sobre las personas mayores en España.(26) Del mismo modo que en la población general española se ha observado un incremento progresivo del envejecimiento siendo la edad media de los participantes de 81,29 años, considerados por el informe del Fondo de Población de Naciones Unidas como "muy ancianos" a partir de los 80 años.(26) Parece razonable que, como señaló también Rudilla et al¹¹ en 2015, conforme mayor sea la edad de la población y más se aproxime al final de la vida, surjan de nuevo cuestiones de naturaleza espiritual y por tanto suelen tener mayores niveles de espiritualidad y religiosidad.(11,19) Como detectó Fajardo-Gómez²⁷ en pacientes hospitalizados con quemaduras, los participantes han experimentado además de su recuperación física, necesidades psicológicas y espirituales.(27)

Al examinar el efecto de las variables sociodemográficas recogidas se han encontrado diferencias significativas en función de sexo tal y como señalaba el estudio realizado por Alexis Munoz et al¹⁹ en supervivientes de cáncer en 2015.(19) El presente estudio ha asociado un nivel mayor de espiritualidad a la variable "mujer", las cuales obtuvieron también mayores niveles totales de bienestar espiritual (FACIT-Sp) que en los hombres ($p=0,028$) en la prueba T-Student. Como señalaban en dicho estudio las mujeres han obtenido mayor nivel en la subescala "Fe" ($p=0,019$) referida a "un sentido de fuerza y confort con la propia fe y creencias espirituales".(19) Además coincide que en la población española el número de mujeres que viven solas triplicaba al de hombres, quienes hemos visto en nuestro estudio que solían vivir en domicilio acompañados.(26)

Fajardo-Gómez²⁷ encontró que un mayor nivel de estudios estaba asociado a una mayor capacidad de encontrar sentido a la vida. No obstante, hemos hallado diferentes niveles de espiritualidad entre los individuos con baja formación, predominante en nuestro estudio.(27) Para muchos pacientes el sentido de su vida era su familia, en especial su mujer o marido, sus hijos/as, sus nietos/as o incluso sus biznietos/as, gracias a los cuales decían querer vivir. A su vez, la forma de vida podía estar determinada por tener o no hijos, como en el caso de la paciente n^o39 que hemos citado en los resultados. Como recalca Benito et al²² en algunos casos han sido las relaciones familiares uno de los motivos fundamentales por los que "se agarraban a vivir y su vida tenía algo de sentido".(22)

Por otro lado se encontraron semejanzas con lo observado por Alexander en su validación realizada en Colombia⁷ cuya muestra presentaba alta proporción de participantes con religión católica, definiéndose así también por el 87,7% de las personas mayores de 65 años en España.(7)

Como él mismo señala, la escala FACIT-Sp no pretende medir religiosidad ni comportamientos religiosos, habiendo sido adaptado y validado para ser utilizado en diferentes escenarios culturales.(7) Aunque no hayamos buscado la posible asociación entre religiosidad y espiritualidad, sí que fueron frecuentes las referencias espontáneas de los pacientes identificando su fe y creencias espirituales como fuente importante de consuelo, fuerza y ayuda en su afrontamiento de la enfermedad, como ya había ocurrido en otros estudios como el de Fajardo-Gómez²⁷ en 2016.(27,28) Han identificado a Dios como fuente de paz, “me hace sentir en paz, con él me acuesto y con él me levanto”, “le rezo en cuanto me acuesto y por el día también”. Por ejemplo, una mujer viuda desde hacía 13 años refirió que le ayudaba mucho recibir los sacramentos y rezaba “mucho, día y noche [...], me despierto rezando, me conforta mucho. Si me siento triste me pongo a rezar y se me pasa.” Además solían referir que su enfermedad les había hecho pensar en cosas que no se habrían planteado. Una mujer viuda de 94 años, a pesar de su actual situación de dependencia total y tras haber permanecido más de un mes en el hospital presentaba buen humor, carácter cordial y estaba tranquila, con gran paz y esperanzada, porque sacaba muchísima fuerza y consuelo de su fe y sus creencias espirituales.

Aunque generalmente la religión había sido la puerta que les había abierto a descubrir la propia espiritualidad, hay personas que pueden ser espirituales y no religiosas.(7) Además las formas en que cada paciente vivía su religiosidad incluso dentro de una misma confesión religiosa eran muy diversas, por ejemplo otro paciente que se consideraba católico no practicante sí que rezaba e iba a ver a la Virgen siempre que podía, pues se sentía bastante conectado con una realidad superior, “con Manolico” (Dios). Otra mujer separada, con dos hijos afirmó: “me encomiendo a Dios todos los días [...], le pido salud para todos. Mi Virgencica.” Otro hombre se sentía muy querido, decía, “por mi mujer a la que adoro y por Dios [...] Me paso la noche rezando”. Asimismo, las necesidades espirituales presentes en creyentes y no creyentes que hemos ido citando justificaría de algún modo la actuación del Servicio de Atención Espiritualidad brindado por el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, pudiendo potenciarse en mayor medida la realización de interconsultas o atención espiritual por parte de los profesionales sanitarios.

Tal y como señaló Rudilla¹¹, resulta indispensable disponer de instrumentos adecuados que mejoren los recursos espirituales de los pacientes y así su calidad de vida y afrontamiento.(11) En este sentido, las preguntas abiertas del cuestionario GES de espiritualidad general han facilitado la expresión emocional, ayudando al paciente en la identificación de sus preocupaciones, recursos y capacidades que mejorasen el afrontamiento de su situación actual y futura, desde un enfoque positivo. Dicho estudio de Pilar Barreto et al¹⁰ sobre bienestar emocional y espiritualidad medida con el instrumento GES mostró algunas semejanzas con nuestros resultados.(10)

En cuanto a los indicadores experienciales coincidieron los datos que mostraban a la familia como la principal ayuda percibida (55,8% vs 80% en el presente estudio), seguida por las creencias (25% vs 24%). En cambio ambos estudios han diferido en la proporción de las preocupaciones, pues como cita el informe 2014(26) del IMSERSO sobre las personas mayores en España, aunque la dependencia está presente en todas las edades cobra especial fuerza a partir de los 80 años. Esto ha explicado que en nuestro estudio la preocupación de los participantes por la dependencia (31% vs 21%) haya sido superior a la que se mostraba por la familia (22% vs 51%). Tampoco el dolor ha supuesto una de sus mayores preocupaciones, mientras que en el estudio de Barreto et al¹⁰ con pacientes terminales alcanzó un 33,7%.(10) No obstante, en ambas investigaciones las mayores molestias se atribuyeron a los síntomas por 1 de cada 3 pacientes y aunque en mayor medida que en los pacientes terminales, la dependencia (28% vs 22,1%).(10) Por último, los más mayores consideraron que las cualidades que valoraban de ellos no eran materiales sino valores tales como "ser buenas personas" o "no darse por vencidos". Esto concuerda con los consejos de "hacer bien a los demás", "cuidar las relaciones" y "ayudar a los demás" que nos muestra Gonzalvo en su tesis de enfoque transcultural como aquello que sus participantes consideraban esencial para ser felices.(29)

Además las probadas propiedades psicométricas del cuestionario GES (Enric Benito, 2014)²² y la escala FACIT-Sp (Peterman, 2002)²⁴ para medir la espiritualidad, propiciaron su implementación al grupo del presente estudio piloto. Como apuntaba Laura Galiana³⁰ en su estudio realizado en Valencia a 224 personas mayores, ambos instrumentos han obtenido índices de fiabilidad que apoyan su utilización también en población mayor.(30)

Por un lado, el alfa de Chronbach del presente estudio para el cuestionario GES ha sido de 0,791, valor cercano al alcanzado por Benito et al²² en 2014, que fue de 0,78 y al de 0,71 obtenido en el estudio realizado por Pilar Barreto et al¹⁰ en 121 pacientes en situación de cuidados paliativos en 2015.(10) Tomando como referencia los valores pre-intervención derivados del estudio de Rudilla et al¹¹ en 2015 y las puntuaciones obtenidas por Pilar Barreto¹⁰ en el mismo año para el cuestionario GES, han coincidido con nuestros resultados en que fueron mayores las medias alcanzadas en las dimensiones interpersonal (3,56 vs 3,46 y 3,43 sobre 4, respectivamente) e intrapersonal (3,21 vs 3,42 y 3,02), frente la dimensión trascendente (3,08 vs 2,54 y 2,96) de espiritualidad.(11) Además, el cambio significativo logrado por Rudilla¹¹ tras aplicar la intervención con *counselling* en paliativos nos sugiere la necesidad de implementar intervenciones también en los mayores.

Por otro lado, el alfa de Chronbach de 0,841 que hemos obtenido para la escala FACIT-Sp12, fue cercano al logrado por Peterman et al en 2002²⁴ y en 2008, siendo 0,87 y 0,88, respectivamente.(24) Así mismo estos valores

alfa fueron similares a los conseguidos por Lazenby et al³¹ en otras poblaciones de orientación musulmana y lengua árabe en 2013.(31) Dicho cuestionario era uno de los 9 cuestionarios de evaluación espiritual que estaban validados transculturalmente de entre las 57 medidas revisadas por Amparo Oliver en 2014.(8) Se trataba de un ICV válido cada vez más utilizado para la medición de "bienestar espiritual", uno de los objetivos de los cuidados. Su aplicación en el presente estudio ha dado como resultado la puntuación promedio de 35,38, próxima al alcanzado por Peterman et al²⁴ y por otros estudios en pacientes con cáncer o quemados, pudiendo servir de factor predictor de salud.(19,27) Su importancia para la salud había sido reconocida por numerosos estudios que mostraban su correlación positiva con el espíritu de lucha y negativa con depresión(7) o ansiedad.(32)

La correlación lineal de Pearson de 0,673 que ha resultado entre los cuestionarios GES y FACIT-Sp12 ha reflejado que ambos instrumentos han sido válidos para medir espiritualidad, teniendo en cuenta que este último (con 12 ítems frente a 8 del GES) habría sido más específico y minucioso para encontrar déficits que afectasen al bienestar espiritual.(7) Esto ha demostrado que, como indicaba Gonzalvo en su tesis²⁹, habría que ayudar a los pacientes a encontrar un equilibrio entre las distintas dimensiones. Tener satisfecho alguno de los aspectos de la espiritualidad como la necesidad de perdón no significa necesariamente que se sienta bienestar, ya que le pueden estar afectando otros factores como la falta de sentido o de esperanza.(29)

Actualmente existe consenso en cuanto que el constructo de espiritualidad está formado al menos por las tres dimensiones que mide el cuestionario GES: intrapersonal, interpersonal y transpersonal. No obstante, como señala la revisión de los cuestionarios de evaluación espiritual realizada por Galiana et al³⁴, el cuestionario FACIT-Sp12 ha tenido como limitación el haber explorado principalmente las dimensiones transpersonal e intrapersonal y no tanto lo relacionado con la dimensión interpersonal (referida a otros). La baja correlación que se ha obtenido entre la escala FACIT-Sp en su versión breve y la dimensión interpersonal del cuestionario GES ha corroborado ser la dimensión menos explorada por este.(33) Esta sí que vendría reflejada en su versión extendida pero su longitud (con más de 20 ítems) dificultaría su aplicabilidad en la práctica clínica como ocurre en otros instrumentos revisados.(33) En contraste, el modelo establecido por el grupo GES de la SECPAL consideraba como una dimensión fundamental las relaciones interpersonales y con la familia. Como se ha puesto de manifiesto en el presente estudio, Galiana et al²⁸ afirmaron que estas eran para los pacientes uno de los mayores recursos (apoyo en momentos de fragilidad y dependencia) y necesidad (fuente de frustración cuando existían rupturas o pérdidas a este nivel). Factores como la pérdida de un ser querido (hijo/a o pareja sentimental) o una mala relación con la familia se han visto en ocasiones reflejadas en una disminución del nivel de espiritualidad.(33)

Es necesario seguir mejorando las herramientas específicas capaces de medir espiritualidad en los pacientes.(7,20) Gonzalvo presentaba en su tesis²⁹ que en estas 3 dimensiones del cuestionario GES (modelo 3N de Payás et al²⁵) se podrían integrar las 10 necesidades espirituales descritas por el modelo 10N (Maté y Juan en 2008) comunes a todos los países tal y como propuso Rufino en 2015 en su modelo "10N en 3N".(29)

Aunque no ha formado parte de los objetivos de la presente investigación, sería pertinente realizar un estudio para conocer qué necesidades han estado recogidas en cada ítem de este breve y práctico cuestionario GES, con el fin de deducir a partir de la puntuación de cada ítem aquellas necesidades satisfechas o insatisfechas por el paciente. Una pequeña aproximación han sido las necesidades señaladas por Gonzalvo para cada dimensión: 1) Intrapersonal: necesidad de releer la vida, sentido y esperanza; 2) Interpersonal: necesidad de ser reconocido como persona, amor, perdón y ordenar sus asuntos; y 3) Transpersonal: establecer la vida más allá de sí mismo, continuidad y religiosa. Al igual que en su estudio, las necesidades transpersonales han sido las que mayor puntuación han obtenido en nuestra muestra al haber sido la dimensión con menor promedio de puntuación de espiritualidad, situándola como un recurso importante para encontrar protección y fuerza para afrontar la enfermedad. La puntuación intermedia que se ha obtenido en la dimensión intrapersonal ha señalado que aunque ha estado parcialmente satisfecha era necesario un acompañamiento hacia la búsqueda de sentido, releer su vida y mantener la esperanza. Por último, la dimensión interpersonal fue la mejor cubierta sugiriendo que se sentían bien atendidos y cuidados por sus seres queridos y el equipo sanitario, pero era una dimensión fundamental en la que siempre ha estado presente la necesidad de perdón, reconciliarse y sentirse queridos (según Rufino en 2015 el 21% tiene temas pendientes de relación).(29)

En vista a los resultados, ambas escalas FACIT-Sp12 y GES habrían tenido gran utilidad en la práctica clínica como medida coadyuvante de bienestar general y salud desde el punto de vista holístico. La mayoría de los participantes se habían mostraron satisfechos y agradecidos por haber tenido la oportunidad de mostrar su visión personal y ser escuchados. Como ya señalaba Gonzalvo en dicha tesis²⁹, a pesar de la fragilidad de los pacientes mayores, el cuestionario no solo no les ha afectado negativamente sino todo lo contrario.(29) Citar que en vista a las dificultades que presentaba la investigación con este tipo de población también había optado por aplicarlo mediante entrevista, tal y como recomendaban Sue Hall y Sharon Beatty²¹ en su estudio con residentes mayores de las "Nursing homes".(21) Como reflejó una de las participantes, psicóloga de profesión ya jubilada, "puede ayudar mucho a la gente a pensar en cosas que no les había pasado por la mente. Algunos tendrán esa fuerza y no saben de dónde viene. Sinceramente pienso que aunque muchas veces nos escondemos, creen en algo, si no estaríamos vacíos." (nº37 - mujer, 72 años, viuda)

Gracias a la aplicación de los cuestionarios hemos encontrado a pacientes que les estaba siendo costoso hallar sentido a su vida en el contexto de hospitalización. Expresiones como "aunque tengo muchas razones para vivir, siento que mi vida no tiene demasiado sentido, [...] ahora, en este momento, no mucho", "ahora como estoy no", "siento que ya no les hago falta" o los que reconocían "salvo muertes familiares (una hija), estos momentos que estoy atravesando en el hospital son los peores de mi vida", han manifestado la necesidad de los cuidados espirituales. Porque como señala Gonzalvo, "el sufrimiento espiritual existe, y debe ser cuidado".(29)

En contraste, el presente trabajo ha permitido también descubrir participantes que consideraban su situación "beneficiosa" por algún motivo, por ejemplo haber visto quienes le querían y le animaban de verdad. Estos casos han demostrado que era posible encontrar un sentido incluso en las situaciones más adversas, como señalaba Viktor Frankl.(5) Así mismo la participante de mayor edad del estudio, a sus 99 años, no tenía miedo a la muerte y lo único que le preocupaba era depender de otros. Era viuda, vivía con una de sus dos hijas y a pesar de tener nivel de estudios básico había sido una mujer "muy culta, apasionada por la lectura y con mucha educación". Con gran serenidad afirmó que "ya no encontraba nada de sentido a su vida" pues esperaba con paz acompañar a su madre y su marido.

Como podría decir Benito et al²⁵ eran casos de necesidad espiritual positiva que han presentado una apertura a la trascendencia gracias a la enfermedad y la edad avanzada, lo que también requería acompañamiento espiritual. Se ha tratado de potencialidades y acercamientos hacia la "sanación", definida por Mount y Kearney como "la experiencia personal de haber trascendido el sufrimiento", la búsqueda para pasar del caos o la aceptación a la trascendencia.(9,25) La bibliografía nos ha sugerido que las necesidades espirituales tratadas de forma efectiva eran un indicador de bienestar y calidad de vida del paciente.(11) Quizás, con la ayuda adecuada podría incrementarse el número de participantes que referirían fortalecerse a raíz del proceso de hospitalización y conseguiríamos paliar su sufrimiento. Ya Gardner en 1993 señalaba la inteligencia espiritual entre las inteligencias múltiples y posteriormente en 2004 Peterson y Seligman identificaron aspectos medidos en este estudio entre las 24 fortalezas para una vida plena y feliz.(16,29) En esta línea se ha demostrado que intervenciones como la atención tanatológica²⁷ o el *counselling*¹¹ han logrado efectos muy positivos sobre la espiritualidad y la calidad de vida del paciente hospitalizado.(11,27)

En resumen, este estudio piloto puede ser de utilidad como punto de partida para implementar nuevos estudios e intervenciones en el paciente adulto mayor de 60 años. En la actualidad se reconoce que la espiritualidad es un componente importante de la salud en procesos terminales o crónicos¹¹, pues ayuda a encontrar significado, mantener la esperanza y aceptar la muerte.(11) Sin embargo la bibliografía sigue defendiendo el estudio para la

mejora de la salud en otras áreas pues todavía es escaso el conocimiento que tenemos sobre el bienestar espiritual de los pacientes ancianos.(27,21) Por ello, el presente proyecto se ha desarrollado en el ámbito del adulto mayor de 60 años, en concreto en el contexto de la hospitalización.

En el Hospital San Juan de Dios se busca mejorar la detección de necesidades espirituales y sufrimiento espiritual, así como intervenciones encaminadas hacia el desarrollo del bienestar espiritual y la salud. Siempre ha tenido claro que la herramienta de acompañamiento espiritual por excelencia era la persona, el profesional sanitario, su hospitalidad (pilar clave en dicho hospital), presencia y compasión; y en ningún caso un cuestionario. Sin embargo, como señalan Hall et al²¹ los cuestionarios que se han utilizado pueden ser un primer paso importante para entender las necesidades de nuestros pacientes y poder ayudarles.(21) En este sentido resulta relevante la mejora de la capacitación de los profesionales sanitarios para su correcto abordaje, en especial del profesional de enfermería. Como señaló Devesa en 2013, el profesional de enfermería a través de los cuidados holísticos tiene una labor fundamental en la identificación de los valores y creencias que darán sentido a la situación de vulnerabilidad por la que atraviesa la persona necesitada de cuidados. Por ejemplo, entre las intervenciones reconocidas por la NNN para los diagnósticos enfermeros³⁶ *sufrimiento espiritual* (00066) y *riesgo de sufrimiento espiritual* (00067) encontramos entre otras el *apoyo espiritual* (5420), *facilitar el crecimiento espiritual* (5426) y *practicar la escucha activa* (4920), todo ello para alcanzar el objetivo *salud espiritual*.(9,12,34,35) Estas intervenciones espirituales, entre otras, como destacó Helming³⁷ en su estudio para integrar la espiritualidad en los cuidados, han tenido grandes beneficios y han sido menos intrusivos para los pacientes. Frecuentemente no requerían mucho tiempo extra, pues muchas de ellas ya se están realizando inconscientemente: acciones como escuchar dando tiempo al silencio, sonreír o mostrar cercanía, pueden ser suficientes para crear esa conexión persona a persona de la que hablábamos. (36)

En la línea de lo señalado por Hall et al²¹ creemos prioritario mejorar la formación específica y adaptar los instrumentos para su uso en el día a día de la práctica clínica enfermera.(21) Para una mejor identificación de niveles de actuación se consideró de utilidad los puntos de corte que se han establecido, susceptibles de desarrollo y mejora en futuras investigaciones. Se podría además ampliar el tamaño de muestra o incluso integrar a la familia en los cuidados previo test de sobrecarga del cuidador. También cabría incluir un grupo control que permitiese el seguimiento de las necesidades espirituales a lo largo del proceso de la enfermedad. Y por último determinar en qué medida los pacientes sienten su dimensión espiritual como necesidad básica que debe ser tenida en cuenta por los profesionales sanitarios y estudiar si estos últimos, en especial enfermería perciben la espiritualidad del paciente como una necesidad básica a integrar en los cuidados.

8. CONCLUSIONES

1. El presente estudio aporta evidencia sobre la importancia que la familia, el equipo sanitario y la fe y creencias de los pacientes hospitalizados en San Juan de Dios tienen como fuente de ayuda, seguridad, consuelo e incluso fuerza. El paciente presenta cierto sufrimiento espiritual asociado a las circunstancias que le rodean, siendo necesario el acompañamiento adecuado para que sea capaz de convertirlas, como se ha logrado en algunos casos, en una oportunidad de reencuentro consigo mismo, con los demás y con lo trascendente.
2. La espiritualidad se identifica como una necesidad fundamental en el cuidado del paciente, reflejándose en el creciente interés dentro del área de la salud. Durante los últimos años se han realizado valiosas investigaciones que han evidenciado el impacto de la valoración de la espiritualidad del paciente en las conductas de cuidado de salud y la calidad de vida.
3. La necesidad de mejorar la atención espiritual y con ello la calidad de vida ha fomentado el desarrollo de múltiples herramientas de evaluación, las cuales han resultado ser de gran ayuda en la interrelación profesional-paciente durante el proceso de la enfermedad.
4. La escala FACIT-Sp se consolida como un instrumento idóneo en el que se incluye el bienestar espiritual como una de las dimensiones de calidad de vida. El bienestar espiritual, indicador de calidad de vida, encontrado en los pacientes participantes en el estudio ha sido en general bueno, pero mejorable en todos los casos.
5. Ambos cuestionarios GES y FACIT-Sp, cuya correlación es media-alta, han mostrado suficiente fiabilidad y validez interna para ser aplicados en el paciente mayor de 60 años, siendo adecuados para la valoración de espiritualidad e identificación de necesidades en la práctica clínica.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo. Informe conciso. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU; 2014. Informe No.: ST/ESA/SERA/354
2. Forjaz, Maria Joao; Rodríguez-Blázquez, Carmen; editores. Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III- Ministerio de Economía y Competitividad; 2015.
3. Benito, Enric; Barbero, Javier; Dones, Mónica. Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Madrid: SECPAL; 2014.
4. Puchalski, Christina; Ferrell, Betty; Virani, Rose; Otis-Green, Shirley; Baird, Pamela; Bull, Janet et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. MEDIPAL. 2011;18(1):20-40.
5. Vinaccia, Stefano; Quiceno, Japcy Margarita; Remor, Eduardo. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. An Psicol. 2012;28(2):366-377.
6. Hatamipour, Khadijeh; Rassouli, Maryam; Yaghmaie, Farideh; Zendedek, Kazem; Majd, Hamid Alavi. Spiritual needs of cancer patients: a qualitative study. Indian J Palliat Care. 2015;21(1):61-67.
7. Sierra Matamoros, Fabio Alexander. Validación para la utilización en Colombia de la escala FACIT-Sp para evaluación de bienestar espiritual en pacientes con cáncer [Tesis Doctoral]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Instituto de Investigaciones Clínicas; 2012.
8. Galiana, Laura; Oliver, Amparo; Benito, Enric; Sansó, Noemí. Cuestionarios de atención espiritual en cuidados paliativos: revisión de la evidencia para su aplicación clínica. Psicooncología. 2016;13(2-3):385-397.
9. Benito, Enric; Dones, Mónica; Barbero, Javier. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Psicooncología. 2016;13(2-3):367-384.
10. Barreto, Pilar; Fombuena, Miguel; Diego, Rebeca; Galiana, Laura; Oliver, Amparo; Benito, Enric. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. MEDIPAL. 2015;22(1):25-32.
11. Rudilla, David; Oliver, Amparo; Galiana, Laura; Barreto, Pilar. Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling. Interv Psicosoc. 2015;24 (2):79-82.
12. Ortega Jiménez, Marcela; Ojeda Vargas, M^a Guadalupe; Ortiz Domínguez, Adriana; Guerrero Castañeda, Raúl Fernando.

- Espiritualidad y cuidado de enfermería. RICSH [revista en Internet]. 2016; [Consultado el 23 de noviembre de 2016];5(10). Disponible en: <http://www.ricsh.org.mx/index.php/RICSH/article/view/86>
13. Valiente Barroso, Carlos. Intersecciones entre espiritualidad/religiosidad y psicología: desde la filosofía hasta la neurociencia. *Rev Hist Psicol.* 2013;34(4);67-88.
 14. Puchalski, Christina; Vitillo, Robert, Hull, Sharon K; Reller, Nancy. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *J Palliat Med.* 2014;17(6):642-656.
 15. SECPAL. Guía de acompañamiento espiritual: Nation-wide guideline, Version 1.0. [Monografía en Internet]. Madrid: Agora; 2013. [Consultado el 18 de febrero de 2016] Disponible en: http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Spiritual%20care/Publications/SpiritualCareGuideline_Spanish_2014.pdf
 16. García-Monge, José Antonio. La esperanza en la experiencia de sufrimiento humano. El psicólogo humanista y su ayuda en la integración del dolor. *Clin Contemp.* 2010;1(1):19-29.
 17. Oliver, Amparo; Galiana, Laura; Sancho, Patricia; Tomás, José Manuel. Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. *Aquichan.* 2015;15(2):228-238.
 18. Meier, Diane E; Emmons, Carol-Ann; Wallenstein, Sylvan; Quill, Timothy; Morrison, Sean; Cassel,Christine K. A National Survey of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the United States. *N Engl J Med.* 1998;338(17):1193-1201.
 19. Munoz, Alexis R; Salsman, John M; Stein, Kevin; Cella, David. Reference values of the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being (FACIT-SP-12): a report from the american Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer.* 2015;121(11):1838-1844.
 20. Vargas-Escobar, Lina M. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual. *Rev. Col. Enf.* 2015;11(10):34-44.
 21. Hall Sue, Beatty Sharon. Assessing spiritual well-being in residents of nursing homes for older people using the FACIT-Sp-12: a cognitive interviewing study. *Qual Life Res.* 2014;23(6):1701-1711.
 22. Benito, Enric; Oliver, Amparo; Galiana, Laura; Barreto, Pilar; Pascual, A; Gomis, Clara et al. Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47(6):1008-1018.
 23. Sulmasy, Daniel P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist.* 2002; 42(3):24-33.
 24. Peterman, Amy H; Fitchett, George; Brady, Marianne J; Hernandez, Lesbia; Cella, David. Measuring spiritual well-being in people with

- cancer: the functional assessment of chronic illness therapy. *Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp)*. *Ann Behav Med*. 2002;24(1):49-58.
25. Benito, Enric; Barbero, Javier; Payás. Alba. *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: una introducción y una propuesta*. Madrid: Grupo Arán Ediciones; 2008.
 26. IMSERSO. *Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad/Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2015. Serie Documentos Estadísticos: 22029.
 27. Fajardo-Gámez, María L; Molina-Prado, María T; Korkowski-Zepeda Ingrid R; Ambriz-Orozco, Laura M; Zavala-Díaz, Rosa; Luna-Pizarro, Daniel et al. *Atención tanatológica para mejorar el bienestar espiritual de los pacientes hospitalizados con quemaduras*. *Rev Enferm IMSS Mex*. 2016;24(2):99-108.
 28. Vachon, Mary LS. *Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors*. *Semin Oncol Nurs*. 2008;24(3):218-225.
 29. Gonzalvo, Román. *Necesidades intrapersonales, interpersonales y transpersonales en enfermos terminales de cáncer: Una investigación transcultural sobre la espiritualidad al final de la vida [Tesis Doctoral]*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2015.
 30. Galiana, Laura; Oliver, Amparo; Gomis, Clara; Barbero, Javier; Benito, Enric. *Cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una revisión crítica*. *MEDIPAL*. 2014;21(2):62-74.
 31. Lazenby, Mark; Khatib, Jamal; Al-Khair, Feda; Neamat, Majdoleen. *Psychometric properties of the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being (FACIT-Sp) in an arabic-speaking, predominantly muslim population*. *Psychooncology*. 2013;22(1):220-227.
 32. Lyons, Kathleen D; Bakitas, Marie; Hegel, Mark T; Hanscom, Brett; Hull, Jay; Ahles, TA. *Reliability and validity of the functional assessment of chronic illness therapy-palliative care (FACIT-Pal) scale*. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(1):23-32.
 33. Galiana, Laura; Sancho, Patricia; Oliver, Amparo; Tomás, José Manuel; Calatayud, Pablo. *Envejecimiento y espiritualidad: estructura factorial y fiabilidad de dos escalas*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(5):265-269.
 34. Muñoz Devesa, Aarón; Morales Moreno, Isabel; Bermejo Higuera, José Carlos; Galán González Serna, José María. *La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual*. *Index Enferm*. 2014;23(3):153-156.
 35. Heather, Herdman. *Nanda International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017*. Barcelona: Elsevier; 2015.
 36. Helming, Mary A. *Integrating spirituality into nurse practitioner practice: The importance of finding the time*. *J Nurse Pract*. 2009;5(8):598-605.

10. ANEXOS

10.1 *Dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA)*



**Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos**

C.P. - C.I. PI17/0129

26 de abril de 2017

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 26/04/2017, Acta Nº 08/2017 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Espiritualidad como dimensión de cuidado: calidad de vida en la enfermedad y el envejecimiento.

Alumno: María Clusa Oliete

Directores: Ana Anguas Gracia y Raquel Sisas Rubio

Centro de realización: H. San Juan de Dios

Versión protocolo: Versión 2 (19 de Abril de 2017).

Versión documento de información y consentimiento informado: Versión 2 (19 de Abril de 2017)

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la correcta obtención del consentimiento, el cumplimiento de la LOPD y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 26 de abril de 2017

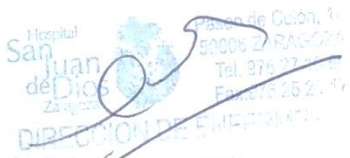

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

10.2 Permiso de Dirección y el Comité de Bioética del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza



Zaragoza, a 28 de Febrero de 2017

Los abajo firmantes autorizan a Dña. [redacted] con DNI [redacted] enfermera contratada en el Área de hospitalización del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, para el desarrollo de su trabajo de investigación académico titulado: "Espiritualidad como dimensión de cuidado: calidad de vida en la enfermedad y el envejecimiento" y que se llevará a cabo en dicho hospital en el periodo de Febrero a Junio de 2017.

Dirección del hospital	Supervisora responsable
 Fdo. FRANCISCA PALMERO PÉREZ	 Fdo. RAQUEL SISAS RUBIO

10.3 Permisó de FACIT.org para el uso del cuestionario FACIT-Sp en este estudio



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to [REDACTED] (“Investigator”) the licensing agreement outlined below.

This letter serves notice that [REDACTED] is granted license to use the **Spanish** version of the **FACIT-Sp-Ex and FACT-G** in **one not for profit study**:

This current license is only extended to [REDACTED]’s research project subject to the following terms:

- 1) ([REDACTED]) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, [REDACTED] will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) ([REDACTED]) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

- 5) This license is for paper administration only and is not extended to electronic data capture. Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if [REDACTED] engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of [REDACTED]'s project.
- 10) [REDACTED] agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: March 21, 2017

Shannon C Romo
Assistant Business Manager
FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126 USA
www.FACIT.org

10.4 Documento de consentimiento informado

Título de la investigación:

Espiritualidad como dimensión de cuidado: calidad de vida en la enfermedad y el envejecimiento

Yo,..... (nombre y apellidos del participante)

He leído el documento de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con (investigadora)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

.....
.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

.....

10.5 Documento de información para el paciente

Título de la investigación:

Espiritualidad como dimensión de cuidado: calidad de vida en la enfermedad y el envejecimiento

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias
- Consultar con su médico-persona de confianza
- Tomar una decisión meditada
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque en este momento usted está teniendo una experiencia de enfermedad y reúne las características buscadas para la realización del estudio. En total en el estudio participarán al menos 80 pacientes que se encuentren hospitalizados en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza entre los meses de Abril y Junio de 2017.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

Con el presente estudio se pretende conocer en mayor profundidad el punto de vista del paciente con el fin de mejorar los cuidados y el acompañamiento espiritual durante el proceso de la enfermedad hasta el final de la vida.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar esto no afectará a su asistencia o a su relación con el investigador y su equipo. Si decide participar en el estudio se le pide que responda a unas sencillas preguntas relacionadas con el proceso asistencial y cumplimentar dos cuestionarios breves validados cuya duración estimada es de unos 10-15 minutos, aunque si lo desea dispondrá del tiempo extra que le sea necesario para su cumplimentación.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

Su participación no entraña ningún riesgo ni prueba extraordinaria.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento es probable que no obtenga ningún beneficio ni compensación económica por su participación si bien usted contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

7. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su nº de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre. Sólo el equipo investigador tendrá acceso a los datos de su historia clínica y nadie ajeno al centro podrá consultar su historial.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos obtenidos durante el estudio debe ponerse en contacto con el investigador.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas pero se harán siempre con datos agrupados y nunca divulgará nada que le identifique.

9. ¿Quién financia el estudio?

Este proyecto no se encuentra financiado por ninguna entidad.

El conocimiento derivado de este estudio puede generar en un futuro beneficios comerciales que pertenecerán al equipo investigador. Los participantes no tendrán derecho a reclamar parte de ese beneficio.

10. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, podrá solicitarlos al investigador poniéndose en contacto.

¿Puedo cambiar de opinión? Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en su atención sanitaria. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio. Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos no utilizados en ese momento.

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación? En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con el investigador responsable, *Dña.* [REDACTED] por correo electrónico en la dirección [REDACTED].

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta a continuación.

10.6 Versión española de Cuestionario GES y FACIT-Sp

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, **rodeando con un círculo** el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

CUESTIONARIO GES

En su situación actual: ¿Qué es lo que más le preocupa? ¿Qué es lo que más le molesta? ¿Qué es lo que más le ayuda? ¿En qué o en quién se apoya en situaciones de crisis? ¿Qué le hace sentir seguro, a salvo? ¿Qué es lo que la gente valora más de Ud.?

Cuestionario GES		Nada	Poco	Bastante	Mucho
1	Revisando mi vida me siento satisfecho con lo que he vivido y conmigo mismo.	0	1	2	3
2	He hecho en mi vida lo que sentía que tenía que hacer.	0	1	2	3
3	Encuentro sentido a mi vida.	0	1	2	3
4	Me siento querido por las personas que me importan.	0	1	2	3
5	Me siento en paz y reconciliado con los demás.	0	1	2	3
6	Creo que he podido aportar algo valioso a la vida o a los demás.	0	1	2	3
7	A pesar de mi enfermedad mantengo la esperanza de que sucedan cosas positivas.	0	1	2	3
8	Me siento conectado con una realidad superior (la naturaleza, Dios,...)	0	1	2	3

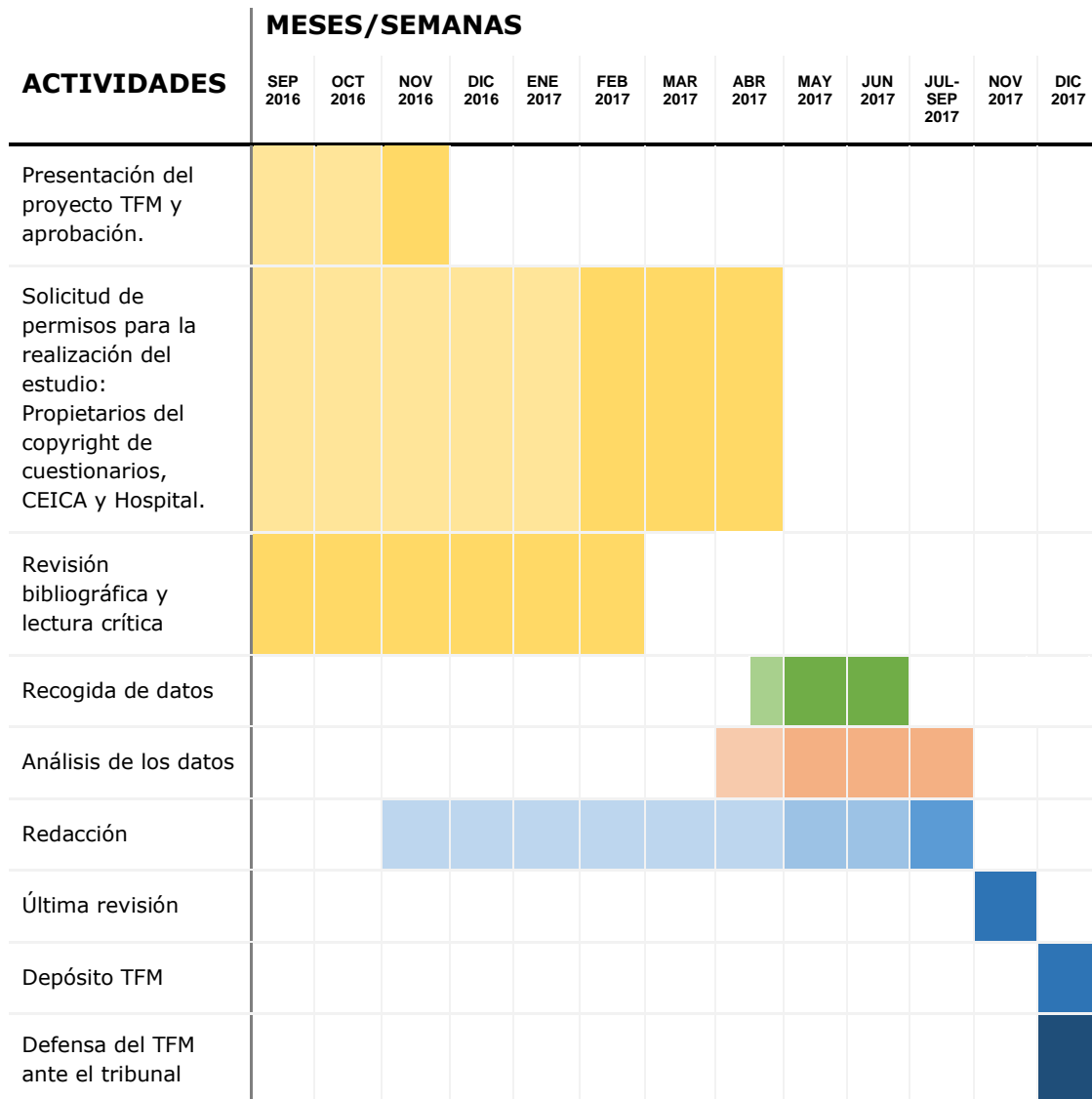
ESCALA FACIT-SP

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

Otras preocupaciones		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
SP1	Me siento en paz	0	1	2	3	4
SP2	Tengo una razón para vivir	0	1	2	3	4
SP3	Mi vida ha sido productiva	0	1	2	3	4
SP4	Tengo dificultades para conseguir paz mental	0	1	2	3	4
SP5	Siento que mi vida tiene sentido	0	1	2	3	4
SP6	Soy capaz de encontrar consuelo dentro de mí mismo (a)	0	1	2	3	4
SP7	Tengo un sentimiento de armonía interior	0	1	2	3	4
SP8	A mi vida le falta sentido y propósito	0	1	2	3	4
SP9	Encuentro consuelo en mi fe o mis creencias espirituales	0	1	2	3	4
SP10	Encuentro fuerza en mi fe o mis creencias espirituales	0	1	2	3	4
SP11	Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales	0	1	2	3	4
SP12	Pase lo que pase con mi enfermedad, todo va a ir bien	0	1	2	3	4

10.7 Cronograma correspondiente al estudio

Figura 2. Cronograma



Fuente: Elaboración propia con Diagrama de Gantt de *Microsoft Excel*

10.8 Variables del estudio

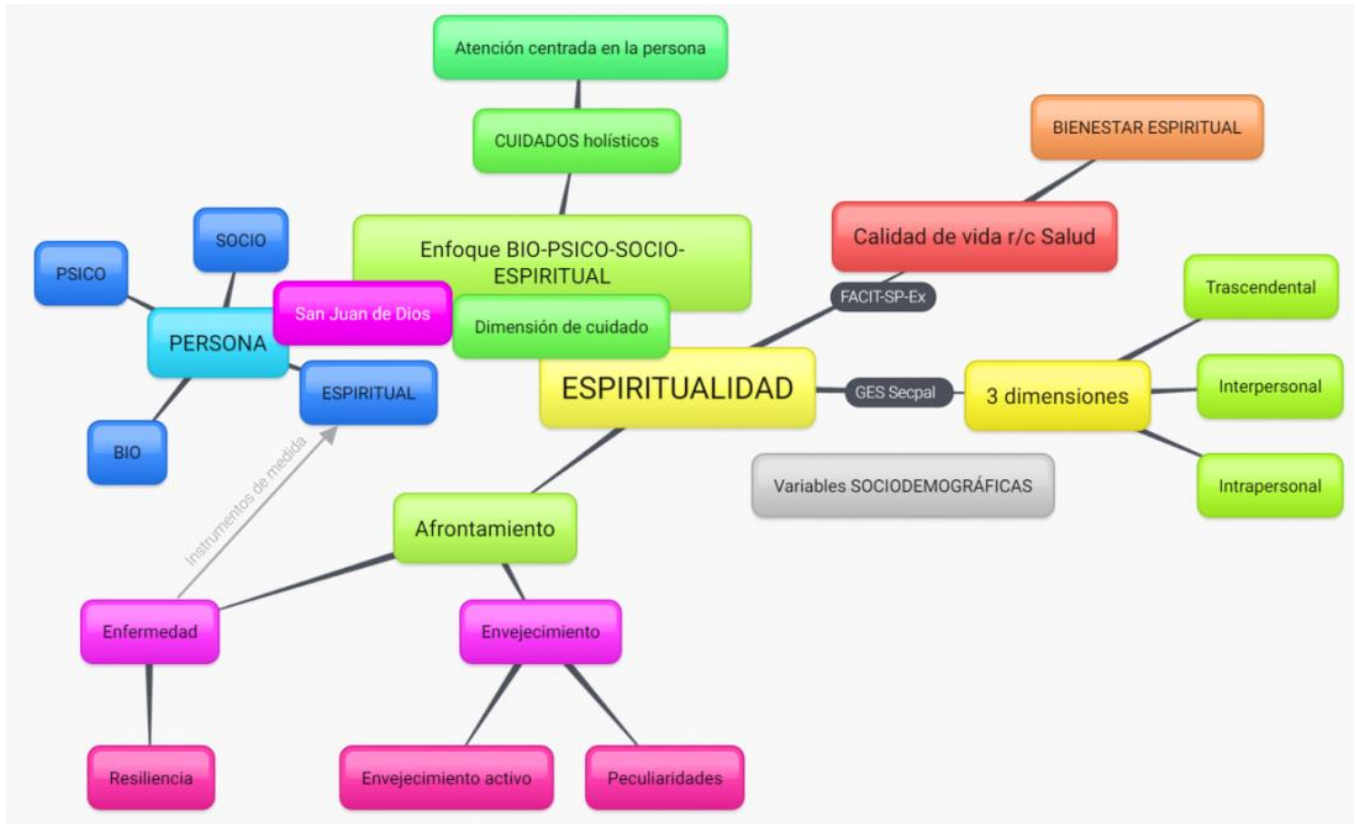
Tabla 1. Variables dependientes e independientes

VARIABLES DEPENDIENTES	Espiritualidad (cuestionario GES)	Intrapersonal
		Interpersonal
		Transpersonal
	Bienestar espiritual (escala FACIT-Sp12)	Significado/Paz
		Fe
		Sp12 total
VARIABLES INDEPENDIENTES	Sociodemográficas	Sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, Persona de Apoyo Principal, vivienda
	Clínicas	Diagnóstico médico principal/Servicio, antecedentes, tiempo de hospitalización, grado de autonomía
	Creencias religiosas	Religiosidad, culto

Fuente: Elaboración propia

10.9 Mapa conceptual: focalización de la espiritualidad como dimensión de cuidado y selección de instrumentos de medida

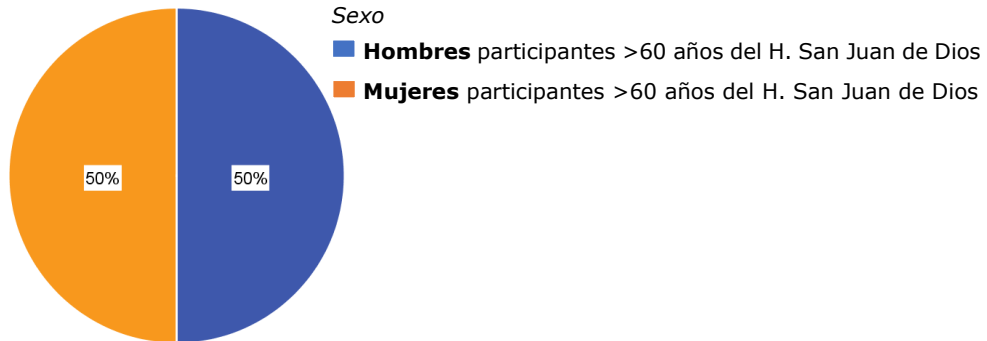
Figura 3. Mapa conceptual



Fuente: Elaboración propia desde *bubbl.us*

10.10 Características sociodemográficas, clínicas y de creencias de los participantes en el estudio

Gráfico 1. Diagrama de sectores: Sexo de los pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Hospital San Juan de Dios incorporados al estudio



Fuente: Elaboración propia con SPSS

Gráfico 2. Histograma: Edad de los pacientes incorporados al estudio

Gráfico 2.1. Histograma de la edad del total de pacientes

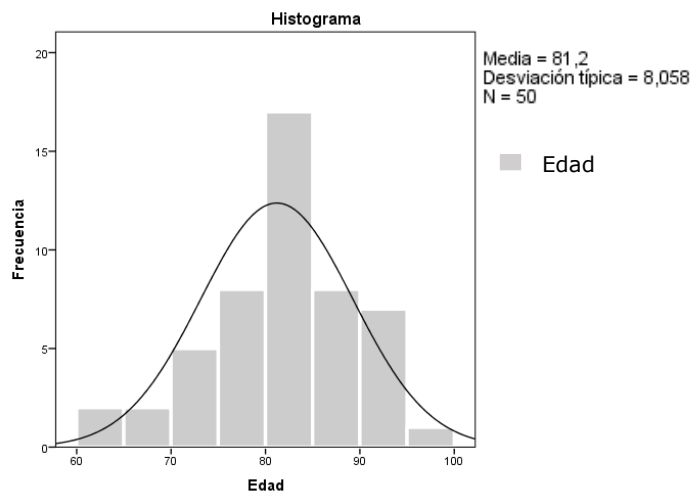
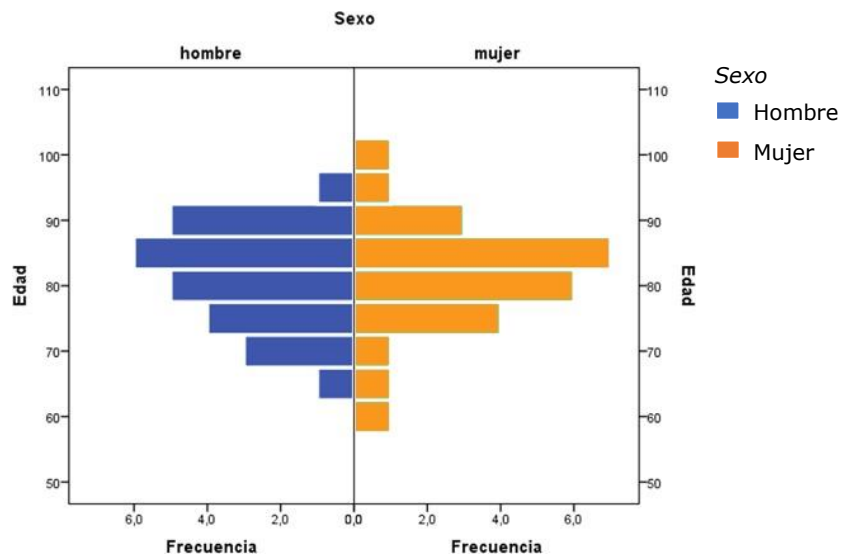


Gráfico 2.2. Histograma de la edad en función del sexo del paciente



Fuente: elaboración propia con SPSS

Gráfico 3. Diagrama de sectores y diagrama de barras: Estado civil del paciente

Gráfico 3.1 Diagrama de sectores: Estado civil de la muestra total

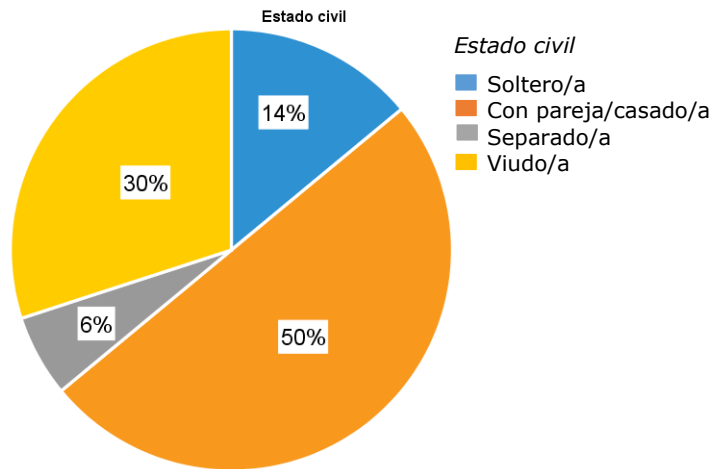
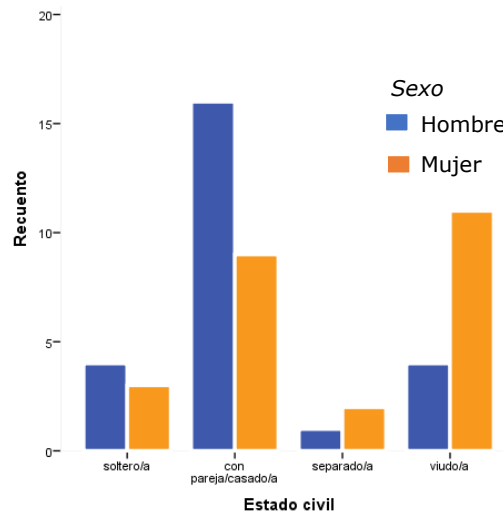
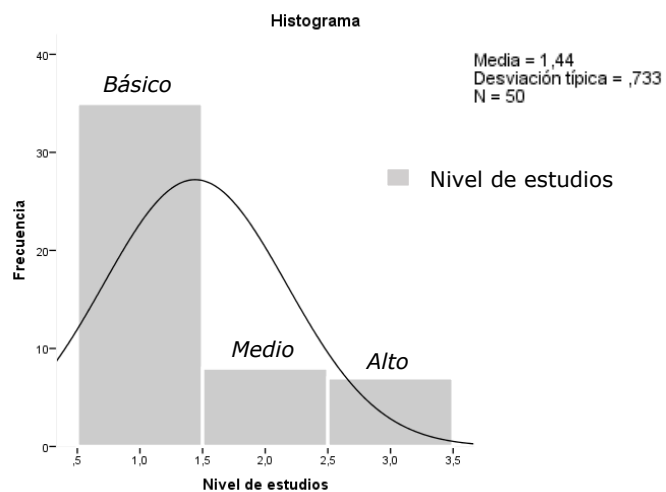


Gráfico 3.2 Diagrama de barras: Estado civil en función del sexo del paciente



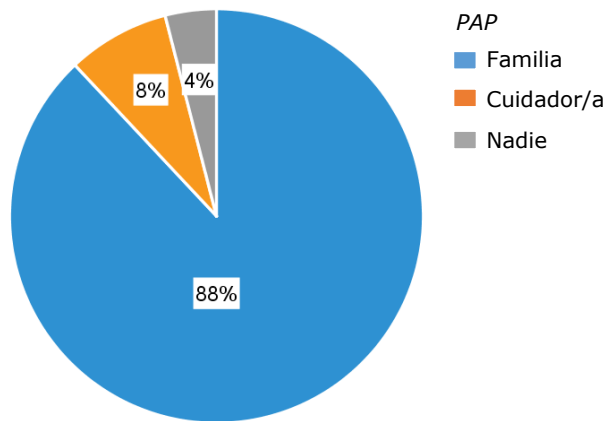
Fuente: Elaboración propia con SPSS

Gráfico 4. Histograma: Nivel de estudios de la muestra total



Fuente: Elaboración propia con SPSS

Gráfico 5. Diagrama de sectores: Persona de Apoyo Principal (PAP) de los pacientes que participaron



Fuente: Elaboración propia con SPSS

Gráfico 6. Diagrama de sectores y de barras: Vivienda habitual del paciente

Gráfico 6.1 Diagrama de sectores: Vivienda habitual de la muestra total

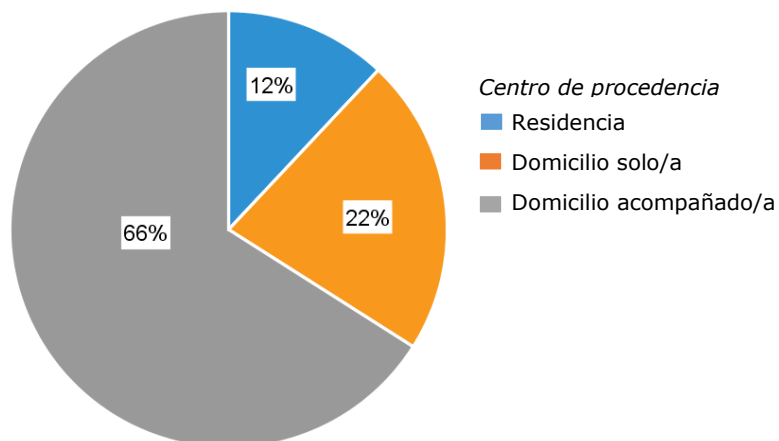
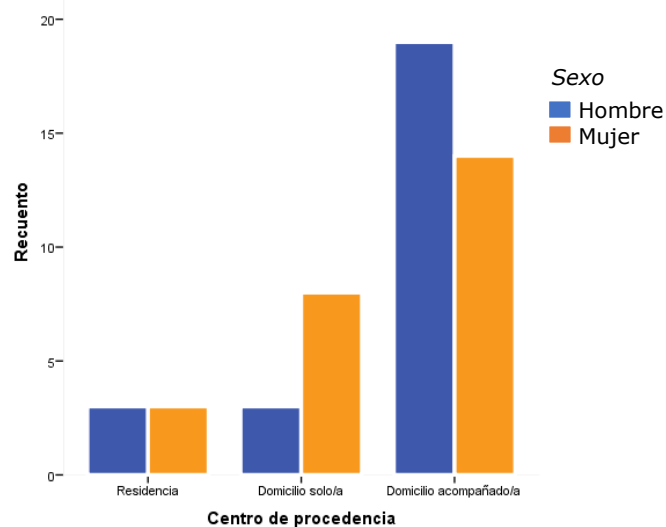
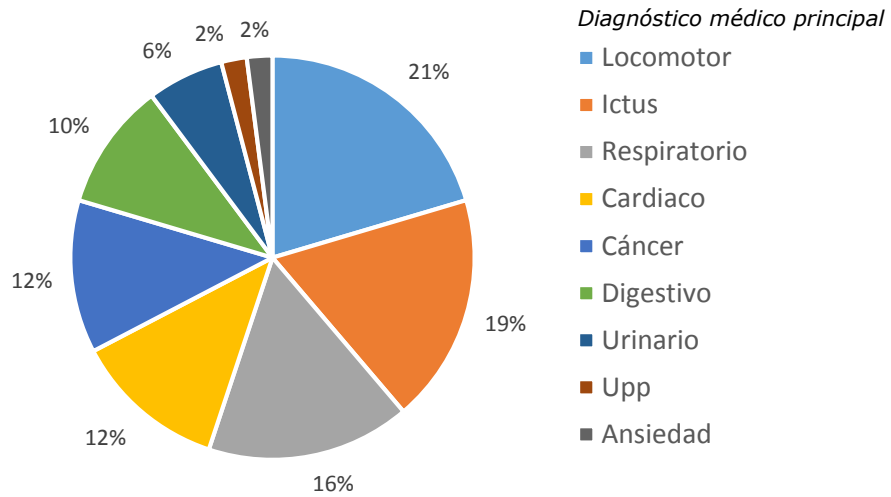


Gráfico 6.2 Diagrama de barras: Vivienda habitual según sexo del paciente



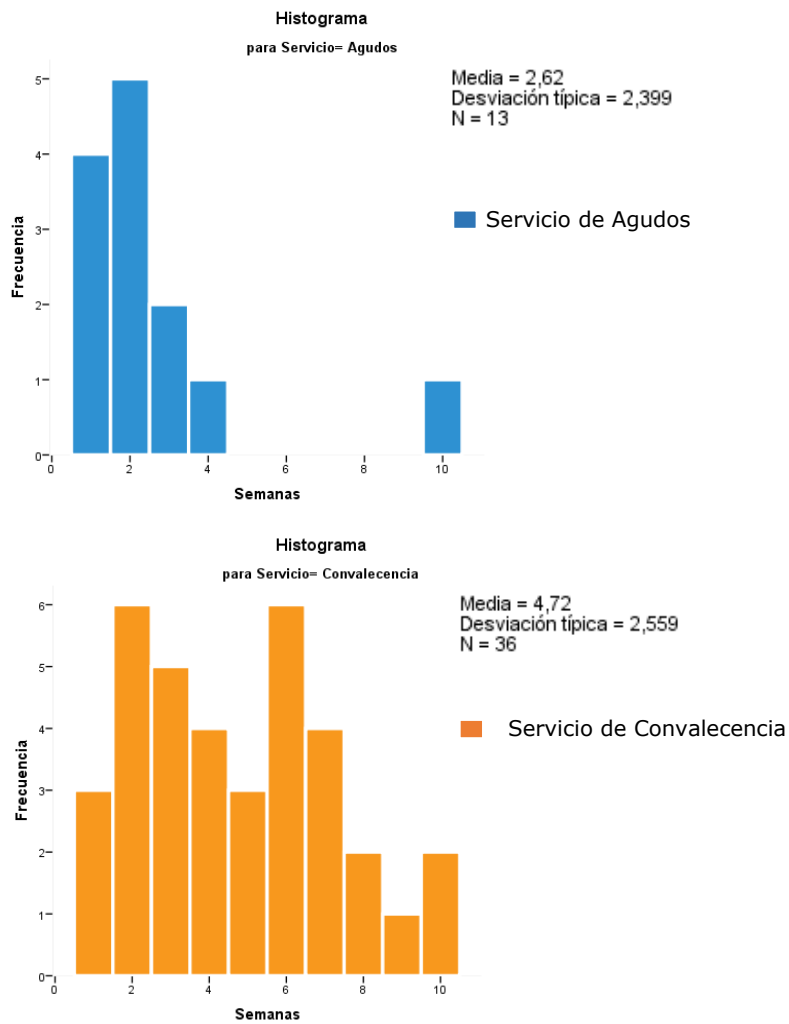
Fuente: Elaboración propia con SPSS

Gráfico 7. Diagrama de sectores: Diagnóstico médico principal de los pacientes



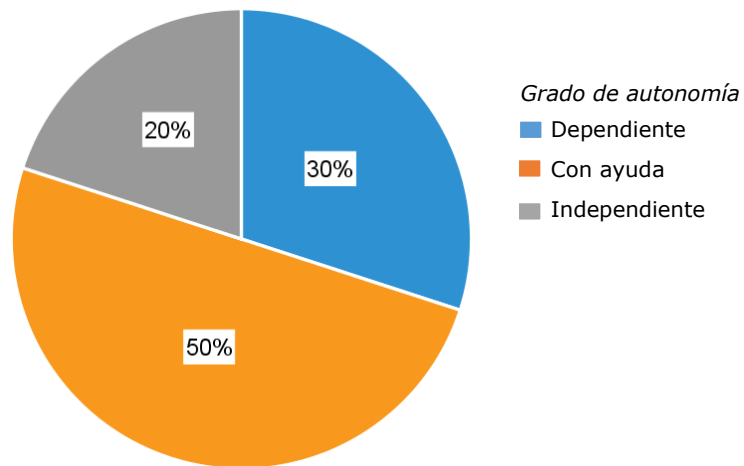
Fuente: Elaboración propia con Excel

Gráfico 8. Histogramas: Tiempo de hospitalización (en semanas) entre la fecha de ingreso y la cumplimentación del cuestionario según servicio de hospitalización



Fuente: Elaboración propia con SPSS

Gráfico 9. Diagrama de sectores: Grado de autonomía/dependencia de los participantes en el estudio



Fuente: Elaboración propia con SPSS

Gráfico 10. Diagrama de sectores: Religiosidad/confesión religiosa de los participantes

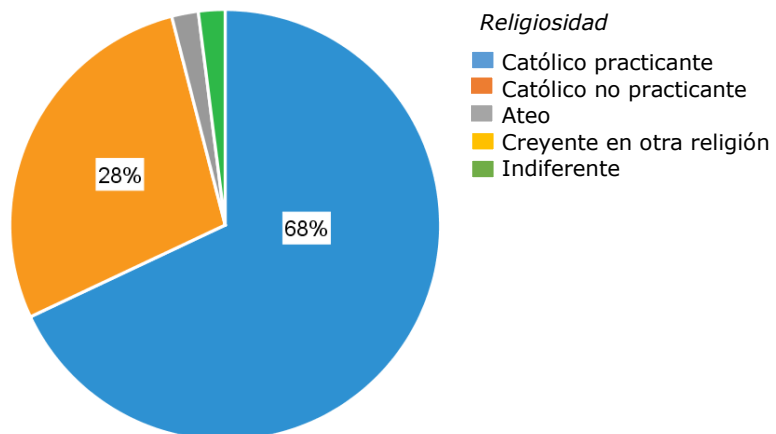
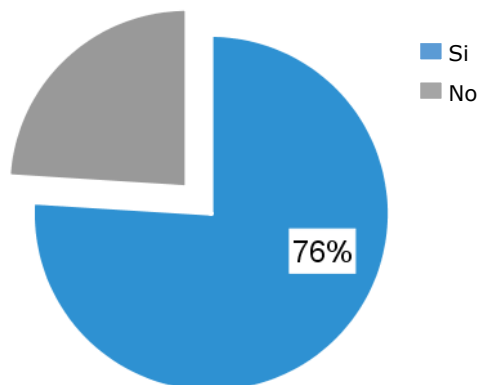


Gráfico 11. Diagrama de sectores: Porcentaje de participantes que practican algún culto religioso

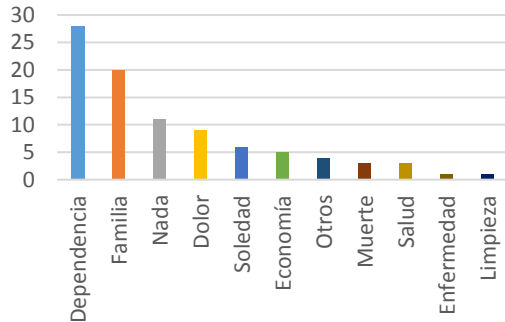


Fuente: Elaboración propia con SPSS

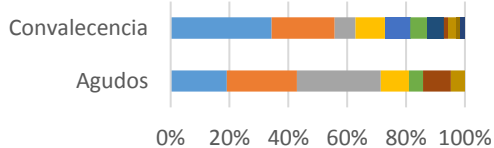
10.11 Resultados cuestionario GES de espiritualidad en los pacientes del Hospital San Juan de Dios que participaron

Gráfico 12. Preguntas abiertas cuestionario GES de espiritualidad en la situación actual del paciente (indicadores existenciales)

Gráfico 12.1. ¿Qué es lo que más le preocupa?

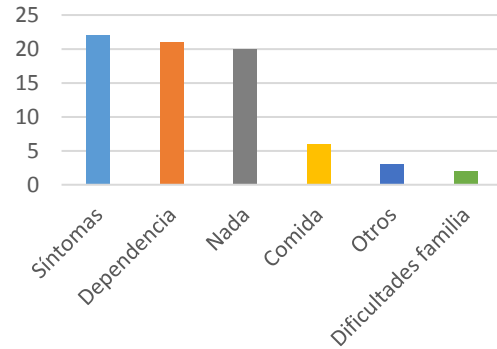


Preocupaciones en función del servicio

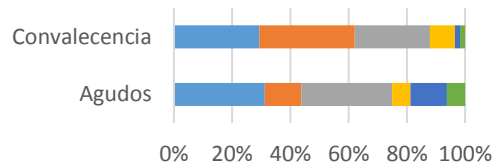


Fuente: Elaboración propia con Excel

Gráfico 12.2. ¿Qué es lo que más le molesta?

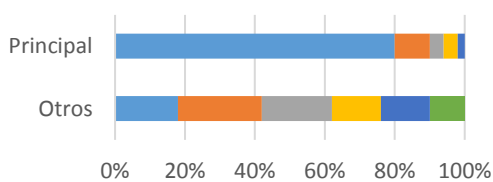
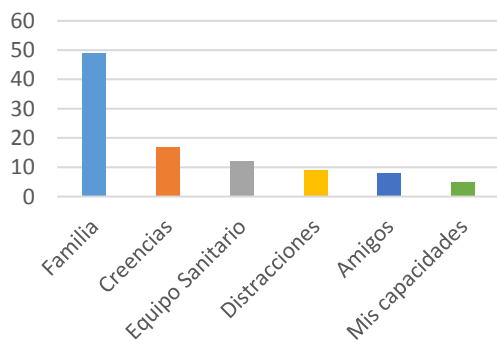


Molestias en función del servicio



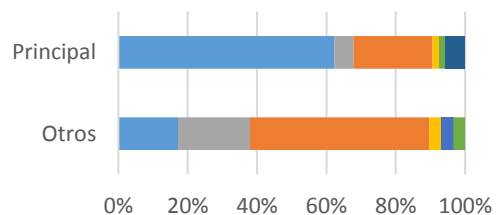
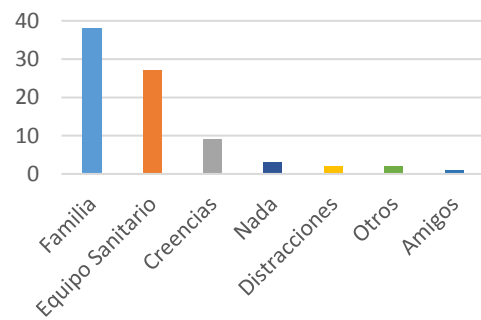
Fuente: Elaboración propia con Excel

Gráfico 12.3. ¿Qué es lo que más le ayuda? ¿En quién se apoyan?



Fuente: Elaboración propia con Excel

Gráfico 12.4. ¿Qué es lo que más seguridad le da?



Fuente: Elaboración propia con Excel

10.12 Resultados de los cuestionarios GES y FACIT-Sp

Tabla 2. Análisis de fiabilidad: Coeficientes Alfa de Cronbach para ambos instrumentos (GES y FACIT-Sp12) y sus dimensiones

<i>Instrumento</i>	Alfa de Cronbach	<i>N de ítems</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>N de ítems</i>
Cuestionario GES	0,791	8	<i>Intrapersonal</i>	0,691	4
			<i>Interpersonal</i>	0,698	2
			<i>Transpersonal</i>	0,711	2
Escala FACIT-Sp12	0,835	12	<i>Significado/Paz</i>	0,736	8
			<i>Fe</i>	0,754	4

Fuente: Elaboración propia con Excel y SPSS

Tabla 3. Descriptivo global: Medias de la puntuación total y cada dimensión del cuestionario GES y la escala FACIT-Sp

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>		<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
<i>Cuestionario GES</i>	19,60	4,041	<i>Dimensiones</i>		
<i>Dimensión Intrapersonal</i>	9,64	2,266	<i>Promedio Intrapersonal</i>	2,41	0,566
<i>Dimensión Interpersonal</i>	5,34	1,118	<i>Promedio Interpersonal</i>	2,67	0,559
<i>Dimensión Transpersonal</i>	4,62	1,640	<i>Promedio Transpersonal</i>	2,31	0,820
<i>Escala FACIT-Sp12</i>	35,08	6,898	<i>Dimensiones</i>		
<i>Dimensión Significado/Paz</i>	24,14	4,071	<i>Promedio Significado/Paz</i>	3,02	0,509
<i>Dimensión Fe</i>	10,94	3,484	<i>Promedio Fe</i>	2,74	0,871

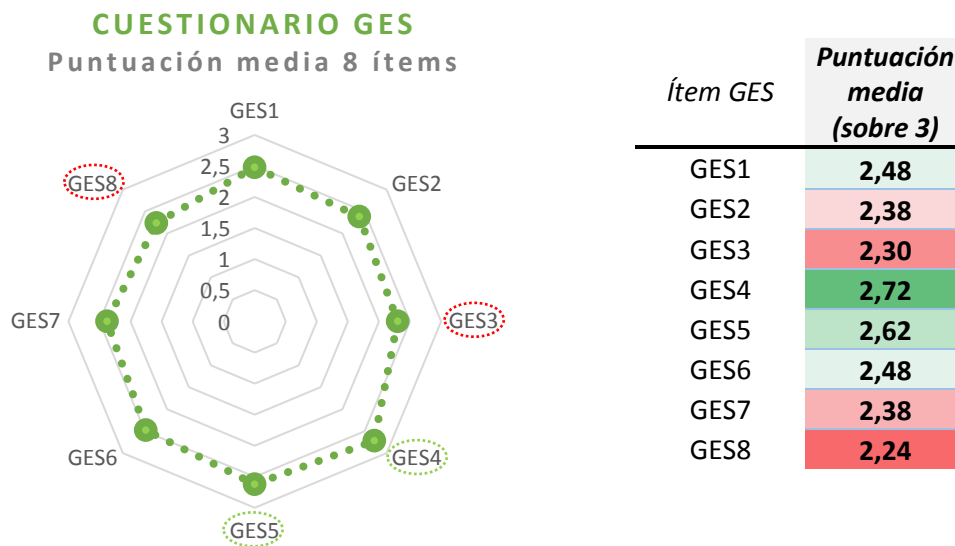
Fuente: Elaboración propia con Excel y SPSS

Tabla 3.1. Medias de espiritualidad de los participantes en función del sexo

<i>Variable</i>	Media	<i>Desv. típ.</i>
Cuestionario GES	19,60	4,041
<i>Mujeres</i>	20,12	3,492
<i>Hombres</i>	19,08	4,536
<i>Promedio Intrapersonal</i>	2,41	0,566
<i>Mujeres</i>	2,42	0,558
<i>Hombres</i>	2,40	0,586
<i>Promedio Interpersonal</i>	2,67	0,559
<i>Mujeres</i>	2,70	0,456
<i>Hombres</i>	2,64	0,654
<i>Promedio Transpersonal</i>	2,31	0,820
<i>Mujeres</i>	2,52	0,568
<i>Hombres</i>	2,10	0,979
<i>Variable</i>	Media	<i>Desv. típ.</i>
Escala FACIT-Sp12	35,08	6,898
<i>Mujeres</i>	37,20	6,492
<i>Hombres</i>	32,96	6,755
<i>Prom. Significado/Paz</i>	3,02	0,509
<i>Mujeres</i>	3,14	0,513
<i>Hombres</i>	2,90	0,484
<i>Promedio Fe</i>	2,74	0,871
<i>Mujeres</i>	3,02	0,797
<i>Hombres</i>	2,45	0,863

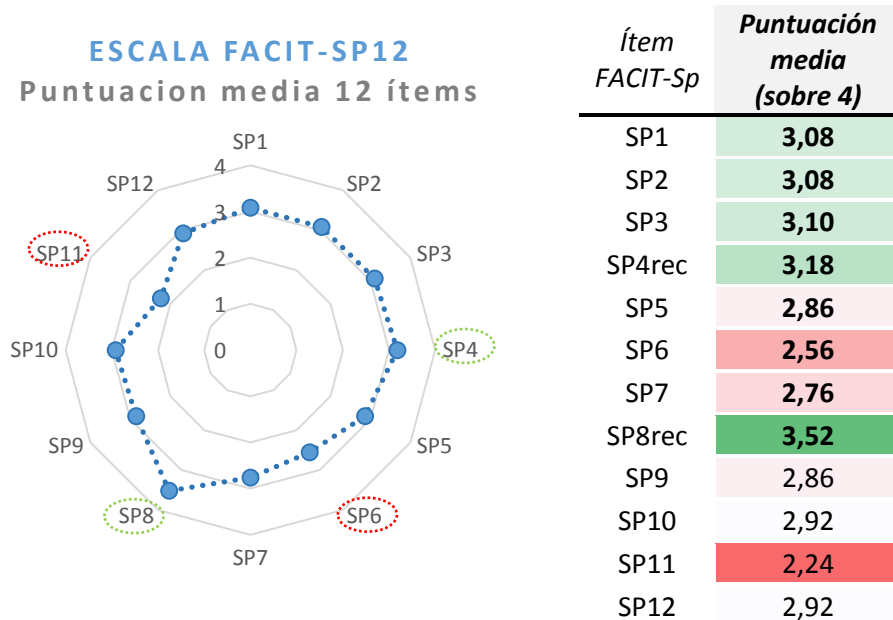
Fuente: Elaboración propia con SPSS y Excel

Tabla 4. Puntuación media de los 8 ítems del cuestionario GES de espiritualidad en escala de color y su representación mediante el gráfico radial con marcadores



Fuente: Elaboración propia con SPSS y Excel

Tabla 5. Puntuación media de los 12 ítems de la escala FACIT-Sp12 de bienestar espiritual en escala de color y su representación mediante el gráfico radial con marcadores de Excel



Fuente: Elaboración propia con SPSS y Excel

Gráfico 13. Nivel de espiritualidad de los participantes ordenado según puntuación total del cuestionario GES, en sus tres dimensiones y 8 ítems

Gráfico 13.1. Gráfico radial: Nivel general de espiritualidad GES total

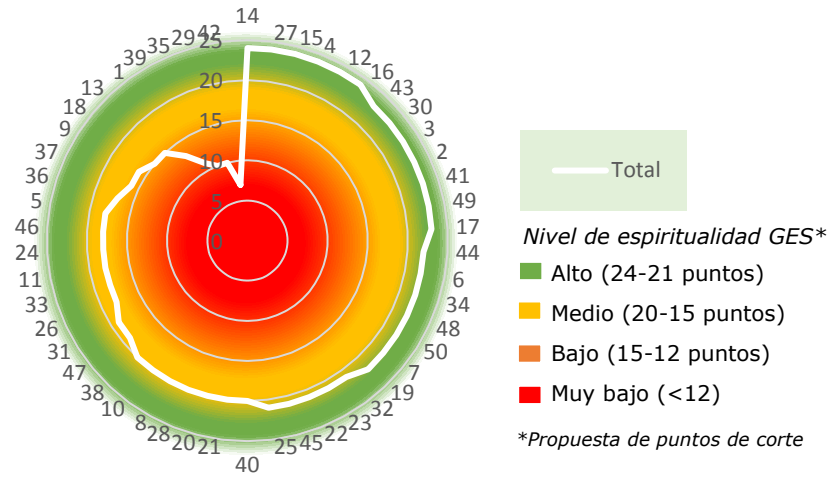


Gráfico 13.2. Línea apilada: Nivel de espiritualidad de los participantes en los 8 ítems ordenado en función de la puntuación total GES

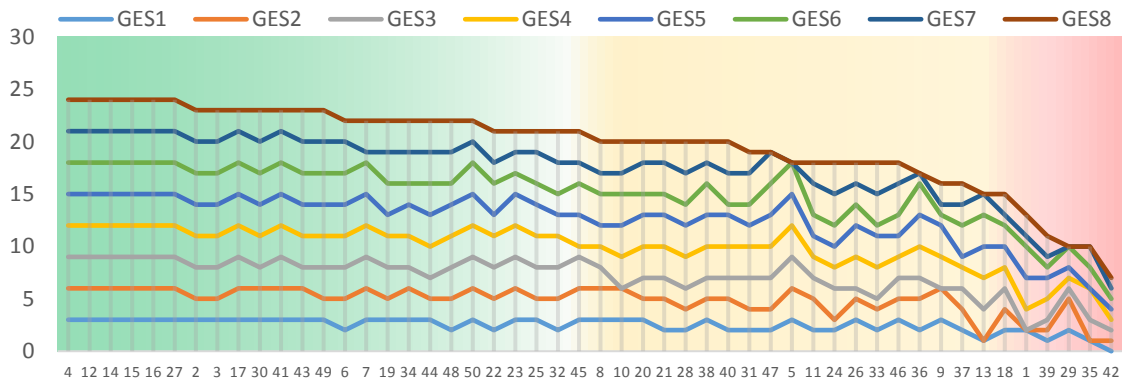
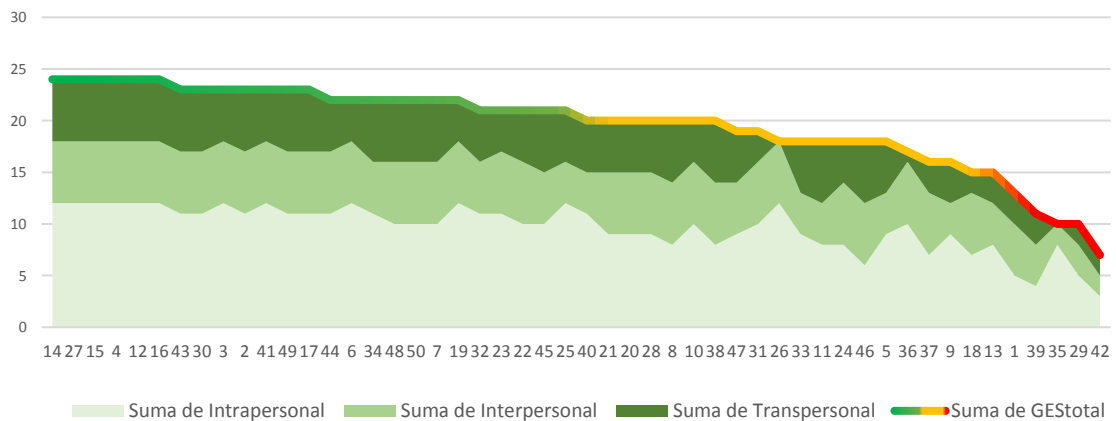


Gráfico 13.3. Áreas apiladas: Nivel de espiritualidad de los participantes en las 3 dimensiones ordenado en función de la puntuación total GES



Fuente: Elaboración propia con SPSS y Excel

Gráfico 14. Nivel de bienestar espiritual de los participantes ordenado según puntuación total de la escala FACIT-Sp12, en sus dos dimensiones y 12 ítems

Gráfico 14.1. Gráfico radial: Nivel de bienestar espiritual FACIT-Sp12 total

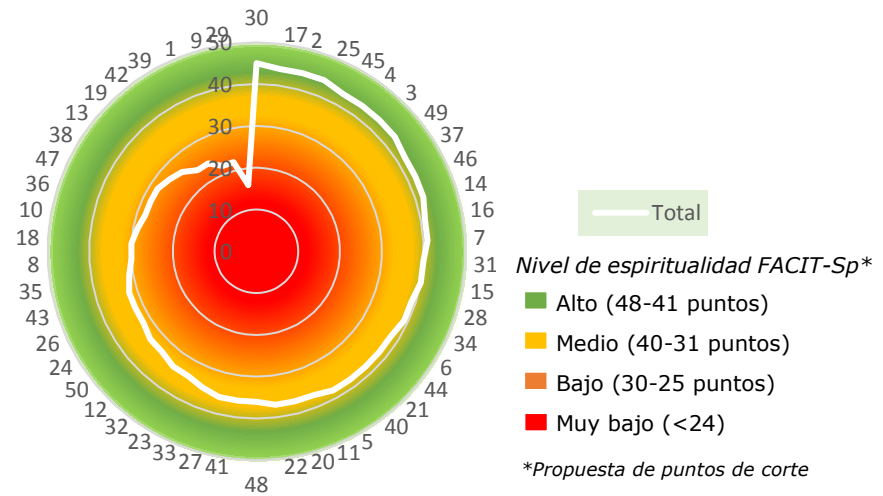


Gráfico 14.2. Línea apilada: Nivel de espiritualidad de los participantes en los 12 ítems ordenado en función de la puntuación total FACIT-Sp12

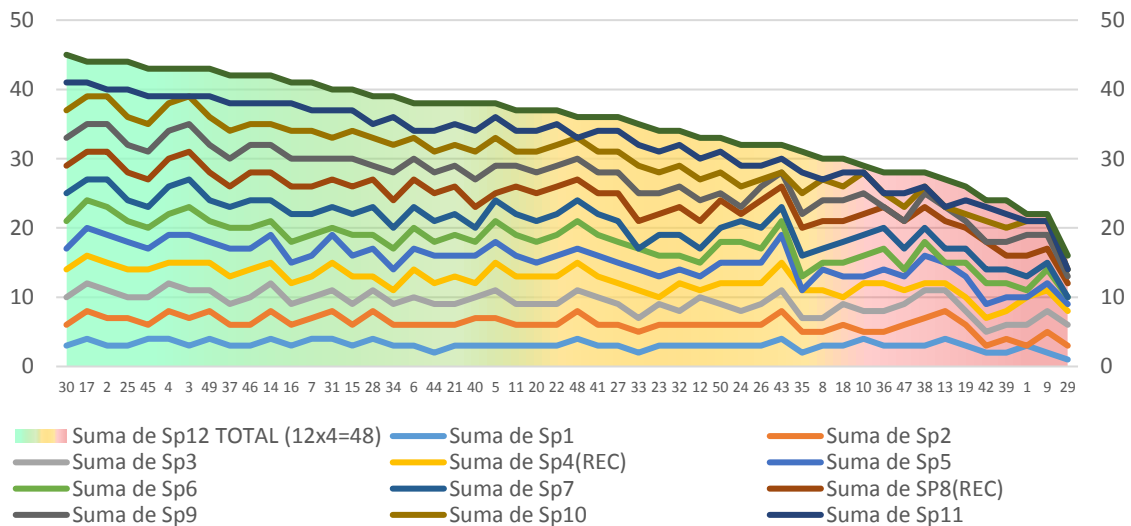
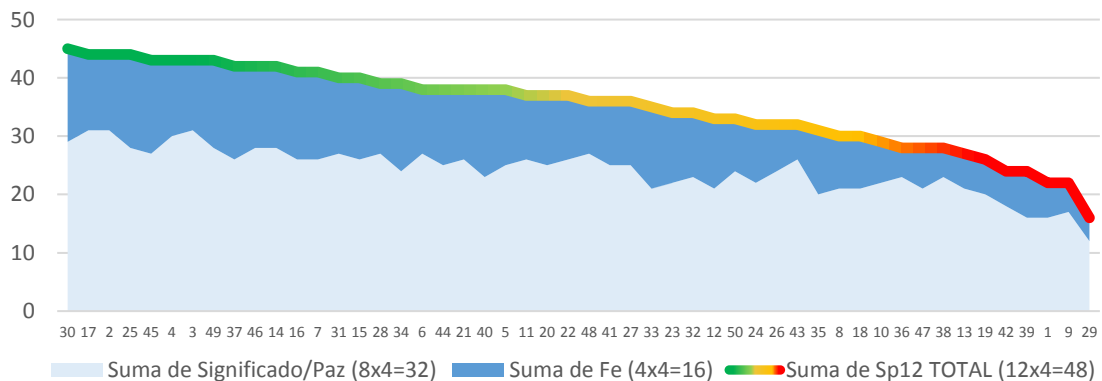
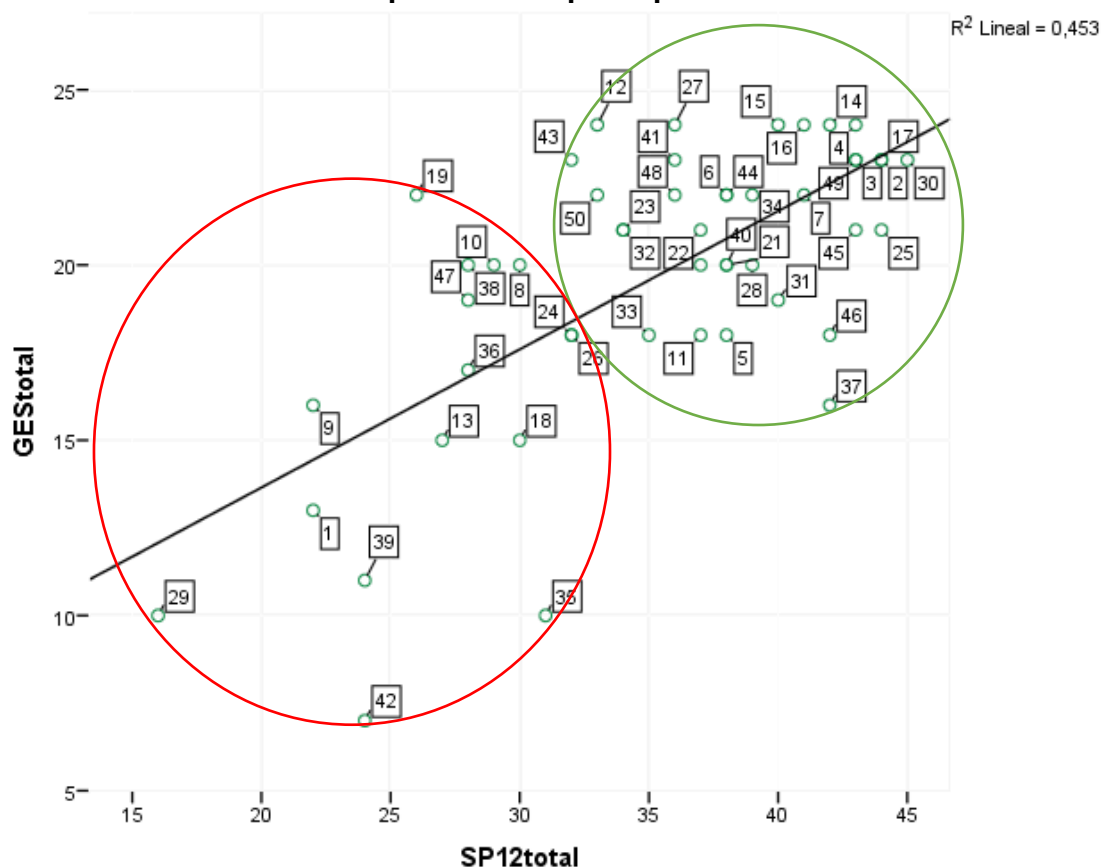


Gráfico 14.3. Áreas apiladas: Nivel de espiritualidad de los participantes en las 2 dimensiones ordenado en función de la puntuación total FACIT-Sp12



Fuente: Elaboración propia con SPSS y Excel

Gráfico 15. Diagrama de dispersión entre "GEStotal" y "Sp12total" mostrando las etiquetas de los participantes



Fuente: Elaboración propia con SPSS y Excel

Tabla 4. Coeficientes de correlación lineal de Pearson entre los valores totales de ambos cuestionarios (GES y FACIT-Sp) y entre sus respectivas dimensiones

Coeficiente de correlación de Pearson	SP12 total	Sign./Paz	Fe
GES total	0,673**	0,721**	0,491**
Intrapersonal	0,575**	0,632**	0,401**
Interpersonal	0,380**	0,469**	0,204**
Transpersonal	0,605**	0,583**	0,517**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: Elaboración propia con SPSS

