UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TÍTULO DE MÉDICO

Evaluación del bienestar espiritual de pacientes en fase terminal, en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja, período junio 2013 - marzo 2014.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Celi Cueva, Luis Eduardo

DIRECTORA: Dávalos Batallas, Viviana del Carmen, Dra.

Loja - Ecuador

2015

Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es

Septiembre, 2015

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.
Viviana del Carmen Dávalos Batallas
DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: "Evaluación del bienestar espiritual, depresión, ansiedad y su relación entre sí de pacientes en fase terminal, en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja, período junio 2013 - marzo 2014." realizado por Celi Cueva Luis Eduardo, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, octubre de 2015.

f) .....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

"Yo Celi Cueva Luis Eduardo, declaro ser autor del presente trabajo de titulación: "Evaluación del bienestar espiritual, depresión, ansiedad y su relación entre sí de pacientes en fase terminal, en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja, período junio 2013 - marzo 2014", de la Titulación de Médico, siendo la Dra. Viviana del Carmen Dávalos Batallas directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"

f. .....
Autor: Celi Cueva Luis Eduardo
Cédula: 1103420467

DEDICATORIA

El presente Trabajo de Fin de Titulación, que representa todos los esfuerzos y sacrificios para cumplirlo, se lo dedico primeramente a Dios y luego a mi familia, ya que con su apoyo constante he logrado llegar a la culminación de mi carrera universitaria. Se lo dedico también a aquellas personas que directa o indirectamente han sabido apoyarme y creer en mi, porque sin ellos este sueño no hubiera sido posible.

Luis Eduardo

AGRADECIMIENTO

A DIOS, forjador de cada pensamiento y acción, quien me ha dado la fuerza para llevar a feliz término este sueño.

A las Autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Médico, y en especial la Dra. Viviana Dávalos B. por su valiosa y acertada orientación en la realización y culminación de este trabajo de investigación.

A los directores y demás personas responsables de los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja, ya que sin su apertura y ayuda incondicional no hubiese sido posible la obtención de tan valiosa información.

Luis Eduardo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Páginas

Carátula i
Certificación ii
Declaración de autoría y cesión de derechos iii
Dedicatoria iv
Agradecimiento v
Índice de contenidos vi
Índice de tablas ..... vii-viii
Resumen ejecutivo 1
Abstract 2
1. Introducción 3-9
2. OBJETIVOS 10-11
3. METODOLOGÍA 12-15
3.1. Tipo de estudio 13
3.2. Universo 13
3.3. Muestra 13
3.4. Operacionalización de variables 13-14
3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos 14
3.6. Procedimiento de recolección de datos 15
3.7. Plan de tabulación y análisis 15
4. RESULTADOS 16-24
4.1. Resultado de los puntajes obtenidos en el test de bienestar espiritual FACIT Sp – 12 y FACIT Sp – EX de pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja por el Instituto del Cáncer Solca 17-18
4.2. Resultado de los puntajes obtenidos en el test de depresión de pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja 19
4.3. Resultado de los puntajes obtenidos en el test de ansiedad de pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja 20-21
4.4. Edad de pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja 22
4.5. Correlación de Pearson entre las variables edad, suma del test de bienestar espiritual, suma del test de ansiedad y suma del test de depresión en pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja 23
4.6. Correlación de Pearson entre las ítems del test de bienestar espiritual que tuvieron mayor influencia sobre el puntaje del test de depresión en pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja 24
5. DISCUSIÓN 25-26
6. CONCLUSIONES 27
7. RECOMENDACIONES 28
8. BIBLIOGRAFÍA 29-33
9. ANEXOS 34-42
9.1. Anexo 1: Solicitud para la autorización de la dirección médica del Hospital Instituto del Cáncer SOLCA Núcleo de Loja, para obtener acceso a los pacientes 35

9.2. Anexo 2: Solicitud para la autorización de la dirección médica del Hospital Manuel Ygnacio Monteros, para obtener acceso a los pacientes ……..... 36
9.3. Anexo 3: Solicitud para la autorización de la dirección médica del Hospital Regional Isidro Ayora, para obtener acceso a los pacientes 37
9.4. Anexo 4: Licencia para usar las encuestas "FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY" (FACIT) 38
9.5. Anexo 5: Consentimiento informado de los pacientes para su participación voluntaria en el estudio 39
9.6. Anexo 6: Cuestionario FACIT Sp - 12 y FACIT Sp - Ex 40-41
9.7. Anexo 7: Escala de depresión y ansiedad hospitalaria HADS (Hospital Anxiety and Depresión Scale) 41-42

RESUMEN

Objetivo:

Evaluar la influencia que ejerce el bienestar espiritual de pacientes en fase terminal, en la aceptación de la enfermedad y de la muerte, diversos hospitales de la ciudad de Loja, a través de la aplicación de encuestas y test para mejorar la atención paliativa.

Metodología:

Estudio transversal descriptivo.

Resultados:

Se evaluó el bienestar espiritual en 100 pacientes terminales de las tres instituciones por medio del FACIT - Sp y FACIT - Ex, al igual que su depresión y ansiedad por medio del HADS y se identificó la influencia que tiene el bienestar espiritual sobre estas dos últimas entidades. El resultado fue obtenido por medio de la correlación de Pearson entre el bienestar espiritual con la ansiedad y depresión.

Conclusiones:

Un mayor bienestar espiritual en estos pacientes se asoció fuertemente con un menor puntaje de depresión (r. -,506; p. <0,001). También se encontró que los pacientes con mayor edad tuvieron un puntaje más alto de depresión, aunque la relación no fue muy fuerte (r. ,248; p. <0,013). No se encontró relación entre el bienestar espiritual y la ansiedad.

Palabras Clave: **bienestar espiritual, ansiedad, depresión, atención al final de la vida, enfermedad terminal**

ABSTRACT

Objective:

Evaluate the influence that the spiritual well-being of patients with terminal illness, performing the acceptance of their illness and death in different hospitals of Loja city, through surveys and test to improve palliative care.

Methodology:

Descriptive cross-sectional study.

Results:

The spiritual well-being of one hundred patients with terminal illness of the three institutions was evaluated through test as FACIT - Sp and FACIT - Ex, as well as their depression and their anxiety using the HADS, and it was detected the influence of the spiritual well-being of the latter two entities. The result was obtained by means of the Pearson correlation between spiritual well-being with anxiety and depression.

Conclusions:

Greater spiritual well-being in these patients was strongly associated with lower depression score (r. -, 506, p. <0.001). It was also found that older patients had a higher depression score, although the relationship was not very strong (r. ,248; p. <0.013). No relationship between spiritual well-being and anxiety was found.

Key Words: spiritual well-being, anxiety, depression, end-of-life care, terminal illness

INTRODUCCIÓN

1.1. Cuidados paliativos

Los Cuidados Paliativos nacen como una necesidad de atención a los pacientes terminales cuando se han agotado todas las medidas terapéuticas disponibles para la atención de estos, y acuden como la mejor opción para brindar una adecuada calidad de vida (Naghi, 2012) que conduzca a estos pacientes a una muerte digna. Dame Cicely Saunders es reconocida como la fundadora de los Cuidados Paliativos, al iniciar el movimiento "*hospice"* moderno en 1967, cuando inauguró en Londres el St. Christopher's Hospice. Sin embargo, el término como tal se lo debemos a Balfour Mount, quien, años después, en 1975, encontró confusa la terminología cuando buscaba un nombre para su nueva unidad hospitalaria de Montreal, ya que la palabra "*hospice*" en francés canadiense se usaba en un contexto diferente, por lo que introdujo el término «Cuidados Paliativos». (SECPAL, 2010)

En 1990 la Organización Mundial de la Salud a través de un grupo de expertos definió a los Cuidados Paliativos como el cuidado activo y global de los pacientes con enfermedades progresivas e irreversibles que no responden al tratamiento curativo. Determinando como su objetivo fundamental el control del sufrimiento provocado por la enfermedad en fase terminal bajo una óptica biopsicosocial y espiritual. (OMS, 2010)

Los cuidados paliativos son hoy en día una práctica relativamente extendida, principalmente en los países desarrollados. Los pacientes afectados por la evolución incurable del cáncer, SIDA, enfermedades de motoneurona, e insuficiencias orgánicas específicas (renal, cardiaca, hepática, etc.), se benefician actualmente de ella. Todas estas enfermedades presentan en su fase terminal, en mayor o menor medida, características similares en relación a la presencia de un elevado sufrimiento. Y éste es potencialmente evitable con los tratamientos adecuados utilizados bajo la filosofía de los cuidados paliativos. (Magtani-Chugani, 2010)
La Medicina Paliativa afirma la vida, y acepta la muerte como un proceso natural. No acorta ni alarga la vida, proporciona alivio del dolor y de otros síntomas estresantes, integra los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado (SECPAL, 2013)

1.2. Enfermo terminal

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos los elementos fundamentales para determinar un enfermo como terminal son:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.

3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses. (SECPAL, 2010)

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que debemos responder adecuadamente.

El cáncer, SIDA, enfermedades de motoneurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardiaca, hepática, etc.) cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad. Clásicamente la atención del enfermo de cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de las Cuidados Paliativos. (SECPAL, 2010)

Hasta la fecha, estos parámetros siguen vigentes por más de veinte años.

1.3. Espiritualidad y sufrimiento en pacientes terminales

Para Dame Cicely Sanders el concepto de sufrimiento es el "Dolor total". Los cuatro dominios del sufrimiento son: dolor físico; dolor psicológico o emocional, como los síntomas de ansiedad o depresión; dolor social, por ejemplo miedo a la separación de personas queridas, rompimiento de relaciones; y finalmente el dolor espiritual. (Hinshaw, 2002)

Desde inicios de este milenio ya se observa una importante profusión de artículos en la literatura médica sobre la relación entre la vida espiritual y la salud. (Ispizua, 2002) Sin embargo se ha determinado que no hay una relación causal entre estos dos aspectos de la vida, pero que existe evidencia científica sugestiva de una directa asociación de ambas: salud y espiritualidad están misteriosamente entrelazadas en la vida del individuo.

La frustración del médico al pensar que "hay nada que hacer", su dificultad para comunicar las malas noticias, la incapacidad de dar una palabra de aliento, los obstáculos que se presentan en la toma de decisiones tanto del médico como de la familia o del cuidador del paciente; son todas realidades que han sido replanteadas y muchas veces encuentran una respuesta en el enfoque espiritual de la Medicina Paliativa. (Thuné-Boyle, 2013) El mismo Steve Jobs, el genio sin igual de Apple, frente a un cáncer terminal de páncreas diagnosticado en el 2004, cuando los médicos le habían dado un pronóstico de seis meses de vida, hizo frente a su enfermedad por medio de su espiritualidad. Después de una cirugía resectiva y un trasplante de hígado, el cáncer terminó acabando con su vida, sin embargo Jobs pudo morir en paz, casi 6 años después de su diagnóstico. (Isaacson, 2011)

Un artículo de revisión que abarca trabajos entre 1970 y 2000, publicado en la revista Mayo Clinic Proceedings y firmada por médicos de Medicina Interna, Anestesia y Psiquiatría, muestra que la mayoría de los pacientes tiene una vida espiritual y que valoran a la par tanto su salud física como su salud espiritual, siendo notorio un incremento de las necesidades espirituales. (Creutzfeldt, 2012) (Ispizua, 2002) Estudios indican que la creencia en una vida futura se asoció con niveles más bajos de la desesperación (McClain-Jacobson, 2004) y una prolongación del tiempo de vida. (King, 2013) También se ha asociado la espiritualidad con una mejor calidad de vida y apoyo familiar en estos pacientes; (Peter, 2014) (Farias, 2013) aunque no todos encuentran correspondencia con los niveles de depresión o ansiedad, (Roh, 2013) la mayoría de estudios encuentran la espiritualidad como un factor que ayuda a combatir estas entidades (Boelens, 2012) (Peteet, 2012) (Oh, 2012) en jóvenes de manera muy notable (Miller, 2013) (Papasizis, 2013) al igual que en los ancianos. (Moon, 2013) (Srinivasan, 2013) Estudios neuroanatómicos encontraron que aquellos pacientes con riesgo familiar de padecer depresión mayor cuando poseían una espiritualidad fuerte tenían una corteza cerebral más gruesa, lo que los protegía de esta enfermedad, con relación a aquellos que no. (Miller L. , 2014) Algunos han encontrado la espiritualidad útil contra la depresión en familiares y cuidadores de estos pacientes (Sun, 2014) mientras que otros la encontraron como un factor de riesgo para padecer este trastorno en estos, (Stephen, 2014) o en los mismos pacientes; (Leurent, 2013) (Lester, 2012) sin embargo no todos coinciden en sus resultados. (Rathier, 2013) Ispizua reporta que enfermos hospitalizados en los que hubo tensión y lucha de tipo espiritual que fue fuente de estrés, evolucionaron peor que otros en cuanto a su salud mental e índice de mortalidad a los dos años de dejar el hospital, (Ispizua, 2002) por lo que se sugería la importancia de descubrir esas necesidades y darles el debido tratamiento.

En la actualidad está claro que las necesidades espirituales juegan un papel importante en los cuidados paliativos como una dimensión clínica y una estrategia terapéutica para pacientes terminales o con enfermedades crónicas; tanto en jóvenes como en adultos y ancianos con un impacto positivo en los síntomas y en su calidad de vida. (Tadwalkar, 2014) (Mohsen, 2013) (Lyon M. , 2014)

Se debe considerar que la mayoría de los pacientes tienen una vida espiritual y consideran tanto su salud física como la espiritual con la misma importancia. (Mueller, 2001) Sin embargo, estudios recientes han demostrado que la gestión de esta dimensión sigue siendo un reto en el ámbito clínico de los cuidados paliativos. (Vilalta, 2014)

1.4. Problematización

La salud del individuo tiene una relación estrecha con su vida espiritual, (Balboni, 2013) esto se debe principalmente al hecho que la persona no solo sufre en su parte corporal, ya que no es un ente puramente material, sino que sufre también espiritualmente y, el mitigar el dolor con cualquier tipo de analgésico, no siempre basta para poder ayudar al paciente con su sufrimiento. (Schreiber, 2011)

Un paciente cercano a la muerte implica trayectorias que incorporan un declive físico, social, espiritual y psicológico hacia la muerte, donde las decisiones relacionadas con el diagnóstico de muerte pueden permanecer enfocadas hacia las intervenciones biomédicas en lugar de una planificación sistemática para la atención al final de su vida. (Kennedy, 2014)

Es así, que si el médico descubre necesidades espirituales del enfermo en el proceso de morir, deberá responder a estas o guiarlo a las manos que puedan hacerlo (Bayes, 2005), pero nunca quedarse cruzado de brazos, ya que es la obligación del médico tratar al paciente como una persona en su totalidad, de manera integral. En este proceso, es fundamental el nivel de participación de los pacientes y sus familias en las decisiones de tratamiento al final de la vida (Deschepper, 2006), por lo que no podemos evaluar las condiciones propias del paciente de una enfermedad si no observamos qué apoyo recibe por parte de su familia. (Harstade, 2004).

Cuando se trata de enfermedad terminal, la muerte es el resultado inevitable, por lo que no puede ser considerado un resultado en sí mismo, sino que es la forma de morir lo que se debe evaluar. El evento a valorar negativamente sería en estos casos una muerte que se produjera sin dignidad o sin unas condiciones de mínimo confort. (Mills, 1994) Sin duda quien esté a cargo de pacientes terminales debe no sólo cargar con las tareas físicas como la higiene, la alimentación y la administración de medicamentos, que ya son de por sí una tarea difícil, compleja y que consume tiempo, sino que también deben llevar una importante carga emocional. (Rose, 1998)

Por otra parte, los pacientes en fase terminal no siempre tienen las mismas necesidades y estas pueden variar a lo largo de la enfermedad. (Stetz, 1992) Para los que cuidan estos

pacientes, presenciar el deterioro lento del enfermo en las fases finales es lo que genera el mayor sufrimiento. (Yurk, 2002)

Estos múltiples factores hacen que en el contexto del cuidado paliativo, elementos como la atención a las necesidades emocionales (Gaston-Johansson, 2013) o de información de los parientes y familiares, el poder manejar su incertidumbre y otras tareas difícilmente evaluables no sólo formen parte de la carga de trabajo a desarrollar por los profesionales (Reimer, 1991) sino que se deban llevar a cabo de una forma continua durante todo el proceso de la enfermedad hasta la muerte del paciente. (Main, 2002) (Sleeman, 2013)

Sin duda en el ámbito del cuidado paliativo es esencial el adecuado tratamiento de los síntomas, sin embargo este no puede ser considerado como suficiente por sí mismo para asegurar la consecución de una adecuada calidad de vida cercana a la muerte. (Gruenewald, 2006) Es por ello que, el tratamiento a estos pacientes en sus últimos días de vida y su cuidado tendría que ir más allá de los aspectos físicos y psicológicos, y abarcar otras potenciales causas de sufrimiento. (Enskar, 1997) Los mismos pacientes reconocen la influencia de la espiritualidad al afrontar estas enfermedades, (Alcorn, 2010) de este modo, la pérdida de la esperanza, la percepción de ser una carga para la familia, la incertidumbre frente al futuro son, además del dolor, fuentes de sufrimiento existencial que debe contemplarse en el cuidado del paciente en fase terminal (Gruenewald, 2006) (Benzein, 2001)
De ahí que el cuidado espiritual, entendido como un concepto que abarca nociones como el significado y propósito de la vida y remite a una idea de trascendencia sin limitarse a la religiosidad, (de Jager Meezenbroek, 2012) pasa a ser uno de los componentes esenciales del cuidado paliativo (Hermann, 2001) (Phelps, 2009)

Por esta razón, la delimitación de la naturaleza de los cuidados paliativos relativos a la dimensión espiritual, contemplados desde la definición de los expertos de la OMS, resulta a menudo excesivamente vaga (Gordon, 2004) y su aspiración se contradice con la evidencia (Nolan, 2011) y nos cuestiona ¿Qué tipo de necesidades espirituales tienen estos pacientes?, ¿Qué tipo de espiritualidad o creencias religiosas presentan? y ¿Cómo estas pueden contribuir a una mejor aceptación de su enfermedad y la muerte?

La presente investigación se realizó partiendo de la hipótesis de que el bienestar espiritual en pacientes en fase terminal está relacionada con la ansiedad y la depresión que presentan los enfermos terminales, como un factor importante de protección sobre estas, otorgándoles una mejor adaptación a esta etapa final de su vida y por lo tanto, una muerte más digna.

Para valorar el bienestar espiritual se escogieron las encuestas FACIT-Sp-Ex (*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires*). Estas encuestas han sido validadas por diferentes estudios en todo el mundo y, la versión en español, recientemente en n = 269 pacientes con cáncer en Colombia, país vecino que presenta una realidad similar a la del Ecuador. Dicho estudio valida estas encuestas como un instrumento adecuado para medir el bienestar espiritual de pacientes con cáncer. (Sierra Matamoros, 2012)

Para valorar la ansiedad y depresión de estos pacientes se escogió la encuesta HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale), ya que la valoración psiquiátrica de pacientes hospitalizados no es tan sencilla, esto se debe a que algunos síntomas somáticos propios de la ansiedad y depresión pueden justificarse como resultado de su enfermedad. Esta encuesta también ha sido validada como un instrumento adecuado para medir la depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados alrededor de todo el mundo desde 1983 y su versión en español, traducida y validada en 1986 por Tejero, Guimerá, Farré & Peri; fue validada hace poco tiempo en México, en n = 150 pacientes con infección por VIH. (Nogueda Orozco, 2013)

OBJETIVOS

Objetivo general:

Contribuir al conocimiento sobre la influencia que ejerce el bienestar espiritual en la aceptación de la enfermedad y de la muerte, a través de la aplicación de encuestas y tests para determinar la correlación existente entre el grado de espiritualidad y el grado de depresión y ansiedad en pacientes terminales para mejorar en estos la atención paliativa.

Objetivos específicos:

- Determinar el bienestar espiritual y las creencias y prácticas espirituales de estos pacientes.
- Determinar la correlación existente entre el grado de depresión y el grado de espiritualidad del paciente.
- Determinar la correlación existente entre el grado de ansiedad y el grado de espiritualidad del paciente.

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Según el tipo de análisis es descriptivo, el diseño cuantitativo y el enfoque transversal

3.2. Universo:

Pacientes con enfermedades avanzadas y con enfermedades oncológicas en fase terminal que acudan a los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja durante junio de 2013 a marzo de 2014, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Muestra

Muestreo no probabilístico por cuotas en el cual se completa un grupo de n=100 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que cumplan con los criterios de enfermedad terminal según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) anteriormente expuestos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con dificultades físicas o mentales que impidan la comunicación.

3.4. Operacionalización de las variables:

Tabla Nº 1.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN
1) Bienestar espiritual	Bienestar espiritual es poder encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece. Esta interrelación puede ser experimentada en forma intrapersonal, interpersonal o transpersonal	FACIT-Ex, FACIT-Sp Puntuación sobre 44, a mayor puntuación, mayor será el bienestar espiritual	- Media - Desviación típica - Mínimo - Máximo
2) Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la	ESCALA DE DEPRESIÓN (HADS: Hospital Anxiety	- Frecuencia - Porcentaje

	presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS)	and Depression Scale) Puntuación - Normal: < 8 - Riesgo: 8 - 10 - Alterado: > 10	
3) Ansiedad	La ansiedad es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación, en la cual la fuente de estos síntomas no siempre se conoce. (Medline Plus)	ESCALA DE ANSIEDAD (HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale) Puntuación - Normal: < 8 - Riesgo: 8 - 10 - Alterado: > 10	- Frecuencia - Porcentaje
4) Edad	Cantidad de años que una persona ha vivido.	Años cumplidos	- Media - Desviación típica - Mínimo - Máximo

Tabla Nº 2.

Variables independientes		**Variables dependientes**
Bienestar espiritual Edad	VS	Depresión

Tabla Nº 3.

Variables independientes		**Variables dependientes**
Bienestar espiritual Edad	VS	Ansiedad

3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos

Métodos: observación
Instrumentos: encuestas

3.6. Procedimiento de recolección de datos.

- Se realizó la búsqueda de instrumentos y herramientas que permitan conocer el grado de bienestar espiritual y cierto grado de aceptación de la enfermedad (depresión y ansiedad) en pacientes en fase terminal.

- Una vez obtenidos los instrumentos de recolección de datos, se habló con las autoridades de los hospitales Isidro Ayora, Manuel Ygnacio Monteros e Instituto del Cáncer Solca y se pidió autorización para la realizar la investigación.

- Se seleccionaron los pacientes por medio de los criterios de inclusión y exclusión ya expuestos, revisando las historias clínicas de cada paciente.

- El presente proyecto no tiene conflictos de interés y se cuidó la confidencialidad de los pacientes mediante un consentimiento informado sin incluir datos personales en las encuestas.

- Se aplicaron las encuestas a los pacientes seleccionados que estuvieron dispuestos a colaborar con la investigación.

3.7. Plan de tabulación y análisis.

Se realizó una base de datos en Excel y se transfirió a SPSS. El análisis de la variables categóricas se realizó con frecuencia simple y la asociación de las variables de bienestar espiritual y edad con las variables de ansiedad y depresión, mediante un análisis bivariado, usando la razón de Pearson, con un valor -1<= o <=1 y determinando la significancia estadística.

RESULTADOS

Resultados generales

Luego de haber realizado las encuestas FACIT-Ex, FACIT-Sp, y HADS de manera minuciosa a 100 pacientes en el período junio de 2013 a marzo de 2014, se han obtenido los siguientes datos de cada paciente lo que permitió determinar:

4.1 Resultado de los puntajes obtenidos en el test de bienestar espiritual FACIT Sp – 12 y FACIT Sp – EX de pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja.

		SUMA DEL TEST DE BIENESTAR ESPIRITUAL
N	Válidos	100
	Perdidos	0
Media		31,37
Desviación típica		8,935
Mínimo		6
Máximo		44
Percentiles	25	26,25
	50	32,00
	75	38,00

TABLA No. 1
Suma del test de bienestar espiritual FACIT Sp – 12 y FACIT Sp – EX
FUENTE: Pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja período junio 2013 - marzo 2014
ELABORADO: Luis Eduardo Celi Cueva

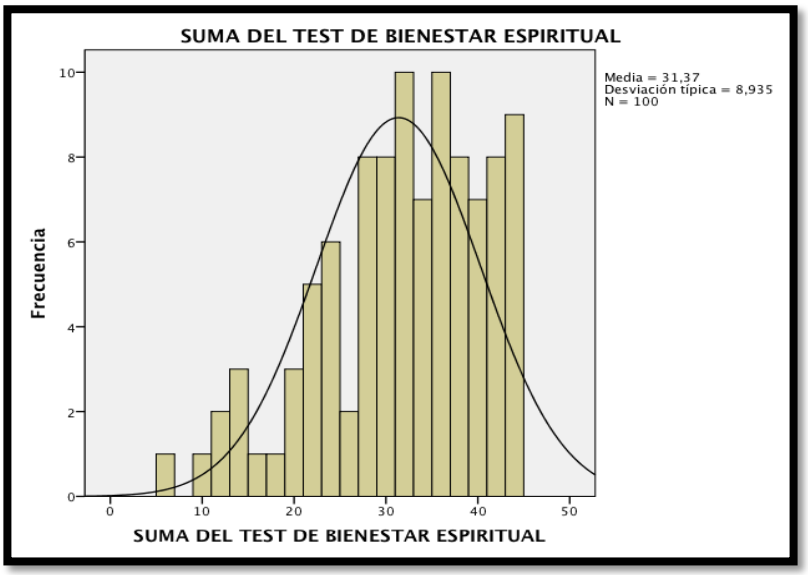

GRÁFICO No. 1
Suma del test de bienestar espiritual FACIT Sp – 12 y FACIT Sp – EX
FUENTE: Pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja período junio 2013 - marzo 2014
ELABORADO: Luis Eduardo Celi Cueva

INTERPRETACIÓN:
La puntuación del test de bienestar espiritual es sobre 44 puntos, sin una puntuación base para el grado de bienestar espiritual, a mayor puntuación, mayor será este. Los pacientes terminales entrevistados tuvieron una puntuación media de 31, 37 puntos y una desviación típica de 8,935, con una puntuación mínima de 6 puntos y una máxima de 44.
La mayoría de los pacientes encuestados tuvo puntajes de bienestar espiritual cercanos a la máxima puntuación (media = 31,37) que pueden ser considerados como un adecuado bienestar espiritual. Sin embargo, aunque fue la minoría, también hubo pacientes con puntajes inferiores y cercanos a la puntuación mínima que pueden se considerados como un escaso bienestar espiritual.

4.2 Resultado de los puntajes obtenidos en el test de depresión de pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja

Escala de depresión		
	Puntuación	**% de pacientes**
Normal	<8	72 %
Riesgo	8 a 10	13 %
Alterado	>10	15 %
TOTAL		**100 %**

TABLA No. 2
Suma del test de depresión
FUENTE: Pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja período junio 2013 - marzo 2014
ELABORADO: Luis Eduardo Celi Cueva

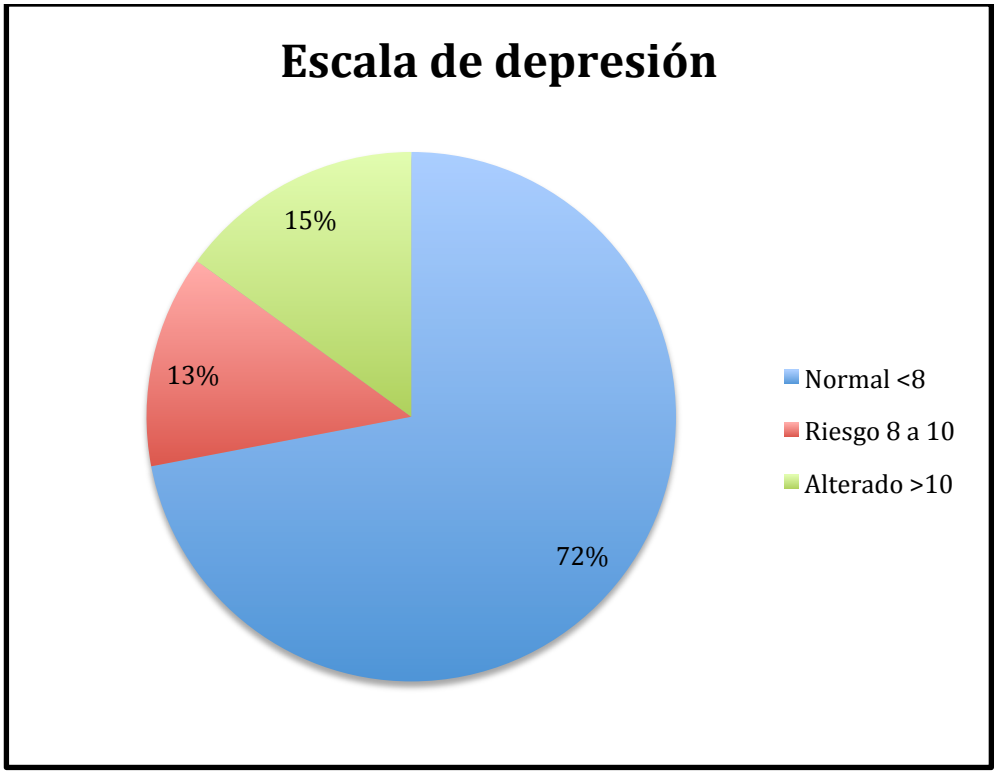

GRÁFICO No. 2
Suma del test de depresión
FUENTE: Pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja período junio 2013 - marzo 2014
ELABORADO: Luis Eduardo Celi Cueva

INTERPRETACIÓN:
El test de depresión tiene la siguiente interpretación: una puntuación normal, menos de 8 puntos; con riesgo, de 8 a 10 puntos y con alteración, mayor a 10 puntos. De los pacientes terminales entrevistados el 72% tuvo una puntuación normal, el 13 % tuvo una puntuación equivalente a tener riesgo de sufrir depresión y el 15 % restante tuvo una puntuación indicativa de sufrir depresión el momento en que fue encuestado. Lo que significa que aproximadamente 1 de cada 4 pacientes terminales sufre o está en riesgo de sufrir depresión.

4.3 Resultado de los puntajes obtenidos en el test de ansiedad de pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja

Escala de ansiedad		
	Puntuación	**% de pacientes**
Normal	<8	70 %
Riesgo	8 a 10	14 %
Alterado	>10	16 %
TOTAL		**100 %**

TABLA No. 3
Suma del test de ansiedad
FUENTE: Pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja período junio 2013 - marzo 2014
ELABORADO: Luis Eduardo Celi Cueva

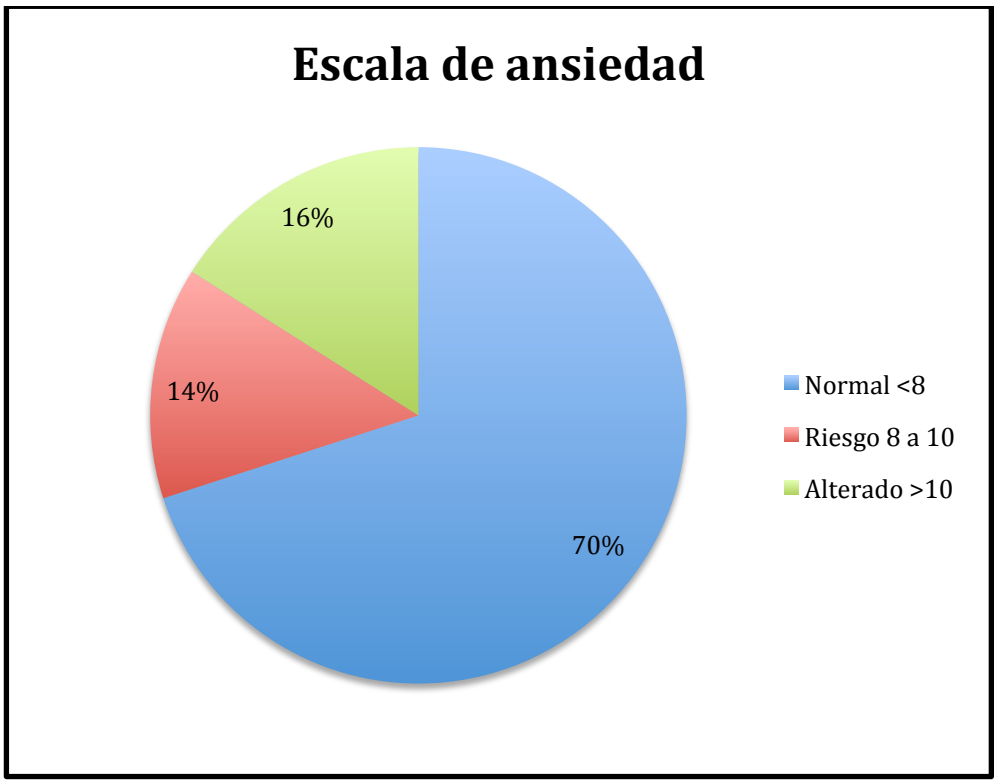

GRÁFICO No. 3
Suma del test de ansiedad
FUENTE: Pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja período junio 2013 - marzo 2014
ELABORADO: Luis Eduardo Celi Cueva

INTERPRETACIÓN:
El test de ansiedad tiene la siguiente interpretación: una puntuación normal, menos de 8 puntos; con riesgo, de 8 a 10 puntos y con alteración, mayor a 10 puntos. De los pacientes terminales entrevistados el 70% tuvo una puntuación normal, el 14 % tuvo una puntuación equivalente a tener riesgo de sufrir ansiedad y el 16 % restante tuvo una puntuación indicativa de sufrir ansiedad el momento en que fue encuestado. Lo que significa que, al igual que con la depresión, que aproximadamente 1 de cada 3 pacientes terminales sufre o está en riesgo de sufrir ansiedad.

4.4 Edad de pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja

		EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS
N	Válidos	100
	Perdidos	0
Media		56,36
Desviación típica		20,437
Mínimo		16
Máximo		92

TABLA No. 4
Edad en años cumplidos
FUENTE: Pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja período junio 2013 - marzo 2014
ELABORADO: Luis Eduardo Celi Cueva

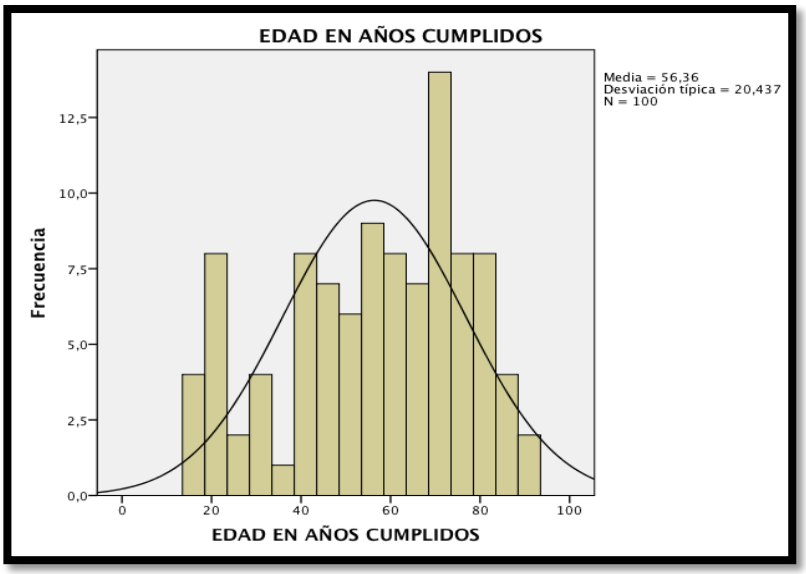

GRÁFICO No. 4
Edad en años cumplidos
FUENTE: Pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja período junio 2013 - marzo 2014
ELABORADO: Luis Eduardo Celi Cueva

INTERPRETACIÓN:
Los pacientes terminales entrevistados tienen un rango de edad que va desde 16 años el menor y 92 años el mayor, con una edad media de 56,36 y una desviación típica de 20,437.

4.5 Correlación de Pearson entre las variables edad, suma del test de bienestar espiritual, suma del test de ansiedad y suma del test de depresión en pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja.

		EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	SUMA DEL TEST DE BIENESTAR ESPIRITUAL	SUMA DEL TEST DE ANSIEDAD	SUMA DEL TEST DE DEPRESIÓN
EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	Correlación de Pearson	1	,017	,115	,248*
	Sig. (bilateral)		,863	,256	,013
	N	100	100	100	100
SUMA DEL TEST DE BIENESTAR ESPIRITUAL	Correlación de Pearson	,017	1	-,042	-,506**
	Sig. (bilateral)	,863		,680	,000
	N	100	100	100	100
SUMA DEL TEST DE ANSIEDAD	Correlación de Pearson	,115	-,042	1	,187
	Sig. (bilateral)	,256	,680		,062
	N	100	100	100	100
SUMA DEL TEST DE DEPRESIÓN	Correlación de Pearson	,248*	-,506**	,187	1
	Sig. (bilateral)	,013	,000	,062	
	N	100	100	100	100

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

TABLA No. 5
Correlación de Pearson entre las variables edad, test de bienestar espiritual, test de ansiedad y test de depresión
FUENTE: Pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja período junio 2013 - marzo 2014
ELABORADO: Luis Eduardo Celi Cueva

INTERPRETACIÓN:
La correlación de Pearson más fuerte se da entre el puntaje obtenido en el test de espiritualidad y el test de depresión, dando como resultado una correlación negativa fuerte y estadísticamente significante, (r. -,506; p. <0,001) en la que se asocia un mayor puntaje de bienestar espiritual con menor puntaje de depresión.
La correlación de Pearson entre la edad y el test de depresión manifiesta que los pacientes con mayor edad tuvieron un puntaje más alto de depresión, aunque la relación no fue muy fuerte (r. ,248; p. <0,013), sin embargo es significativo estadísticamente.
No se encontró relación entre el bienestar espiritual y la ansiedad (r. -,042; p. 0,680). o la edad y la ansiedad (r. -,115; p. 0,256).

Estos resultados muestran que la espiritualidad en los pacientes terminales encuestados sirvió como un factor de protección ante la depresión y les ayudó a aceptar su enfermedad. De aquí se desprende que es importante atender la espiritualidad de pacientes terminales para paliar su sufrimiento en esta etapa final de su enfermedad.

4.6 Correlación de Pearson entre las ítems del test de bienestar espiritual que tuvieron mayor influencia sobre el puntaje del test de depresión en pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja.

		TENGO UNA RAZÓN PARA VIVIR	SIENTO QUE MI VIDA TIENE SENTIDO	A MI VIDA LE FALTA SENTIDO Y PROPÓSITO
SUMA DEL TEST DE DEPRESIÓN	Correlación de Pearson	-,374**	-,389**	,457**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
	N	100	100	100

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

TABLA No. 6
Correlación de Pearson entre las preguntas del test de bienestar espiritual que tuvieron mayor influencia sobre el puntaje del test de depresión
FUENTE: Pacientes terminales encuestados en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja período junio 2013 - marzo 2014
ELABORADO: Luis Eduardo Celi Cueva

INTERPRETACIÓN:
Se realizó la correlación de Pearson entre cada una de las preguntas del test de bienestar espiritual y el de depresión. Las tres preguntas que tuvieron una correlación de Pearson mas fuerte más fuerte fueron “Tengo una razón para vivir” (r. -,374; p. <0,001), “Siento que mi vida tiene sentido” (r. -,389; p. <0,001) y “A mi vida le falta sentido y propósito” (r. -,457; p. <0,001); lo que indica una relación inversa fuerte y estadísticamente significante que manifiesta que los aspectos más importantes del bienestar espiritual que intervienen en la depresión de un paciente son aquellos que le dan a la persona un sentido y una razón para vivir.

DISCUSIÓN

Los objetivos del presente estudio fueron cumplidos ya que se determinó el bienestar espiritual junto con el grado de depresión y ansiedad de pacientes terminales y cómo pueden influir estas variables entre sí. Se partió con la hipótesis de que la espiritualidad en cuidados paliativos tiene una importancia trascendental para poder tratar o prevenir trastornos de ansiedad o depresión en dichos pacientes.

Este estudio mostró una asociación fuerte entre la espiritualidad de pacientes terminales con sus niveles de depresión. Se encontró una relación negativa muy fuerte y estadísticamente significativa (r. -,506; p. <0,001); siendo así, que los pacientes que tuvieron un mayor puntaje en el test de bienestar espiritual (FACIT) presentaron puntajes más bajos, es decir, sin riesgo ni presencia de posible alteración, en el test de depresión (HADS), que da como resultado que un mayor bienestar espiritual puede proteger contra la depresión a estos pacientes. También se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa entre la edad de estos pacientes con el grado de depresión, esto pone de manifiesto que los pacientes con mayor edad tuvieron un puntaje más alto en el test de depresión (HADS), aunque la relación no fue muy fuerte (r. ,248; p. <0,013). No se encontró relación estadísticamente significativa entre el bienestar espiritual y la ansiedad (r. -,042; p. 0,680) o la edad y la ansiedad (r. -,115; p. 0,256).

La literatura revisada corrobora estos hallazgos. El presente estudio utiliza las mismas herramientas que los publicados por Ahn y Ando para evaluar el bienestar espiritual (FACIT), la depresión y la ansiedad (HADS). Dichos trabajos reportan que los pacientes con cáncer terminal que recibieron asistencia espiritual dos veces en una semana, obtuvieron un aumento estadísticamente significativo en cuanto a su bienestar espiritual y también una disminución en sus niveles de ansiedad y depresión, con disminución significativa de esta última. Mientras que el grupo de control, que no recibió asistencia espiritual, no presentó cambios tanto en su bienestar espiritual como en sus niveles de ansiedad y depresión. (Ahn, 2012) (Ando, 2014). Los resultados obtenidos en los trabajos citados anteriormente coinciden con los resultados obtenidos en el presente estudio que ponen de manifiesto el bienestar espiritual como un factor protector ante la depresión en pacientes terminales.

Por otra parte, el artículo de Moeini publicado recientemente demostró que con un programa espiritual aplicado a pacientes con leucemia se logró reducir sus niveles de ansiedad. (Moeini, 2014) Es probable que la causa para encontrar esta diferencia, sea el estado terminal de los pacientes. La ansiedad refleja preocupación por el futuro, mientras que la depresión lo hace por el pasado; así, los pacientes terminales al estar conscientes de su condición, tienden a preocuparse más por las cosas no resueltas de su vida y todo lo que concierne a su pasado, mientras aquellos con leucemia, que no están en fase terminal, se preocupan más sobre su expectativa de vida y lo que concierne a su futuro.

Es importante mencionar que el concepto de bienestar espiritual no cabe dentro de una definición cerrada y concreta ya que son muchos puntos de la vida de cada persona que van a influir de manera directa o indirecta sobre este, como la cultura, religión, sociedad, instrucción, entre otros; por lo que se hace hincapié en los puntos más importantes de la espiritualidad en pacientes terminales. Así, tener un sentido (r. -,389; p. <0,001), razón (r. -,374; p. <0,001) y propósito (r. -,248; p. <0,001) en la vida, demostraron tener una influencia determinante sobre la depresión o el riesgo de padecerla en pacientes en etapa terminal

CONCLUSIONES

- Los pacientes presentaron una media de bienestar de 31, 37 puntos y una desviación típica de 8,935, con una puntuación mínima de 6 puntos y una máxima de 44, lo que significa que la mayoría de los pacientes encuestados tuvo un bienestar espiritual confortable al obtener más de dos tercios de la puntuación total (media de 31,37 > 29,33)
- El 72% de los pacientes terminales entrevistados tuvo una puntuación normal en el test de depresión, el 13 % tuvo una puntuación equivalente a tener riesgo de sufrir depresión y el 15 % restante tuvo una puntuación indicativa de sufrir depresión el momento en que fue encuestado. Lo que significa que aproximadamente 1 de cada 4 pacientes terminales encuestados sufría o estaba en riesgo de sufrir depresión.
- El 70% de los pacientes terminales entrevistados tuvo una puntuación normal en el test de ansiedad, el 14 % tuvo una puntuación equivalente a tener riesgo de sufrir depresión y el 16 % restante tuvo una puntuación indicativa de sufrir depresión el momento en que fue encuestado. Lo que significa que aproximadamente 1 de cada 4 pacientes terminales encuestados sufría o estaba en riesgo de sufrir ansiedad.
- Se encontró una relación inversa fuerte y estadísticamente significativa (r. -,506; p. <0,001) entre la espiritualidad y la depresión, en la que los pacientes con niveles altos de bienestar espiritual tuvieron puntajes bajos de depresión, lo que manifiesta que la espiritualidad en los pacientes terminales encuestados sirvió como un factor de protección ante la depresión y les ayudó a aceptar su enfermedad.
- Se encontró una relación directa estadísticamente significativa pero no muy fuerte (r. ,248; p <0,013) entre la edad de un paciente y la depresión, en la se manifiesta que los pacientes con mayor edad tuvieron un puntaje más alto de depresión.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre el bienestar espiritual y la ansiedad (r. -,042; p. <0,013) o la edad y la ansiedad (r. -,115; p. 0,256).

RECOMENDACIONES

Se recomienda que el cuidado paliativo que brindan los profesionales de la salud a los pacientes terminales no tenga como objetivo tratar el sufrimiento solamente desde lo aspectos físicos más manifiestos como el dolor y demás síntomas, sino que se aplique un enfoque multi e interdisciplinario que abarque otros aspectos como fuente de sufrimiento para estos, que tenga en cuenta sus necesidades espirituales y como asistirlas adecuadamente.
Se hace hincapié en la asistencia espiritual a estos pacientes ya que la espiritualidad tiene un impacto positivo sobre la aceptación de la enfermedad y su condición cercana a la muerte, actuando como un factor protector ante la depresión, lo que significa una mejor calidad de vida y una preparación más digna para su muerte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahn, S. (2012). Effects of a short-term life review on spiritual well-being, depression, and anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of Korean Academy of Nursing , 42* (1), 28-35.
2. Alcorn, S. (2010). ''If God Wanted Me Yesterday, I Wouldn't Be Here Today'': Religious and Spiritual Themes in Patients' Experiences of Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine , 13*, 581-588.
3. Allen, R. (2013). Does religiousness and spirituality moderate the relations between physical and mental health among aging prisoners? *International Journal of Geriatric Psychiatry , 28* (7), 710-717.
4. Amuzie, R. (2012). A systematic review: the role of spirituality in reducing depression in people living with HIV/AIDS. *British Journal of General Practice , 62* (595), 68.
5. Ando, M. (2014). Universality of bereavement life review for spirituality and depression in bereaved families. *The American Journal of Hospice & Palliative Care. , 31* (3), 327-330.
6. Balboni, M. (2013). Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY , 31* (4).
7. Balbuena, L. (2013). Religious attendance, spirituality, and major depression in Canada: a 14-year follow-up study. *Canadian Journal of Psychiatry , 58* (4), 225-232.
8. Ballew, S. (2012). The role of spiritual experiences and activities in the relationship between chronic illness and psychological well-being. *Journal of Religion and Health , 51* (4), 1386-1396.
9. Bayes, R. (2005). *¿Debe implicarse el médico en las necesidades espirituales del enfermo en el proceso de morir?* (Vol. LXVIII). (H. m. Salud, Ed.) Barcelona, España.
10. Bennet, K. (2013). Depression in Australian women: the varied roles of spirituality and social support. *Journal of Health Psychology , 18* (3), 429-438.
11. Benzein, E. (2001). *The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care* (Vol. 15). Palliative Medicine.
12. Boelens, P. (2012). The effect of prayer on depression and anxiety: maintenance of positive influence one year after prayer intervention. *International Journal of Psychiatry in medicine , 43* (1), 85-98.
13. Buck, H. (2012). A psychometric analysis of the spiritual needs inventory in informal caregivers of patients with cancer in hospice home care. *Oncology Nursing Forum. , 39* (4), 332-339.
14. Caplan, L. (2013). Religiosity and Function Among Community-Dwelling Older Adult Survivors of Cancer. *Journal of religion, spirituality & aging , 25* (4), 311-325.
15. Creutzfeldt, C. (2012). Symptomatic and palliative care for stroke survivors. *Journal of General Internal Medicine. , 27* (7), 853-860.
16. Crystal, L. (2014). Dimensions of Religiousness and Spirituality as Predictors of Well-Being in Advanced Chronic Heart Failure Patients. *Journal of Religion and Health , 53* (2), 579-590.
17. de Jager Meezenbroek, E. (2012). Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires . *Journal of Religion and Health* (51), 336-354.
18. Delgado-Guay, M. (2013). Spirituality, religiosity, and spiritual pain among caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of Terminal Oncology , 30* (5), 455-461.

19. Delgado-Guay, M. O. (2011). *Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients* (Vol. 41). Houston, Texas, Estados Unidos: Journal of Pain and Symptom Management .
20. Deschepper, R. (2006). *Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flanders, Belgium* (Vol. 56). Bégica: British Journal of General Practice.
21. Douglas, S. (2013). The impact of patient quality of life and spirituality upon caregiver depression for those with advanced cancer. *Palliative & Supportive Care , 11* (5), 389-396.
22. Enskar, K. (1997). *Life situation and problems as reported by children with cancer and their parents* (Vol. 14). Journal of Pediatric Oncology Nursing.
23. Farias, M. (2013). Unusual but sound minds: mental health indicators in spiritual individuals. *British journal of Psychology , 104* (3), 364-381.
24. Gaston-Johansson, F. (2013). Universality of bereavement life review for spirituality and depression in bereaved families. *Oncology Nursing Forum , 40* (2), 120-131.
25. Gordon, T. A. (2004). *Competency model for the assessment and delivery of spiritual care* (Vol. 14). Palliative Medicine.
26. Gruenewald, D. (2006). *The illness experience of older adults near the end of life: a systematic review* (Vol. 24). Estados Unidos: Anesthesiology Clinics of North America.
27. Harstade, C. W. (2004). *Good palliative care: how and where? The patients' opinions.* (Vol. 6). Journal of Hospice and Palliative Nursing.
28. Hermann, C. P. (2001). *Spiritual needs of dying patients: a qualitative study.* Oncology Nursing Forum.
29. Higginson, I. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European Journal of Cancer , 44* (10), 1414-1424.
30. Hinshaw, D. B. (2002). *The Spiritual Needs of the Dying Patient .* Michigan, Estados Unidos: The American College of Surgeons .
31. Hourani, L. (2012). Influence of spirituality on depression, posttraumatic stress disorder, and suicidality in active duty military personnel. *Depression research and treatment* .
32. Isaacson, W. (2011). *iSteve: The Book of Jobs.* Estados Unidos: Simon & Schuster.
33. Ispizua, C. U. (2002). *Práctica médica y sufrimiento espiritual* (Vol. 46). Pamplona, España: Revista Médica Universidad de Navarra.
34. Jafari, N. (28 de noviembre de 2014). Spiritual Well-Being and Quality of Life of Iranian Adults with Type 2 Diabetes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* .
35. Janz, N. (2014). Emotional well-being years post-treatment for breast cancer: prospective, multi-ethnic, and population-based analysis. . *Journal of Cancer Survivorship , 8* (1), 131-142.
36. Jegan, N. (2013). Coping resources in a sample of chronic low back pain patients. Evaluation of the questionnaire for back pain. *Gesellschaft zum Studium des Schmerzes für Deutschland Österreich und die Schweiz Schmerztherapeutische Kolloquium , 27* (5), 487-496.
37. Kao, C.-Y. (2013). Does the Awareness of Terminal Illness Influence Cancer Patients' Psycho-spiritual State, and Their DNR Signing: A Survey in Taiwan. *Japanese Journal of Clinical Oncology , 43* (9), 910-916.
38. Kennedy, A. (2014). *Diagnosing dying: an integrative literature review. .* BMJ Supportive & Palliative Care.
39. King, M. (2013). Spiritual beliefs near the end of life: a prospective cohort study of people with cancer receiving palliative care. *Journal of the Psychological, Socail and Behavioral Dimensions of Cancer , 22* (11).
40. Koenig, H. (16 de diciembre de 2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *International Scholarly Research Network psychiatry* .

41. Koenig, H. (2012). Religion, spirituality and mental health in the West and the Middle East. *Asian Journal of Psychiatry , 5* (2), 1280-182.
42. Kornreich, C. (2012). [Religion and brain functioning (part 2): does religion have a positive impact on mental health?]. *Revue médicale de Bruxelles , 33* (2), 87-96.
43. Krumrei, M. (2013). Jewish spirituality, depression, and health: an empirical test of a conceptual framework. *International Journal of Behavioral Medicine. , 20* (3), 327-336.
44. Lester, D. (2012). Spirituality and religiosity as predictors of depression and suicidal ideation: an exploratory study. *Psychological Reports , 110* (1), 247-250.
45. Leurent, B. (2013). Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: an international cohort study. *Psychological Medicine-Cambridge Journals , 43* (10), 2109-2120.
46. Long, C. (2011). Cultural and Spiritual Considerations in Palliative Care . *Journal of Pediatric Hematology/Oncology , 33* (2), 96-101.
47. López, J. (2012). Spirituality and self-efficacy in dementia family caregiving: trust in God and in yourself. *International Psychogeriatrics , 24* (12), 1943-1952.
48. Lucchetti, G. (octubre de 2013). Validation of the Portuguese Version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp 12) Among Brazilian Psychiatric Inpatients. *Journal of Religion and Health* .
49. Lynch, C. (2012). Association between spirituality and depression in adults with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator , 3* (427-435).
50. Lyon, M. (2014). A Longitudinal, Randomized, Controlled Trial of Advance Care Planning for Teens With Cancer: Anxiety, Depression, Quality of Life, Advance Directives, Spirituality. *Journal of Adoloescent Healt , 139* (13).
51. Lyon, M. (2014). Spiritual Well-Being Among HIV-Infected Adolescents and Their Families. *Journal of Religion and Health , 53* (3), 637-653.
52. Magtani-Chugani, V. (2010). *How to provide care for patients suffering from terminal non-oncological diseases: barriers to a palliative care approach.* (Vol. 24). Palliative Medicine.
53. Main, J. (2002). *Management of relatives of patients who are dying* (Vol. 11). Journal of Clinical Nursing.
54. McClain-Jacobson, C. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry, psychiatry, medicine, and primary care , 26* (6), 484-486.
55. Medline Plus. (n.d.). *http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/medlineplus.html*. Retrieved 15 de 10 de 2013 from Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003211.htm
56. Miller, L. (2014). Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. *Journal of the American Medical Association psychiatry , 71* (2), 128-135.
57. Miller. (2013). Spiritual awakening and depression in adolescents: A unified pathway or "two sides of the same coin". *Bulletin of the Menniger Clinic , 77* (4), 332-348.
58. Mills, M. (1994). *Care of dying patients in hospital.* British Medical Journal.
59. Mishra, S. (agosto de 2012). Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *The Cochrane Library* .
60. Moeini, M. (2014). Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research , 19* (1), 88-93.
61. Mohsen, S. (2013). Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology (Carlton, Vic.) , 18* (4), 269-275.
62. Moon, Y. (2013). Association between religiosity/spirituality and quality of life or depression among living-alone elderly in a South Korean city. *Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists. , 5* (4), 293-300.

63. Mueller, P. (2001). Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. *Mayo Clinic Proceedings , 76* (12), 1225-1235.
64. Naghi, J. (2012). The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. *Journal of Religion and Health. , 51* (4), 1124-1136.
65. Newberry, A. (2013). Exploring spirituality in family caregivers of patients with primary malignant brain tumors across the disease trajectory. *Oncology Nursing Forum , 40* (3), 119-125.
66. Nogueda Orozco, M. J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (hads): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana , 21* (2), 29-37.
67. Nolan, S. (2011). Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care , 18* (2).
68. Nyer, M. (2013). What is the Role of Alternative Treatments in Late-life Depression? *Psychiatric Clinics of North America , 36* (4), 577-596.
69. Oh, P.-J. (2012). Meta-Analysis of Spiritual Intervention Studies on Biological, Psychological, and Spiritual Outcomes. *Journal of Korean Academy of Nursing , 42* (6), 833-842.
70. OMS. (2010). *Definition of palliative care.* Ginebra, Suiza: World Health Organization.
71. OMS. (n.d.). *http://www.who.int/es/*. Retrieved 15 de 10 de 2013 from Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/topics/depression/es/
72. Papasizis, G. (16 de septiembre de 2013). Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. *Nursing & health sciences* .
73. Park, J. (2013). Daily spiritual experiences, social support, and depression among elderly Korean immigrants. *Aging & Mental Health , 17* (1), 102-108.
74. Pecoraro, A. (2013). Factors contributing to dropping out from and returning to HIV treatment in an inner city primary care HIV clinic in the United States. *AIDS Care. , 25* (11), 1399-1406.
75. Peteet, J. (19 de abril de 2012). Spiritually integrated treatment of depression: a conceptual framework. *Depression research and treatmen* .
76. Peter, E. (2014). Psychosocial Determinants of Health-Related Quality of Life of People Living with HIV/AIDS on Antiretroviral Therapy at Udupi District, Southern India. *International Journal of Preventive Medicine , 5* (2), 203-2029.
77. Phelps, A. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *American Medical Association Journal of Ethics , 11* (10), 767-771.
78. Rathier, L. (28 de noviembre de 2013). Religious Coping in Caregivers of Family Members With Dementia. *Journal of Applied Gerontology* .
79. Rawdin, B. (2013). The Relationships among Hope, Pain, Psychological Distress, and Spiritual Well-Being in Oncology Outpatients. *Journal of Palliative Medicine , 16* (2), 167-172.
80. Reimer, J. C. (1991). *Palliative care: the nurse's role in helping families through the transition of "fading away"* (Vol. 14). Cancer Nursing.
81. Ripamonti, C. (2012). Hope Herth Index (HHI): a validation study in Italian patients with solid and hematological malignancies on active cancer treatment. *Supplementi di Tumori , 98* (3), 385-392.
82. Roh, S. (28 de octubre de 2013). Typology of religiosity/spirituality in relation to perceived health, depression, and life satisfaction among older Korean immigrants. *Aging & Mental Health* , 444-453.

83. Rose, K. E. (1998). *Perceptions related to time in a qualitative study of informal carers of terminally ill cancer* (Vol. 7). Journal of Clinical Nursing. .
84. Rosmarín, D. (2013). Spiritual struggle and affective symptoms among geriatric mood disordered patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry , 29* (6), 653-660.
85. Salvat. (2010). *Salvat Básico Diccionario Enciclopédico.* Barcelona: Carvajal S.A.
86. Schreiber, J. (2011). Image of God: Effect on Coping and Psychospiritual Outcomes in Early Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum , 38* (3), 293-301.
87. SECPAL. (2010). *Guía de Cuidados Paliativos.* España: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
88. SECPAL. (2010). *Historia de los cuidados paliativos en España.* Madrid, España: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
89. SECPAL. (2013). *Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos.* (S. E. Paliativos, Ed.) Madrid, España.
90. Sleeman, K. (17 de abril de 2013). Caring for a dying patient in hospital. *British Medical Journal* , 1-9.
91. Sierra Matamoros, F. A. (2012). *Validación para la utilización en Colombia de la escala FACIT-Sp para evaluación de bienestar espiritual en pacientes con cáncer.* (I. d. Facultad de Medicina, Ed.) Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
92. Srinivasan, C. (2013). Religiosity and well-being of older adults in Chennai, India. *Aging & Mental Health , 17* (7), 880-887.
93. Steglitz, J. (2012). Divinity and distress: the impact of religion and spirituality on the mental health of HIV-positive adults in Tanzania. *AIDS and Behavior , 16* (8), 2392-2398.
94. Stephen, G. (febrero de 2014). The Association Between Spirituality and Depression in Parents Caring for Children with Developmental Disabilities: Social Support and/or Last Resort. *Journal of Religion and Healt* .
95. Stetz, K. M. (1992). *Alterations in perceptions of caregiving demands in advanced cancer during and after the experience* (Vol. 8). Estados Unidos: The Hospice Journal.
96. Sulmasy, D. P. (2011). *Spirituality, Religion, and Clinical Care .* New York, Estados Unidos: American College of Chest Physicians .
97. Sun, F. (2014). Latino Alzheimer's disease caregivers and depression: using the stress coping model to examine the effects of spirituality and religion. *Journal of Applied Gerontology* .
98. Tadwalkar, R. (2014). *The Beneficial Role of Spiritual Counseling in Heart Failure Patients.* Journal of Religion and Health.
99. Thuné-Boyle, I. (2013). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psychooncology , 22* (3), 646-658.
100. Toussaint, L. (22 de mayo de 2012). Prospective Associations between Religiousness/Spirituality and Depression and Mediating Effects of Forgiveness in a Nationally Representative Sample of United States Adults. *Depression Research and Treatment* .
101. Unterrainer, H. (2012). Soul darkness? Dimensions of religious/ spiritual well-being among mood-disordered inpatients compared to healthy controls. *Psychopathology , 45* (5), 310-316.
102. Vilalta, A. (2014). *Evaluation of Spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Unit.* Barcelona, España: Journal of Palliative Medicine. .
103. Yurk, R. (2002). *Understanding the continuum of palliative care for patients and their caregivers* (Vol. 5). Journal of Pain and Symptom Management.

ANEXOS

9.1. Anexo N.- 1

Solicitud para la autorización de la dirección médica del Hospital Instituto del Cáncer SOLCA Núcleo de Loja, para obtener acceso a los pacientes.

Loja 23 de septiembre de 2013

Dr. José María Molina
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL INSTITUTO DEL CÁNCER SOLCA NÚCLEO DE LOJA.

De mis consideraciones:

A través de la presente le hago llegar un cordial saludo, y a la vez me permito solicitar acceso a los pacientes atendidos en el hospital que tan acertadamente dirige, que cumplan con criterios de terminalidad, con la finalidad de obtener los datos necesarios para la realización de mi Trabajo de fin de titulación de la Universidad Técnica Particular de Loja de la Titulación de Médico, cuyo tema es "Evaluación del bienestar espiritual de pacientes en fase terminal, en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja, período junio 2013 - marzo 2014". El trabajo final será entregado a la dirección médica del Hospital Solca Núcleo De Loja para los efectos oportunos.

Por la favorable atención que proporcione a mi petición, estando seguro del beneficio del trabajo para la salud de la población, le agradezco anticipadamente.

Atentamente

Luis Eduardo Celi Cueva
Estudiante del 9.ciclo Titulación de Médico

Dra.
Viviana Dávalos
Tutor del proyecto de fin de titulación

9.2. Anexo N.- 2

Solicitud para la autorización de la dirección médica del Hospital Manuel Ygnacio Monteros, para obtener acceso a los pacientes.

Loja 23 de septiembre de 2013

Dr. Nelson Samaniego
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS .

De mis consideraciones:

A través de la presente le hago llegar un cordial saludo, y a la vez me permito solicitar acceso a los pacientes atendidos en el hospital que tan acertadamente dirige, que cumplan con criterios de terminalidad, con la finalidad de obtener los datos necesarios para la realización de mi Trabajo de fin de titulación de la Universidad Técnica Particular de Loja de la Titulación de Médico, cuyo tema es "Evaluación del bienestar espiritual de pacientes en fase terminal, en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja, período junio 2013 - marzo 2014". El trabajo final será entregado a la dirección médica del Hospital Manuel Ygnacio Monteros para los efectos oportunos.

Por la favorable atención que proporcione a mi petición, estando seguro del beneficio del trabajo para la salud de la población, le agradezco anticipadamente.

Atentamente

Luis Eduardo Celi Cueva
Estudiante del 9.ciclo Titulación de Médico

Dra.
Viviana Dávalos
Tutor del proyecto de fin de titulación

9.3. Anexo N.- 3

Solicitud para la autorización de la dirección médica del Hospital Isidro Ayora, para obtener acceso a los pacientes.

Loja, 26 de septiembre de 2013

Dra. Yadira Gavilanes
GERENTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA

De mis consideraciones:

A través de la presente le hago llegar un cordial saludo, y a la vez me permito solicitar acceso a los pacientes atendidos en el hospital que tan acertadamente dirige, que cumplan con criterios de terminalidad, con la finalidad de obtener los datos necesarios para la realización de mi Trabajo de fin de titulación de la Universidad Técnica Particular de Loja de la Titulación de Médico, cuyo tema es "Evaluación del bienestar espiritual de pacientes en fase terminal, en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer SOLCA de la ciudad de Loja, período junio 2013 - marzo 2014". El trabajo final será entregado a la dirección médica del Hospital Isidro Ayora para los efectos oportunos.

Por la favorable atención que proporcione a mi petición, estando seguro del beneficio del trabajo para la salud de la población, le agradezco anticipadamente.

Atentamente

Luis Eduardo Celi Cueva
Estudiante del 9.ciclo Titulación de Médico

Dra.
Viviana Dávalos
Tutor del proyecto de fin de titulación

9.4. Anexo N.- 4

Licencia para usar las encuestas "FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY" (FACIT).

FACIT.org FACIT trans

PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

June 5, 2013

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. Licensor provides to ***Viviana Davalos*** *the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **Viviana Davalos** ("INDIVIDUAL") is granted license to use the **Spanish** version of the **FACIT-Sp-Ex** in one study.

This current license extends to (INDIVIDUAL) subject to the following terms:

1) (INDIVIDUAL) 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, (INDIVIDUAL) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.

3) (INDIVIDUAL) 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.

5) This license is not extended to electronic data capture vendors of (INDIVIDUAL). 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

www.FACIT.org 381 South Cottage Hill, Elmhurst, IL, USA 60126 FAX: + 1.630.279.9465 information@FACIT.org

9.5. Anexo N.- 5

Consentimiento informado de los pacientes para su participación voluntaria en el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

He sido invitado(a) a participar en la investigación "Evaluación del bienestar espiritual de pacientes en fase terminal, en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja, período junio 2013 - marzo 2014.". Entiendo que recibiré un cuestionario con diferentes preguntas sobre mi estado emocional.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona. Se me ha informado que el presente proyecto no tiene conflictos de interés y se cuidará la confidencialidad de los datos que proporcione para la investigación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Cédula de identidad _____

Nombre del Hospital _____

Fecha _____

Nombre del encuestador _____

Firma del encuestador_____

9.6. Anexo N.- 6

Cuestionario FACIT Sp - 12 y FACIT Sp - Ex

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
TITULACIÓN DE MÉDICO

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quién le trata a saber como se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajuste a cómo se ha sentido en sus últimos 7 días.

No piense mucho las respuestas. Lo mas seguro es que si contesta deprisa sus respuestas podrán reflejar la realidad de su estado.

FACIT Sp – 12		**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchí-simo**
Sp 1	Me siento en paz	0	1	2	3	4
Sp 2	Tengo una razón para vivir	0	1	2	3	4
Sp 3	Mi vida ha sido productiva	0	1	2	3	4
Sp 4	Tengo dificultades para conseguir paz mental	0	1	2	3	4
Sp 5	Siento que mi vida tiene sentido	0	1	2	3	4
Sp 6	Soy capaz de encontrar consuelo dentro de mi mismo	0	1	2	3	4
Sp 7	Tengo un sentimiento de armonía interior	0	1	2	3	4
Sp 8	A mi vida le falta sentido y propósito	0	1	2	3	4
Sp 9	Encuentro consuelo en mi fe o en mis creencias espirituales	0	1	2	3	4
Sp 10	Encuentro fuerza en mi fe o en mis creencias espirituales	0	1	2	3	4
Sp 11	Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales	0	1	2	3	4
Sp 12	Pase lo que pase con mi enfermedad, todo va a ir bien	0	1	2	3	4

FACIT Sp – Ex		Nada poco	Un	Algo	Mucho	Muchí-simo
GE 1	Me siento triste	0	1	2	3	4
GE 2	Estoy satisfecho (a) de cómo estoy enfrentando mi enfermedad	0	1	2	3	4
GE 3	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
GE 4	Me siento nervioso	0	1	2	3	4
GE 5	Me preocupa morir	0	1	2	3	4
GE 6	Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

9.7. Anexo N.- 7

Escala de depresión y ansiedad hospitalaria HADS (Hospital Anxiety and Depresión Scale)

ESCALA DE DEPRESION Y ANSIEDAD
(HADS: Hospital Anxiety and Depresión Scale)

1. Me siento tenso o nervioso
a) Todos los días
b) Muchas veces
c) A veces
d) Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
a) Como siempre
b) No lo bastante
c) Solo un poco
d) Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
a) Definitivamente, y es muy fuerte
b) Sí, pero no muy fuerte
c) Un poco, pero no me preocupa
d) Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
a) Al igual que siempre lo hice
b) No tanto ahora
c) Casi nunca
d) Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones
a) La mayoría de las veces
b) Con bastante frecuencia
c) A veces, aunque no muy a menudo
d) Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre
a) Casi siempre
b) A veces
c) No muy a menudo
d) Nunca

7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado
a) Nunca
b) No muy a menudo
c) Por lo general
d) Siempre

8. Me siento como si cada día estuviera más lento
a) Nunca
b) A veces
c) Muy a menudo
d) Por lo general, en todo momento

9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas
a) Muy a menudo
b) Con bastante frecuencia
c) En ciertas ocasiones
d) Nunca

10. He perdido interés en mi aspecto personal
a) Me preocupo igual que siempre
b) Podría tener un poco más de cuidado
c) No me preocupa tanto como debería
d) Totalmente

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme
a) Mucho
b) Bastante
c) No mucho
d) Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro
a) Igual que siempre
b) Menos de lo acostumbrado
c) Mucho menos de lo acostumbrado
d) Nada

13. Me asaltan sentimientos de pánico
a) Muy frecuentemente
b) Bastante a menudo
c) No muy a menudo
d) Rara vez

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión
a) A menudo
b) A veces
c) No muy a menudo
d) Rara vez

Muchas gracias por su colaboración

Encuesta realizada por:

Fecha: