

# Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer

## RESUMEN

**Objetivo:** comparar la perspectiva espiritual de las mujeres diagnosticadas con cáncer propio de su género (seno, útero, ovarios) y de las mujeres diagnosticadas con otros tipos de cáncer. **Método:** diseño cuantitativo de tipo descriptivo comparativo, de corte transversal. Se empleó una encuesta sociodemográfica para caracterizar la población y la Escala de perspectiva espiritual de Pamela Reed, a la cual se le realizó el análisis de confiabilidad que reportó un alfa de Cronbach de 0,799 en el grupo 1 y 0,763 en el grupo 2. La muestra incluyó a 100 mujeres que se encuentran en tratamiento contra el cáncer. **Resultados:** la perspectiva espiritual de las mujeres con cáncer propio de su género es moderada al igual que la de las mujeres con otros tipos de cáncer; al hacer la comparación de estos dos grupos no se encontró evidencia estadística que demostrara una diferencia significativa. **Discusión:** los resultados de este estudio aportan nuevos elementos para el cuidado de las mujeres con enfermedad oncológica y señalan que una perspectiva espiritual moderada puede ser un potencial para su cuidado integral, en el que la enfermera reconozca sus objetivos en el cuidado de la mujer como un ser total, más que el tipo de cáncer que tiene.

## PALABRAS CLAVE

Espiritualidad, mujeres, neoplasias (Fuente: DeCS, Bireme).

## *The Spiritual Perspective of Women with Cancer*

## ABSTRACT

**Objective:** To compare the spiritual perspective of women diagnosed with types of cancer particular to their gender (breast, uterus, ovarian) to that of women diagnosed with other types of cancer. **Method:** This is a qualitative, cross-sectional, descriptive comparative study. Pamela Reed's spiritual perspective scale was used and its reliability with a Cronbach's alpha of 0.799 for 1 and 0.763, for group 2. The sample included 100 women who are receiving treatment for cancer. A socio-demographic survey was applied to characterize the population. **Results:** The spiritual perspective of women with types of cancer particular to their gender is moderate to equal that of women with other types of cancer. A comparison between the two groups showed no statistical evidence to demonstrate a significant difference.

1 Magíster en Enfermería. Profesora, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia. milenga@hotmail.com

2 Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar. Directora de Posgrados, Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de La Sabana, Colombia. beatriz.perez@unisabana.edu.co

**Discussion:** The results of this research provide new insights into care for women with oncological diseases. It also indicates a moderate spiritual perspective can contribute to comprehensive care in which nursing recognizes its objectives in terms of providing women with holistic attention, rather than focusing specifically on the type of cancer they have.

#### KEY WORDS

Spirituality, women neoplasias (Source: DeCS, Bireme).

## *Perspectiva espiritual da mulher com câncer*

#### RESUMO

**Objetivo:** comparar a perspectiva espiritual das mulheres diagnosticadas com câncer próprio de seu gênero (seio, útero, ovários) e das mulheres diagnosticadas com outros tipos de câncer que vão à Clínica Cancerológica de Boyacá, em Tunja-Boyacá, Colômbia. **Método:** Estudo quantitativo de tipo descritivo comparativo, de corte transversal. Empregou-se a Escala de perspectiva espiritual de Pamela Reed, com a qual se realizou a análise de validade com o alfa de Cronbach obtendo-se resultados de 0,799 para o grupo 1e para o grupo 2 de 0,763. A mostra inclui 100 mulheres que se encontram em tratamento contra o câncer. Aplicou-se uma enquete sociodemográfica para caracterizar a população. **Resultados:** a perspectiva espiritual das mulheres com câncer próprio de seu gênero é moderada assim como as mulheres com outros tipos de câncer; ao fazer a comparação desses dois grupos não se encontrou evidência estatística que demonstre uma diferença significativa. **Discussão:** a literatura aponta um aumento na espiritualidade nos indivíduos com câncer; os resultados desse estudo não permitem corroborar essa afirmação. Com base nos dados recopilados com a Escala de perspectiva espiritual de Reed, não se pode afirmar que exista diferença na perspectiva espiritual dos grupos estudados. O presente estudo colabora com um novo conhecimento para a construção do cuidado das mulheres com enfermidade oncológica e aponta que uma perspectiva espiritual moderada pode ser um potencial para seu cuidado integral, no qual a enfermeira reconhece seus objetivos no cuidado da mulher como um ser total, mais que o tipo de câncer que tem.

#### PALAVRAS-CHAVE

Espiritualidade, mulheres, neoplasias (Fonte: DeCS, Bireme).

## Introducción

El ser humano posee todas las herramientas para desarrollar sus potencialidades y para interactuar con el medio que lo rodea, de allí parten sus expresiones que dependen de los significados que haya otorgado a estas experiencias de vida. Lo anterior se ve alterado con la aparición de una enfermedad crónica, ya que esta se acompaña de la incertidumbre por las pérdidas, el dolor, la vulnerabilidad y el miedo a la muerte. Es cuando el paciente busca estrategias para hacer frente a la enfermedad y lograr la trascendencia para ir más allá de su estado actual de salud.

La respuesta de una persona a la enfermedad varía ostensiblemente según si padece una enfermedad de corta duración (aguda) o si, por el contrario, se trata de una enfermedad de larga evolución; o si además su tratamiento no es resolutivo sino paliativo, y la enfermedad trae consigo invalidez o mutilación, como en el cáncer; su diagnóstico y tratamiento afectan al individuo en su totalidad, principalmente porque tiene la característica de estar asociado con la muerte, lo cual lleva a la persona que lo padece a hacerse una serie de preguntas de carácter existencial (1).

Diversos estudios han demostrado una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad crónica y terminal, y se han encontrado correlaciones positivas entre los índices de recuperación y la espiritualidad (2, 3, 4). Estas investigaciones demuestran que, en un alto porcentaje, los individuos creen en un ser superior, y creen en el poder de este para mejorar el curso de la enfermedad (5, 6, 7, 8, 9).

La espiritualidad se asocia con la enfermedad oncológica en varios aspectos: de una parte, la misma cercanía a la muerte parece modificarla y algunos informes reportan un mayor nivel de perspectiva espiritual en las personas en esta situación (9). De otra, la reacción frente a decisiones sobre la muerte ha demostrado depender en gran proporción de las creencias, la esperanza y el contexto de la persona enferma (10). Más aún, la espiritualidad empieza a ser vista como una herramienta de trabajo en el cuidado paliativo y como un apoyo para el equipo interdisciplinario (11).

Es así como el profesional de enfermería no puede pasar por alto el proveer cuidado espiritual reconociendo las creencias y los valores espirituales del paciente, para así poder identificar sus necesidades y ofrecer el cuidado de acuerdo con estas. El reto es reconocer al paciente como una totalidad; el enfoque holístico supone que su bienestar se alcanza cuando la espiritualidad es incorporada en el cuidado, es un proceso más complicado que trasciende la enfermedad misma y que integra el cuerpo, la mente y el espíritu (12).

## Estado del arte

### *Espiritualidad*

La espiritualidad, como fenómeno universal, tiene múltiples definiciones, pero cada ser humano la experimenta de forma diferente según sus experiencias y creencias. A través de

*Diversos estudios han demostrado una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad crónica y terminal, y se han encontrado correlaciones positivas entre los índices de recuperación y la espiritualidad.*

la revisión de la literatura se encuentran numerosas definiciones de este concepto: la palabra espiritualidad se deriva del latín “*spiritus*”, que se refiere a aliento, aire, viento. En general, se puede establecer que se define como una energía o impulso que mueve al ser y que se manifiesta según creencias y valores individuales, es la esencia del ser humano en la búsqueda de sus significados y en la búsqueda de sí mismo (13).

Durante mucho tiempo se le asignó a la espiritualidad un significado religioso, lo que afectaba su reconocimiento e importancia para el cuidado de enfermería, afectando la dimensión holística del ser humano.

### ***Espiritualidad y religión***

Se ha establecido que cualquier discusión sobre la definición de espiritualidad debe considerar su relación con la religión. Una idea común y errada es que los dos conceptos son sinónimos. Sin embargo, aunque haya una superposición, la religión y la espiritualidad son dos constructos separados y no permutables (4). La religión se define como un fenómeno social y cultural; lo espiritual es individual y personal (13, 14). De esta manera, la religión se define como un sistema organizado de creencias y de prácticas compartidas por una determinada colectividad (15).

Ellison describió el concepto de bienestar espiritual (asociado a espiritualidad) como un estado doble, con un componente religioso y otro espiritual o existencial; este aspecto otorga un sentido de propósito y satisfacción con la vida personal.

Se han desarrollado múltiples investigaciones (4, 5, 6, 7, 8, 9) donde se pretende demostrar esta conexión positiva

y todas las implicaciones que se dan en materia de cuidado y bienestar del paciente en todas sus dimensiones y en su trascendencia.

### ***Espiritualidad y salud***

En relación con la asociación de este concepto y la salud, investigaciones coinciden en señalar que existe una conexión entre una espiritualidad fuerte y una mejoría en la salud mental, con la habilidad para afrontar el estrés de una enfermedad y el duelo; y se describe la espiritualidad como la inclinación por encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece (3). A continuación se presentan algunos autores que han demostrado esta relación significativa.

Emblen analizó las definiciones de bienestar espiritual (como un concepto asociado a la espiritualidad) en la literatura de enfermería, coincidiendo en que la falta de una definición unificada sobre espiritualidad para la disciplina entorpece la investigación y el desarrollo de intervenciones espirituales (16).

Burkhardt definió la espiritualidad como “el misterio revelado por medio de una interconexión armoniosa que nace de la fortaleza íntima”, utilizó la palabra “espiritualidad” como un concepto que connota un proceso y como tal se considera más útil para enfermería (4).

Goddard, mediante un análisis filosófico del concepto, propone una definición de espiritualidad como una energía integradora que es capaz de producir armonía interna y holística, que combina cuerpo, mente y espíritu. Algunos atributos de la espiritualidad que Goddard identifica son la corporeidad, la vitalidad y la fortaleza (17).

*La espiritualidad, como fenómeno universal, tiene múltiples definiciones, pero cada ser humano la experimenta de forma diferente según sus experiencias y creencias.*

*La meta de todo profesional de enfermería es el cuidado comprehensivo del paciente, es decir, visualizándolo como una totalidad, para poder así determinar sus necesidades espirituales.*

En lo pertinente a este trabajo de investigación se revisaron las definiciones establecidas por Reed a lo largo de los diferentes estudios realizados sobre espiritualidad.

En 1987, la autora amplió el número de investigaciones sobre la espiritualidad y el bienestar de los enfermos terminales adultos. Sobre la base de las conclusiones de su estudio de 1986, Reed modificó la denominación RPS (Escala de perspectiva religiosa) y la denominó SPS (Escala de perspectiva espiritual) (18).

Reed define la espiritualidad como

puntos de vista personales (creencias) y comportamientos que expresan un sentido de relación con una dimensión trascendente o algo mayor que sí mismo. Las creencias religiosas o espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales en la vida del individuo. Estas lo ayudan a aceptar su enfermedad y poder compartir con otras personas sobre su condición de salud (18).

Posteriormente, en 1991 Reed amplió la conceptualización de la espiritualidad, describiendo la capacidad del ser humano para encontrar significados a través de lo ordinario y lo extraordinario Reed estableció que la "espiritualidad se refiere a la predisposición para hacer significados a través de un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a uno mismo", y conceptualizó que es una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida y en momentos en donde se aumenta la conciencia de la mortalidad (19).

En resumen, en la mayoría de los conceptos mencionados la espiritualidad es

asociada con un ser superior y un poder mayor que uno mismo. La totalidad, la fe en un poder mayor, y el esfuerzo por el logro de un gran ideal son vistos como la expresión de la espiritualidad en los seres humanos. Desde estas dimensiones se concibe entonces una continua interrelación que lleva a la "necesidad espiritual", que es aquello que siente la persona para mantener, aumentar o recuperar creencias, la fe o llevar a cabo obligaciones religiosas con el fin de llenar vacíos que hay en su interior. La identificación de la necesidad espiritual, según Shelly y Fish (20), en la mayoría de las personas se orienta a la búsqueda de un propósito o significado como la necesidad de amar, de relacionarse y de perdonar, lo cual tiene una gran trascendencia en la vida de las personas e influye en sus condiciones, modos, y estilos de vida, actitudes y sentimientos respecto a la enfermedad y la muerte.

Dentro de este contexto teórico, la meta de todo profesional de enfermería es el cuidado comprehensivo del paciente, es decir, visualizándolo como una totalidad, para poder así determinar sus necesidades espirituales (21). Lo anterior demuestra cómo la espiritualidad abarca a toda la persona y está presente en las actitudes, los comportamientos y las relaciones y, por tanto, se vive, ya que nace de la experiencia personal, y es un referente del sentido de vida en las personas y su plenitud (22).

El desafío está en que la profesión de enfermería se apropie de este aspecto del cuidado en la práctica diaria. Para que los profesionales de enfermería puedan brindar un buen cuidado espiritual, deben apoyar a su paciente e identificar y explorar lo que es significativo en sus vidas. Además de conocer cuáles son las formas en que ellos se ajustan al dolor y al sufrimiento

de las enfermedades. Se deben tener en cuenta, además, los problemas relacionados con “el sufrimiento espiritual” definido como una alteración en el principio vital que integra y trasciende la naturaleza biológica y psicológica del individuo; o experimenta un trastorno en el sistema de valores y creencias que le da fuerza, esperanza y significado a la vida. Este aspecto se refleja en la actitud, en el afecto, en sus expresiones verbales, en sus relaciones interpersonales y en el entorno (12). La espiritualidad en la profesión de enfermería implica la preocupación por el paciente en su necesidad de cuidado físico, de información, y su reconocimiento como persona. Es la mezcla del arte de la profesión de enfermería con la ciencia humana.

### **La espiritualidad y la enfermedad crónica**

El padecer una enfermedad crónica no solo afecta física, sino también emocional, social y, a veces, económicamente; la forma en que a un paciente le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad en particular y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de esta y el tipo de tratamientos que requiere (23).

Las enfermedades crónicas, como el cáncer, no solo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, y afectar las relaciones con los miembros de la familia y los amigos.

Los individuos con enfermedad crónica utilizan recursos espirituales tales como: pertenecer a un grupo u organización religiosa, el rezo, la lectura espiritual, la meditación y la conexión con la natura-

leza. La espiritualidad es el medio que permite superar estados en la enfermedad y proporciona un sentido o propósito acerca de la vida (24).

### **La espiritualidad y el proceso de afrontamiento de la enfermedad crónica**

La mayoría de los pacientes atraviesan varias fases en el proceso de asumir que padecen una enfermedad crónica y de aprender a vivir con ella. Cuando a una persona le diagnostican una enfermedad crónica en concreto, puede sentir muchas emociones y sentimientos encontrados (23). Estos sentimientos forman parte del principio del proceso de afrontamiento. En la etapa crítica de la enfermedad crónica se identifican una serie de reacciones comunes, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocional, mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales, y la preparación para el futuro (23). En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otra estrategia frecuente es la búsqueda de información acerca de la enfermedad y el apoyo social-familiar (23). La espiritualidad se constituye como una forma de afrontamiento para los pacientes, más que una forma de negación o evitación, algunas investigaciones han mostrado que muchos pacientes desean el reconocimiento de esta dimensión (5).

La enfermedad, las experiencias del cuidado de la salud y los eventos que a esto se asocian, tienen con frecuencia más de un significado. El significado de enfermar no es estático. Algunas veces

*En la etapa crítica de la enfermedad crónica se identifican una serie de reacciones comunes, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocional, mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales, y la preparación para el futuro.*

*La trascendencia de la enfermedad es importante porque ayuda a la persona a mirar más allá de su estado actual de salud para conectarse con una energía más alta y utilizar la fuerza de esa conexión para manejar su enfermedad y, en última instancia, alcanzar su propósito en la vida.*

puede cambiar a medida que las creencias culturales, los valores e ideologías dominantes cambian. Otras veces puede cambiar a lo largo del curso de la enfermedad crónica y se combina con un significado personal de la enfermedad que se deriva de la experiencia de vida de la persona enferma (24).

La adaptación a la enfermedad crónica puede ser difícil, pero para ello es posible utilizar estrategias frente a su desarrollo, una es reconocer la espiritualidad. La trascendencia de la enfermedad es importante porque ayuda a la persona a mirar más allá de su estado actual de salud para conectarse con una energía más alta, y utilizar la fuerza de esa conexión para manejar su enfermedad y, en última instancia, alcanzar su propósito en la vida. Todos estos aspectos de la espiritualidad contribuyen a encontrar sentido y esperanza, actitudes que ayudan y motivan a la gente a superar sus limitaciones (25).

### **Mujer y cáncer**

El cáncer es una enfermedad que a menudo cambia el futuro, y el punto de vista acerca de la vida y la muerte, por la naturaleza existencial que a esto concierne. Aunque muchas personas logran adaptarse a este proceso, ocurre también que los síntomas se prolonguen e intensifiquen, dificultándolo y causando una fuerte alteración ante la inminencia de la muerte. Para la mujer hay una multitud de factores estresantes, que van desde el impacto inicial generado por la noticia de la enfermedad, lo imprevisible de su evolución, el pronóstico de la misma, el efecto de la quimioterapia, hasta la toma de conciencia de la posibilidad de morir (26).

En muchos casos hay una gran variación del estado de ánimo y su progreso

en el tiempo, se percibe una autoimagen negativa por los cambios corporales y las pérdidas, se presenta desesperanza, una pobre respuesta al apoyo recibido, agitación y deseos de acelerar la muerte (26).

Estudios realizados en los aspectos emocionales de la mujer con cáncer han puesto de manifiesto que la dinámica familiar se ve muy afectada, lo que genera sentimientos de aislamiento, falta de comunicación, falta de apoyo emocional, alteración de la interacción "padres-hijos", soledad y represión emocional, lo que trae como consecuencia una pérdida afectiva importante, la inestabilidad en el aspecto laboral, y la carencia de planes para el futuro (27). También llega a presentarse restricción de las relaciones humanas, una sexualidad insatisfactoria e incapacidad de manifestar sus sentimientos a los otros. La ansiedad y la depresión suelen ser las respuestas psicológicas más comunes y las que más estudios han generado (28).

Por otra parte, tratamientos como la radioterapia y la quimioterapia, que pueden conseguir aumentar la expectativa de vida e incluso la curación de la mujer enferma de cáncer, empeoran su calidad de vida, ya que suelen aparecer efectos colaterales negativos, tales como náuseas y vómitos, pérdida de pelo, fatiga y ansiedad, sentimientos de culpabilidad, estados de inhibición y adinamia por todo el componente de rol sociofamiliar que desempeña; asimismo, surge la incertidumbre hacia el futuro, hacia su supervivencia y al desarrollo normal de su actividad familiar, social y laboral, todo lo anterior debido a la gran confrontación existencial sobre la vida y la muerte que se produce como consecuencia de la enfermedad (26). Estos aspectos van a ser influidos también por el tipo de cáncer que afecta a la mujer, según se relacione con su género o no.

La mujer con cáncer contextualiza los significados sobre su enfermedad según sus concepciones desde la sexualidad ya que algunas problemáticas de salud son exclusivas del género femenino y están influidas por la percepción que tienen las mujeres de su cuerpo como centro y origen de su enfermedad (26).

Por lo anteriormente mencionado, la pretensión no debe ser únicamente paliativa, se deben fomentar y fortalecer estrategias de afrontamiento y habilidades que buscan conseguir la tranquila y progresiva adaptación a los cambios de la enfermedad o a la aceptación de la cercanía de la muerte (12, 25).

## Materiales y método

El presente estudio tuvo un diseño cuantitativo de tipo descriptivo comparativo de corte transversal. Se aplicó la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed. La muestra se definió estadísticamente después de la realización de la prueba piloto y la constituyeron 100 mujeres entre 18 y 65 años; se conformaron dos grupos para lo cual se utilizó muestreo aleatorio simple a partir de un marco muestral conformado por los registros de las pacientes que asistían a la Clínica Cancerológica de Boyacá, cada uno compuesto por 50 mujeres diagnosticadas con cáncer propio de su género y otro grupo con mujeres diagnosticadas con otros tipos de cáncer, que se encuentran en tratamiento y que voluntariamente accedieron a participar en el estudio.

Estos grupos se conformaron con la finalidad de establecer la diferencia en la perspectiva espiritual según el tipo de cáncer resaltando que el tema de investigación tiene gran importancia debido

a que, en sentido general, la mujer en su integridad física y espiritual tiene un especial cuidado de su salud brindando atención a diferentes partes de su cuerpo. Puede ser común que sienta sus senos como el centro de su feminidad. Sin embargo, muchas veces ni la propia mujer alcanza a intuir la trascendencia que tienen para sí misma, hasta que se enfrenta a una enfermedad que amenaza su integridad (24).

Vinculado con el anterior punto, Szasz en 1999 (28) señala que es relevante considerar la percepción que tienen las mujeres de su cuerpo como origen de su enfermedad, como espacio donde se manifiesta la identidad de su género, en donde centran el padecimiento y el sufrimiento y, además, lo vinculan con eventos relacionados con la reproducción y la sexualidad, lo que indica que la vivencia del cáncer se percibe desde las experiencias y los significados de su corporalidad, lo que influirá en su proceso de afrontamiento.

La aplicación del instrumento tomó en promedio 40 minutos, tiempo para obtener los datos sociodemográficos, desarrollar la Escala de perspectiva espiritual y diligenciar el consentimiento informado.

La aplicación de la escala fue realizada por la investigadora principal. En todos los casos, se acompañó al participante en la investigación y se permitió que quienes quisieran y pudieran diligenciar su encuesta lo hicieran por sí mismos. El instrumento empleado para la recolección de la información fue la Escala de perspectiva espiritual de Reed, la cual consta de 10 ítems, que miden las creencias y los comportamientos espirituales de la persona, con una escala Likert de 6 puntos, con una puntuación total que puede ir de 10 a 60. Las cuatro

*Estudios realizados en los aspectos emocionales de la mujer con cáncer han puesto de manifiesto que la dinámica familiar se ve muy afectada, lo que genera sentimientos de aislamiento, falta de comunicación, falta de apoyo emocional, alteración de la interacción “padres-hijos”, soledad y represión emocional.*



*El estudio consideró los aspectos éticos referentes a la autonomía, la justicia, la beneficencia, la no maleficencia, la confidencialidad, el consentimiento informado, la autorización de las instituciones y la del autor del instrumento.*

primeras preguntas hacen referencia a la frecuencia de actividades espirituales que son practicadas por la persona (meditación y oración privada), valoradas a través de una escala Likert que oscila entre nunca y hasta más o menos una vez al día. Las seis últimas preguntas hacen referencia a los acuerdos o desacuerdos con relación a diferentes aspectos espirituales (perdón o cercanía con Dios), se evalúa también por medio de una escala Likert que tiene un puntaje que varía entre extremadamente en desacuerdo hasta extremadamente de acuerdo; ambas subescalas se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 24 la primera y de 36 la segunda.

Reed examinó la validez del constructo a través del estudio en donde 165 mujeres reportaron fortaleza religiosa asociada con altos puntajes con relación con el instrumento Escala de perspectiva espiritual (SPS).

Reed, en 1987, comprobó la validez discriminante a partir del estudio, con tres grupos de pacientes (300 sujetos de estudio): el primer grupo, adultos hospitalizados con enfermedad terminal (100); el segundo grupo, pacientes hospitalizados sin enfermedad terminal (100); el tercer grupo, pacientes sanos no hospitalizados (100), indicando diferencias significativas entre los pacientes con enfermedad terminal y los otros dos grupos de pacientes. Este es un instrumento confiable ya que en la literatura científica se encuentran sus aplicaciones en diferentes poblaciones dando un alto margen de confiabilidad

En Colombia se han realizado dos estudios aplicando la Escala de perspectiva espiritual de Reed. El primero sobre resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres mal-

tratadas en la Universidad de Antioquia. La escala de perspectiva espiritual mostró una consistencia interna de 0,8 (30).

El segundo estudio, realizado en la Universidad del Valle sobre resiliencia, con un alfa de Cronbach de 0,90 para la escala en general, 0,87 para la subescala de prácticas espirituales, y 0,79 para la subescala de creencias espirituales (31).

En el presente estudio, la escala se validó con la realización del análisis del alfa de Cronbach con resultados de 0,799 para la base de datos del grupo 1, y 0,763 para la base de datos del grupo 2.

Los datos de este estudio fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17.0; se empleó estadística descriptiva, principalmente promedios y distribución de frecuencias (32). Para describir las características sociodemográficas de la población se utilizó una encuesta identificando 11 aspectos tales como edad, estrato socioeconómico, escolaridad, ocupación, estado civil, diagnóstico, tipo de tratamiento y religión que practica.

El análisis estadístico consistió en elegir y aplicar una técnica que permitiera juzgar la hipótesis nula de igualdad de dos promedios; para la prueba de comparación entre grupos se utilizó la prueba no paramétrica Test de Mann Whitney (33).

Las hipótesis planteadas sobre la diferencia en los niveles de perspectiva espiritual entre los grupos estudiados, o la no diferencia entre ellos (hipótesis nula), fueron verificadas con un nivel de confianza del 95% (valor de p menor o igual a 0,5).

El estudio consideró los aspectos éticos (34) referentes a la autonomía, la jus-

ticia, la beneficencia, la no maleficencia, la confidencialidad, el consentimiento informado, la autorización de las instituciones y la del autor del instrumento, a quien se le solicitó el permiso para la utilización de la escala.

## Resultados y análisis

### *Perfil sociodemográfico de la muestra*

Se hizo un análisis descriptivo, principalmente de promedios y frecuencias absolutas (32) de las variables relacionadas con edad, diagnóstico y religión que practica.

El perfil sociodemográfico de los dos grupos, según los datos arrojados por la encuesta sociodemográfica, es muy homogéneo y tiene datos muy relacionados que nos indican que se originan en un mismo grupo de población con características similares. La edad promedio de las mujeres participantes para el grupo 1 fue de 52 años y para el grupo 2 fue de 48; en el caso del grupo 1 de mujeres con cáncer propio de su género (seno, útero, endocérvix y ovario), esta edad es en la que según la literatura se detectan en un mayor porcentaje los casos de cáncer de seno (35); para el grupo 2 el cáncer con mayor porcentaje fue el gástrico, lo cual coincide con los reportes del Instituto Nacional de Cancerología que lo ubica con la mayor incidencia tanto en hombres como en mujeres en Boyacá (35).

### *Niveles de perspectiva espiritual*

Para clasificar a las mujeres según el nivel de perspectiva espiritual se tomaron los niveles establecidos por Zavala *et al.*, en

su estudio sobre perspectiva espiritual en pacientes diabéticos (7), en el cual presentan los siguientes: bajo nivel de espiritualidad de 10-30 puntos, nivel moderado de 31-45 puntos, y nivel alto de espiritualidad de 46-60 puntos.

En la tabla 1 se presenta el promedio de la perspectiva espiritual general que fue de 46,12 para el grupo 1 y 43,92 para el grupo 2, lo que evidencia la similitud de los dos grupos en dicha perspectiva estableciendo un nivel moderado para los dos.

En la misma tabla se comparan los niveles de perspectiva espiritual del grupo 1, mujeres con cáncer propio de su género, y el grupo 2, mujeres con otros tipos de cáncer; no se aprecia diferencia significativa en los dos grupos; el promedio de la suma total de los enunciados fue de 46,25 para el grupo 1 y de 43,98 para el grupo 2, con un valor mínimo de 39 para el grupo 1 y de 21 para el 2, lo que ubica un nivel moderado de espiritualidad en uno de los totales del grupo 2, un máximo de 60 para el grupo 1, y de 57 para el grupo 2, en el cual no se alcanzó el puntaje máximo del nivel espiritual que es de 60. Lo anterior señala que aunque la diferencia no es significativa, sí se evidencian valores de puntajes más bajos en el grupo 2 en contraste con el grupo 1.

Los resultados en general son muy similares, y esto es corroborado por el Test para la prueba de hipótesis (Prueba de Mann Whitney) de la cual se presentan los resultados a continuación (tabla 2):

Los ítems con mayor puntaje para el grupo 1 correspondieron al 5: "Tratar de obtener perdón es una parte importante de mi creencia espiritual", con un promedio de 5,24 en el grupo 1, seguido del ítem

*La edad promedio de las mujeres participantes para el grupo 1 fue de 52 años y para el grupo 2 fue de 48; en el caso del grupo 1 de mujeres con cáncer propio de su género (seno, útero, endocérvix y ovario), esta edad es en la que según la literatura se detectan en un mayor porcentaje los casos de cáncer de seno.*

*En la comparación de los grupos 1 y 2, los ítems con mayor puntaje se relacionan con las actividades espirituales que son practicadas por la persona, tales como la meditación y la oración privada, y evidencian las reflexiones existenciales que se presentan cuando se vive la enfermedad oncológica.*

10: "Mis creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tengo sobre el significado de la vida", con un promedio de 5,14; estos ítems hacen parte de la valoración de los comportamientos espirituales en la escala.

En el grupo 2 el ítem de la escala con mayor puntaje fue el 10, con un promedio de 5,06, seguido del ítem 5, con un promedio de 5,04; estos dos ítems hacen referencia a la valoración de los comportamientos espirituales en la escala. Lo anterior señala que en la comparación de los grupos 1 y 2, los ítems con mayor puntaje se relacionan con las actividades espirituales que son practicadas por la persona, tales como la meditación y la oración privada, y evidencian las reflexiones existenciales que se presentan cuando se vive la enfermedad oncológica (8, 5). También presenta un componente de la espiritualidad que hace referencia al significado (como búsqueda del sentido de la vida y de lo que representan la enfermedad, el dolor, etc., para su trascendencia y su felicidad interior) (12).

En las tablas 3 y 4 se evidencia un valor más bajo del grupo 2 respecto al grupo 1 en lo correspondiente a creencias, en estos ítems se hace referencia a los acuerdos o desacuerdos con relación a diferentes aspectos espirituales como son el perdón o la cercanía con Dios, lo que indicaría un rango menor en el reconocimiento de estos aspectos para este grupo, hecho que afectaría el nivel óptimo de perspectiva espiritual, ya que según la literatura (18) estas creencias son fuentes de soporte y fortaleza interior que promueven al individuo hacia un óptimo nivel de bienestar. Las creencias espirituales también ayudan a resolver conflictos in-

ternos del individuo aun cuando pueden estar influenciadas o no por los aspectos religiosos, y ayudar a la solución de conflictos en la vida de los seres humanos (18), lo cual puede verse afectado en este grupo. En los ítems que están relacionados con los comportamientos espirituales, aunque la diferencia no es significativa, sí se presenta un puntaje menor en el grupo 2, respecto al grupo 1; en esta parte de la escala se hace referencia a las actividades espirituales que son practicadas por la persona, tales como la meditación y la oración.

En el grupo de edad de 18-40 años se presentó el nivel de perspectiva espiritual más alto respecto a los otros dos grupos de edad —en los cuales la perspectiva espiritual se mantiene en un nivel moderado—, considerando que en este grupo se encuentran las mujeres diagnosticadas con cáncer propio de su género (seno, útero, ovario, endocervix), que aún están en una etapa de vida sexual y reproductiva más activa que los otros dos grupos; según la revisión de la literatura, en estos tipos de diagnóstico y en estas edades, este aspecto puede afectar notablemente el estado de ánimo de la mujer; se presenta además, como se mencionó, una percepción negativa de la autoimagen por los cambios corporales y las pérdidas, desesperanza, una pobre respuesta al apoyo recibido, agitación y deseos de acelerar la muerte (28), lo que afecta el proceso de afrontamiento y puede llevar a la reflexión existencial, lo que hace surgir o incrementar las creencias y los valores espirituales; otro componente importante de la espiritualidad (valores y creencias), ya que la conexión de estos dan el significado de la vida y llevan a la fe, la esperanza, la paz y el fortalecimiento (5).

En este grupo se evidencia que los niveles de creencias, comportamientos y perspectiva espiritual total se encuentran en moderado en los dos grupos.

Con este ítem se esperaba contrastar la parte de prácticas religiosas con las creencias y los comportamientos espirituales y, asimismo, con la perspectiva espiritual del grupo 1; en este grupo se presenta una leve diferencia en la perspectiva espiritual, entre los que sí asisten a prácticas religiosas y los que no, resaltando una de las dimensiones de la espiritualidad como es la parte de religiosidad.

En el grupo 2 la diferencia es mayor dos puntos entre las mujeres que sí asisten a prácticas religiosas y las que no; la perspectiva espiritual total, al comparar los dos grupos, se encuentra en su máximo valor en el grupo 1, lo que se manifiesta en un mayor sentido de trascendencia vertical (de las personas hacia Dios, un ser superior o una fuerza superior) que horizontal (de ellas hacia sí mismas, hacia los demás y hacia el entorno). Se evidencian algunos componentes de la espiritualidad: la conexión, en este caso con un ser superior, y la trascendencia (12).

Tanto en el grupo uno como en el dos el mayor porcentaje de la población se clasificó como católica. Al hacer la comparación, las católicas no tuvieron la perspectiva espiritual más alta, y en las cristianas se encontró un nivel ligeramente más alto, lo cual nos reafirma que la religión y la espiritualidad son constructos diferentes y no permutables, y se ratifica que la espiritualidad no es prerrogativa de los creyentes, pues puede estar desvinculada de la religión y no ser expresada como una práctica religiosa (5). Se observa, entonces, que el tipo de religión que se practique no

establece con certeza que una mujer sea más espiritual que otra.

## Discusión

Puesto que la literatura señala que con la enfermedad oncológica (crónica) se genera un impacto en la espiritualidad, y que esta a su vez tiene efectos en la vivencia de la enfermedad, sería de esperar que la diferencia encontrada entre los grupos fuera mayor. Algunos de los argumentos que podrían explicar que el estudio apoye la hipótesis nula, que estableció que no hay diferencias entre los grupos, se enuncian a continuación:

En primer lugar, los dos grupos tenían el mismo diagnóstico (cáncer) y la diferencia se establecía en el lugar o sistema del organismo que afectaba; en el caso del grupo 1, mujeres con cáncer propio de su género, que se asociaba con su dimensión sexual y reproductiva, y en el grupo 2 a otros tipos de cáncer en otras partes del cuerpo. Tal vez en la conciencia de las mujeres de ambos grupos la enfermedad no se asociaba a la parte del cuerpo en la que se desarrollaba el cáncer, sino al diagnóstico de esta enfermedad y su estrecha relación con la muerte (26, 28, 29). Es decir, una persona puede encontrar significado y propósito en su experiencia de salud (enfermedad oncológica, sin importar qué parte afecte) que la lleve a la construcción de cambios en la vida y la reorganización de los valores personales, y otra puede no hacerlo.

Secoli *et al.* (29), en su artículo “El cuidado de la persona con cáncer: un abordaje psicosocial”, manifiestan que el cáncer no es una enfermedad homogénea; en ella se presentan una enorme variedad de tipos que afectan a las personas en su di-

*El presente estudio aporta nuevo conocimiento a la construcción del cuidado de las mujeres con enfermedad oncológica y señala que una perspectiva espiritual moderada puede ser un potencial para su cuidado integral, en el que la enfermera reconozca sus objetivos en el cuidado de la mujer como un ser total, más que al tipo de cáncer que tiene.*

versidad determinada por la edad, el sexo, el momento de la vida en que esta acontece, el soporte emocional que posee, entre otros, situación que dificulta “englobar en una simple palabra el universo de acontecimientos físicos y mentales”.

Otra posible explicación es que las edades promedio para los dos grupos oscilaban entre los 45 y los 55 años, en los que la vida reproductiva de la mujer ya está finalizando, y tal vez su dimensión espiritual en relación consigo misma no se ve significativamente deteriorada, por lo cual su perspectiva espiritual no se ve muy afectada.

La falta de estudios que muestren y relacionen los niveles de perspectiva espiritual en las mujeres con cáncer en el contexto colombiano y departamental impide hacer un contraste del presente trabajo con otros similares para poder relacionar si el hecho de estar en un contexto de tradición religiosa influye en el significado que hace la mujer de su enfermedad oncológica.

## Conclusiones y recomendaciones

En las mujeres con enfermedad oncológica que asistieron a la Clínica Cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tunja, en los meses de junio a septiembre de 2009, se encontró que el nivel de perspectiva espiritual del grupo 1 es moderado, al igual que el de las mujeres con diagnóstico de otro tipo de cáncer. Al comparar la perspectiva espiritual de estos dos grupos no se encontró evidencia estadística que señale diferencias significativas.

Con base en los datos recopilados en la Escala de perspectiva espiritual de Reed no se puede afirmar que exista diferencia en la perspectiva espiritual de los grupos estudiados; el presente estudio aporta nuevo conocimiento a la construcción del cuidado de las mujeres con enfermedad oncológica y señala que una perspectiva espiritual moderada puede ser un potencial para su cuidado integral, en el que la enfermera reconozca sus objetivos en

el cuidado de la mujer como un ser total, más que al tipo de cáncer que tiene.

Este estudio hace un reconocimiento de la importancia de explorar la espiritualidad en la mujer con enfermedad oncológica, ya que esta puede convertirse en una herramienta para un mejor afrontamiento y trascendencia de su enfermedad; cuando la enfermera haga este reconocimiento a tiempo podrá guiarlo a fin de ayudar a fomentar su desarrollo espiritual para alcanzar un estado óptimo de bienestar, lo cual le dará un enfoque particular a la práctica y ayudará a la enfermera a reconocer cuál es su aporte en la recuperación de la salud de las personas (5).

Son pocos los estudios sobre perspectiva espiritual y sus implicaciones en el cuidado de enfermería de la mujer con cáncer, por lo cual es un campo rico en oportunidades para implementar trabajos de investigación en diferentes contextos, regiones e idiosincrasias que permitan contrastar resultados y, al mismo tiempo, incrementar el conocimiento de enfermería para dar un mejor sustento a la práctica.

### REFERENCIAS

1. Novel G, Lluch TY, Rourera A. Enfermería psicosocial y salud mental. Aspectos psicosociales de los cuidados. Madrid: Barcelona: Masson - Salvat; 1997.
2. Coyle J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37 (6): 589-597.
3. Peri TA Promoting spirituality in persons with acquired immunodeficiency syndrome: A Nursing Intervention. *Holistic Nursing Practice* 1995; (1): 58-76.
4. Burkhart L, Solari-Twadell A. Spirituality and religiousness: Differentiating the diagnosis through a review of the nursing literature. *Nursing Diagnosis* 2001; 12 (2): 45-54.
5. Sánchez B. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. *Aquichan* 2004; 4 (4): 6-9.
6. Whetsell M, Frederickson K, Aguilera P, Maya JL. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en los adultos mayores. *Aquichan* 2006; 5 (1): 72-85.
7. Vázquez O, Whetsell M, Zavala MR. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan* 2006; 6 (1): 8-21.

8. Taylor, JE. Spiritual Needs of Patients with Cancer and Family Caregivers. Base de datos OVID: Cancer Nursing 2003; 26 (4).
9. Coward DD, Kahn DI. Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment. *Journal Holistic Nursing* 2005; 23 (3): 264-283.
10. Marrone R. Dying, mourning, and spirituality: a psychological perspective. *Death Stud* 1999; 23 (6): 495-519.
11. Ameling A. Prayer: an ancient healing practice becomes new again. *Journal Holistic Nursing Practice* 2000; 14: 40-8.
12. Minner D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15: 811-821.
13. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spiritually. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 39 (5): 500-509.
14. Espeland K. Achieving spiritual wellness: using reflective questions. *Journal of Psychosocial Nursing* 1999; 37 (7): 36-40.
15. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology* 1983; 11 (4): 330-340.
16. Emblen JD. Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *Journal of Professional Nursing* 1992; 8 (1): 41-47.
17. Goddard NC. Spirituality as integrative energy: A philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22: 808-815.
18. Reed PG. Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Research in Nursing and Health* 1986; 9: 35-42.
19. Reed PG. Spirituality and mental health in older adults. *Extant knowledge for nursing. Fam Community Health* 1991; 14: 14-25.
20. Shelly JA, Fish A. Spiritual Care. En Kozier et al., *Conceptos y temas en la práctica de enfermería*. Mexico: Interamericana; 1994.
21. Laukhuf JL, Werner H. Spirituality: the Missing Link. *Journal of Neuroscience Nursing* 1998; 30 (1): 60-68. Laukhuf G, Werner, H Spirituality: the missing link. *Journal of Neuroscience Nursing* 1998; 30 (1): 60-68.
22. Oldnall AS. On the absence of spirituality in nursing theories and models. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21: 417-418. [Full text Link] [Medline Link] [CINAHL Link].
23. Folkman S, Lazarus RS. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca; 1986.
24. Knestrick J, Lohri-Posey B. Spirituality and Health: Perceptions of Older Women in a Rural Senior High Rise. *Journal of Gerontological Nursing* 2005; 31 (10): 44-52.
25. Caro S. Abordaje de la necesidad espiritual en la relación de ayuda. *Salud Uninorte Barranquilla* 2004; 18: 3-7.
26. Herdman C. et al. *Cuidado paliativo para las mujeres con cáncer de cuello uterino: un manual para personal de salud que trabaja en comunidad*. Engender Health. Improving Women's Health Worldwide; 2003.
27. Murillo R. et al. *Modelo para el control del cáncer en Colombia*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología; 2006.
28. Sephton S, Koopman C, Schaal M et al. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. *Breast J* 2001; 7 (5): 345-53.
29. Secoli S et al. El cuidado de la persona con cáncer: un abordaje psicosocial. *Índex Enferm* 2005; 14 (51). [http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo\\_búsqueda=VOLUMEN&revista\\_búsqueda=3197&dave\\_búsqueda=14](http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_búsqueda=VOLUMEN&revista_búsqueda=3197&dave_búsqueda=14). [Consultada el 28 de julio de 2008].
30. Jaramillo D, Ospina D, Cabarcas G, Humpreys J. Resiliencia, espiritualidad, Aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Rev. Salud Pública* 2005, 7 (3): 281-292.
31. Canaval GE, González MC, Sánchez MO. Proyecto resiliencia, espiritualidad y diestrés en mujeres maltratadas. Registro 1510. Vicerrectoría de Investigaciones Universidad del Valle 2005-2007 (se espera aprobación de artículo en *Revista Colombia Médica*).
32. Polit D. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6 ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.
33. Conover WJ. *Practical nonparametric statistics*. 3 ed. Wiley and Sons; 1999.
34. Rumbold G. *Ética en enfermería*. 3 ed. México: Mc-Graw-Hill Interamericana; 2000.
35. Ochoa FL, Montoya LP. Mortalidad por cáncer en Colombia. Cuando aumentar no es mejorar. *Revista CES Medicina* 2003; 17 (1).

**Tabla 1.** Perspectiva espiritual general de los grupos 1 y 2

<b>RESULTADOS</b>	<b>GRUPO 1 Mujeres con cáncer propio de su género</b>	<b>GRUPO 2 Mujeres con otros tipos de cáncer</b>
Nivel promedio de perspectiva espiritual general	46,12	43,92
Valor máximo	60	57
Valor mínimo	39	21
Desviación estándar	5.956	5.809
Número de la muestra	50	50

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 2.** Prueba de la hipótesis para establecer la diferencia de la perspectiva espiritual de los dos grupos

Técnica utilizada	Test de Man-Whitney
Estadística utilizada	T1, por presentar demasiados empates en la asignación de rangos
Hipótesis nula (Ho)	$F(x) = F(y)$ frente a la Hipótesis alterna $H_0: F(x) \neq F(y)$ , siendo $F(x)$ la función de distribución para el grupo 1 y $F(y)$ la función de distribución para el grupo dos
Conclusión	No existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, lo que puede entenderse como la carencia de argumentos para identificar niveles de espiritualidad distintos en los grupos

Fuente: análisis estadístico del estudio.

**Tabla 3.** Compilación de valores máximos, mínimos, promedios y tamaño de la muestra correspondientes a los ítems creencias espirituales de los grupos de comparación

<b>Resultados</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
Valor máximo	24	24
Valor mínimo	15	21
Valor promedio	17,90	16,68
Número de la muestra	50	50

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 4.** Compilación de valores máximos, mínimos, promedios y tamaño de la muestra correspondientes a los ítems comportamientos espirituales de los grupos de comparación

Resultados	Grupo 1	Grupo 2
Valor máximo	36	36
Valor mínimo	23	13
Valor promedio	28,42	27,4
Número de la muestra	50	50

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 5.** Compilación de promedios por grupos de edad de creencias, comportamientos y perspectiva espiritual del grupo 1

Grupo de edad	Promedio de edad	Promedio creencias espirituales	Promedio comportamientos espirituales	Perspectiva espiritual
18-40	35	19,5	30	50
40-60	53	16	26	43
60 y más	62	16	27	42

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 6.** Compilación de promedios por grupos de edad de creencias, comportamientos y perspectiva espiritual del grupo 2

Grupo de edad	Promedio de edad	Promedio creencias espirituales	Promedio comportamientos espirituales	Perspectiva espiritual
18-40	32	16	26	42
40-60	50	17	27	44
60 y más	62	16	26	42

Fuente: datos del estudio.



**Tabla 7.** Compilación de promedios del ítem asistencia a prácticas religiosas y nivel de creencias, comportamientos y perspectiva espiritual del grupo 1

Asiste a prácticas religiosas	Promedio creencias espirituales	Promedio comportamientos espirituales	Perspectiva espiritual
Sí	17	28	46
No	16	25	41

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 8.** Compilación de promedios del ítem asistencia a prácticas religiosas y niveles de creencias, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual del grupo 2

Asiste a prácticas religiosas	Promedio creencias espirituales	Promedio comportamientos espirituales	Perspectiva espiritual
Sí	16	29	45
No	16	27	43

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 9.** Compilación de promedios del ítem religión y niveles de creencias, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual del grupo 1

Religión	Promedio creencias espirituales	Promedio comportamientos espirituales	Perspectiva espiritual
Católica	18	29	47
Evangélica	16	26	42
Cristiana	19	28	47
T. Jehová	20	30	50

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 10.** Compilación de promedios del ítem religión y niveles de creencias, comportamientos espirituales y perspectiva espiritual del grupo 2

Religión	Promedio creencias espirituales	Promedio comportamientos espirituales	Perspectiva espiritual
Católica	17	28	44
Evangélica	18	26	43
Cristiana	16	35	51
T. Jehová	13	24	37

Fuente: datos del estudio.