



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Validación de la escala DSES (Daily Spiritual Experience Scale) en español para Colombia

Luis Alexander Jojoa Pumalpa

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

2014

Validación de la escala DSES (Daily Spiritual Experience Scale) en español para Colombia

Luis Alexander Jojoa Pumalpa

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Psiquiatra

Director (a):

Dr. Ricardo Sánchez Pedraza

Línea de Investigación:

Validación de escalas

Grupo de Investigación:

Investigación en clínica psiquiátrica

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría

Bogotá, D.C., Colombia

2014

A mi familia, consanguínea y de afiliación

Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Lynn Underwood, autora de la escala; a la Universidad Nacional de Colombia, al Instituto Nacional de Cancerología, al Hospital de la Victoria ESE entidades participantes y especialmente a las personas que con su participación hicieron posible esta validación

Resumen

Tanto en pacientes mentales, crónicos y con cáncer, el tratamiento se ha enfocado en desenlaces como la estabilización, control de riesgos, respuesta tumoral, nivel de dolor, la toxicidad asociada al tratamiento o la supervivencia libre de la enfermedad. Sin embargo, el cuidado integral del paciente implica la atención de aspectos funcionales y psicosociales que se ven afectados tanto por la enfermedad como por su tratamiento. Uno de estos aspectos, sugerido tanto por los profesionales como por los pacientes en estado avanzado de la enfermedad, es el de la espiritualidad y el bienestar espiritual, por lo que la evaluación de intervenciones que se enfoquen en la espiritualidad de los pacientes requiere de una definición y de una medición rigurosa y válida de este constructo, en otros contextos e idiomas se han desarrollado escalas para su medición, pero hasta este momento no se han sometido a estudios de validación en Colombia por lo que se requiere de un estudio de sus propiedades psicométricas antes de su aplicación en nuestro contexto.

Los resultados estadísticos preliminares muestran una adecuada validez en nuestro medio. Los análisis completos serán publicados en una revista indexada especializada, razón por la cual no se exponen en su totalidad en esta tesis.

Palabras clave (DeCS): Espiritualidad, Religión, Estudio de validación, Cáncer

Abstract

In mental, chronic and cancer patients, treatment has focused on outcomes as stabilization , risk control , tumor response , pain level, treatment-related toxicity or disease-free survival . However, comprehensive patient care involves the care and psychosocial functional aspects that are affected by both the disease and its treatment. One of these aspects suggested by both professionals and patients in advanced stages of the disease, is the spirituality and spiritual well-being , so the evaluation of interventions that focus on the spirituality of patients requires a definition and a rigorous and valid measure of this construct. In other contexts and languages have been developed measurement scales, but

until now have not been subjected to validation studies in Colombia so it requires a study of its psychometric properties before their application in our context.

Preliminary results show an adequate statistical validity in our setting. The full analysis will be published in a specialized indexed journal, then not set out in full in this thesis.

It is therefore recommended for use in both clinical and population studies

Keywords (MeSH): Spirituality, Religion, Validation Studies, Cancer

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de figuras	XIII
Lista de Símbolos y abreviaturas	XIV
Introducción	1
1. Marco teórico	3
1.1 Epidemiología.....	3
1.1.1 Cáncer	3
1.1.2 Enfermedades crónicas.....	3
1.1.3 Enfermedad mental	3
1.2 Definición de espiritualidad	3
1.3 Enfermedad crónica y su relación con la espiritualidad.....	4
1.4 Medición del dominio de espiritualidad-religiosidad	6
1.5 Escala DSES <i>Daily Spiritual Experience Scale</i>	6
1.5.1 Propiedades psicométricas de la escala	8
1.5.2 Resultados de la DSES.....	9
2. Metodología	11
2.1 Diseño del estudio	11
2.1.1 Validez de la escala	11
2.1.2 Confiabilidad de la escala	11
2.1.3 Sensibilidad al cambio de la escala.....	11
2.2 Hipótesis estadísticas	12
2.2.1 Pregunta de investigación	12
2.2.2 Validez de contenido.....	12
2.2.3 Validez de criterio convergente	12
2.2.4 Confiabilidad test retest.....	12
2.2.5 Consistencia interna.....	12
2.2.6 Sensibilidad al cambio.....	12
2.3 Definición de sujetos de estudio	13
2.3.1 Población	13
2.3.2 Criterios de Elegibilidad.....	13
2.3.3 Tamaño de la muestra	13
2.3.4 Estrategia de muestreo	14
2.4 Descripción de la intervención	14
2.5 Procedimiento.....	15

2.5.1	Adaptación cultural de la escala DSES.....	15
2.5.2	Aplicación de las escalas DSES y FACIT-SP.....	15
2.5.3	Aplicación de la escala DSES para la evaluación de la confiabilidad test-retest	16
2.5.4	Aplicación de la escala DSES para la evaluación de la sensibilidad al cambio	16
2.5.5	Análisis de las propiedades psicométricas de la escala DSES	16
2.6	Plan de análisis	16
2.6.1	Descripción de la muestra de participantes.....	16
2.6.2	Determinación de las propiedades psicométricas de la escala	16
3.	Resultados	19
3.1	Análisis descriptivo.....	19
3.2	Análisis Factorial	23
3.3	Propiedades psicométricas de la escala.....	23
4.	Conclusiones y recomendaciones	25
4.1	Conclusiones.....	25
4.2	Recomendaciones.....	25
A.	Anexo: Nombrar el anexo A de acuerdo con su contenido	27
	Bibliografía	29

Lista de figuras

Figura 3-1: Distribución de la población por género.....	19
Figura 3-2: Distribución de la población por ocupación.....	19
Figura 3-3: Distribución de la población por estrato socioeconómico.....	20
Figura 3-4: Distribución de la población por escolaridad.....	21
Figura 3-5: Distribución de la población por religión	21
Figura 3-6: Distribución de la población por tipo de paciente.....	21
Figura 3-7: Distribución de la población por tipo de enfermedad	22
Figura 3-8: Soluciones no gráficas al Scree test.....	23

Lista de símbolos y abreviaturas

Símbolos

No se usan

Abreviaturas

Abreviatura	Término
--------------------	----------------

DSES	Daily Spiritual Experience Scale
ECNT	Enfermedades Crónicas No Trasmisibles

Introducción

El aumento de la edad promedio de la población colombiana facilita la aparición de enfermedades crónicas y de cáncer, que asociado a una mejor detección de la enfermedad mental han modificado los perfiles epidemiológicos de la población. Tanto en pacientes mentales, crónicos y con cáncer, el tratamiento se ha enfocado en desenlaces como la estabilización, control de riesgos, respuesta tumoral, nivel de dolor, la toxicidad asociada al tratamiento o la supervivencia libre de la enfermedad. Sin embargo, el cuidado integral del paciente implica la atención de aspectos funcionales y psicosociales que se ven afectados tanto por la enfermedad como por su tratamiento. Uno de estos aspectos, sugerido tanto por los profesionales como por los pacientes en estado avanzado de la enfermedad, es el de la espiritualidad y el bienestar espiritual. Algunos estudios han demostrado que las creencias y el sentirse bien espiritualmente influyen en el control del dolor, disminuye el desarrollo de depresión e ideaciones suicidas y favorece el incremento de marcadores biológicos protectores.

Debido a la importancia reconocida de la espiritualidad en la evolución de estas condiciones se han desarrollado diversas intervenciones psicoterapéuticas enfocadas en potenciar estos efectos benéficos. La medición de los niveles de espiritualidad es necesaria entonces para la detección de pacientes candidatos y evaluar la calidad de estas alternativas terapéuticas. Aunque han sido desarrolladas escalas que permiten la evaluación de este constructo, en la búsqueda de la literatura no se encontró alguna que haya sido validada en nuestro país.

Por esta razón, es conveniente llevar a cabo la validación en nuestro país de una escala para medir la espiritualidad que ya haya sido empleada en diversos estudios, en diferentes tipos de pacientes y en distintos países, y que haya mostrado en todas ellas resultados consistentes.

1. Marco teórico

1.1 Epidemiología

1.1.1 Cáncer

Para nuestro país, Globocan en el año 2008 reportó cifras importantes sobre cáncer: en cuanto a la incidencia corregida por edad de 160,8 por 100000 hombres al año y 144,1 por 100000 mujeres /año, y en cuanto a mortalidad 97,5 por 100000 hombres /año y 81,7 por 100000 mujeres/año[1].

1.1.2 Enfermedades crónicas

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) consideradas como tales para la OMS son las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias y metabólicas, siendo estas la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial. Colombia está en un periodo de transición característico de los países en desarrollo se caracteriza por un cambio de modelo de atención a las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas, lo que conlleva a la sobrecarga de un sistema de salud ineficiente y en donde aún las intervenciones en prevención son inadecuadas. Actualmente se puede apreciar un aumento importante en la mortalidad por las ECNT, llegando a contar con un 62,6% del total, seguido por las muertes de causa externa (23,9%) y las otras causas un 11,3%.

1.1.3 Enfermedad mental

Es conocido que la enfermedad mental como un todo es considerado actualmente un problema de salud pública, dado que se espera que represente a 2020 el 15% de la carga total de enfermedad del mundo[2]. En Colombia el panorama se muestra similar, pues ya en el Estudio Nacional de Salud Mental del año 2003 mostraba que la prevalencia de enfermedad mental para la población en edad productiva (18 a 45años) era del 40,1% en toda la vida, 16% en el último año y 7,3% en el último mes, representados así: Los trastornos de ansiedad en un 19,5%, trastornos del estado de ánimo con un 13,3%, los trastornos por control de impulsos 9,3% y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas 9,4%[3].

1.2 Definición de espiritualidad

A pesar del reconocimiento de la importancia de la espiritualidad en el ser humano, no hay una definición universalmente aceptada que proporcione la base para la comparación de

intervenciones encaminadas a su mejoría así como para la elaboración de instrumentos para su medición.

El concepto de espiritualidad es multidimensional; En una búsqueda en literatura relacionada con la salud llevada a cabo por Unruh y cols[4] se pudo definir que en general son siete los temas abordados por los diferentes investigadores: relación con un Dios, un ser espiritual o una realidad más grande que el yo; negación de sí mismo; trascendencia o conexión no relacionada con un ser superior; algo existencial no relacionado con el mundo material; significado y propósito de la vida; fortaleza de vida de la persona; o alguna combinación de las anteriores definiciones. Bekelman y cols[5] han sugerido que el concepto debería abarcar aspectos como conformidad derivada de la fé de las personas, grado en que la relación con un poder mayor ha sido interiorizada, bienestar existencial, sentido de significado, paz o bienestar. Tal vez el punto en común de casi todas las definiciones es que la espiritualidad está relacionado con la búsqueda de un significado en la vida[6,7, 8] o de la presencia de la fé, que es entendida como una creencia en algo externo al psiquismo, como un poder trascendente, no siendo necesario que corresponda al concepto de un dios y por lo tanto no se subvenciona a una religión[9]; inclusive algunos autores sugieren que la espiritualidad sería una dimensión de la persona, mientras que la religión es un constructo sociocultural[10] que en una de sus facetas aborda asuntos espirituales[11].

1.3 Enfermedad crónica y su relación con la espiritualidad

Tradicionalmente el cuidado en salud del paciente mental, crónico, y oncológico se ha orientado a la estabilización del cuadro y al manejo de los síntomas. Sin embargo aspectos psicosociales son igualmente importantes en el origen y cuidado integral de estos tal como fue propuesto por el modelo biopsicosocial de Engel[11] pero el escenario del cuidado paliativo incentivó el abordaje del bienestar espiritual de los pacientes[12], hecho que fue avalado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos quien identificó las dimensiones física, psicológica, espiritual y práctica-funcional como las más importantes dentro del cuidado al final de la vida[13], por lo cual los distintos grupos de expertos han recomendado la creación de guías para discutir temas espirituales y religiosos con pacientes terminales[14] así como la inclusión de capítulos sobre espiritualidad en libros de texto sobre cuidado paliativo[15].

Tal vez una de las limitantes que se han puesto por parte del personal de salud para ser más proactivos en la búsqueda de la salud espiritual de sus pacientes es la confusión entre espiritualidad y religiosidad, que son constructos diferentes pues mientras la religiosidad es la sujeción a un sistema normativo y de creencias relacionado con un credo particular, la espiritualidad es el reconocimiento de una esfera superior y trascendente a la vida terrenal, y que además integra muchas de las cualidades no materiales de los individuos cuyo fin fundamental es la búsqueda de un propósito fundamental[16]. Por esta confusión y en aras de mantener el respeto que se debe a los demás en su libertad religiosa, prefieren obviar esos temas y relegan el bienestar espiritual al dominio de los capellanes de los

hospitales o de los guías religiosos de los pacientes[17] o a especialistas de medicinas complementarias y/o alternativas[18].

Es conocido que los pacientes expresan el deseo de que sus necesidades e inquietudes espirituales específicas sean reconocidas[19] y exploradas por el personal médico[20] y que su bienestar espiritual es una dimensión importante de su tratamiento. En una encuesta de pacientes ambulatorios con cáncer de la ciudad de Nueva York se pudo determinar que los pacientes cuyas necesidades espirituales no estaban siendo satisfechas dieron calificaciones inferiores a la calidad de atención médica recibida[21].

Dentro de los aspectos más llamativos de la espiritualidad de los pacientes con enfermedades graves está la optimización de los mecanismos de afrontamiento[22]lo cual se cree está relacionado con la búsqueda de nuevos significados[23], el reemplazo del temor a lo desconocido con la esperanza[13], menor ansiedad respecto a la muerte[24] y el restablecimiento de un sentido de normalidad en sus vidas[25]. La pérdida de estas condiciones y del significado de la vida son las causas más importantes para solicitar suicidio asistido en pacientes con enfermedad terminal[26].

Dada la importancia de incluir aspectos espirituales en el cuidado integral de pacientes con enfermedades graves, se han desarrollado intervenciones terapéuticas encaminadas a estimular el bienestar espiritual en estos pacientes. Estas intervenciones tradicionalmente se han enfocado en el estadio terminal de las enfermedades, aun cuando se conoce que las inquietudes espirituales surgen en cualquier momento, inclusive desde el diagnóstico[27]. El reconocer la importancia de estas inquietudes y su tratamiento facilita las vías de comunicación entre los pacientes, sus familiares y el médico. También se ha demostrado que el bienestar espiritual es una variable relacionada con desenlaces de tipo psicosocial y médico, por ejemplo Romero y cols[28] encontraron que la espiritualidad predijo un menor desajuste psicológico y un aumento la calidad de vida en mujeres con cáncer de seno.

Dentro de los estudios más significativos para medir los resultados de una intervención en espiritualidad encontramos los de Yalom, Spiegel y cols [29] quienes evaluaron una psicoterapia de grupo de un año de duración enfocada en aspectos existenciales, disminuir el estrés emocional y mejorar la calidad de vida y encontraron una reducción significativa en la escala de medición de alteraciones del ánimo. Lee y cols[30] evaluaron en 82 pacientes una intervención sobre el desarrollo del sentido de la vida en encontrando diferencias con respecto al grupo no intervenido en los tópicos de optimismo, autoestima y auto suficiencia. Chochinov y cols[31] realizaron una intervención enfocada en la dignidad en pacientes oncológicos terminales , encontrando en la valoración posterior valores positivos en el sentido de la dignidad, el propósito de la vida y la voluntad de vivir. Kissane y cols[32] en una intervención de psicoterapia de grupo cognitivo-existencial en pacientes con cáncer de mama reportaron una mejoría en niveles de reducción de ansiedad y satisfacción. Los investigadores del Memorial Sloan Kettering Cancer Center desarrollaron una intervención en espiritualidad basada en los principios de logoterapia (terapia centrada en el significado) a la cual denominaron psicoterapia de grupo centrada

en el sentido de la vida, cuya eficacia fue evaluada en un ensayo clínico aleatorizado que mostró mejoría en bienestar espiritual, sentido de significado, disminución en la ansiedad y deseo de muerte[33].

En cuanto a la enfermedad crónica son llamativas las relaciones entre desenlace y la espiritualidad, que se ha estudiado en la actividad inmunológica, la enfermedad cardiovascular y respiratoria[34], cerebrovascular, neurológica y en el dolor. En salud mental llaman la atención las relaciones positivas de resultado entre la espiritualidad y esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, ansiedad y depresión[35], adicciones y suicidio, así como delincuencia y violencia[36].

1.4 Medición del dominio de espiritualidad-religiosidad

Entre los instrumentos psicométricamente validos que se han elaborado para la medición de la espiritualidad-religiosidad se encuentra el *Systems of Beliefs Inventory/SBI* conformado por dos subescalas que miden las prácticas y creencias religiosas y espirituales y el soporte social derivado de ellas, se desarrolló inicialmente para pacientes oncológicos aunque se puede aplicar a personas con otro tipo de enfermedades[37]. La escala SPIRIT evalúa creencias espirituales, espiritualidad personal, integración con una comunidad espiritual y prácticas ritualizadas, así como restricciones[38]. La escala FICA hace una evaluación de fe y de creencias, espiritualidad, apoyo espiritual de la comunidad y de la forma en que los pacientes abordan sus necesidades espirituales[39]. La escala FACIT-Sp aborda la espiritualidad desde dos dimensiones, significado de la vida y fe y hace parte de las escalas elaboradas por la *Functional Assessment Illness Therapy*[40] para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer. La *Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality* es una escala de 38 ítems que evalúa cuánto afectan o no a la salud los siguientes factores: las experiencias espirituales diarias, el significado, los valores, las creencias, el perdón, las prácticas religiosas privadas, el afrontamiento espiritual-religioso, el apoyo religioso, la historia espiritual-religiosa, el compromiso, la organización religiosa y la preferencia religiosa[41]. *The Spirituality Scale (SS)* es un instrumento que busca medir las creencias, intuiciones, opciones de modo de vida, las prácticas y los rituales representativos de la dimensión espiritual humana. Ha sido diseñada, además, para evaluar el efecto de programas de intervención espiritual[42].

Como vemos, existen variados instrumentos con la capacidad de medir el dominio religiosidad-espiritualidad, pero en la actualidad se han encontrado restricciones al uso de los mismos basados en las creencias individuales acerca de la definición de espiritualidad-religiosidad. Es por esto que se propuso por parte de Underwood y Teresi la escala "*Daily Spiritual Experience Scale*"[43] cuyas ventajas exponemos a continuación.

1.5 Escala DSES *Daily Spiritual Experience Scale*

Daily Spiritual Experience Scale (DSES) es una escala de 16 ítems diseñada para evaluar la percepción que tiene un individuo de las experiencias habituales diarias con lo trascendente, el grado en que los sentimientos y experiencias espirituales internos pueden

constituir una parte integral de la vida diaria de la persona y en última instancia, para examinar la relación de estos factores con la salud y el bienestar. Los ítems tratan de medir las experiencias en vez de creencias particulares o conductas, por lo tanto no se limitan a las experiencias religiosas en particular, esto quiere decir que los eventos que se reflejan en DSES puede ser provocada por un contexto religioso o por otros acontecimientos de la vida diaria o por la historia religiosa de la persona o creencias religiosas o espirituales propias.

Incluye constructos como el respeto, la gratitud, piedad, sentido de conexión con lo trascendente y el amor compasivo; la sensibilización al discernimiento-inspiración y un sentido de paz interior. Originalmente desarrollada para evaluar la espiritualidad en estudios en salud, su uso se ha extendido a otras áreas tales como las ciencias sociales, la evaluación de programas, consejería, tratamientos para adicciones y en organizaciones religiosas. Por sus características se ha incluido en estudios longitudinales de salud y en la *United States General Social Survey* (encuesta social general). Tiene publicaciones de su validez psicométrica en los idiomas inglés, español, francés, portugués, alemán y mandarín. Se ha traducido a 21 lenguajes incluido hindú, hebreo y árabe. Se ha aplicado con éxito en variedad de culturas y situaciones. Todas estas características han hecho que se use en más de 70 estudios publicados de categoría internacional.

La ventaja más importante en su uso es la capacidad de hacer una superposición de los conceptos de religión-espiritualidad, lo que ha facilitado que su aplicación sea cómoda entre los más diversos escenarios. La laxitud en las definiciones de espiritualidad y religiosidad hace que las posibilidades individuales para su estudio compliquen la aplicación de los instrumentos. Por ejemplo, se conoce que para algunas personas que se reconocen como religiosas, la palabra espiritualidad puede contener elementos de "etereidad y nueva era", o para personas con alto sentido de espiritualidad la religiosidad puede implicar la sujeción a normas y deberes, lo que estaría en contravía de la "libertad" uno de los principios de la espiritualidad. Dado que la DSES mide más experiencias que creencias o conductas su aplicación es más fácil en poblaciones indicadas.

En su desarrollo se empleó a fondo una cantidad importante de información que provino de varias ramas del conocimiento: teología, religión comparativa, ciencias sociales, una revisión amplia de las escalas disponibles y de entrevistas a autoridades en temas de religión-espiritualidad. Se aplicaron múltiples estudios preliminares y se obtuvieron conceptos de personas y grupos que estudian estos temas. Estos estudios se adelantaron gracias a los convenios con la Organización Mundial de la Salud, que facilitó su aplicación en los más diversos contextos sociales, culturales, económicos, educativos, sociales y políticos. En lo posible se diseñaron las preguntas de manera que fueran fáciles de contestar y no implicaran un análisis amplio de los sistemas de creencias individuales⁴⁴.

En cuanto a la estructuración de la escala, la autora solicita de manera explícita que las palabras de las preguntas se deben mantener en lo posible concordantes con la versión original en inglés especialmente cuando se trate de traducciones o adaptaciones. Esto

dado que los cambios pueden influir de manera importante en los resultados estadísticos[45].

Algunos autores consideran que la introducción presente al inicio de la escala facilita la aceptación por parte del paciente al permitir el cambio de la palabra “Dios” con otra palabra o idea que le recuerdo lo divino o santo. En algunas situaciones particulares se permitió la utilización de otros identificadores diferentes a Dios, tales como “Alá” en países de gran influencia islámica, o “creador” en comunidades aborígenes americanas.

Son 16 ítems en la escala original y en algunos casos se ha autorizado la adaptación de 6 ítems utilizada en los estudios poblaciones americanos[46]. La escala evalúa las experiencias espirituales diarias por lo que las posibles respuestas están dadas en frecuencias, lo que ha mostrado en evaluaciones en la escala original y en traducciones es que las categorías son apropiadas y discriminantes[47].

La escala no tiene costos de derechos de uso, pero si requiere de registro y autorización por parte del autor lo que permite un seguimiento y un intercambio de conocimiento por otros grupos.

1.5.1 Propiedades psicométricas de la escala

Para los parámetros estadísticos originales remitiremos al lector al estudio original del autor 43. Es importante tener en cuenta que los resultados dependen de las asunciones hechas y los parámetros poblacionales y las bases de datos utilizadas. El mismo autor reporta entonces los siguientes datos[44]: El alfa de Chronbach para la escala en inglés y en las diversas traducciones ha sido consistentemente alta, desde 0,89 hasta 0,95, esta última en los estudios adelantados en las encuestas sociales estadounidenses. Los test de correlación de Pearson dieron resultados test-retest para 2 días de 0,85. Se ha descrito a los resultados de la escala como estables en el tiempo y con alta consistencia interna. También ha demostrado su utilidad en valorar cambios en el tiempo acorde a las condiciones del individuo o a programas de intervención basados en espiritualidad o religiosidad.

En cuanto a su estructura factorial los diferentes estudios originales y las adaptaciones transculturales a diversos idiomas mostraron un único factor con análisis de componentes principales y un alfa de Chronbach alto (entre 0,97 en mandarín a 0,91 en español mexicano). Se han realizado diversos estudios de análisis factorial confirmatorio, lo que ha mostrado que se trata de un modelo unifactorial, aunque desde el inicio de la aplicación de la escala se ha mostrado que los ítems 13 y 14 (amor compasivo) tienen una carga estadística más débil [48]. Otros grupos sugieren la presencia de 2 factores, denominados “teístico” y “no teístico” [49], pero los resultados no fueron mejores al enfoque monofactorial.

DSES también mostró sensibilidad al cambio, tanto en situaciones de variabilidad temporal propia del ser humano así como en el control de intervenciones; en este último caso los

cambios se mostraron estables en el tiempo (2 días, 1 semana y 6 meses)[44]. Al respecto se tiene una experiencia interesante en donde las intervenciones indirectas también fueron detectadas por la escala [50].

1.5.2 Resultados de la DSES

Existen más de 70 estudios que han demostrado la aplicabilidad de la escala, gracias al seguimiento que hacer el autor de la aplicación de la escala[44], se puede conocer con qué variables está correlacionada de manera estadísticamente significativa, entre las cuales encontramos: salud física, mental, dolor, soporte social del enfermo, bienestar, estilos de vida saludables, procesos de curación y rehabilitación, estrés, salud ocupacional y enfermedad profesional, *burn-out* y fatiga crónica, estabilidad relacional y apoyo en momentos de crisis, sociabilidad, duelo, adicciones y manejo de las mismas, también se evidenció relación positiva con emociones humanas tales como felicidad, autoestima, optimismo, satisfacción con la vida, bienestar psicológico y correlación negativa con ansiedad, depresión, estrés, soledad. Todos estos estudios mostraron resultados similares independientes de la edad, sexo, religión, nivel socioeconómico y educativo así como origen cultural.

DSES también se ha mostrado de utilidad en el caso de validación de otras escalas⁵¹ o el desarrollo de las mismas [52]

2. Metodología

2.1 Diseño del estudio

Este es un estudio de validación de escalas que se llevó a cabo según la teoría clásica de test. Se determinaron las siguientes propiedades psicométricas de la escala:

2.1.1 Validez de la escala

- Validez de contenido
Determina si la muestra de ítems que conforman la escala es representativa del universo de ítems que pueden medir el constructo de interés [53, 54].
- Validez de criterio convergente
Determina si los puntajes obtenidos con la aplicación de la escala correlacionan con los puntajes obtenidos con la aplicación de otra escala que mide el mismo constructo[53].

2.1.2 Confiabilidad de la escala

- Confiabilidad test retest
Mide el grado de correlación de los datos obtenidos en la aplicación de la escala en dos momentos separados en el tiempo[53,55].
- Consistencia interna de la escala
Determina el grado de correlación entre los ítems de la escala, es decir, el grado de homogeneidad de los ítems dentro de la escala[56].

2.1.3 Sensibilidad al cambio de la escala

Examina si la escala detecta cambios en el constructo subyacente que se está midiendo o si detecta efectos de un tratamiento[53].

2.2 Hipótesis estadísticas

2.2.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala DSES en español aplicada a pacientes colombianos?

2.2.2 Validez de contenido

- Hipótesis nula: No existe colinealidad entre los ítems de la escala DSES
- Hipótesis alterna: Existe colinealidad entre los ítems de la escala DSES.

2.2.3 Validez de criterio convergente

- Hipótesis nula: No existe correlación entre los puntajes obtenidos en la escala DSES y la escala FACIT-Sp
- Hipótesis alterna: Existe correlación positiva entre los puntajes obtenidos en la escala DSES y la escala FACIT-Sp

2.2.4 Confiabilidad test retest

- Hipótesis nula: No existe correlación entre los puntajes obtenidos en la escala DSES en una primera y una segunda aplicación de la escala.
- Hipótesis alterna: Existe correlación entre los puntajes obtenidos en la escala DSES en una primera y una segunda aplicación de la escala.

2.2.5 Consistencia interna

- Hipótesis nula: No existe una correlación (homogeneidad) entre los ítems de la escala DSES
- Hipótesis alterna: Existe una correlación (homogeneidad) entre los ítems de la escala DSES

2.2.6 Sensibilidad al cambio

- Hipótesis nula: No existen diferencias entre los puntajes obtenidos en la escala DSES antes y después de la aplicación de una intervención que fomente la espiritualidad
- Hipótesis alterna: Existen diferencias entre los puntajes obtenidos en la escala DSES antes y después de la aplicación de una intervención que fomente la espiritualidad

2.3 Definición de sujetos de estudio

2.3.1 Población

- Población blanco
Conformada por pacientes con enfermedad mental, crónica no transmisible y cáncer, hispano parlantes, de nacionalidad colombiana.
- Población de estudio
Conformada por pacientes con enfermedad mental, crónica no transmisible y cáncer, hispano parlantes, de nacionalidad colombiana , mayores a 18 años de edad, estables en sus patologías; quienes consultaron a las instituciones con convenio docente asistencial con la Universidad Nacional de Colombia

2.3.2 Criterios de Elegibilidad

Criterios de Inclusión

- Tener nacionalidad colombiana
- Ser hispano parlante
- Tener 18 años de edad o más
- Tener enfermedad mental, crónica no transmisible y cáncer

Criterios de exclusión

- Tener deterioro cognoscitivo.
- Ser analfabeta.
- Tener alteraciones sensoriales.

2.3.3 Tamaño de la muestra

Para la evaluación de cada una de las propiedades psicométricas de la escala se calculará el tamaño de muestra requerido así:

- Validez de contenido
El análisis factorial confirmatorio, que se llevará a cabo por medio de ecuaciones estructurales, requiere de una muestra no menor de 300 pacientes, razón por la cual se empleó una muestra de 360 pacientes mínimo[57, 58].
- Validez de criterio convergente
Asumiendo un error tipo I de 0.05, un poder de 0.80, un valor del coeficiente de correlación poblacional igual a 0.45 para la hipótesis alterna y un valor del coeficiente de correlación igual a 0 para la hipótesis nula, por medio del programa *StudySize 2.0.4*® se estimó un tamaño de la muestra de 50 pacientes.
- Confiabilidad test retest
Asumiendo un error tipo I de 0.05, un poder de 0.80, un valor del coeficiente de correlación y concordancia de Lin[62] igual a 0.8 para la hipótesis alterna, y un

valor del coeficiente de correlación y concordancia de Lin igual a 0,6 para la hipótesis nula, por medio del programa *StudySize 2.0.4*® se estima un tamaño de la muestra de 35 pacientes.

- **Consistencia interna**
Asumiendo un error tipo I de 0.05, un poder de 0.80, un valor del coeficiente de correlación alfa de Cronbach igual 0.8 para la hipótesis alterna y un valor del coeficiente de correlación alfa de Cronbach igual a 0,7 para la hipótesis nula, y teniendo en cuenta que la escala de espiritualidad tiene 16 ítems, por medio del programa *StudySize 2.0.4*® se estima un tamaño de la muestra de 300 pacientes.
- **Sensibilidad al cambio**
Asumiendo un error tipo I de 0.05, un poder de 0.80 el programa *Stata 11.1*® calculó un tamaño de muestra de 50 pacientes.

Aunque el análisis de este ítem se realizará asumiendo dependencia entre las observaciones, el cálculo del tamaño de muestra se realiza asumiendo independencia debido a la facilidad en su cálculo y a la disponibilidad en diferentes paquetes estadísticos. Se debe tener en cuenta que este supuesto (independencia) exige un mayor número de sujetos a incluir, lo que garantiza el número adecuado para el análisis final.

2.3.4 Estrategia de muestreo

Para la evaluación de la validez y la confiabilidad se llevó a cabo un muestreo no aleatorio, por conveniencia, de manera secuencial, seleccionando los pacientes según su disponibilidad.

Para la evaluación de la sensibilidad al cambio será seleccionada una muestra aleatoria de los pacientes quienes participaron en una intervención que fomentó la espiritualidad. Se aplicó la escala en la línea de base (antes de la intervención) y en la evaluación pos tratamiento (2 meses después de la última sesión de la intervención).

2.4 Descripción de la intervención

La escala DSES está diseñada para ser autoadministrada pero también puede ser administrada en formato de entrevista. Si es auto administrada debe pedirse a los pacientes leer las instrucciones en la parte superior de la escala y una vez haya seguridad de que las han entendido bien, se les pedirá responder cada uno de los ítems sin saltar alguno de ellos. Si consideran que no es aplicable en su caso deben responder la opción que más se asemeje.

Para llevar a cabo su calificación se hará según las guías dadas por el autor, sumando las categorías de cada ítem. Una puntuación mayor implica una mayor espiritualidad.

Si hay datos perdidos se pueden ponderar multiplicando el número de ítems en la escala por el puntaje obtenido y dividiendo este producto entre el número de ítems respondidos. Esto es aceptable cuando más del 50% de los ítems fueron respondidos dentro de cada escala.

2.5 Procedimiento

El proceso de validación de las escalas se llevó a cabo en las siguientes etapas:

2.5.1 Adaptación cultural de la escala DSES

Siguiendo las guías para la adaptación cultural de la EORTC-QLQ[59,60] se realizó la adaptación con autorización de la autora por medio de los siguientes pasos

- Realización de dos traducciones al español de la versión en Inglés de la escala, a cargo de dos traductores hablantes nativos del español quienes puedan entender la versión en inglés.
- Realización de una traducción conciliada sobre la base de las anteriores traducciones.
- Traducción de la versión conciliada al inglés por dos traductores hablantes nativos de inglés.
- Revisión del reporte por la autora

Una vez se completó la traducción, se realizó un estudio piloto con 15 pacientes hispano parlantes de nacionalidad colombiana a quienes se les aplicó la versión de traducción enviada por parte de la autora y con quienes se completó un formato con sus opiniones acerca de los siguientes aspectos:

- Dificultad de la respuesta
- Generación de confusión en quien responde
- Dificultad para entender el ítem
- Características ofensivas o incómodas del ítem
- Opciones de plantear el ítem de manera diferente.

El resultado de este estudio piloto se envió a la autora para su revisión, luego de lo cual se ajustó la traducción final

2.5.2 Aplicación de las escalas DSES y FACIT-SP

Se diseñó un formato para ser aplicado a los participantes del estudio el cual se convino entre los traductores y los investigadores. La aplicación de los instrumentos fue coordinada por el tutor y el investigador principal.

Se aplicaron las dos escalas a la muestra para la evaluación de validez de contenido y de criterio concurrente. La aplicación de la escala será realizada por el investigador principal y por asistentes de investigación en los servicios de consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología y los servicios de consulta externa de psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia y de consulta externa de medicina interna y psiquiatría del Hospital La Victoria ESE.

El orden en que se aplicarán las escalas varió en forma aleatoria.

2.5.3 Aplicación de la escala DSES para la evaluación de la confiabilidad test-retest

Se llevó a cabo 7 días después de la primera evaluación. Los pacientes fueron contactados por vía telefónica para la realización del retest. Algunos de ellos asistieron a una nueva consulta en ese lapso de tiempo, por lo que se les aplicó la escala personalmente.

2.5.4 Aplicación de la escala DSES para la evaluación de la sensibilidad al cambio

Se aplicó la escala 2 meses después de la última sesión de una intervención que fomentó la espiritualidad, la cual se condujo dentro de un ensayo clínico controlado y se diseñó para ser ejecutada en 8 sesiones durante 2 meses.

2.5.5 Análisis de las propiedades psicométricas de la escala DSES

Se construyó una base de datos en el programa Microsoft Office Access®, sobre esta se procedió a la realización de cada uno de los pasos contemplados en el apartado correspondiente al plan de análisis.

2.6 Plan de análisis

2.6.1 Descripción de la muestra de participantes

Las características clínicas de la muestra de participantes y las características socio demográficas se presentan por medio de estadísticos descriptivos. Las variables categóricas se resumirán por medio de proporciones y las variables continuas por medio de la media y la desviación estándar. Se determinó si hay diferencias en la muestra de participantes en alguna de las variables clínicas o socio demográficas por medio de la prueba de asociación χ^2 . Estos análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico STATA 11.1®.

2.6.2 Determinación de las propiedades psicométricas de la escala

- Validez de contenido
El análisis factorial confirmatorio se llevó a cabo por medio de ecuaciones estructurales. Teniendo en cuenta la naturaleza ordinal de los puntajes de los ítems dados en escala tipo Likert, se utilizaron métodos de estimación que manejan correlación policórica y matrices de covarianza asintótica. Estas matrices se generaron con el programa PRELIS® que es el preprocesador del programa LISREL®. El modelo que se evaluó fue el de primer orden, de acuerdo a la estructura propuesta en la validación original del instrumento. Para la construcción de los modelos se utilizó como método de estimación el de mínimos

cuadrados ponderados, asumiendo que los datos no tienen distribución normal. Para decidir sobre la calidad del ajuste de los modelos se utilizaron como criterios la razón de χ^2 (grados de libertad), los índices de ajuste no normalizados, los índices de ajuste comparativos y la raíz de la media del error cuadrático de la aproximación⁶¹.

- Luego se calcularon los estadísticos descriptivos (media, desviación, rango, asimetría y kurtosis) para las puntuaciones de la escala total y para las puntuaciones de cada uno de los factores encontrados. Estos análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico STATA 11.1®.
- Validez de criterio concurrente
Dos escalas que miden el mismo constructo se aplicaron en forma concurrente a la misma muestra de pacientes. Además de la escala DSES e utilizó la escala FACIT-SP⁴⁰. Se determinó esta validez por medio de un coeficiente de correlación (de Pearson o de Spearman dependiendo de si los datos se distribuyen o no normalmente). Se asumió un error tipo I de 0.05. Estos análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico STATA 11.1®.
- Confiabilidad test retest
Para calcularla se aplicó la escala en dos momentos, separados por un periodo no mayor a siete días a la misma muestra de pacientes. Se calculó por medio del coeficiente de concordancia y correlación de Lin⁶². Se asumió un error tipo I de 0.05. Estos análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico STATA 11.1®.
- Consistencia interna
Para calcular la consistencia interna se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. Se asumió un error tipo I de 0.05. Estos análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico STATA 11.1®.
- Sensibilidad al cambio
Se llevó a cabo un análisis de cambio, asumiendo un error tipo I de 0.05. Estos análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico STATA 11.1®.
- Comparación en puntuaciones en la escala entre grupos
Se determinó si existen diferencias en la escala entre los grupos de participantes definidos de acuerdo al tipo de enfermedad y la pertenencia a un credo religioso, así como el sexo y otras variables sociodemográficas, estos análisis se llevaron a cabo asumiendo un error tipo I de 0.05, con el paquete estadístico STATA 11.1®.

3. Resultados

3.1 Análisis descriptivo

Se entrevistaron en total a 700 personas, y se distribuyeron de la siguiente manera: Género Figura 3-1, Ocupación Figura 3-2, estrato socioeconómico Figura 3-3, escolaridad Figura 3-4, religión Figura 3-5, tipo de paciente Figura 3-5, tipo de enfermedad Figura 3-6. Como vemos en las figuras, la población es representativa de la distribución poblacional esperada para las 3 condiciones estudiadas: población de enfermedad crónica, mental y oncológica.

Figura 3-1: Distribución de la población por género

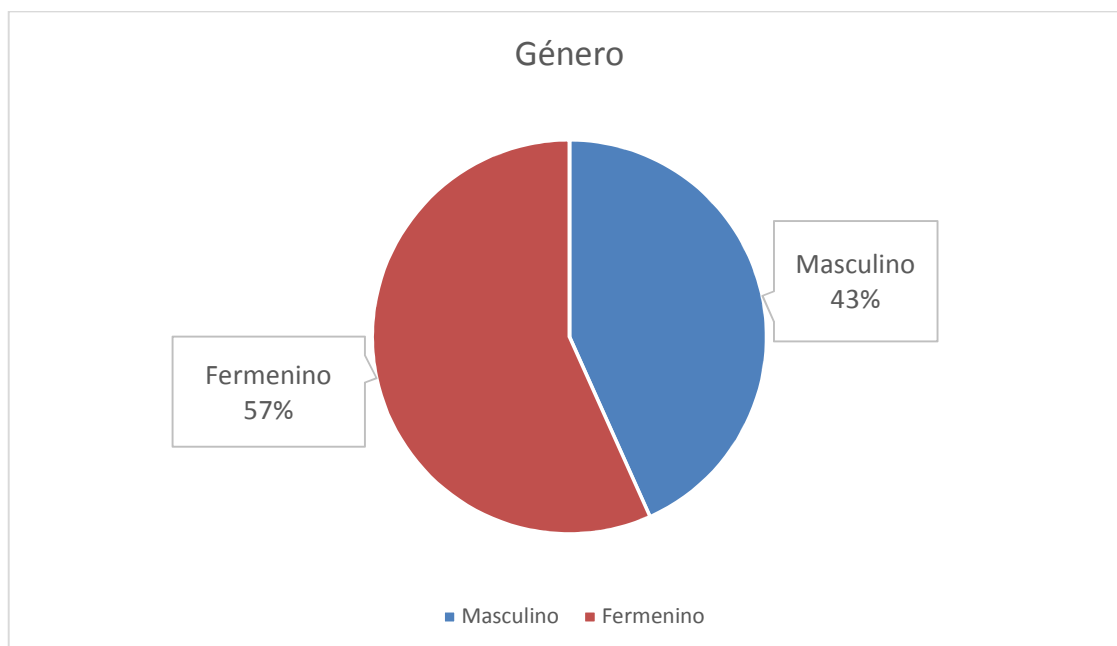


Figura 3-2: Distribución de la población por ocupación

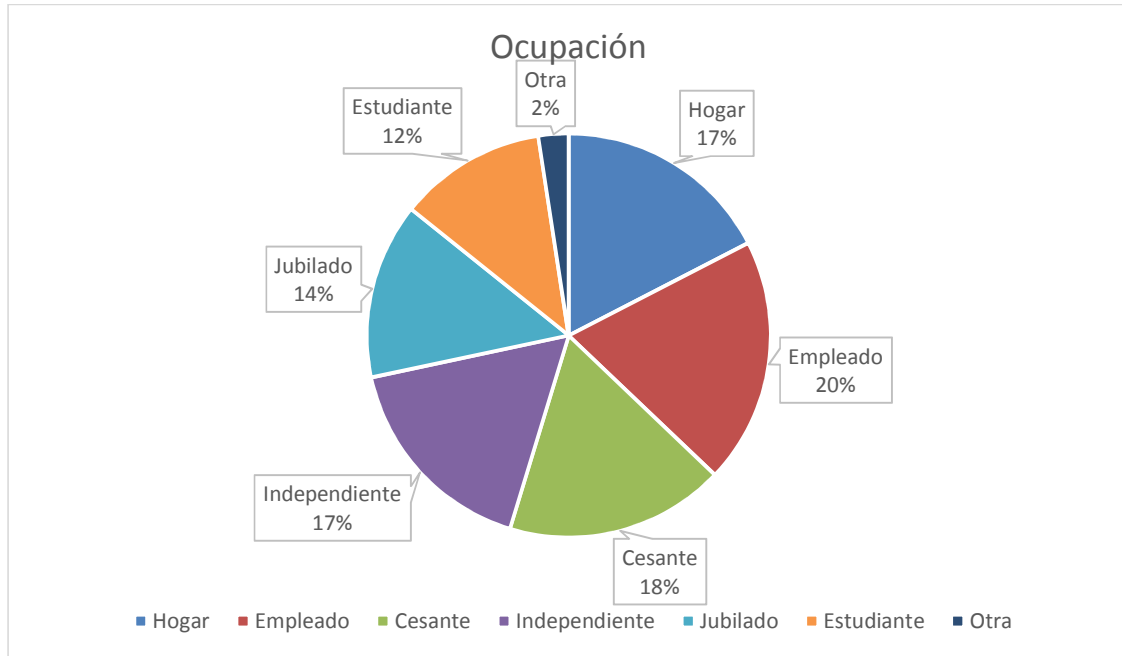


Figura 3-3: Distribución de la población por estrato socioeconómico

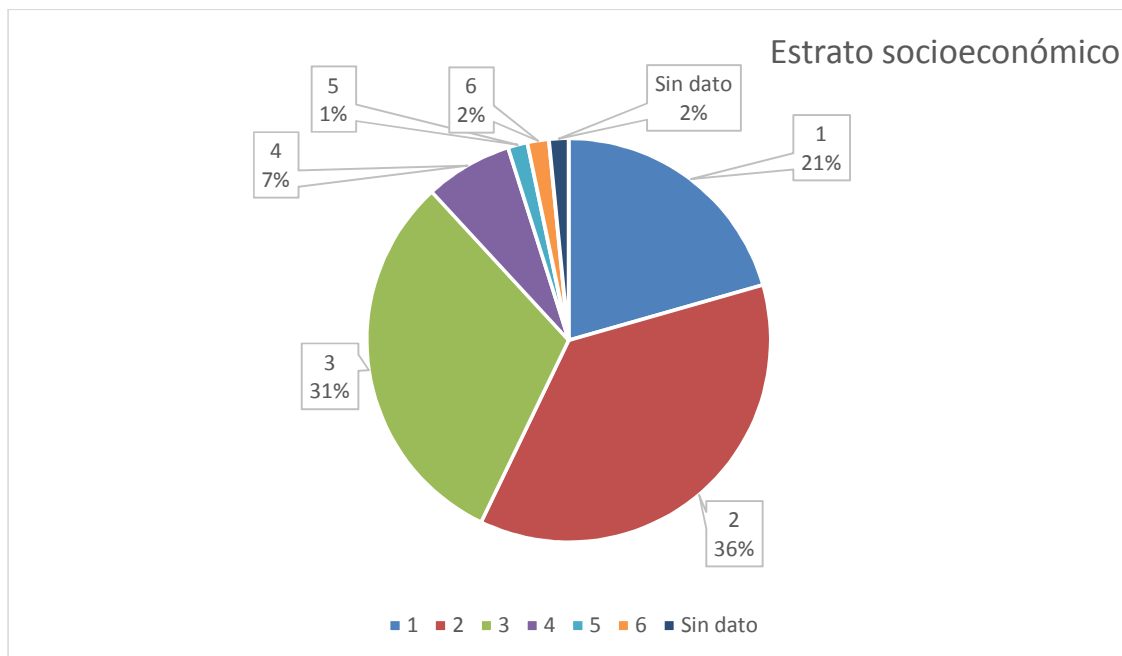


Figura 3-4: Distribución de la población por escolaridad

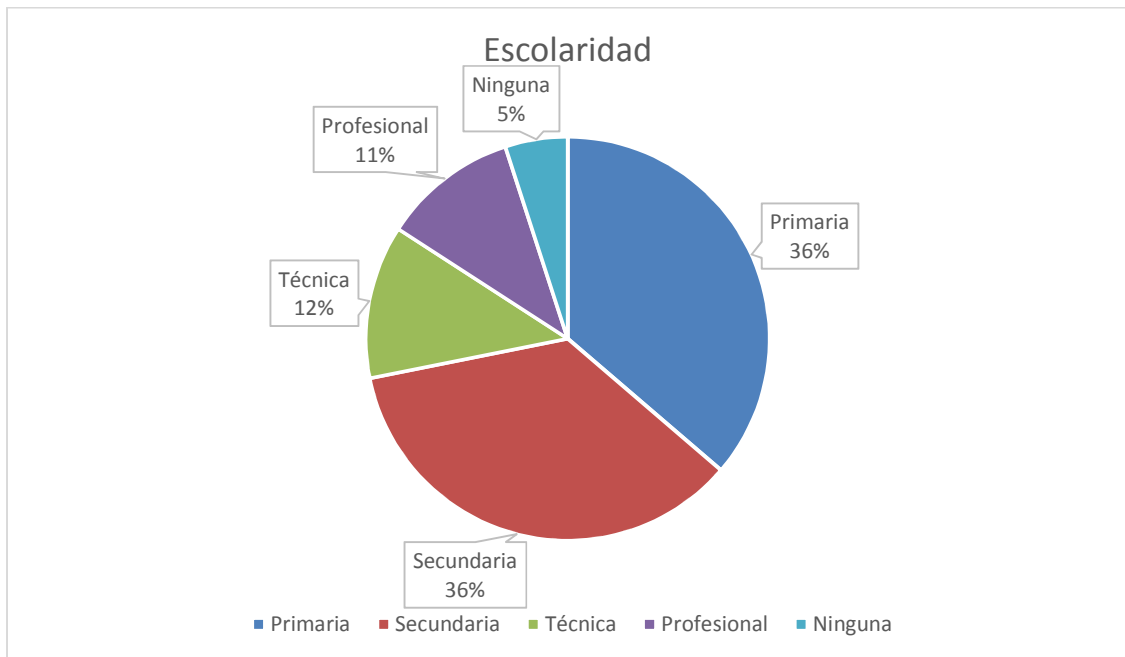


Figura 3-5: Distribución de la población por religión

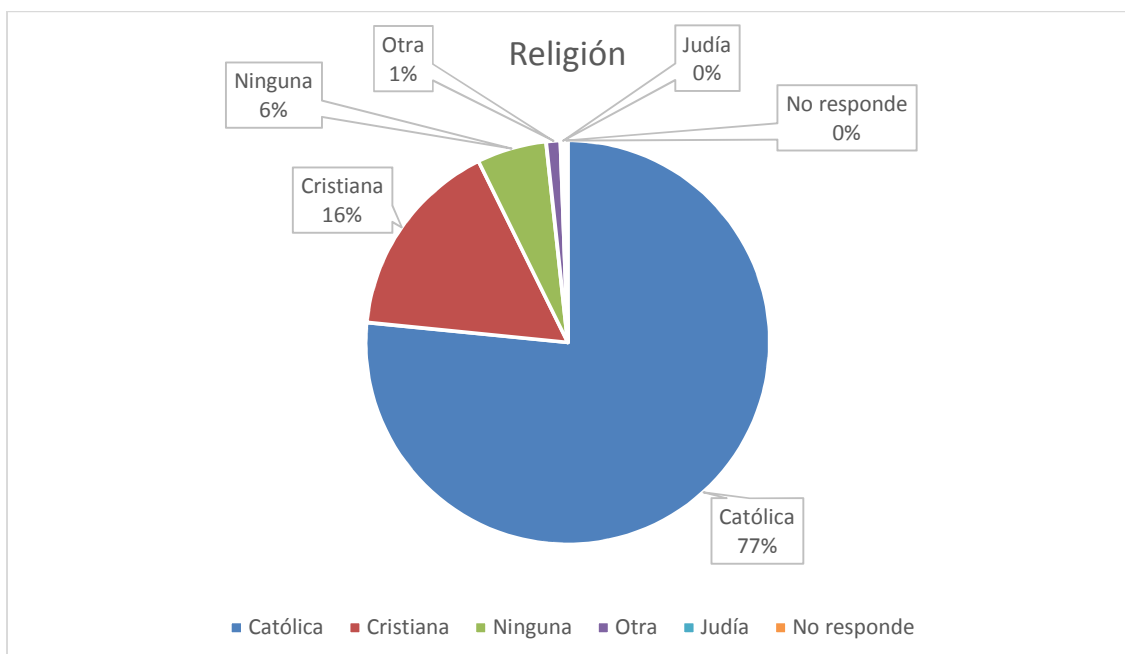


Figura 3-6: Distribución de la población por tipo de paciente

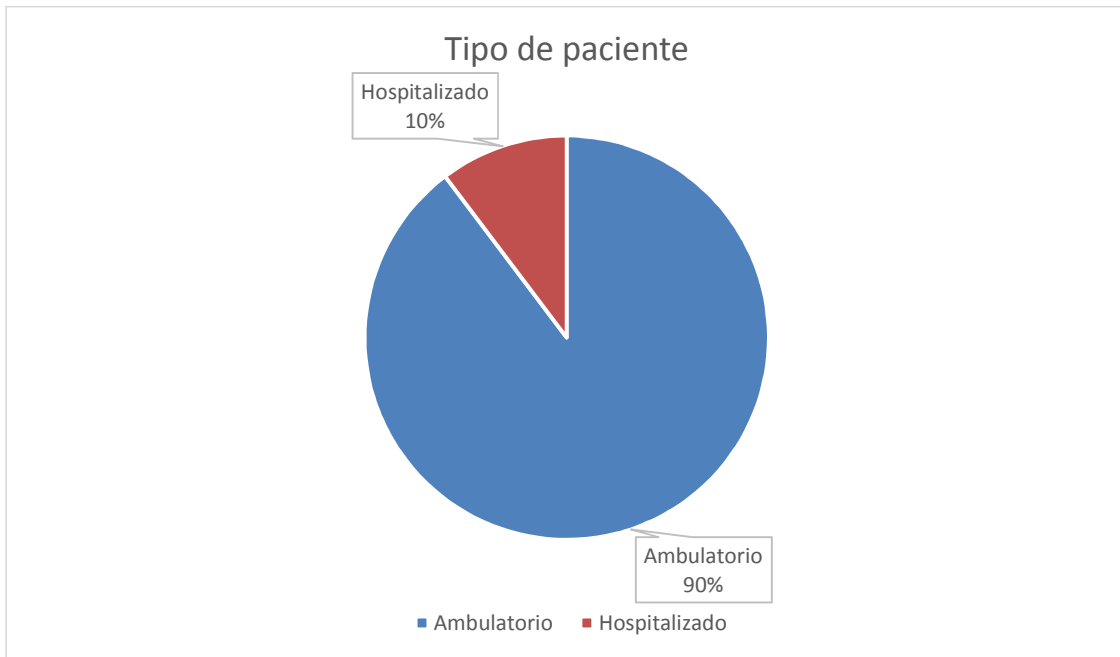
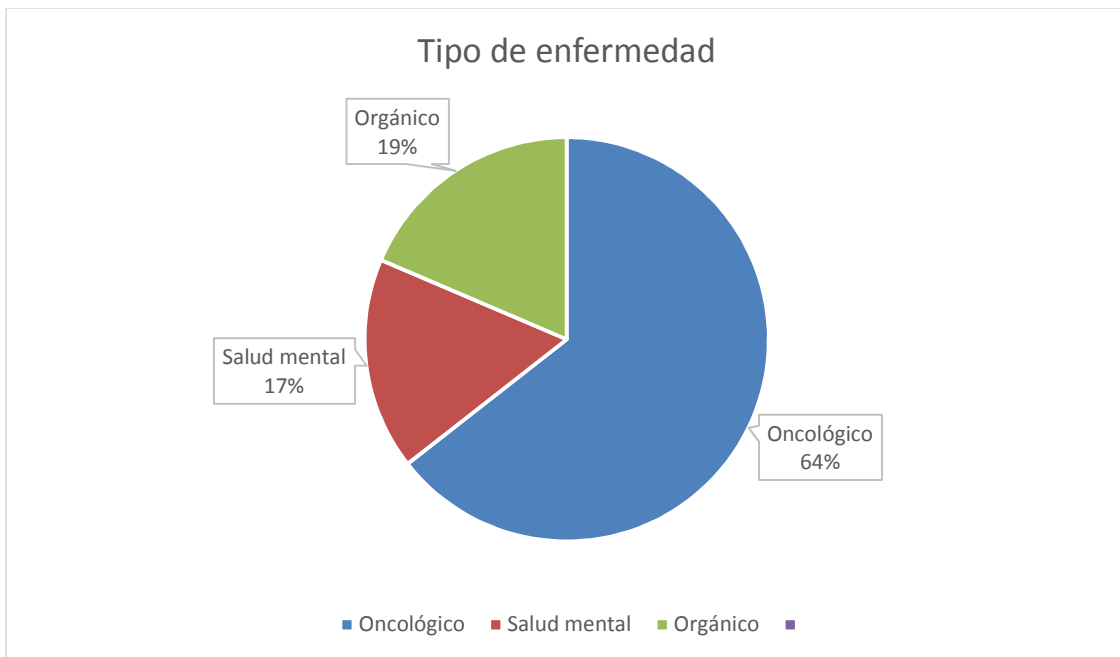


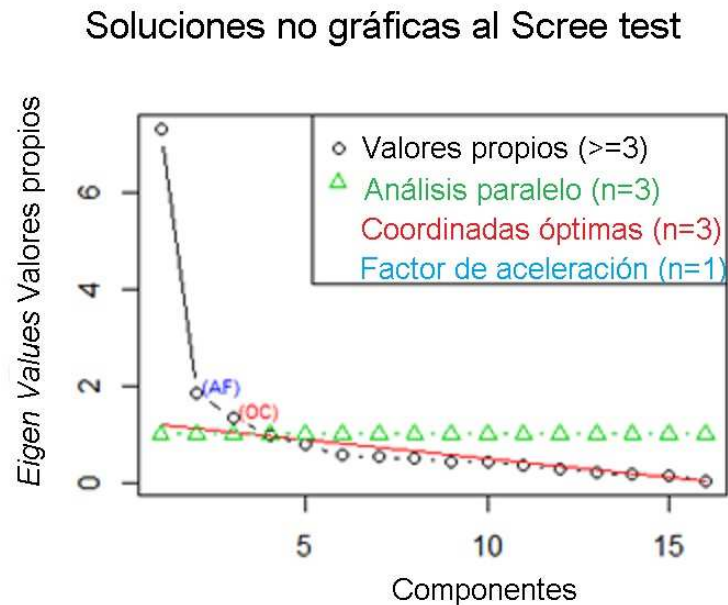
Figura 3-7: Distribución de la población por tipo de enfermedad



3.2 Análisis Factorial

Se analizarán 3 factores según los criterios de valores propios > 1 y del análisis paralelo, tal como se visualiza en la figura 3-8

Figura 3-8: Soluciones no gráficas al Scree test



3.3 Propiedades psicométricas de la escala

Se evaluaron según la descripción de los procedimientos realizados elementos tales como la validez de contenido, validez de criterio concurrente, confiabilidad test retest, consistencia interna, sensibilidad al cambio, cambios a la comparación en puntuaciones en la escala entre grupos, resultados que mostraron datos similares a la escala original [43, 44, 45] y que se darán a conocer en un artículo en revista científica indexada especializada y estarán disponibles una vez se publiquen, no pudiendo ser editados en este documento por razones de confidencialidad, pero estarán disponibles para su consulta a solicitud en la dirección de correo electrónico lajojoap@unal.edu.co.

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

Al hacer un análisis integral de la escala y su aplicabilidad en nuestro medio encontramos que se corresponde con las características psicométricas de la escala en su idioma original[43, 44, 45], conservando su validez de contenido, validez de criterio concurrente, Validez de contenido, confiabilidad test retest, consistencia interna, sensibilidad al cambio, tampoco mostró cambios a la comparación en puntuaciones en la escala entre grupos. Por lo tanto se puede concluir que la escala se ha validado para nuestro idioma y nuestro medio. Aunque la población de estudio fue clínica, por el tamaño de la muestra y las características de la misma, se infiere que se puede utilizar en contextos poblacionales generales.

4.2 Recomendaciones

Ante su utilidad para medir un constructo complejo, se recomienda su utilización en estudios descriptivos poblacionales, en investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas. Se considera además que puede mejorar las condiciones de atención a la población general y clínica al demostrar estadísticamente una relación entre bienestar integral con respuesta a tratamiento y calidad de vida.

A. Anexo: Escala DSES (Daily Spiritual Experience Scale) en español para Colombia

ESCALA PARA EVALUAR EXPERIENCIA ESPIRITUAL DIARIA (DSES)

INSTRUCCIONES: El listado que aparece a continuación incluye aspectos que usted puede o no experimentar. Por favor, considere con qué frecuencia usted tiene esa experiencia, y trate de no tener en cuenta si usted siente que debería o no tenerla. Algunos de estos aspectos incluyen la palabra “Dios”. Si no se siente cómodo (a) con esta palabra, por favor sustitúyala por otra que traiga a su mente la idea de lo que es divino, espiritual o santo para usted.

	Muchas veces durante el día	Todos los días	La mayoría de los días	Algunos días	De vez en cuando	Nunca o casi nunca
1. Siento la presencia de Dios						
2. Siento una conexión con todo lo que es vida						
3. Durante la alabanza, o en otras ocasiones al conectarme con Dios, siento alegría que me aleja de mis preocupaciones diarias						
4. Encuentro fortaleza en mi religión o espiritualidad.						
5. Encuentro consuelo en mi religión o espiritualidad.						
6. Siento profunda paz o armonía interior						
7. Le pido a Dios ayuda en medio de las actividades diarias						
8. Me siento guiado por Dios en medio de las actividades diarias						

9. Siento el amor que Dios me tiene, directamente						
10. Siento el amor que Dios tiene por mí a través de otros						
11. Me siento tocado espiritualmente con la belleza de la creación						
12. Me siento agradecido por mis bendiciones						
13. Cuido a otros desinteresadamente						
14. Acepto a los demás incluso cuando hacen cosas que pienso que están mal						
15. Deseo estar muy cerca de Dios o unido a la presencia divina						

	De ninguna manera	Algo cerca	Muy cerca	Lo más cerca posible
16. En general, ¿qué tan cerca se siente de Dios				

Reproducida con permiso de © Lynn G. Underwood, Underwood, Lynn G. (2006) Ordinary Spiritual Experience: Qualitative Research, Interpretive Guidelines, and Population Distribution for the Daily Spiritual Experience Scale. *Archive for the Psychology of Religion/ Archiv für Religionspsychologie*, 28: 1, 181-218.

Bibliografía

- 1 Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2012. Jul 3. doi: 10.1002/ijc.27711. [Epub ahead of print].
- 2 Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Land S. *Enfermería Comunitaria en América Latina y el Caribe* [Internet]. Washington: Revista Paraguaya de enfermería; 2005 [acceso 20 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo.php?id=100>.
- 3 Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Organización Mundial de la Salud, Universidad de Harvard, Fundación FES-Social. *Estudio Nacional de Salud Mental* [Internet]. Colombia: Ministerio de la protección social; 2003 [acceso 20 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA.pdf>
- 4 Unruh AM, Versnel J, Kerr N. Spirituality unplugged: a review of commonalities and contentions, and a resolution. *Can J Occup Ther*. 2002 Feb;69(1):5-19
- 5 Bekelman DB, Parry C, Curlin FA, Yamashita TE, Fairclough DL, Wamboldt FS. A comparison of two spirituality instruments and their relationship with depression and quality of life in chronic heart failure. *Journal of Pain & Symptom Management*. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010 Mar;39(3):515-26
- 6 Muldoon M, King N. Spirituality, health care, and bioethics. *J Relig Health*. 1995 Winter;34(4):329-49.
- 7 Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*. 1999 Sep-Oct;8(5):417-28.
- 8 Puchalski C, Romer A. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med*. 2000;3(1):129-37

- 9 Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2002 May;10(4):272-80
- 10 Kearney M, Mount B. Spiritual care of the dying patient. In: Chochinov H, Breitbart W, editors. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 357-63
- 11 Rousseau P. Spirituality and the dying patient. *J Clin Oncol*. 2000 May;18(9):2000-2
- 12 Chochinov H, Cann B. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med*. 2005;8 Suppl 1:S103-15
- 13 Field MJ, Cassel CK, Institute of Medicine (U.S.). Committee on Care at the End of Life. *Approaching death : improving care at the end of life*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1997
- 14 Lo B, Ruston D, Kates LW, Arnold RM, Cohen CB, Faber-Langendoen K, et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. *JAMA*. 2002 Feb;287(6):749-54
- 15 Doyle D. *Oxford textbook of palliative medicine*. 3rd ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2004
- 16 Task force report: spirituality, cultural issues, and end of life care. In: Association of American Medical Colleges.: *Report III. Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine*. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 1999, pp 24-9
- 17 Fitchett G, Meyer PM, Burton LA: Spiritual care in the hospital: who requests it? Who needs it? *J Pastoral Care* 54 (2): 173-86, 2000 Summer
- 18 Ben-Arye E, Bar-Sela G, Frenkel M, et al.: Is a biopsychosocial-spiritual approach relevant to cancer treatment? A study of patients and oncology staff members on issues of complementary medicine and spirituality. *Support Care Cancer* 14 (2): 147-52, 2006
- 19 King DE, Bushwick B: Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract* 39 (4): 349-52, 1994
- 20 Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med*. 2005;8 Suppl 1:S103-15
- 21 Astrow AB, Wexler A, Teixeira K, et al.: Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol* 25 (36): 5753-7, 2007

-
- 22 Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, et al.: Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 9 (3): 646-57, 2006
- 23 Yanez B, Edmondson D, Stanton AL, et al.: Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *J Consult Clin Psychol* 77 (4): 730-41, 2009.
- 24 Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN, et al.: Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliat Med* 16 (4): 331-8, 2002
- 25 Nixon A, Narayanasamy A. The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *J Clin Nurs*. 2010 Jun
- 26 Meier D, Emmons C, Wallenstein S, Quill T, Morrison R, Cassel C. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med*. 1998 Apr;338(17):1193-201.
- 27 Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al.: Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med* 18 (1): 39-45, 2004
- 28 Romero C, Friedman L, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum K. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *J Behav Med*. 2006 Feb;29(1):29-36
- 29 Spiegel D, Bloom J, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry*. 1981 May;38(5):527-33
- 30 Lee V, Cohen S, Edgar L, Laizner A, Gagnon A. Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results. *Oncol Nurs Forum*. 2006 Mar;33(2):291-302
- 31 Chochinov H, Hack T, Hassard T, Kristjanson L, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005 Aug;23(24):5520-5
- 32 Kissane D, Bloch S, Smith G, Miach P, Clarke D, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*. 2003 Sep;12(6):532-46
- 33 Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2010 Jan;19(1):21-8
- 34 Koenig HG. Religion, congestive heart failure and chronic pulmonary disease. *Journal of Religion and Health*, 2002. 41, 263-278

- 35 Martínez JS, Smith TB, Barlow SH. Spiritual Interventions in Psychotherapy: Evaluations by Highly Religious Clients. *Journal of Clinical Psychology*, 2007. 63(10), 943-960
- 36 Peres J, Moreira-Almeida A, Nasello AG, Koenig HG. Spirituality and Resilience in Trauma Victims. *Journal of Religion and Health*. 2007. 46(3), 343-350
- 37 Holland JC et al. A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life re-search in Life-Threatening Illness. *Psychooncology* 1998.(7) 460-469
- 38 Maugans TA. The SPIRITual history. *Arch Fam Med*. 1996 Jan;5(1):11-6
- 39 Surbone A, Baider L. The spiritual dimension of cancer care. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010 Mar;73(3):228-35
- 40 FACIT. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy. <http://www.facit.org/>. Acceso 22 de Julio de 2012
- 41 Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. Multidimensional Measurement of religiousness / Spirituality for Use in Health Research. Kalamazoo, Michigan: Fetzer Institute. 1999. Disponible en <http://www.fetzer.org/research/248-dses> (acceso 22 de julio 2012)
- 42 Delaney C. The Spirituality Scale: holistic assessment of the human spiritual dimension. *Journal Holistic Nursring*. 2005, 23(1), 145-167
- 43 Underwood LG, Teresi JA. The Daily Spiritual Experience Scale: Development, Theoretical Description, Reliability, Exploratory Factor Analysis, and Preliminary Construct Validity Using Health-Related Data. *Annals of Behavioral Medicine*. 2002, 24(1), 22-33
- 44 Underwood LG. The Daily Spiritual Experience Scale: Overview and Results. *Religions* 2011, 2, 29-50
- 45 Underwood LG. Ordinary Spiritual Experience: Qualitative Research, Interpretive Guidelines, and Population Distribution for the Daily Spiritual Experience Scale. *Archive for the Psychology of Religion/ Archiv für Religionspsychologie*. 2006, 28: 1, 181-218
- 46 Idler E, Musick M, Ellison C, George L, Krause, N, Ory MG, Pargament KI, Powell LH, Underwood LG, Williams DR. Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research. *Res. Aging*. 2003, 25, 327-364
- 47 Oliveira AL, Kimura M, Mishima LS. Cross-cultural adaptation and validation of the Daily Spiritual Experience Scale for the Brazilian culture. *Qual. Life Res*. 2010, 19(Suppl. 1), 48

-
- 48 Kalkstein S, Tower RB. The Daily Spiritual Experience Scale and well-being: Demographic comparisons and scale validation with older Jewish adults and a diverse internet sample. *J. Relig. Health* 2009, 48, 401-417
- 49 Ellison CG, Fan D. Daily spiritual experience and psychological well-being among US adults. *Soc. Indic. Res.* 2008, 88, 247-271
- 50 Taylor EJ, Mamier I, Bahjri K, Anton T, Petersen F. Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *J. Clin. Nurs.* 2009, 18, 1131-1140
- 51 Cole BS, Hopkins CM, Tisak J, Steel JL, Carr BI. Assessing spiritual growth and spiritual decline following a diagnosis of cancer: Reliability and validity of the spiritual transformation scale. *Psycho-Oncol.* 2008, 121, 112-121
- 52 Hall DE, Koenig HG, Meador KG. Episcopal measure of faith tradition: A context-specific approach to measuring religiousness. *J. Rel. Health* 2010, 49, 164-178
- 53 Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales : a practical guide to their development and use. 3rd ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2003
- 54 Bonate PL. Analysis of pretest-posttest designs. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC; 2000
- 55 Carmines EG, Zeller RA. Reliability and validity assessment. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications; 1979
- 56 DeVellis RF. Scale development : theory and applications. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, Inc.; 2003
- 57 McCallum RC, Browne MW, Sugawara HM. Power Analysis and Determination of Sample Size for covariance Structure Modeling. *Psychological Methods.* 1996;1(2):130-49
- 58 Bentler PM, Yuan K. Structural equation modeling with small samples: test statistics. *Multivariate Behavioral Research.* 1999;34(2):181-97
- 59 EORTC. European Organization for Research and Treatment of Cancer. 2010. Available from: <http://www.eortc.be>. (Acceso 20 de Julio 2012)
- 60 Dewolf L, Koller M, Velikova G, Johnson C, Scott N, Bottomley A. EORTC QUALITY OF LIFE GROUP Translation Procedure. 3 ed. Brussels: EORTC; 2009
- 61 Diamantopoulos A, Sigua JA. Introducing Lisrel : a guide for the uninitiated. London: SAGE; 2000

62 Lin LI. A concordance correlation coefficient to evaluate reproducibility. *Biometrics*. 1989
Mar;45(1):255-68