

# **Contribución del manejo religioso a la calidad de vida y sintomatología depresiva en una muestra de hispanos que tienen un diagnóstico de cáncer<sup>1</sup>**

**Dinoroschka M. Rodríguez Carrión<sup>2</sup>**  
**Sean Sayers Montalvo**  
**Alfonso Martínez-Taboas**  
*Universidad Carlos Albizu*

## **Resumen**

El presente estudio tenía como propósito evaluar la contribución del manejo religioso en la calidad de vida y la depresión en una muestra de pacientes puertorriqueños que poseen un diagnóstico de cáncer. La muestra del estudio estuvo compuesta por 70 participantes con cáncer. Los instrumentos utilizados en la investigación fueron el Cuestionario de Evaluación Funcional de la Terapia y Bienestar Espiritual, el Inventario de Depresión de Beck II (IDB) y la Escala de Medidas de Manejo Religioso. Se realizaron estadísticas descriptivas para los datos sociodemográficos, análisis de correlaciones Pearson  $r$  y regresiones múltiples. Entre los hallazgos se encontraron correlaciones significativas e inversas entre las variables del IDB, estado físico y salud, ambiente familiar y social y la espiritualidad. Se realizaron dos modelos de regresión relacionados con depresión y calidad de vida, y se encontró que entre las variables más significativas se encontraba la espiritualidad, específicamente significado y paz.

**Palabras claves:** *Cáncer, depresión, religión*

---

<sup>1</sup> *Nota:* Este artículo fue sometido a evaluación en junio de 2010 y aceptado para publicación en febrero de 2011. Este trabajo fue editado por el Dr. José Pons y la Sa. Nerumar Kuilán, por invitación de la RePS. La RePS agradece a ambos su labor editorial de excelencia.

<sup>2</sup> Para comunicarse con los autores puede escribir al siguiente correo electrónico: dinoroschka@gmail.com.

### Abstract

The present study evaluates the contribution of religious management in the quality of life and depression symptoms on a sample of Puerto Rican patients ( $n = 70$ ) that possess a diagnosis of cancer. The instruments utilized in this study were the Functional Assessment of Chronic Illness therapy-spirituality (FACIT-SP), Beck's Depression Inventory (BDI-II) and BRIEF RCOPE. Statistical analysis were carried out, such as, descriptive statistics for the socio-demographic, analysis of correlation (Pearson  $r$ ) and multiple regression. Correlational analyses demonstrated a significant and inverse relationship between the BDI-II, FACIT-SP, physical state and health, social and family environment and the spirituality. Regression analyses showed that variables such as spirituality and religious management were significant predictors of depression symptoms.

**Keywords:** *Cancer, depression, religion*

La calidad de vida, la religión y la espiritualidad son factores que juegan un papel importante para aquellos que reciben un diagnóstico de cáncer. Cuando una persona enfrenta este tipo de enfermedad son muchas las reacciones que surgen. Algunas recurren a la fe, esperanza y apoyo espiritual, pero por otra parte este tipo de noticia puede ser el inicio de una lucha espiritual que puede presagiar una merma en la salud física y mental (Pargament & Ano, 2006). El diagnóstico de cáncer cobra especial importancia en el área psicológica. Investigaciones revelan que la prevalencia de síntomas depresivos en estos pacientes se encuentra entre el 14% al 33% (Golden & Andersen, 2004; Hipkins, Whitworth, Tarrier, & Jayson, 2004; Smith, Gomm, & Dickens, 2003; Berard, Boermeester, & Vilioen, 1998) por lo que la calidad de vida de estas personas se ve seriamente afectada.

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública en Puerto Rico ocupando el segundo lugar entre las causas de muerte en ambos géneros (Registro Central de Cáncer, 2004). Según se revela, los tipos de cáncer con mayor incidencia para el 2004 fueron: el cáncer de próstata, seno, colon, útero y pulmón. Mientras que los responsables del mayor número de muertes por esta enfermedad en los hombres son: el cáncer de próstata para un 18.9%, pulmón 14.3% y colon para un 13.0%. Mientras entre las mujeres, los tipos de cáncer más comunes para el año 2004 fueron: el cáncer de seno 19.7%, colon 13.3% y pulmón 10.8%.

La incidencia de cáncer en mujeres puertorriqueñas ha ido en aumento en los últimos diez años, mientras en los hombres se ha evidenciado un descenso de esta enfermedad. La incidencia de cáncer del esófago, laringe, cavidad oral y faringe, estómago, vagina y vulva es más alta en Puerto Rico comparado con la población general de los Estados Unidos (Registro Central de Cáncer, 2004).

### *Espiritualidad, calidad de vida y cáncer*

Varios autores definen la espiritualidad como la capacidad para trascender e ir más allá del enfoque centrado en uno mismo e incluir valores que construyen sistemas de bienestar y la búsqueda individual de lo sagrado (Chandler, Holden, & Kollander, 1992; Zinnbauer & Pargament, 2005). Koenig, Pargament y Nielsen (1998) señalan que el manejo religioso es la utilización de las creencias religiosas o el comportamiento para facilitar la solución de problemas para prevenir o aliviar las emociones negativas a consecuencia de circunstancias estresantes de la vida. Muchos pacientes han reportado la importancia de la espiritualidad y el manejo religioso para poder lidiar con el cáncer (Hills, Paice, Cameron, & Shott, 2005; Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker, & Mood, 2004). Krupski, Kwan, Fink, Sonn, Maliski y Litwin (2006) encontraron en su estudio una relación entre la espiritualidad, la salud mental y física de pacientes con un diagnóstico de cáncer de próstata. Los resultados revelaron que aquellos hombres con baja espiritualidad sufren de un peor bienestar emocional, más síntomas de angustia e incremento de ansiedad.

Varias investigaciones han reportado la existencia de una relación positiva entre la espiritualidad y la calidad de vida (Gioiella, Berkman, & Robinson, 1998; Brady, Peterman, Fitchett, Mo, & Cella, 1999). Gioiella *et al.* (1998) encontraron que aquellos pacientes que tenían cáncer ginecológico, exceptuando el cáncer de ovario, reportaron una mejor calidad de vida, un mayor nivel de espiritualidad, bienestar existencial y religioso.

Brady *et al.* (1999) utilizaron una muestra de 1,610 pacientes con diagnósticos de cáncer de seno, colón, pulmón, cuello y cabeza y evaluaron la asociación entre espiritualidad y calidad de vida, además de establecer si la espiritualidad es clínicamente relevante a la calidad de vida. Los resultados revelaron la existencia de una relación entre la espiritualidad y la calidad de vida. Asimismo, se halló que el 66% de

los/as participantes reflejaron altos niveles de fatiga, pero también reportaron altos niveles de disfrute de la vida.

Por su parte, Gall, Kristjansson, Charbonneau y Florack (2009) encontraron un patrón más complejo. En este estudio de corte longitudinal con 93 mujeres con cáncer de seno, los investigadores encontraron que aquellas mujeres que antes del cáncer no tenían una vida espiritual muy desarrollada, al momento del cáncer comenzaron a sentir una lucha espiritual y dudas las cuales afectaron su ajuste al cáncer a largo plazo. En general, en este estudio no se encontró evidencia de que la espiritualidad actuara de manera protectora en variables de calidad de vida. Por el contrario, los elementos negativos de la espiritualidad fueron más prominentes en relación con varios aspectos del ajuste de mujeres con cáncer.

De otra parte, muchos individuos utilizan sus creencias y prácticas religiosas para ayudar a manejar eventos negativos. La religión incluso puede moldear la naturaleza de las actividades de manejo (Pargament, 1990). Existen varios estudios que han examinado la relación entre el manejo religioso y las enfermedades terminales (Büssing, Ostermann, & Matthiessen, 2005; Choumanova, Wanat, Barrett, & Koopma, 2006).

Choumanova *et al.* (2006) examinaron cómo la religión y la espiritualidad son utilizadas por 27 mujeres chilenas para manejar su diagnóstico de cáncer de seno. La investigación reveló que la mayoría de los pacientes veían a Dios como recurso para el manejo de la enfermedad. Además, la mitad de las mujeres entrevistadas enfatizaron que su diagnóstico de cáncer y su experiencia con la enfermedad los acercaron más a Dios y se incrementó su fe.

En un meta-análisis realizado por Ano y Vasconcelles (2005) se encontró que los buenos actos y el manejo basado en la espiritualidad son utilizados mayormente cuando la situación de la enfermedad es evaluada como positiva y cuando hay oportunidad de ganar un significado en la vida de la persona. Se encontró que las buenas hazañas y el apoyo religioso son utilizados con más frecuencia cuando la mujer tiene una evaluación de pérdida por el cáncer. En contraste, la estrategia de manejo de descontento religioso fue reportada mucho más cuando la situación del cáncer fue evaluada con menos potencial de resultados positivos, mientras las súplicas fueron utilizadas con más frecuencia cuando la situación fue percibida como indeseable, amenazadora e incurría en alguna pérdida. A su vez, los hallazgos revelaron que

la lucha espiritual, particularmente las que no están resueltas, puede conducir a la decadencia en la salud. La lucha espiritual está asociada con varias consecuencias dolorosas, como estrés, síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad, culpa y tendencias suicidas (Pargament, Ano, & Wachholtz, 2005).

### *Depresión y cáncer*

La depresión es una condición psicopatológica que es común en pacientes que reciben un diagnóstico de cáncer. En un estudio realizado en la India con 100 pacientes que comenzaban el proceso de radioterapia, se encontró que el 46% presentaban un desorden de depresión. En la investigación se destaca que se les brindó seguimiento a estos pacientes después de 4 meses y se encontró que sólo 21 pacientes continuaron en el proceso de seguimiento (Chaturvedi *et al.*, 1996).

Existen numerosas investigaciones encaminadas a establecer una relación entre la espiritualidad, la religión y la depresión. Aukst, Jakovljevic, Margetic, Bisćan y Samija (2005) evaluaron la asociación entre la religión, definida como la fuerza de la fe religiosa, depresión y dolor en un estudio de cohorte en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno. Los hallazgos evidenciaron que la depresión es menos prevalente en el grupo de mujeres diagnosticada con cáncer de seno que es altamente religioso. Los pacientes que presentaban mastectomía evidenciaron menos síntomas depresivos, si pertenecían al grupo de alta religiosidad, demostrando que la religiosidad puede facilitar el enfrentamiento a las consecuencias de la desfiguración física.

Boscaglia, Clarke, Jobling y Quinn (2005) realizaron un estudio con el objetivo de determinar si el involucramiento espiritual, las creencias y el enfrentamiento positivo y negativo puede contar para cualquiera de las variaciones de ansiedad y depresión entre mujeres que tiene un diagnóstico hace un año de cáncer ginecológico. Los resultados revelaron que las mujeres jóvenes que se encontraban en una etapa adelantada de la enfermedad y que utilizan un mayor uso de enfrentamiento negativo tienen una gran tendencia a tener un estado de ánimo depresivo. Al menos una cuarta parte de la muestra exhibía síntomas leves de depresión. Los niveles de ansiedad encontrados en las participantes resultaron ser más altos cuando se compara con la población en general, por lo que un manejo negativo de la espiritualidad fue un predictor significativo de la depresión y la ansiedad.

La medicina moderna reconoce que cuando hay un diagnóstico de cáncer no siempre existe una cura para esta enfermedad. El apoyo familiar y social es un elemento importante para aquellos pacientes que han sido diagnosticados con una enfermedad terminal. Los pacientes de cáncer tienen múltiples necesidades, que incluyen el monitoreo del tratamiento y la enfermedad, el manejo de los síntomas, administración de medicamento y apoyo emocional (Given, Given, & Kozachik, 2001). Al respecto, Hipkins *et al.* (2004) realizaron un estudio con el propósito de describir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de ovario y otros cambios psicológicos durante el proceso de quimioterapia. Los resultados revelaron que se encontró una prevalencia alta de casos de ansiedad (38%) y depresión (33%) al finalizar el proceso de quimioterapia. Durante el seguimiento, se encontró un incremento en los síntomas de ansiedad (47%) y una disminución en sintomatología depresiva (19%). Estos cambios estaban asociados a la percepción de falta de apoyo social y al incremento de pensamientos intrusivos. En otro estudio, Suárez, Ávila, Caballero y Cuca (2005) encontraron que los pacientes que cuentan con un grupo de apoyo (ej. familia) tienen menor riesgo de presentar sintomatología depresiva, demostrado por la relación estadísticamente alta que existe entre estas dos variables.

El presente estudio tiene como propósito evaluar la contribución que tiene el manejo religioso en la calidad de vida y la sintomatología depresiva en una muestra de pacientes hispanos diagnosticados con cáncer y compararlo con personas que no poseen el diagnóstico de esta enfermedad. Se examinaron las siguientes hipótesis:

1. Existe una relación significativa entre la calidad de vida y el manejo religioso positivo en participantes con diagnóstico de cáncer.
2. Existe una relación significativa entre la calidad de vida y el manejo religioso negativo en participantes con diagnóstico de cáncer.
3. Existe una relación significativa entre la calidad de vida y la sintomatología depresiva en participantes con diagnóstico de cáncer.
4. Existe una relación significativa entre el ambiente familiar y la sintomatología depresiva en participantes con diagnóstico

de cáncer.

5. Existe una relación significativa entre la espiritualidad y la sintomatología depresiva en participantes con diagnóstico de cáncer.
6. Existe una relación significativa entre el estado físico de salud y la sintomatología depresiva en participantes con diagnóstico de cáncer.

## Método

### *Participantes*

Los/as participantes de este estudio fueron 70 adultos/as de 21 años de edad en adelante. Estos/as debían encontrarse entre las etapas I-IV del cáncer. Estos/as participantes se encontraban entre las edades de 29 a 82 años, siendo la edad promedio 55 años ( $M = 54.59$ ,  $DE = 13.801$ ). El 28% de la muestra se encontraba trabajando, mientras el 70% reportó no estar empleado al momento. Se encontró que el 61% de los/as participantes reportaron encontrarse casados/as o con compañeros/as, y el 30% soltero/a o divorciados/as. El 61% de los/as participantes indicaron tener como práctica religiosa el catolicismo. Todos los/as participantes de esta investigación fueron seleccionados/as por disponibilidad.

### *Instrumentos*

*Hoja de datos sociodemográficos* - Se le hizo entrega a cada participante de una hoja sociodemográfica con el propósito de recopilar información básica. Se consideró las variables de edad, género, estado civil, preparación académica, ocupación, religión a la que pertenece o filosofía a la que se adscribe, tipo de cáncer, etapa de cáncer, factores médicos asociados a su condición, problemas relacionados con la salud y tratamiento psicológico.

*Inventario de Depresión de Beck (IDB-II)* (Beck & Steer, 1993) - Este inventario es uno de auto reporte que consta de 21 reactivos. Este inventario requiere que la persona indique cuánto cada síntoma le afectó durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que se contestó el inventario. El inventario utiliza una escala de cuatro niveles, desde “ningún síntoma” (0) hasta “severamente” (3). Se

obtiene una puntuación total del inventario al sumar cada uno de los 21 reactivos. Puntuaciones de 0 a 9 se consideran no reflejar perfiles depresivos; puntuaciones desde 10 hasta 16 indican una depresión leve; puntuaciones desde 17 hasta 29 reflejan una depresión moderada; y puntuaciones desde 30 hasta 63 indican depresión severa (Beck & Steer, 1993).

*Escala de Medidas de Manejo Religioso (EMMR)* - Esta escala está compuesta por 14 reactivos distribuidos en dos subescalas: (a) Manejo religioso positivo (suma de los reactivos 2, 4, 5, 6, 7, 10 y 14), que se caracteriza por la expresión de un sentido de espiritualidad, de una relación segura con Dios, de la creencia de que hay un sentido que se puede fundamentar en la vida y de un sentido de conectividad espiritual con otros; y (b) Manejo religioso negativo (suma de los reactivos 1, 3, 8, 9, 11, 12 y 13 del EMMR), caracterizado por el empleo de estrategias basadas en un descontento espiritual, que es la expresión de una relación menos segura con Dios, tenue y amenazadora.

Este instrumento, según Pargament, Smith, Koenig y Pérez (1999), tiene una consistencia interna entre moderada y alta para cada escala. El coeficiente de alpha de Cronbach se encuentra entre .90 y .87 y entre .81 y .87 para las escalas positivas y negativa, respectivamente. Se utilizaron dos poblaciones para estos análisis psicométricos; estudiantes universitarios y pacientes de hospitales sobre los 55 años de edad.

*Cuestionario: Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas y Bienestar Espiritual (Cuarta versión en español) (FACIT-Sp)* - El FACIT-Sp es una escala diseñada para pacientes diagnosticados con cáncer que comprende de 27 reactivos y cuatro subescalas: estado físico, ambiente familiar y social, estado emocional y capacidad del funcionamiento personal. Incluye además una escala de espiritualidad que contiene 12 reactivos. Esta escala se compone de dos factores: significado/paz y fe. El significado se basa en un componente cognitivo, mientras la paz es uno afectivo. En esta subescala las preguntas se relacionan con la armonía, la paz, sentido de fuerza y comodidad con la fe (Canada, Murphy, Fitchett, Peterman, & Schover, 2008).

La confiabilidad del cuestionario FACIT-Sp se ha evidenciado con un alfa de Cronbach entre .81 y .88. Además, se encontró una correlación moderadamente alta (.58) entre la puntuación total de la FACIT-Sp y la calidad de vida (Peterman, Fitchett, Brady, Hernández,



& Cella, 2002).

### *Procedimiento*

Se obtuvo autorización por parte del IRB del Hospital Oncológico Dr. Isaac González Martínez. Dr. Kenneth Pargament y la Organización FACIT otorgaron los permisos para la utilización de los instrumentos BRIEF RCOPE y el cuestionario *Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas y Bienestar Espiritual (Cuarta versión en español)*.

Como parte del procedimiento, se realizó una invitación a posibles participantes que brindó información sobre los siguientes aspectos: título de la investigación, breve explicación sobre el propósito del estudio, información sobre en qué consistía su participación y tiempo de duración.

### *Diseño de investigación*

El enfoque de este estudio es uno “ex post facto” o causal comparativo. Como parte de la investigación, se utilizó un diseño pre-experimental de contraste de dos grupos (cáncer vs. no cáncer) con post-prueba con el propósito de analizar diferencias entre los grupos de comparación. El proceso de recolección de datos se llevó a cabo mediante un análisis de tipo cuantitativo; los datos se analizaron utilizando la versión de SPSS más reciente (17.0).

A tono con el diseño de investigación, se llevaron a cabo estadísticas descriptivas de los datos socio-demográficos con el propósito de obtener un perfil de la muestra bajo estudio. Se efectuaron análisis de correlaciones para establecer las relaciones existentes entre la calidad de vida, ambiente familiar, manejo religioso, estado físico y salud y síntomas de depresión. Se utilizó un nivel de significancia de alfa menor o igual de .05.

## **Resultados**

Se realizaron correlaciones producto momento Pearson entre el IDB, el EMMR Positivo, EMMR Negativo y la Escala FACIT-SP, (Tabla 1). Los análisis de correlación de Pearson mostraron que existía una relación alta e inversa entre las medidas de depresión y calidad de vida ( $r = -.78, p < .01$ ). Mientras se encontró que no existía relación

entre la calidad de vida y el manejo religioso positivo y el manejo religioso negativo. Se debe resaltar que los resultados evidenciaron que el manejo religioso negativo se relaciona moderadamente con la sintomatología depresiva. Lo que implica que a mayor endoso de síntomas depresivos, mayor el uso de manejo religioso negativo.

Las medidas de estado físico y salud, ambiente familiar y social y espiritualidad correlacionaron de manera negativa con la sintomato-

TABLA 1  
Resultados del análisis de correlación Pearson

<i>Medidas</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1. Inventario Beck	-			
2. EMMR Positivo	-.138	-		
3. EMMR Negativo	.444*	.055	-	
4. FACIT-Sp	-.788*	.200	-.242	-

*Nota.* El asterisco (\*) refleja que los resultados son significativos a un nivel alfa  $\leq .01$ .

logía depresiva, lo que implica que mientras las puntuaciones en estas medidas disminuyen, los síntomas depresivos aumentan (véase Tabla 2).

Mediante los análisis de regresión múltiple realizado se establecieron dos modelos. El primer modelo (IDB) sugiere que existe una

TABLA 2  
Resultados del análisis de correlación Pearson entre subescalas del FACIT –Sp y el IDB

<i>Medidas Inventario</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1. Inventario Depresión Beck	-			
2. Estado Físico y Salud	-.615**	-		
3. Ambiente Familiar y Social	-.601**	.261*	-	
4. Espiritualidad	-.650**	.375*	-.492**	-

*Nota.* El asterisco (\*) refleja que los resultados son significativos a un nivel alfa  $\leq .05$ . El doble asterisco (\*\*) refleja que los resultados son significativos a un nivel alfa  $\leq .01$ .

relación lineal que explica los síntomas de depresión en los/as participantes diagnosticados con cáncer. Los coeficientes de regresión sugieren una relación inversa entre el IDB y variables tales como, el significado y paz, estado físico y salud, ambiente familiar y social y funcionamiento personal. También se observa una relación directa entre el manejo religioso negativo y los síntomas reportados en el IDB. Este modelo explica el 76% de la varianza de la variable criterio explicada por el conjunto de las variables predictoras.

El modelo II (FACT-SP) explica la relación lineal que existe entre la calidad de vida y las variables del IDB y significado/ paz. El mismo presenta una relación directa entre el significado/ paz e inversa con el IDB. Esta ecuación explica el 66% de la varianza de la variable criterio explicada por el conjunto de las variables predictoras (véase Tabla 3).

Las tabulaciones presentadas en la tabla 4 muestran el coeficiente de correlación múltiple (R), el coeficiente de determinación

**TABLA 3**  
Resultados del cambio en los coeficientes de correlación múltiple y coeficientes beta

<i>Modelo</i>	<i>Variables</i>	<i>B</i>	<i>Coefficientes de correlación múltiple</i>			
			<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>R<sup>2</sup><sub>adj</sub></i>	$\Delta R^2_{adj}$
BDI	S/P	-.428	.719	.517	.505	0.000
	S/P + EFS	-.300	.782	.611	.593	0.088
	S/P + EFS + AFS	-.383	.822	.676	.652	0.059
	S/P + EFS + AFS + MRN	.897	.852	.726	.698	0.046
	S/P + EFS + AFS + MRN + FP	-.402	.873	.761	.731	0.033
FACT-SP BDI		-1.187	.787	.620	.611	0.000
	BDI + S/P	.990	.815	.664	.648	0.037

*Nota.* Las abreviaturas utilizadas son las siguientes: S/P = Significado/Paz; EFS = Estado Físico y Salud; AFS = Ambiente Familiar y Social; MRN = Manejo religioso negativo; FP = Funcionamiento Personal; BDI = Depresión; y FACT-SP = Calidad de Vida.

múltiple ( $R^2$ ), el coeficiente de determinación múltiple ajustado para grados de libertad ( $R^2_{adj}$ ) y el error estándar del estimado ( $SE$ ) para cada modelo. Además, se muestran los resultados de análisis de varianza de (ANOVA). El ANOVA calcula el por ciento de la varianza total que es explicado por el modelo. Finalmente, se incluye el valor calculado del estadístico  $F$  (de Fisher) y el nivel de significancia estadística (véase Tabla 4). En esta Tabla 4 se puede observar como después de tomar en consideración el error de muestreo el primer modelo (IDB) es responsable del 73% de la varianza y el segundo modelo (FACT-Sp) explica el 65% de la varianza. Estos resultados revelan que ambos modelos resultan ser significativos.

**TABLA 4**  
Resultados de los coeficientes de correlación múltiple y ANOVA

	<i>Coefficientes de correlación múltiple</i>				<i>ANOVA</i>	
	<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>R<sup>2</sup><sub>adj</sub></i>	<i>SE</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
IDB	.873	.761	.731	4.705	24.888	.0001*
FACT-Sp	.815	.664	.648	11.18	41.471	.0001*

### Discusión

En la presente investigación se evaluó la contribución del manejo religioso a la calidad de vida y sintomatología depresiva en los pacientes de cáncer. Investigaciones recientes han señalado que factores como la espiritualidad, el apoyo familiar y la religión se relacionan con una calidad de vida apropiada, teniendo como resultado mayor adherencia a los tratamientos (Valle, Zuñiga, Tuzet, Martínez, De la Jara, Aliaga, & Whitembury, 2006).

Los resultados encontrados revelaron que existe una relación alta e inversa entre los sintomatología depresiva y la calidad de vida, lo que significa que a mayor sintomatología depresiva, menor calidad de vida. La calidad de vida es un buen indicador de cómo siente el paciente y de cómo está manejando su enfermedad (Valle *et al.*, 2006). Los resultados encontrados en nuestro estudio son congruente con las investigaciones de Ruiz, Garde, Ascunce, y del Moral (1998) median-

te las que encontraron que la calidad de vida percibida queda seriamente alterada cuando se tienen niveles altos de ansiedad y depresión, independientemente de la fase del proceso de intervención (diagnóstico, tratamiento o seguimiento) y del estadio en el que se encuentre la enfermedad. De igual forma, Smith *et al.* (2003) examinaron la asociación entre la depresión y varias dimensiones de la calidad de vida. Los hallazgos confirman que el dolor, la ansiedad y la depresión se asocian con el deterioro físico, psicológico y social, los cuales forman parte de las dimensiones de la calidad de vida.

Por otra parte, no se encontró relación significativa entre los tipos de manejo religioso (positivo y negativo) y la calidad de vida en los/as participantes con cáncer. La falta de relación entre estas medidas puede estar asociada a que a pesar de que los/as participantes se identificaron con una filosofía religiosa no son practicantes de la misma. Los resultados de nuestro estudio se relacionan con lo encontrado por Nairn y Merluzzi (2003), quienes señalan que el manejo religioso medido a través de la *Escala de Solución de Problemas Religiosos (RPSS)*, con preguntas tales como, “Ambos, Dios y yo ponemos nuestros planes en acción” o “Cuando tengo dificultades yo decido por medio de mí mismo sin la ayuda de Dios”, no guarda asociación con la calidad de vida. De la misma forma, Pargament *et al.* (2001) encontraron que la interacción entre el manejo religioso y el rol de la calidad de vida no obtuvo una varianza estadísticamente significativa en el afecto positivo.

Los resultados encontrados en nuestro estudio señalan que hay una relación moderadamente alta e inversa entre el ambiente familiar y los síntomas depresivos. Estos hallazgos van a la par con lo que establece Baucom *et al.* (2006) quienes señalan que las mujeres casadas y el apoyo de la pareja son vistos como un recurso crucial de apoyo y predice un menor nivel de depresión y ansiedad y mejor calidad de vida. De igual forma, Suárez *et al.* (2005) llevaron a cabo un estudio con 85 pacientes con cáncer, en el cual encontraron que aquellos pacientes que tienen un grupo de apoyo como la familia tienen menor riesgo de presentar sintomatología depresiva.

Otro hallazgo importante es la relación entre la espiritualidad y la depresión. Nuestros resultados evidenciaron que a mayor reporte de síntomas depresivos, menor espiritualidad, lo que es consistente con resultados previos. El estilo de ajuste psicológico en el cual se utilizan estrategias cognitivas como el pensamiento positivo, la fe y el signifi-

cado de la vida están relacionados positivamente con el bienestar espiritual, lo que tiene como resultado que una mujer que sienta que tiene un bienestar espiritual, reportará mejor calidad de vida y ajuste psicológico (Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold, & Targ, 1999). Asimismo, Schnoll, Harlow y Brower (2000) encontraron que el ser mujer y encontrarse en los inicios de la enfermedad está asociado a altos niveles de espiritualidad, lo que se convierte en una predicción de altos niveles de ajuste psicosocial.

Los resultados encontrados señalan una asociación moderadamente alta e inversa entre estas variables. Estos hallazgos establecen que a mayor sintomatología depresiva reportada por los/as participantes diagnosticados con cáncer, menor estado físico de salud. Esto se relaciona con lo que establece Smith *et al.* (2003). Los autores encontraron que la ansiedad y la depresión se relacionan con peores síntomas físicos (náuseas y fatiga), daño de las funciones sociales, cognitivas y la percepción total del estado de salud.

Finalmente, a través de los análisis de regresión múltiple se obtuvieron dos modelos de regresión estimados. Los coeficientes de regresión sugieren una relación inversa entre la puntuación total obtenida en el IDB y el significado y paz, estado físico y salud, ambiente familiar y social y funcionamiento personal. A su vez, se observó una relación directa entre el manejo religioso negativo y los síntomas reportados en el IDB. Estos hallazgos indican que a mayor uso de manejo religioso negativo, mayor puntuación obtenida en el IDB. El segundo modelo explica la relación lineal que existe entre la calidad de vida y las variables de IDB y significado y paz. El mismo presenta una relación directa entre el significado y paz e inversa con el IDB.

Los hallazgos de nuestro estudio coinciden con lo que establecen varios autores, los cuales han señalado que la depresión, el manejo religioso negativo y la calidad de vida cobran relevancia en los pacientes diagnosticados con una enfermedad terminal (Boscaglia, *et al.*, 2005; Ano & Vasconcellas, 2005; Pargament *et al.*, 1999). Existen varios reportes que establecen la relación positiva entre la espiritualidad y la calidad de vida entre los pacientes de cáncer (Brady *et al.*, 1999; Choumanova *et al.*, 2006).

Los hallazgos de este estudio revelaron que los componentes más importantes para tener una calidad de vida adecuada lo fueron la espiritualidad, el ambiente familiar y social y la salud física. Estas áreas son responsables en ayudar al paciente a que sienta que puede

enfrentar la enfermedad y tenga esperanza en la lucha contra la misma. Es de vital importancia, que se preste atención al aspecto psicológico, ya que similar a otras investigaciones se encontró que un 38% de los/as participantes con cáncer reportaron tener síntomas de depresión (leve, moderada, severa). Por tal motivo, se deben desarrollar programas que no solamente incorporen a profesionales de la salud, sino también a los cuidadores, teniendo como objetivo la adherencia a los diversos tratamientos y mayor disfrute de la vida.

### **Limitaciones y Recomendaciones**

Una limitación de este estudio es que gran parte de los/as participantes del grupo de cáncer prefirió que se le hiciera la entrevista, lo que podría tener el efecto de que algunos/as participantes no reportaran mayor uso de estrategias de manejo religioso negativo. Por otra parte, a pesar de que el BDI-II es un instrumento que se ha utilizado en pacientes con cáncer, es importante tomar en consideración que el tratamiento de la enfermedad es uno intenso y trae consigo efectos secundarios significativos. Por lo tanto, los/as participantes pudieron haber reportando síntomas en el BDI-II que pudiesen estar relacionados con estos efectos y no directamente con el trastorno de la depresión.

Para futuras investigaciones, se recomienda que se tome en consideración otros hospitales y lugares donde ofrezcan tratamientos para los pacientes oncológicos, con el propósito de observar la consistencia de los resultados. De igual forma, se debe considerar otras medidas para evaluar la depresión e incluso desarrollar algún instrumento que tome en cuenta los síntomas secundarios que genera el tratamiento y que puedan confundirse con depresión. Finalmente, se recomienda continuar con investigaciones orientadas a desarrollar estrategias y herramientas que fomenten una mejor calidad de vida en esta población.

### **REFERENCIAS**

- Ano, G. E. & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 481-480.

- Aukst, B., Jakovljevic, M., Margetic, B., Bisćan, M., & Samija, M. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *General Hospital Psychiatry, 27*, 250-255.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T.M., & Keefe, F. J. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease, 23*, 103-113.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, Tx: The Psychological Corporation.
- Berard, R. M., Boermeester, F., & Vilioen, G. (1998). Depressive disorders in an out-patient oncology setting: Prevalence, assessment, and management. *Psycho-Oncology, 7*, 112-120.
- Boscaglia, N., Clarke, D. M., Jobling, T. W., & Quinn, M.A. (2005). The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal Gynecological Cancer, 15*, 755-761.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology, 8*, 417-428.
- Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. (2005). The role of religion and spirituality in medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health, 44*, 321-340.
- Canada, A. L., Murphy, P. E., Fitchett, G., Peterman, A. H., & Schover, L. R. (2008). A 3 factor model for the FACIT-Sp. *Psycho-Oncology, 17*, 908-916.
- Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 8*, 429-438.
- Chandler, C., Holden, J. M., & Kolander, C. A. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. *Journal of Counseling & Development, 71*, 168-175.
- Chaturvedi, S. K., Chandra, P. S., Channabasavanna, S. M., Anantha, N., Reddy, K. M., & Sharma, S. (1996). Levels of anxiety and depression in patients receiving radiotherapy in India. *Psycho-Oncology, 5*, 343-346.



- Choumanova, I., Wanat, S., Barrett, R., & Koopman, C. (2006). Religion and spirituality in coping with breast cancer: Perspectives of Chilean women. *The Breast Journal*, *12*, 319-352.
- Gall, T. L., Kristjansson, E., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). A longitudinal study on the role of spirituality in response to the diagnosis and treatment of breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, *32*, 174-186.
- Gioiella, M. E., Berkman, B., & Robinson, M. (1998). Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. *Cancer Practice*, *6*, 333-338.
- Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S. L. (2001). Family support in advanced cancer. *Cancer Journal Clinical*, *51*, 213-231.
- Golden, D. M. & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology*, *13*, 211-220.
- Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R., & Shott, S. (2005). Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine*, *8*, 782-788.
- Hipkins, J., Whitworth, M., TARRIER, N., & Jayson, G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, *9*, 569-581.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, *19*, 139-155.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Nervous and Mental Disease*, *186*, 513-521.
- Krupski, T. L., Kwan, L., Fink, A., Sonn, G. A., Maliski, S., & Litwin, M. S. (2006). Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, *15*, 121-131.
- Nairn, R. C. & Merluzzi, T. V. (2003). The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, *12*, 428-441.

- Pargament, K. I., Ano, G., & Wachholtz, A. (2005). The religious dimension of coping: Advances in theory, research, and practice. Invited chapter to R. Paloutzian and C. Parks (Eds.) *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 479-495). New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I. & Ano, G. G. (2006). Spiritual resources and struggles in coping with medical illness. *Southern Medical Journal*, *99*, 1161-1162.
- Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G., & Wulff, K. M. (2001). Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *40*, 497-513.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Pérez, L. (1999). Patterns of positive and negative religious coping with mayor life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *37*, 710-724.
- Pargament, K. I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, *2*, 195-224.
- Peterman, A., Fitchett, G., Brady, M., Hernández, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being Scale (FACIT-SP). *Annals of Behavioral Medicine*, *24*, 49-58.
- Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2004). *Cáncer en Puerto Rico 1987-2004*. San Juan, PR: Departamento de Salud.
- Ruiz, M. A., Garde, S., Ascunce, N., & del Moral, S. (1998). Intervenciones psicológicas con pacientes de cáncer de mama. *Anales Sis San Navarra*, *21*, 119-124.
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., & Brower, L. (2000). Spirituality, demographic and disease factor, and adjustment to cancer. *Cancer Practice*, *8*, 298-301.
- Smith, E. M., Gomm, S. A., & Dickens, C. M. (2003). Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and

depression. *Palliative Medicine*, 17, 509-513.

Suárez, A., Ávila, P., Caballero, D., & Cuca, L. (2005). *Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos del Hospital Departamental de Villavicencio*. Disertación Doctoral Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Valle, R., Zuñiga, M., Tuzet, C., Martínez, C., De la Jara, J., Aliaga, R., & Whitembury, A. (2006). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *Anales de la Facultad Médica de Lima*, 67, 327-332.

Zinnbauer, B. J. & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. En R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 21-42). New York: Guilford.