



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

**Asociación entre religiosidad,  
espiritualidad y síntomas ansiosos y  
depresivos en pacientes con cáncer de  
mama**

**Laura Torres Espinosa**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de psiquiatría  
Bogotá, Colombia

2016



# **Asociación entre religiosidad, espiritualidad y síntomas ansiosos y depresivos en pacientes con cáncer de mama**

**Laura Torres Espinosa**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Especialista en Psiquiatría**

Director:

MSc Ricardo Sánchez Pedraza

Línea de Investigación:

Nombrar la línea de investigación en la que se enmarca la tesis o trabajo de investigación

Grupo de Investigación:

Investigaciones clínicas en cáncer

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de psiquiatría  
Bogotá, Colombia

2016



*A Felipe y Carolina, por su apoyo incondicional en este camino.*



## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional de Colombia y al Instituto Nacional de Cancerología, así como a todas las personas que con su participación y sus aportes hicieron posible esta investigación.





## Resumen

ANTECEDENTES: En las últimas décadas, el cáncer de mama se ha constituido como la causa más común de muertes en el mundo y representa en Colombia una de las principales causas de morbilidad y de afectación de la calidad de vida, incluyendo aspectos como bienestar espiritual y síntomas emocionales. OBJETIVO: Establecer la asociación entre religiosidad y espiritualidad con síntomas ansiosos y depresivos en pacientes con cáncer de mama. MATERIALES Y MÉTODOS: A una muestra de 109 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama, se les aplicaron las escalas FACIT-Sp, DSES y HADS. Se midió el componente descriptivo, con herramientas estadísticas convencionales y el componente analítico, con pruebas T y métodos multivariados. RESULTADOS: Se encontró una mayoría de pacientes perteneciente a estratos socioeconómicos bajos y a la religión católica. La prevalencia de ansiedad y depresión clínica fue de 84.4% y 24.8% respectivamente. CONCLUSIONES: La ansiedad clínica estuvo relacionada principalmente con las múltiples preocupaciones; mientras que la depresión, con el deseo de estar bien arreglada. Los síntomas ansiosos y depresivos se relacionaron con la espiritualidad, cada uno de ellos con un dominio distinto. Los ítems de religiosidad no se relacionaron específicamente con la espiritualidad ni con los síntomas de ansiedad o depresión. Del presente trabajo se depende la necesidad de plantear estudios que incluyan intervenciones en espiritualidad y sentido de la vida, para determinar su impacto sobre los trastornos ansiosos y depresivos y la calidad de vida en estas pacientes.

**Palabras clave:** Espiritualidad, Religión, Neoplasias de la Mama, Ansiedad, Depresión.

## Abstract

**BACKGROUND:** *In recent decades, breast cancer has become the most common cause of death in the world and represents one of the main causes of morbidity and mortality in Colombia, including aspects such as spiritual well-being and emotional symptoms.*

**OBJECTIVE:** *To establish the association between religiosity and spirituality with anxious and depressive symptoms in patients with breast cancer.*

**MATERIALS AND METHODS:** *FACIT-Sp, DSES and HADS scales were applied to a sample of 109 patients with histopathological diagnosis of breast cancer. The descriptive component was measured using conventional statistical tools and the analytical component, with T tests and multivariate methods.*

**RESULTS:** *We found a majority of patients belonging to low socioeconomic strata and to the Catholic religion. The prevalence of clinical anxiety and depression was 84.4% and 24.8%, respectively.*

**CONCLUSIONS:** *Clinical anxiety was mainly related to multiple concerns; While depression, with the desire to be well-groomed. The anxious and depressive symptoms were related to spirituality, each with a different domain. The items of religiosity were not specifically related to spirituality, anxiety or depression. From the present work raises the need to propose studies that include interventions in spirituality and sense of life, to determine their impact on the anxious and depressive disorders and the quality of life in these patients.*

**Keywords:** *Spirituality, Religion, Breast Neoplasms, Anxiety, Depression.*

# Contenido

	Pág.
<b>Introducción.....</b>	<b>17</b>
Religiosidad .....	18
Espiritualidad .....	20
<b>Capítulo 1: Justificación .....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo 2: Objetivos.....</b>	<b>25</b>
1.1    Objetivo general .....	25
1.2    Objetivos específicos .....	25
<b>Capítulo 3: Materiales y métodos .....</b>	<b>27</b>
1.3    Pacientes del estudio .....	27
1.4    Procedimientos de recolección de información.....	27
1.5    Instrumentos .....	28
1.5.1    Escala FACIT-Sp ( <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy</i> ) .....	28
1.5.2    Escala DSES ( <i>Daily Spiritual Experience Scale</i> ).....	29
1.5.3    Escala HADS ( <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> ).....	30
<b>Capítulo 4: Análisis estadístico.....</b>	<b>33</b>
1.6    Cálculo del tamaño de muestra .....	33
1.7    Métodos de análisis.....	33
<b>Capítulo 5: Aspectos Éticos .....</b>	<b>35</b>
<b>Capítulo 6: Resultados.....</b>	<b>37</b>
1.8    Resultados sociodemográficos.....	37
1.9    Características clínicas.....	38

XII Asociación entre religiosidad, espiritualidad y síntomas ansiosos y depresivos  
en pacientes con cáncer de mama

---

1.10	Escalas aplicadas .....	40
1.11	Análisis de los subdominios .....	42
1.12	Mapas de calor .....	44
1.13	Escalamiento multidimensional .....	46
<b>Capítulo 7: Discusión .....</b>		<b>51</b>
<b>Capítulo 8: Conclusiones, fortalezas y limitaciones del estudio .....</b>		<b>55</b>
1.14	Conclusiones .....	55
1.15	Fortalezas y limitaciones del estudio .....	56
<b>Anexo: Consentimiento informado del estudio .....</b>		<b>57</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 6-1:</b> Mapa de calor para valores de correlación entre la escala DSES, los dominios de la escala FACIT y los síntomas ansiosos y depresivos medidos clínicamente con la escala HADS.....	45
<b>Figura 6-2:</b> Gráfico de sedimentación para los ítems de todas las escalas. ....	46
<b>Figura 6-3:</b> Escalamiento multidimensional: configuración en dos dimensiones. ....	50

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 3-1:</b> Ítems de la escala FACIT-Sp (16).....	28
<b>Tabla 3-2:</b> Ítems de la escala DSES (16). ....	30
<b>Tabla 3-3:</b> Ítems de la escala HADS (25). ....	31
<b>Tabla 6-1:</b> Características sociodemográficas de las pacientes de la muestra.....	37
<b>Tabla 6-2:</b> Características clínicas de las pacientes de la muestra. ....	39
<b>Tabla 6-3:</b> Puntajes de la escala HADS. ....	40
<b>Tabla 6-4:</b> Puntajes de la escala FACIT-Sp. ....	41
<b>Tabla 6-5:</b> Puntajes de la escala DSES. ....	42
<b>Tabla 6-6:</b> Puntajes de la escala DSES. ....	43
<b>Tabla 6-7:</b> Diferencia de medias de la escala DSES y de los subdominios paz, fe y significado en las pacientes con ansiedad clínica. ....	44
<b>Tabla 6-8:</b> Estructura del escalamiento multidimensional.....	48

# Lista de Símbolos y abreviaturas

## Abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Término</b>
<i>DE</i>	Desviación estándar
<i>DSES</i>	Daily Spiritual Experience Scale
<i>DUREL</i>	Duke Religious Index
<i>FACIT-Sp</i>	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being
<i>HADS</i>	Hospital Anxiety and Depression Scale
<i>INC</i>	Instituto Nacional de Cancerología
<i>IRI</i>	Inventario de religiosidad intrínseca
<i>NICE</i>	National Institute for Health and Clinical Excellence (UK)
<i>RIC</i>	Rango intercuartílico





# Introducción

A lo largo de la historia, la humanidad ha tratado de determinar las causas de su sufrimiento y dolor; así como de encontrar el propósito de su propia vida (1). Por esta razón, se ha tratado de significar la enfermedad como una parte importante del ajuste a una amenaza a la vida (2), intentando brindar explicaciones que permitan conocer las causas de la misma. Dentro de las diversas interpretaciones que se han buscado al respecto, los factores personales y emocionales han sido ampliamente propuestos como influencias de la salud física (3), especialmente la dimensión religiosa y espiritual. El acercamiento científico a estas variables es complejo y multidimensional, por la gran trascendencia que pueden tener estos aspectos en la vida de los individuos, los múltiples abordajes investigativos de los que son susceptibles, y en muchos casos, los resultados contradictorios (4).

En los últimos años, ha sido especialmente notorio un aumento de las investigaciones que relacionan salud mental y religiosidad (5). En ellas se ha encontrado que cerca de un cuarto de personas con diagnóstico psiquiátrico alguna vez ha buscado ayuda religiosa y/o espiritual antes de buscar ayuda con profesionales (6). Además, que cerca de dos tercios de los estadounidenses considera la religión parte importante de la vida cotidiana (7). Así mismo, se ha reportado influencia positiva de las intervenciones religiosas y espirituales en varias dimensiones del estado de salud, ya sea esta física, mental o estado de bienestar (8). Teniendo en cuenta lo anterior y buscando medir de forma consistente el impacto de estos factores en la salud, se han desarrollado diversas escalas que valoran la espiritualidad y la fe, para medir ambos sentidos en un campo más amplio (8), teniendo en cuenta que la espiritualidad y la religiosidad podrían ser elementos que ayuden a identificar o atenuar los síntomas depresivos (9).

Dentro de las dos principales teorías de la depresión (Teoría de Beck y teoría de la desesperanza de Abramson) se plantea además que la vulnerabilidad cognitiva y la respuesta al estrés precipitan la depresión (3), por lo que se torna aún más importante tratar de determinar las variables que no solo podrían influir en la presentación de estos trastornos, sino en la prevención de los mismos; especialmente aspectos que puedan ser enfocados desde la respuesta a factores adversos y la posición epistemológica hacia la vida. Así, existe una compleja interacción entre el sentido religioso y la espiritualidad, que ha tratado de ser medida en los diferentes estudios (10). Sin embargo, muchas veces estos se quedan cortos por la trascendencia que en la vida del sujeto tienen ambas dimensiones, haciendo que sea difícil su cuantificación. Por lo tanto, es conveniente distinguir entre los distintos aspectos espirituales y religiosos que podrían influir en la vida de un individuo, para tratar de establecer la relación entre éstos y los trastornos mentales (especialmente ansiedad y depresión) en el contexto de la enfermedad oncológica como circunstancia que encara al sujeto con la muerte, ya que al final de la vida se produce un cuestionamiento sobre el sufrimiento y la muerte y una búsqueda de sentido que no necesariamente guarda relación con la historia espiritual de las personas (11).

## **Religiosidad**

Históricamente la religión se ha manifestado como un elemento importante de la existencia y la cultura humana (1). Diversos autores han definido el concepto de religiosidad; algunos la plantean como la participación en creencias particulares, rituales y actividades de un sistema religioso tradicional (2). Se define además la filiación religiosa como la influencia que la religiosidad tiene en las decisiones y el estilo de vida de los individuos. (3).

Además, existe en la literatura una clasificación de la orientación religiosa, pudiendo ser intrínseca o extrínseca. (4). En la orientación extrínseca, los individuos usan la religión para sus propios fines, y la encuentran útil en una variedad de formas: para proveer seguridad, sociabilidad, distracción, estatus y auto-justificación, entre otras (4). Por otro lado, en la orientación intrínseca, las personas encuentran su principal motivo de vida en la religión en sí misma, situando todo lo demás con menos significancia (4). De las dimensiones descritas, la religiosidad intrínseca se ha planteado como la dimensión más

importante de la religión y con mayor influencia en el pronóstico físico y mental (4). Por lo anterior, se han diseñado diversas herramientas que pretenden medir los ítems que la componen, entre los que se destacan el Inventario de religiosidad intrínseca (IRI), la Escala religiosa de Duke (DUREL: *Duke Religious Index*) y la Escala de religiosidad personal de Allport y Ross, que consta de 48 ítems, puntuados de 1 a 9 de forma creciente.

Diversos estudios aportan evidencia a cerca de que la filiación religiosa se correlaciona con la salud mental en 3 dominios principales de la psiquiatría: depresión, abuso de sustancias y suicidio (5). Se ha encontrado, por ejemplo, efecto protector de la religión para trastornos depresivos y ansiosos en pacientes con condiciones crónicas o deteriorantes, principalmente en edades muy avanzadas (6) (7). Se sugiere que esta reducción podría ser hasta del 30% en individuos que asisten a un oficio religioso. Del mismo modo se ha encontrado relación entre indicadores religiosos y propósito en la vida, optimismo, generosidad, sensación de bienestar y gratitud; pudiendo estas emociones positivas influenciar el curso de la depresión a lo largo del tiempo (1) (8) (3) (5) (9) (10) (11). En otros estudios se destaca la débil filiación religiosa como un predictor de mortalidad atribuible a todas las causas (2). Esta asociación es inconsistente y debe ser comprobada en posteriores estudios; sin embargo, de ser causal, podría ser el resultado de los beneficios de la integración social por la pertenencia a una comunidad religiosa (12). Es de anotar además que dichos estudios han sido realizados principalmente en pacientes pertenecientes a la religión católica (9).

Por otro lado, existen estudios que plantean que no hay asociación significativa entre religión y trastornos depresivos en el contexto de afección médica crónica diferente al cáncer, encontrando que no existe asociación entre filiación religiosa y estado de ánimo en la última semana de vida (8) (9). Algunos estudios incluso relacionan la religión con pobre ajuste a las situaciones estresantes, principalmente el cáncer (2). Otros han encontrado asociación positiva entre religiosidad, depresión y comportamientos suicidas (13) (14) (15). Por lo anterior se requieren más estudios al respecto, no solo para verificar la asociación, sino para conocer la causa de la misma (8).

## **Espiritualidad**

Aunque es paralelo a la religiosidad, el término espiritualidad solo viene usándose desde principios de los 90 como un constructo teórico distinto a esta (16) por lo que la información en la literatura no es tan amplia (5). Se define la espiritualidad como un parámetro transcultural y transreligioso de la existencia humana, no asociado con algún sistema de creencias o culto (1) y que incluye las visiones y creencias personales que expresan un sentido de vinculación a una dimensión trascendental, o algo más grande que el individuo (2) (17). Se propone además el bienestar espiritual como la afirmación de la vida en la relación con lo trascendente, el individuo, la comunidad y el entorno (18).

Teniendo en cuenta la importancia de la dimensión espiritualidad dentro de la calidad de vida (19), la literatura sugiere la inclusión de la atención espiritual dentro de los protocolos de atención de cuidados paliativos, incluso desde el momento del diagnóstico (16), teniendo en cuenta que la evidencia alrededor de ella es mucho mayor que alrededor de la religiosidad intrínseca, especialmente en pacientes oncológicos (10) (20). Se soporta además en la literatura, que pacientes con trastornos depresivos con altos niveles de espiritualidad y religiosidad intrínseca, tienden a tener cuadros depresivos menos severos (21). Así mismo, aunque este resultado no siempre ha sido replicado, tienen de forma objetiva, mediciones menores de desesperanza, menos actitudes disfuncionales y menos síntomas depresivos, además de mejor respuesta al tratamiento antidepresivo en cuanto a severidad de los síntomas, desesperanza y distorsiones cognitivas (21). Se ha encontrado, además, asociación entre espiritualidad, percepciones subjetivas positivas del estado de salud y bienestar, menos niveles de ansiedad y de malestar psicológico (1) (2) (19) (5) (10) (11) (22).

Adicionalmente se describe en la literatura disminución del 90% del riesgo a 10 años de padecer cuadros depresivos, en adultos espirituales vs. no espirituales (14); encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a educación, estrategias de afrontamiento y morbilidad, así como conductas de evitación, fatalismo y cogniciones depresivas. (2). Se han asociado incluso la religión y espiritualidad con

adelgazamientos corticales en las regiones parietales y occipitales, tanto izquierda como derecha. Estos hallazgos son correlacionales y no se encuentra clara asociación causal; pero podrían ser protectores frente a la aparición de trastornos de ansiedad-depresión (14).

Del mismo modo, tanto espiritualidad como religiosidad han sido asociadas con mejor calidad de vida, niveles de esperanza, disminución de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes oncológicos y con enfermedades crónicas y deteriorantes, incluyendo aspectos como fatiga y dolor crónico(2) (23) (24). Se ha planteado explicación de lo anterior en el aumento de la paz y del significado de la vida, entre otros factores (20).

Al igual que con la religiosidad, se han planteado diferentes dimensiones de la espiritualidad, y con ellas la necesidad de medición de las mismas en búsqueda de su relevancia clínica, para lo cual se han diseñado variedad de instrumentos de medición, derivados de la dificultad para la definición e integración de los conceptos de espiritualidad, religiosidad y calidad de vida, que en ocasiones pueden no estar incluidos en las clasificaciones existentes (19).



## Capítulo 1: Justificación

El cáncer de mama es un diagnóstico en aumento a nivel global. En las últimas décadas, se ha constituido como la causa más común de muertes en el mundo (28). Para el año 2012, fue el segundo tumor más diagnosticado a nivel mundial en la población general y el más frecuentemente diagnosticado en mujeres (28.8%) (29); constituyéndose en la primera causa de muerte relacionada con cáncer en este género (30). En Estados Unidos es, después de los tumores de piel, el cáncer más común (1 de cada 3 diagnósticos de cáncer) y el segundo en mortalidad (31) (32). En Latinoamérica es el segundo tipo de cáncer en incidencia (luego del de cérvix), y la tercera principal causa de muerte (Después de los tumores de cérvix y estómago) (28) (33). Además, por el difícil acceso a los servicios de salud en algunas regiones de América Latina, el diagnóstico se hace en estadios más avanzados que en otras regiones del mundo (33), lo cual impacta en las alternativas de tratamiento y el pronóstico, incluyendo la mortalidad. En Colombia los hallazgos no son disonantes, siendo una de las principales causas de muerte en mujeres (30) (34), y existiendo una mayor predisposición al diagnóstico en edades tempranas (33). El pronóstico de esta enfermedad es variable; sin embargo, a lo largo del tiempo ha mejorado con el advenimiento de los distintos tratamientos que se ofrecen (29) (35).

Como la mayoría de las enfermedades crónicas, el cáncer de mama impacta la calidad de vida de los pacientes, pues conlleva un cambio en el estilo de vida y compromiso de la función física, la salud mental, el rol emocional, la vitalidad, la salud general y la función social (28) (36) (37); existiendo relación entre el impacto sobre las áreas descritas y el tipo y estadio de cáncer, tipo de tratamiento y calidad de vida (38) (39) (40) (41). En este punto cobra especial importancia mencionar el concepto de calidad de vida relacionada con salud, que incluye aspectos de la experiencia subjetiva de un individuo relacionados con la salud, la enfermedad, la discapacidad y el deterioro (30) (34) (42). Dentro de dicho concepto, cabe señalar que la espiritualidad y las cogniciones positivas frente a la

enfermedad han demostrado ser mediadoras, amortiguadoras y moduladoras de la calidad de vida (37) (42).

Adicional a lo anterior, la literatura sugiere que los elementos descritos, la adaptación al estrés y la resiliencia están condicionadas, entre otros factores, por el género y la raza (43); pareciendo existir mayores niveles y prácticas relacionadas con espiritualidad /religiosidad en mujeres que en hombres (44) (45), y mayor uso de estas como estrategia de afrontamiento. La explicación a lo anterior parece encontrarse en el hecho de que las mujeres son más dispuestas a utilizar y mantener relaciones y redes de apoyo a través de su participación religiosa.

Teniendo en cuenta la influencia de la depresión en el curso de la enfermedad y cómo esta afecta la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores (41) (46), diversos estudios han demostrado que las intervenciones que buscan aumentar la espiritualidad en pacientes con cánceres ginecológicos (principalmente cáncer de mama) promueven mejor calidad de vida y menos desórdenes emocionales (42) (43). Asimismo, se ha demostrado correlación entre el bienestar espiritual y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, y relación débil entre la ausencia de religiosidad y menor supervivencia en estas mismas pacientes (30) (34) (42) (43). Por tanto, las intervenciones religiosas y espirituales en las pacientes con cáncer de mama, tienen beneficio en el estado de salud, el pronóstico y la adaptación a la enfermedad (42) (43) (45).

Por todo lo anterior, cobra importancia el estudio de variables como la religiosidad y la espiritualidad en pacientes mujeres colombianas con diagnóstico de cáncer de mama; así como la valoración de la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en ellas, en el marco del impacto sobre la calidad de vida que como se ha descrito tiene la enfermedad y las posibles intervenciones que sobre ellas pudieran formularse.



# **Capítulo 2: Objetivos**

## **1.1 Objetivo general**

Establecer la asociación entre religiosidad y espiritualidad con síntomas ansiosos y depresivos en pacientes con cáncer de mama.

## **1.2 Objetivos específicos**

1. Caracterizar demográfica y clínicamente las pacientes de la muestra.
2. Determinar los niveles de religiosidad medidos con la escala DSES.
3. Establecer los niveles de espiritualidad por medio de la escala FACIT-Sp.
4. Determinar la frecuencia e intensidad de síntomas ansiosos y depresivos utilizando la escala HADS.
5. Cuantificar los niveles de correlación entre las dimensiones de Religiosidad-Espiritualidad y Ansiedad-Depresión utilizando métodos de estadística multivariada.



# Capítulo 3: Materiales y métodos

## 1.3 Pacientes del estudio

La población de estudio estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de cáncer de mama confirmado histopatológicamente.

La muestra estuvo constituida por aquellas pacientes de la población de estudio que cumplieron con los siguientes criterios de elegibilidad:

### Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Sexo femenino.
- Estar en tratamiento en el Instituto Nacional de Cancerología durante el período del estudio
- Ser hispanoparlante.
- Tener integridad cognoscitiva que le permita tramitar los instrumentos de medición empleados en el estudio.

### Criterios de exclusión:

- Cáncer de mama metastásico.
- No aceptar participar en el estudio.

## 1.4 Procedimientos de recolección de información

A partir del estudio “Evaluación de la eficacia y de la efectividad de una intervención en espiritualidad en pacientes con cáncer de mama: ensayo clínico aleatorizado”, que se

encuentra actualmente en curso en el Instituto Nacional de Cancerología, se tomó un grupo de pacientes participantes que cumplieran con los criterios de elegibilidad previamente anotados. La utilización de estos registros fue aprobada por el comité de ética del Instituto Nacional de Cancerología. Dentro del estudio original se utilizaron instrumentos de autorreporte, pero se contó siempre con un asistente de investigación que apoyó a todas las pacientes en el trámite del mismo mediante una entrevista semiestructurada. Una vez recolectada la información del estudio original, fue registrada en un instrumento diseñado específicamente para tal fin. Posteriormente las variables consignadas en dicho instrumento se grabaron en una base de datos independiente para la administración y análisis que permitiera cumplir los objetivos planteados en el proyecto actual.

## 1.5 Instrumentos

### 1.5.1 Escala FACIT-Sp (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*)

Adaptada transculturalmente en Colombia, está compuesta por 12 ítems que se califican en una escala tipo *Likert* que va desde 0 (nada) hasta 4 (muchísimo). Diseñada para valorar factores de espiritualidad, no pretende medir religiosidad ni comportamientos religiosos (16). Tiene en cuenta tres dimensiones: una en relación con el significado de la vida, una con la paz y otra con la fe durante el proceso de enfermedad. Incluye 2 ítems que podrían relacionarse con factores emocionales vinculados con la espiritualidad (16) (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

**Tabla 0-1:** Ítems de la escala FACIT-Sp (16).

Ítem	Descripción
1	Me siento en paz
2	Tengo una razón para vivir
3	Mi vida ha sido productiva
4	Tengo dificultades para conseguir paz mental

**Tabla 0-2:** (Continuación)

Ítem	Descripción
5	Siento que mi vida tiene sentido
6	Soy capaz de encontrar consuelo dentro de mí mismo(a)
7	Tengo un sentimiento de armonía interior
8	A mi vida le falta sentido y propósito
9	Encuentro consuelo en mi fe o mis creencias espirituales
10	Encuentro fuerza en mi fe o mis creencias espirituales
11	Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales
12	Pase lo que pase con mi enfermedad, todo va a ir bien

### 1.5.2 Escala DSES (*Daily Spiritual Experience Scale*)

Adaptada transculturalmente en Colombia (19), la escala DSES, fue diseñada para medir experiencias religiosas en la vida cotidiana; reconociendo la religiosidad como los aspectos o experiencias de la vida cotidiana que guardan relación con lo divino, sagrado o trascendente (19) (16).

Desarrollada en sujetos con distintos niveles educativos y distinta filiación religiosa, o sin ella (19), consta de 16 ítems que valoran los siguientes aspectos: Conexión, sentido trascendente del yo, fortaleza y consuelo, paz, ayuda divina, guía divina, percepción del amor divino, admiración, gratitud y apreciación, amor compasivo y unión y cercanía a lo divino (19).

Algunos ítems de la escala tienen la palabra Dios, que puede ser sustituida por otra con la que el paciente se sienta más cómodo (19). Dichos ítems se puntúan en una escala que va desde 0 (nunca o casi nunca) hasta 5 (muchas veces durante el día) (16). La escala del ítem 16 va desde 0 (de ninguna manera) hasta 5 (lo más cerca posible) (16) (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

**Tabla 0-3:** Ítems de la escala DSES (16).

Ítem	Descripción
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 ayuda a Dios 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
16	En general, ¿qué tan cerca se siente de Dios?

### 1.5.3 Escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Creada por Zigmond y Snaith en 1983 (25) (26), adaptada transculturalmente y validada para su uso en Colombia en 2005 (25), es un instrumento elaborado para medir trastornos mentales (principalmente ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer sin enfermedad mental conocida, en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria (27) (25) (28). (25).

Esta escala cobra importancia debido a su utilidad para cuantificar la prevalencia de trastornos mentales en pacientes oncológicos, cuyo registro ha sido ampliamente

variable en la literatura (25), reportándose a nivel mundial hasta en 50% (25) y hasta en 30.3% de los pacientes con cáncer en Colombia. Dentro de los trastornos más vinculados a la patología oncológica, se destacan los trastornos adaptativos (68%), el trastorno depresivo mayor (13-58%) y los trastornos de ansiedad (4%)(20).

Por su amplia utilidad clínica, y teniendo en cuenta la alta asociación descrita entre trastornos ansiosos y depresivos y diagnóstico de cáncer, la escala HADS es recomendada por el NICE como herramienta diagnóstica para ansiedad y depresión en pacientes oncológicos (10) (26).

Conformada por 14 ítems, excluye específicamente síntomas somáticos (27)(25) y su aplicación toma de 2 a 5 minutos (26). Cada ítem se puntúa de 0 a 3, y tiene en cuenta los síntomas presentados en la última semana (25). Los ítems se dividen en 2 subescalas, cada una compuesta por 7 ítems: ansiedad (ítems impares de la escala) y depresión (ítems pares), donde esta última tiene como síntoma nuclear la anhedonia (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Un punto de corte de 9 puntos para la subescala de depresión y de 8 para la de ansiedad ha demostrado la mayor sensibilidad y concordancia con la entrevista psiquiátrica; aunque este puntaje no ha mostrado consistencia en todos los estudios (25) (27). La evidencia demuestra que existe una relación importante entre los resultados de ambas subescalas (25).

**Tabla 0-4:** Ítems de la escala HADS (25).

<b>Subescala de Ansiedad</b>	
<b>Ítem</b>	<b>Descripción</b>
1	Me siento tenso o nervioso
3	Tengo una sensación de miedo como si algo horrible fuera a suceder
5	Tengo mi mente llena de preocupaciones
7	Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado
9	Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago
11	Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme
13	Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro

**Tabla 0-5:** (Continuación)

<b>Subescala de Depresión</b>	
<b>Ítem</b>	<b>Descripción</b>
2	Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer
4	Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas
6	Me siento alegre
8	Siento como si yo cada día estuviera más lento
10	He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado
12	Me siento con esperanzas respecto al futuro
14	Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV



## Capítulo 4: Análisis estadístico

### 1.6 Cálculo del tamaño de muestra

Teniendo en cuenta que la evaluación de asociación se realizó utilizando coeficientes de correlación se tomaron los siguientes supuestos: Un coeficiente de correlación estimado de 0,7, un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 2% alrededor del estimador. Con estos supuestos el tamaño de muestra obtenido fue de 109 pacientes. El cálculo del tamaño de muestra se efectuó con el programa *PASS*.

### 1.7 Métodos de análisis

Para el componente descriptivo se usaron las herramientas convencionales: para variables continuas medias o medianas junto con sus correspondientes medidas de dispersión (Desviación Estándar o Rango Intercuartílico -RIC-) y para variables categóricas proporciones o porcentajes. Los estimadores relacionados con niveles de espiritualidad, religiosidad y puntajes de ansiedad y depresión, fueron reportados con sus intervalos de confianza del 95%.

El componente analítico incorporó pruebas T para medias independientes y métodos multivariados (escalamiento multidimensional) para evaluar magnitudes y patrones de correlación. Dado que los ítems están calificados en una escala ordinal, se utilizaron coeficientes de correlación de Pearson y adicionalmente matrices policóricas que permitieran caracterizar distancias entre variables para realizar análisis de escalamiento multidimensional. Para el escalamiento multidimensional se utilizó el procedimiento *smacof* que utiliza un modelo no métrico para efectuar una “mayorización iterativa” (51). Los análisis estadísticos se efectuaron con el programa R. Las pruebas de hipótesis se hicieron a dos colas con un nivel de significación del 5%.



## Capítulo 5: Aspectos Éticos

La realización del presente trabajo se adecúa y se ciñe a las recomendaciones para la investigación biomédica acorde con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Adicionalmente, de acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social de Colombia, esta investigación se considera como de Riesgo mínimo, ante la eventualidad de que en las exploraciones se toquen aspectos sensibles de la conducta.

El presente trabajo cuenta con el aval de los comités de ética del INC y de la Universidad Nacional de Colombia (febrero de 2016).

El investigador principal y demás investigadores de este trabajo declaran no tener ningún conflicto de interés o intención de obligar o coaccionar a los voluntarios (pacientes con cáncer) sobre algún tipo de espiritualidad o religión en particular. Todos los procedimientos de la investigación fueron efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico y metodológico. La responsabilidad del estudio recae sobre el Investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para conducir y realizar este estudio.

Ninguna de las pacientes sujeto de evaluación fue expuesta a intervenciones experimentales; tampoco existieron inversiones económicas extras para las pacientes ni una erogación exagerada de su tiempo. Se acordó con ellas citarlas en fechas que debieran asistir para recibir atención en salud, en horarios que no afecten la prestación de la misma, para no incurrir en gastos ni desplazamientos adicionales.

Las pacientes recibieron un Consentimiento Informado para su lectura y estudio (Ver Anexo: Consentimiento informado del estudio), y solamente quienes entendieron, aceptaron y firmaron el Consentimiento Informado de forma voluntaria, fueron incluidas

en la investigación. En caso de suspenderse la participación de alguna paciente en el estudio por algún motivo, se le informó el mismo claramente, incluyendo el criterio de cáncer de mama metastásico (en conjunto con su profesional de salud tratante). En los casos en los que la paciente no conocía previamente de la extensión de su enfermedad, se direccionó a su servicio tratante para que se le brindara la asesoría necesaria al respecto.

Los resultados del presente trabajo serán publicados en revistas de índole académica y científica, preservando la exactitud de los mismos y haciendo referencia a datos globales y no a voluntarias particulares.

# Capítulo 6: Resultados

## 1.8 Resultados sociodemográficos

Se obtuvo una muestra de 109 pacientes, todas pertenecientes al sexo femenino, con una media de edad de 54 años (DE=9.3 años; rango entre 32 y 74 años). De ellas, 103 (94.5%) fueron procedentes de la ciudad de Bogotá. La mayoría de las pacientes pertenecían a estratos socioeconómicos bajos, siendo el 52.7% de ellas del estrato 2; el 97% del total de las pacientes pertenecía al estrato 3 o inferior. La escolaridad tuvo una media de 7 años (DE= 3.8 años; rango entre 0 y 16 años). El nivel educativo más común fue el secundario, con 48.6%. La ocupación más frecuente fue el hogar, con un 53.21%. Con respecto a la filiación religiosa, 86 pacientes (78.9%) pertenecían a la religión católica y 16 pacientes (14.68%) se describieron como cristianas (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.).

**Tabla 0-1:** Características sociodemográficas de las pacientes de la muestra.

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<u>Procedencia</u>		
Bogotá	103	94,5
Otros municipios	6	5,5
<u>Estrato socioeconómico</u>		
1	23	21.3
2	57	52.78
3	25	23.15
4	2	1.85
5	1	0.93

Sin dato	1	0.93
----------	---	------

**Tabla 0-2:** (Continuación)

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<u>Nivel educativo</u>		
Ninguna	1	0.92
Primaria	36	33.03
Secundaria	53	48.62
Técnico	10	9.17
Profesional	9	8.26
<u>Ocupación</u>		
Jubilado	6	5.50
Empleado	14	12.84
Cesante	14	12.84
Independiente	16	14.68
Hogar	58	53.21
Otro	1	0.92
<u>Filiación religiosa</u>		
Ninguna	1	0.92
Católica	86	78.90
Cristiana	16	14.68
Otra	6	5.50

Fuente: Elaboración propia

## 1.9 Características clínicas

El tiempo desde el diagnóstico tuvo una mediana de 112 días (RIC=160 días; rango entre 12 y 2024 días). El estadio clínico más frecuente fue el IIIB (47%), seguido por el IIIA (17.4%) y el IV (14.6%). (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). El 67.9% de las pacientes habían recibido quimioterapia, el 6.4% habían recibido radioterapia, el 5.5% cirugía y el 5.5% cuidados paliativos para el momento de la evaluación.

**Tabla 0-3:** Características clínicas de las pacientes de la muestra.

Característica		Frecuencia	Porcentaje
<u>Clasificación TNM</u>			
T	T2	16	14.68
	T3	21	19.27
	T4	72	66.06
N	NX	2	1.83
	N0	11	10.09
	N1	35	32.11
	N2	44	40.37
	N3	17	15.6
M	M0	90	82.57
	M1	15	13.76
	Sin dato	4	3.67
<u>Estadio clínico</u>			
	IIA	1	0.92
	IIB	10	9.17
	III	1	0.92
	IIIA	19	17.43
	IIIB	52	47.71
	IIIC	10	9.17
	IV	16	14.68
<u>Tratamiento</u>			
Quimioterapia	Sí	74	67.89
	No	35	32.11
Radioterapia	Sí	7	6.42
	No	102	93.58
Cirugía	Sí	6	5.5
	No	103	94.5
Cuidados	Sí	6	5.5

paliativos	No	103	94.5
------------	----	-----	------

Fuente: Elaboración propia

## 1.10 Escalas aplicadas

Dentro de los puntajes de la escala HADS, los que obtuvieron las medianas más altas fueron “Tengo mi mente llena de preocupaciones”, “He perdido el deseo de estar bien arreglada o presentada” y “Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro”, todos con una mediana de 3 (RIC= 2); agrupado por dominios, las medianas más altas correspondieron a la subescala de ansiedad (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

**Tabla 0-4:** Puntajes de la escala HADS.

Ítem		Mediana	RIC
H1	Me siento tensa o nerviosa	2	1
H2	Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer	0	2
H3	Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	2	2
H4	Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas	0	1
H5	Tengo mi mente llena de preocupaciones	3	1
H6	Me siento alegre	2	1
H7	Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada	1	2
H8	Siento como si cada día yo estuviera más lenta	2	1
H9	Tengo una sensación extraña, como de vacío en el estómago	1	1
H10	He perdido el deseo de estar bien arreglada o presentada	3	1
H11	Me siento inquieta como si no pudiera dejar de moverme	2	2
H12	Me siento con esperanza respecto al futuro	0	0
H13	Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro	3	1
H14	Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de	0	1



	tv		
--	----	--	--

Fuente: Elaboración propia

En la escala FACIT-Sp, el ítem con la mediana más alta fue “Tengo una razón para vivir” (mediana= 4, RIC= 1) y los de las medianas más bajas fueron “Tengo dificultades para conseguir paz mental” y “A mi vida le falta sentido y propósito” (mediana= 0, RIC= 1) (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). El dominio de la escala con la mediana más alta fue paz, seguido por fe y significado.

**Tabla 0-5:** Puntajes de la escala FACIT-Sp.

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

Fuente: Elaboración propia

Dentro de la escala DSES, los ítems que tuvieron las medianas más bajas fueron “Cuido a otros desinteresadamente” y “En general, ¿Qué tan cerca se siente de Dios?” (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**)

**Tabla 0-6:** Puntajes de la escala DSES.

Ítem		Mediana	RIC
D1	Siento la presencia de Dios	5	1
D2	Siento una conexión con todo lo que es vida	5	0
D3	Durante la alabanza, o en otras ocasiones al conectarme con Dios, siento alegría que me aleja de mis preocupaciones diarias	5	1
D4	Encuentro fortaleza en mi religión o espiritualidad	5	0
D5	Encuentro consuelo en mi religión o espiritualidad	5	0
D6	Siento profunda paz o armonía interior	5	1
D7	Le pido ayuda a Dios en medio de las actividades diarias	5	1
D8	Me siento guiado por Dios en medio de las actividades diarias	5	0
D9	Siento directamente el amor que Dios me tiene	5	0
D10	Siento el amor que Dios tiene por mí a través de otros	5	0
D11	Me siento tocado espiritualmente con la belleza de la creación	5	0
D12	Me siento agradecido por mis bendiciones	5	0
D13	Cuido a otros desinteresadamente	3	3
D14	Acepto a los demás incluso cuando hacen cosas que pienso que están mal	4	3
D15	Deseo estar muy cerca de Dios o unido a la presencia divina	5	0
D16	En general, ¿Qué tan cerca se siente de Dios?	3	1

Fuente: Elaboración propia

## 1.11 Análisis de los subdominios

Del total de pacientes, 92 (84.4%) presentaba ansiedad clínica según el punto de corte de la escala HADS (más de 8 puntos) y 27 (24.8%) cumplía el criterio para depresión clínica según el punto de corte de la misma escala (más de 9 puntos).

En las pacientes con ansiedad clínica según el punto de corte de la escala HADS, la media del dominio significado de la escala FACIT-Sp fue de 12.9, la media del dominio fe fue de 12.7 y la media del dominio paz fue de 11.8 vs. 9.5 de las pacientes no ansiosas. Los valores de la escala DSES tuvieron una media de 73.5 y 75.4 en las pacientes con y sin ansiedad respectivamente (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

**Tabla 0-7:** Puntajes de la escala DSES.

Dominio		N	Media	Error estándar	Desviación estándar	IC 95%
<u>Dominio Significado</u>						
Ansiedad	Sí	92	12.94565	.2696479	2.586372	12.41003 - 13.48127
	No	17	13	.6806139	2.806243	11.55716 - 14.44284
<u>Dominio Paz *</u>						
Ansiedad	Sí	92	11.82609	.2810331	2.695575	11.26785 - 12.38432
	No	17	9.470588	.9553166	3.938871	7.445408 - 11.49577
<u>Dominio Fe</u>						
Ansiedad	Sí	92	12.75	.2616721	2.509871	12.23022 - 13.26978
	No	17	12.17647	.8368151	3.450277	10.4025 - 13.95044
<u>Puntaje DSES</u>						
Ansiedad	Sí	92	73.51087	.8951873	8.586335	71.73269 - 75.28905
	No	17	75.47059	2.413378	9.950613	70.35445 - 80.58672
* T (107) = -3.0605; p= 0.0028						

Fuente: Elaboración propia

Por su parte, en las pacientes con depresión clínica según el punto de corte de la escala HADS, la media del dominio significado de la escala FACIT-Sp fue de 12.7, la media del dominio fe de la misma escala fue de 12 y la media del dominio paz fue de 10.4 (vs. una media de 11.8 en las pacientes sin depresión clínica según el punto de corte de la escala HADS). La media del puntaje total de la escala DSES en las pacientes con depresión según la misma escala fue de 73.5 (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

**Tabla 0-8:** Diferencia de medias de la escala DSES y de los subdominios paz, fe y significado en las pacientes con ansiedad clínica.

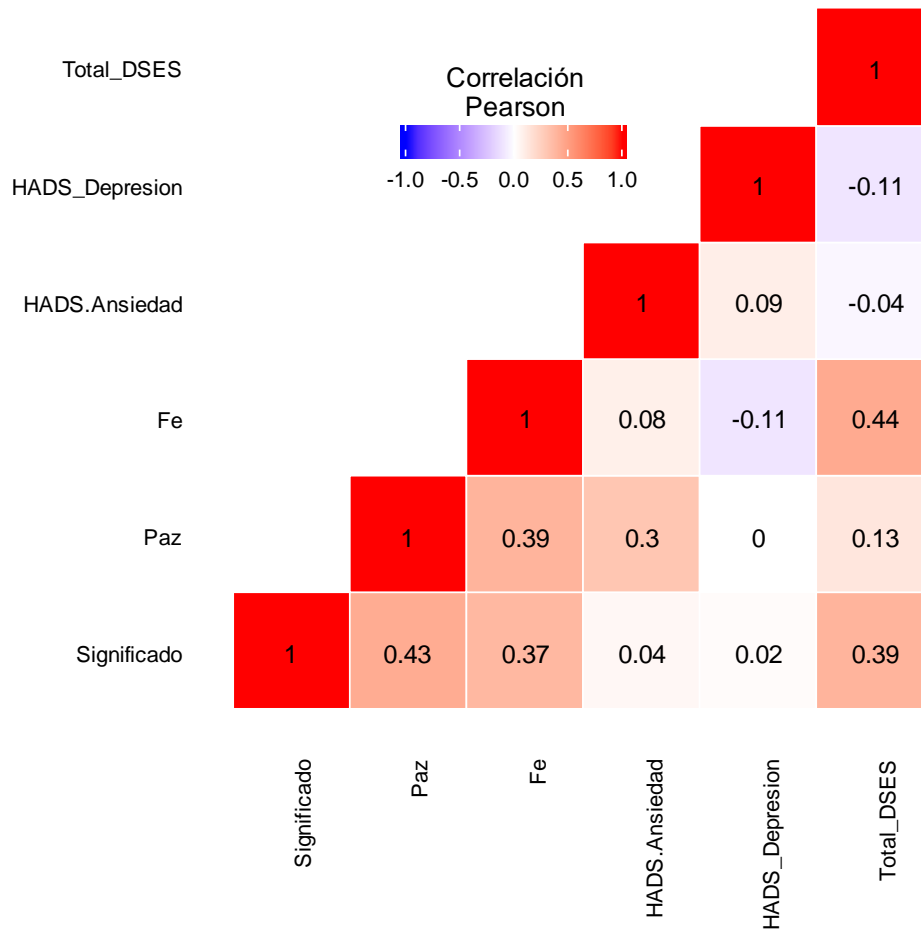
Dominio		N	Media	Error estándar	Desviación estándar	IC 95%
<u>Dominio Significado</u>						
Depresión	Sí	27	12.7037	.5719333	2.971853	11.52808 - 13.87933
	No	82	13.03659	.2751612	2.49169	12.4891 - 13.58407
<u>Dominio Paz*</u>						
Depresión	Sí	27	10.37037	.6626979	3.443479	9.008175 - 11.73257
	No	82	11.81707	.3099903	2.807081	11.20029 - 12.43386
<u>Dominio Fe</u>						
Depresión	Sí	27	12.03704	.717072	3.726015	10.56307 - 13.511
	No	82	12.86585	.2434089	2.204161	12.38155 - 13.35016
<u>Puntaje DSES</u>						
Depresión	Sí	27	73.59259	2.32125	12.06157	68.82119 - 78.36399
	No	82	73.89024	.8289417	7.506386	72.24091 - 75.53958
* T (107) = 2.1922; p= 0.0305						

Fuente: Elaboración propia

## 1.12 Mapas de calor

Dentro del mapa de calor, los dominios que se asociaron negativamente fueron fe y depresión (a mayor depresión menos fe) y los que se asociaron positivamente fueron ansiedad y paz espiritual (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

**Figura 0-1:** Mapa de calor para valores de correlación entre la escala DSES, los dominios de la escala FACIT y los síntomas ansiosos y depresivos medidos clínicamente con la escala HADS.

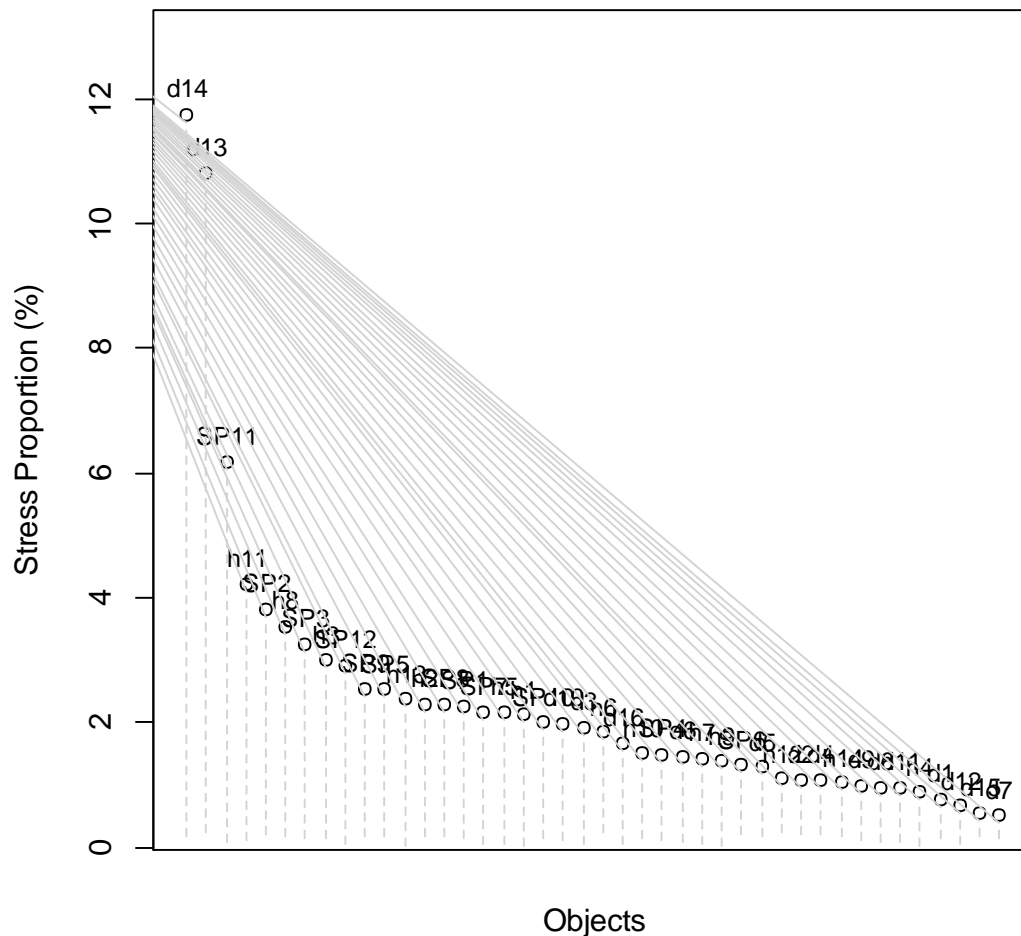


Fuente: Elaboración propia

### 1.13 Escalamiento multidimensional

La estructura bidimensional tuvo valores de estrés no métrico de 0,043 y la tridimensional de 0,03. Para la estructura bidimensional los ítems que mostraron los valores más altos de estrés fueron D13 (“Cuido a otros desinteresadamente”) con 10.81%, D14 (“Acepto a los demás incluso cuando hacen cosas que pienso que están mal”) con 11.73%, y SP11 (“Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales”) con 6.17% (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Figura 0-2: Gráfico de sedimentación para los ítems de todas las escalas.



Fuente: Elaboración propia

Los ítems que mostraron una proporción de estrés más alta dentro de la solución bidimensional del escalamiento, fueron D14 y D13. Los 42 ítems del total de escalas aplicadas se podrían analizar en 4 agrupaciones, las cuales se podrían describir así:

- Agrupación 1: Está conformada por un ítem de paz (SP4: “Tengo dificultades para conseguir paz mental”) y uno de significado de la escala FACIT (SP8: “A mi vida le falta sentido y propósito”), dos síntomas relacionados con ansiedad (H7: “Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada” y H9: “Tengo una sensación extraña, como de vacío en el estómago”) y 4 de los 7 ítems relacionados con síntomas depresivos de la escala HADS (H2: “Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer”, H4: “Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas”, H12: “Me siento con esperanza respecto al futuro” y H14: “Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de tv”), los cuales constituyen su núcleo central. Esta agrupación correspondería a síntomas predominantemente depresivos relacionados con aspectos de sentido de la vida y paz espiritual.
- Agrupación 2: Incluye los demás ítems relacionados con ansiedad de la escala HADS: H1: “Me siento tensa o nerviosa”, H3: “Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder”, H5: “Tengo mi mente llena de preocupaciones”, H11: “Me siento inquieta como si no pudiera dejar de moverme” y H13: “Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro”. Su núcleo central son los 9 ítems relacionados con espiritualidad (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Además, se cuentan síntomas motores de la depresión (H6: “Me siento alegre” y H8: “Siento como si cada día yo estuviera más lenta”). Esta agrupación relaciona síntomas predominantemente ansiosos y los demás ítems de espiritualidad.
- Agrupación 3: Contiene los ítems de la escala DSES que se relacionan con empatía o amor compasivo (D13: “Cuido a otros desinteresadamente” y D14: “Acepto a los demás incluso cuando hacen cosas que pienso que están mal”).
- Agrupación 4: Conformada exclusivamente por los ítems de religiosidad.

**Tabla 0-9:** Estructura del escalamiento multidimensional.

Ítem	Descripción
<u>Agrupación 1</u>	
SP4	Tengo dificultades para conseguir paz mental
SP8	A mi vida le falta sentido y propósito
H2	Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer
H4	Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas
H7	Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada
H9	Tengo una sensación extraña, como de vacío en el estómago
H12	Me siento con esperanza respecto al futuro
H14	Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de tv
<u>Agrupación 2</u>	
H1	Me siento tensa o nerviosa
H3	Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder
H5	Tengo mi mente llena de preocupaciones
H11	Me siento inquieta como si no pudiera dejar de moverme
H6	Me siento alegre
H8	Siento como si cada día yo estuviera más lenta
H10	He perdido el deseo de estar bien arreglada o presentada
H13	Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro
SP1	Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales
SP2	Tengo una razón para vivir
SP3	Mi vida ha sido productiva
SP5	Siento que mi vida tiene sentido
SP6	Soy capaz de encontrar consuelo dentro de mí misma
SP7	Tengo un sentimiento de armonía interior
SP9	Encuentro consuelo en mi fe o creencias espirituales
SP10	Encuentro fuerza en mi fe o creencias espirituales
SP11	Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales
SP12	Pase lo que pase con mi enfermedad, todo va a ir bien.
D16	En general, ¿qué tan cerca se siente de Dios?



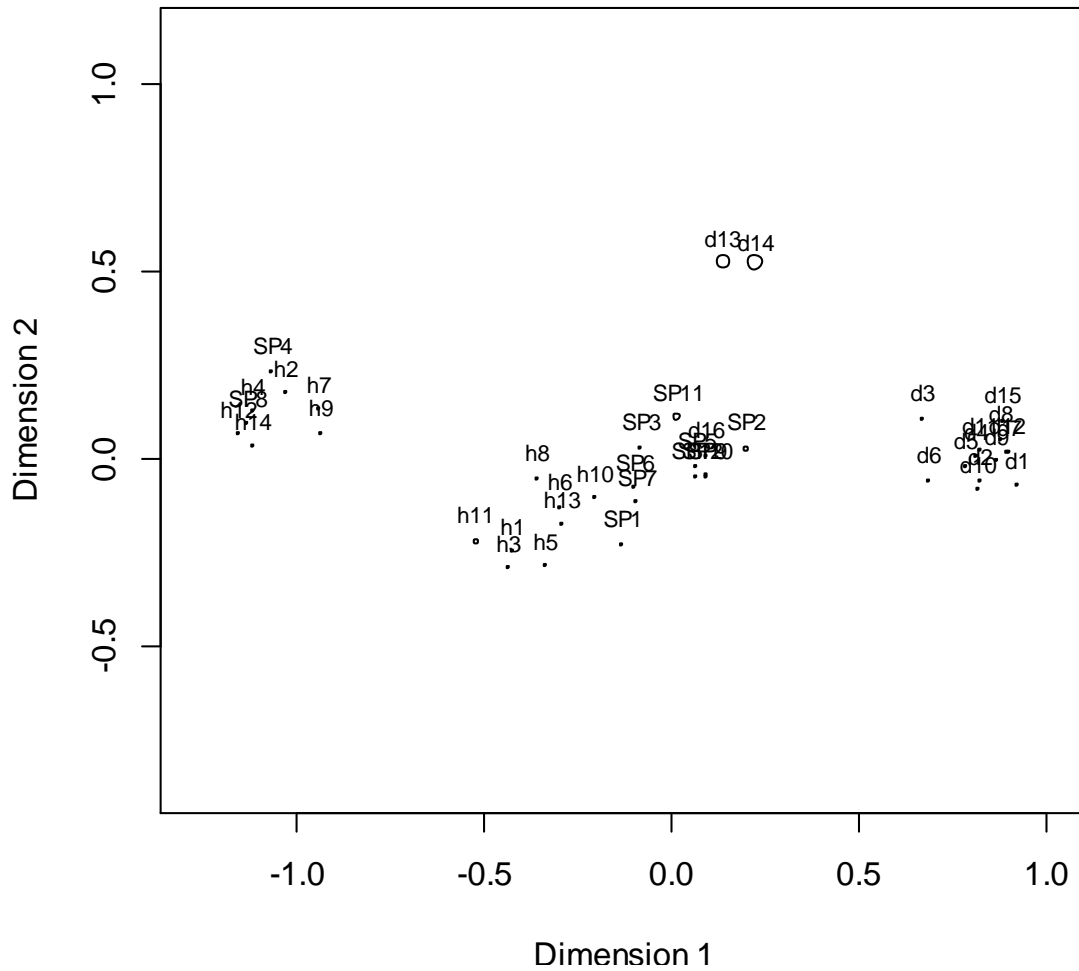
**Tabla 0-10:** (Continuación)

Ítem	Descripción
<u>Agrupación 3</u>	
D13	Cuido a otros desinteresadamente
D14	Acepto a los demás incluso cuando hacen cosas que pienso que están mal
<u>Agrupación 4</u>	
D1	Siento la presencia de Dios
D2	Siento una conexión con todo lo que es vida
D3	Durante la alabanza, o en otras ocasiones al conectarme con Dios, siento alegría que me aleja de mis preocupaciones diarias
D4	Encuentro fortaleza en mi religión o espiritualidad
D5	Encuentro consuelo en mi religión o espiritualidad
D6	Siento profunda paz o armonía interior
D7	Le pido ayuda a Dios en medio de las actividades diarias
D8	Me siento guiado por Dios en medio de las actividades diarias
D9	Siento directamente el amor que Dios me tiene
D10	Siento el amor que Dios tiene por mí a través de otros
D11	Me siento tocado espiritualmente con la belleza de la creación
D12	Me siento agradecido por mis bendiciones
D15	Deseo estar muy cerca de Dios o unido a la presencia divina

Fuente: Elaboración propia

En esta solución de dos dimensiones del escalamiento se evidencia una proximidad entre los síntomas depresivos y ansiosos con los ítems de espiritualidad. El conglomerado que reúne los ítems de religiosidad no se relaciona específicamente con ninguno de los otros 3 conglomerados, así como tampoco los ítems relacionados con compasión (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

**Figura 0-3:** Escalamiento multidimensional: configuración en dos dimensiones.



Fuente: Elaboración propia

## Capítulo 7: Discusión

La prevalencia de ansiedad y depresión clínica encontradas en el presente estudio fue de 84.4% y 24.8% respectivamente. Esta elevada prevalencia de la ansiedad comparada con la depresión se encuentra en concordancia con otros estudios realizados en el país (52). Sin embargo, varía si se compara con estudios internacionales realizados en pacientes en estadios similares de la enfermedad. Dicha diferencia podría estar en relación con el instrumento empleado para la medición de la ansiedad clínica, que no es el mismo empleado en los demás estudios y que si bien cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, podría tener debilidades en su validación.

En el análisis estadístico se encontró, además, una correlación negativa entre la espiritualidad y la depresión clínica, especialmente con los dominios de paz y sentido de la vida. Asimismo, llama la atención una correlación positiva modesta, pero significativa entre el dominio paz medido con la escala FACIT-Sp y la ansiedad clínica medida con la escala HADS. Esto podría estar vinculado con el tipo de paz que buscan medir los ítems 6 y 7 de la escala (los cuales están enfocados en paz espiritual, que es un constructo diferente a intranquilidad, y por tanto se relacionaría de modo diferente con la ansiedad y la depresión). Algunos autores describen que independientemente de los niveles de fe y paz, se podría presentar un incremento en los niveles de ansiedad en algunos pacientes (52) (53). Una interpretación que se plantea para lo anterior es que los estudios que emplean la escala FACIT-Sp no han encontrado resultados consistentes en torno a las subescalas por separado.

Otra posible explicación de la correlación positiva entre el dominio paz y la ansiedad, podría tener que ver con el punto de corte de la escala HADS empleado para el diagnóstico de ansiedad clínica, que en el presente trabajo fue de 8 puntos, de acuerdo a la validación en Colombia de dicho instrumento (47). No obstante, los valores de esta

escala de clasificación no han mostrado consistencia en todos los estudios (47) (49), pues otros autores proponen que dicho punto de corte no delimita el punto donde se hace diagnóstico, sino que marca el límite para considerar que el enfermo está padeciendo algún grado de impacto emocional (52). Por lo tanto, se han propuesto en la literatura (de forma no siempre consistente) los siguientes valores para la escala HADS: 0-7: normal, 8-10: Dudoso, > 11: Problema clínico (47).

La relación entre los demás ítems de la espiritualidad con la ansiedad y la depresión clínica, está en concordancia con hallazgos previos de la literatura, que describen una relación negativa entre los niveles de espiritualidad/ religiosidad y los niveles de ansiedad/depresión; que podría ser explicada por el aumento en el significado de la vida, y el bienestar espiritual, entre otros (4) (8) (9) (11) (13) (17) (18) (20) (54) (25) (52) (55).

Con respecto a la religiosidad medida con la escala DSES, los ítems de dicho instrumento no se relacionaron específicamente con la espiritualidad ni con los síntomas de ansiedad/depresión. Lo anterior se encuentra en concordancia con estudios realizados por otros autores, donde no se encontró ningún efecto real de la religiosidad sobre la calidad de vida o la salud mental de las participantes (13)(52). Además, existen estudios que plantean que no hay asociación significativa entre religión y trastornos depresivos (7) (16). Algunos incluso relacionan la religión con un pobre ajuste a las situaciones estresantes, o con la presencia de síntomas de depresión (8) (56) (57).

Es de anotar que una gran parte de la muestra del estudio (78.9%) estuvo conformada por pacientes pertenecientes a la religión católica, lo cual fue similar a los hallazgos de la mayoría de la literatura (16). Se debe recordar que el catolicismo posee numerosos rituales y ceremonias, el centro de la religiosidad está en la misa comunitaria y la religión está más orientada a ser el medio para conseguir un fin: la salvación, el perdón y la vida eterna (religiosidad extrínseca) (52). Por lo tanto, los hallazgos en torno a la religiosidad podrían estar relacionados con el tipo de religiosidad que profesan las participantes (52) (58). Diversos autores han encontrado que constructos espirituales como sentimientos de paz y armonía, sentido de propósito y creencias específicas, están más relacionados con calidad de vida, que constructos religiosos, como participación en actividades religiosas en iglesias y creencias religiosas. Además, la fe y el significado son componentes de la espiritualidad, relacionados más con una conexión con lo divino o lo sagrado, que

pueden o no estar incluidos en una filiación religiosa determinada (52). De lo descrito podría inferirse que el dominio fe de la escala de espiritualidad intenta evaluar componentes relacionados más con la religiosidad intrínseca que la extrínseca. Lo anterior se soportaría en el hecho de que pacientes con trastornos depresivos con altos niveles de espiritualidad y religiosidad intrínseca, tienden a tener cuadros depresivos menos severos (24).

Dentro de la escala de religiosidad empleada en el presente trabajo, llama además la atención que los ítems que evalúan el dominio llamado amor compasivo, no se relacionaron específicamente con los ítems de ansiedad, depresión, espiritualidad ni con los otros ítems de religiosidad. Lo anterior no ha sido reportado por otros autores hasta el momento, y plantearía la empatía como una dimensión diferente, y con esto la necesidad de realizar más estudios a futuro a este respecto.

Teniendo en cuenta que diversos autores han descrito la influencia positiva de las intervenciones religiosas y espirituales en varias dimensiones del estado de salud (8), el impacto de la dimensión espiritualidad dentro de la calidad de vida (11) y los hallazgos alrededor de la espiritualidad como elemento que ayudaría a identificar o atenuar los síntomas depresivos (9), del presente trabajo se desprende la necesidad de plantear estudios que incluyan intervenciones en espiritualidad y sentido de la vida, para determinar su impacto sobre los trastornos ansiosos y depresivos y la calidad de vida en estas pacientes, lo cual está soportado por otras guías y autores, teniendo en cuenta que la espiritualidad y las cogniciones positivas frente a la enfermedad han demostrado ser mediadoras, amortiguadoras y moduladoras de la calidad de vida, así como predictoras de los resultados y la adherencia al tratamiento (22) (37) (42) (52) (59).



# Capítulo 8: Conclusiones, fortalezas y limitaciones del estudio

## 1.14 Conclusiones

1. La mayoría de pacientes evaluadas eran mujeres católicas de la ciudad de Bogotá, de estratos socioeconómicos bajos, con escaso nivel educativo y en estadio IIIB (localmente avanzado).
2. Las características sociodemográficas de las pacientes pueden estar en relación con las características del centro donde se llevó a cabo el estudio y podrían dificultar la generabilidad de los resultados.
3. Se encontró un porcentaje muy alto de pacientes con ansiedad clínica, por lo cual se recomienda corroborar el diagnóstico mediante entrevista psiquiátrica en estudios posteriores.
4. La ansiedad estuvo relacionada principalmente con las múltiples preocupaciones y la depresión con el deseo de estar bien arreglada.
5. Los síntomas ansiosos y depresivos se relacionan con la espiritualidad, pero cada uno de ellos con un dominio distinto: depresión con significado y ansiedad con paz.
6. La paz emocional y la ansiedad clínica parecen no guardar relación con la paz espiritual.
7. La depresión clínica se correlaciona negativamente con la fe y con paz; siendo menor la paz en pacientes deprimidos.
8. La religiosidad parece no estar relacionada con ninguno de los dominios de la espiritualidad ni con los síntomas ansiosos o depresivos.
9. La empatía parece no estar relacionada con la religiosidad del mismo modo que los demás ítems de la escala. Tampoco se relaciona con espiritualidad ni con los

síntomas ansiosos o depresivos. Se propone evaluar en estudios posteriores la relevancia clínica de este hallazgo.

10. El planteamiento de intervenciones espirituales en pacientes con cáncer podría tener un impacto favorable en la presentación de los síntomas ansiosos o depresivos (incluyendo intervenciones basadas en logoterapia o en sentido de la vida).

## **1.15 Fortalezas y limitaciones del estudio**

El presente trabajo fue realizado en pacientes femeninas parecidas a una proporción de pacientes con cáncer de mama de la población general, y se llevó a cabo mediante un análisis multivariado, que no establece a priori relaciones de causalidad. Sin embargo, las características sociodemográficas de la muestra podrían dificultar su generalización a la población general.

Una de sus principales limitaciones tiene que ver con el desconocimiento de la real prevalencia de los trastornos ansiosos y depresivos en la muestra, pues no se aplicó entrevista psiquiátrica estructurada a la totalidad de las pacientes evaluadas. Asimismo, la existencia de un alto porcentaje de pacientes con ansiedad clínica según en instrumento usado (sumado a hallazgos similares en estudios hechos en nuestro país, pero que difieren del resto de la literatura mundial), hace pensar que si bien la escala HADS cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, la validación realizada en Colombia presenta algunas debilidades como la falta de información sobre las características clínicas y sociodemográficas de la muestra, el pequeño tamaño de la misma y la no inclusión de estadios tempranos de la enfermedad, por lo que una nueva validación de la escala que tenga en cuenta estas consideraciones podría arrojar resultados diferentes..



# Anexo: Consentimiento informado del estudio

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he sido informada que la Universidad Nacional de Colombia junto con El Instituto Nacional de Cancerología están realizando un estudio para evaluar la espiritualidad y la religiosidad en pacientes con cáncer de mama. Este estudio se propone evaluar si la presencia de estos factores disminuye los niveles de ansiedad o depresión en ellas, para ayudar a definir estrategias de intervención en el futuro como parte de la atención integral de los pacientes con cáncer.

Entiendo que dentro de la investigación no se me realizarán estudios, exámenes clínicos adicionales ni otros procedimientos médicos diferentes a los que me deben efectuar para el diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad oncológica. Del mismo modo comprendo que no seré obligada, orientada o coaccionada sobre algún tipo de espiritualidad o religión en particular.

Yo he elegido libremente participar en el estudio. Se me ha explicado que mi participación consiste en responder una serie de preguntas que exploran religiosidad y espiritualidad y síntomas de ansiedad y depresión.

En este estudio se plantea la participación de cerca de 105 pacientes mayores de 18 años de edad. Se calcula que cada paciente gasta unos 10 a 15 minutos contestando todas las preguntas.

Entiendo que mi participación en el presente estudio es enteramente voluntaria y que si no deseo completar el cuestionario sobre los síntomas de mi enfermedad no necesariamente tengo que

dar una razón. Asimismo, entiendo que el no participar en el estudio no tendrá ninguna repercusión sobre el tratamiento y la atención que se me están brindando en la institución en la cual me encuentro en tratamiento, ni que recibiré ninguna sanción ni perderé los beneficios que ya poseo en este centro.

También se me ha explicado que la información obtenida de mí será tratada de manera confidencial como parte del presente estudio, que dicha información no será incluida en mi historia clínica ni compartida con los profesionales de mi grupo tratante a menos que la ley lo exija y que yo no voy a ser personalmente identificada en los resultados del estudio. Los investigadores solo podrán compartir la información con el equipo de estudio, pero siempre preservando la confidencialidad, de tal manera que no será identificada por su nombre.

Si tiene alguna duda o preocupación en relación con su participación en el estudio podrá contactar al investigador principal, doctor Ricardo Sánchez Pedraza, al teléfono 3165000, extensión 15117.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de la paciente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de la paciente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del testigo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del investigador que administra el consentimiento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha y hora

## Bibliografía

1. Im K, Kim J. The Effect of Logotherapy on the Suffering , Finding Meaning , and Spiritual Well-being of Adolescents with Terminal Cancer . 2009;15(2):136–44.
2. Mohabbat-bahar S, Golzari M, Moradi-joo M, Akbari ME. Efficacy of Group Logotherapy on Decreasing Anxiety in Women with Breast Cancer. *Iran J cancer Prev.* 2014;7(3):165–70.
3. Konttinen H, Haukkala a, Uutela a. Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Soc Sci Med [Internet]*. 2008 Jun [cited 2014 Dec 23];66(12):2401–12. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18336974](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18336974)
4. Agorastos A, Demiralay C, Huber CG. Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: Focus on anxiety disorders. *Psychol Res Behav Manag.* 2014;7:93–101.
5. Taunay TC, Cristino ED, Machado MO, Rola FH, Lima JWO, Macêdo DS, et al. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(1):76–81.
6. Taha, N., Florenzano, R., Sieverson, C., Aspillaga, C., & Alliende L (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]*. 2011 [cited 2014 Dec 23];49(4):347–60. Available from: <http://alfpa.upeu.edu.pe/tecnicas/articulo-investigacion.doc>
7. Koenig HG, Berk LS, Daher NS, Pearce MJ, Bellinger DL, Robins CJ, et al. Religious involvement is associated with greater purpose, optimism, generosity and gratitude in persons with major depression and chronic medical illness. *J Psychosom Res [Internet]*. 2014 Aug [cited 2014 Dec 23];77(2):135–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077855>

8. Travado L, Grassi L, Gil F, Martins C, Ventura C, Bairradas J. Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliat Support Care* [Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Dec 23];8(4):405–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20875203>
9. Nelson, C., Jacobson, C. M., Weinberger, M. I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Roth AJ. The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Ann Behav Med*. 2009;38(2):105–14.
10. Maselko, J., Gilman, S. E., & Buka S. Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression. *Psychol Med*. 2009;39(6):1009–17.
11. Sierra F, Sánchez R, Ibáñez I. Adaptación transcultural de la escala Daily Spiritual Experience para su uso en Colombia. 2013;17(4):149–57.
12. Kasen; Wickramaratne; Gameroff; Weissman. Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. *Psychol Med*. 2013;42(3):509–19.
13. Bonelli RM, Koenig HG. Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *J Relig Health* [Internet]. 2013 Jun [cited 2014 Nov 17];52(2):657–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23420279>
14. Tenke CE, Ph D, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk a ten-year prospective study. 2013;169(1):89–94.

15. Bay PS, Beckman D, Trippi J, Gunderman R, Terry C. The effect of pastoral care services on anxiety, depression, hope, religious coping, and religious problem solving styles: A randomized controlled study. *J Relig Health* [Internet]. 2008 Mar [cited 2014 Dec 23];47(1):57–69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19105001>
16. Braam AW, Klinkenberg M, Galenkamp H, Deeg DJH. Late-life depressive symptoms, religiousness, and mood in the last week of life. *Depress Res Treat* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Dec 23];2012:754031. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3403335&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
17. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer* [Internet]. 2006 Apr [cited 2014 Dec 22];14(4):379–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16283208>
18. Roh S, Lee Y-S, Lee JH, Martin JI. Typology of religiosity/spirituality in relation to perceived health, depression, and life satisfaction among older Korean immigrants. *Aging Ment Health* [Internet]. 2013 May [cited 2014 Dec 8];18(4):1–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24164625>
19. Azorin JM, Kaladjian a., Fakra E, Adida M, Belzeaux R, Hantouche E, et al. Religious involvement in major depression: Protective or risky behavior? the relevance of bipolar spectrum. *J Affect Disord* [Internet]. 2013 Sep 25 [cited 2014 Dec 23];150(3):753–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23541486>
20. Weissman MM, Peterson BS. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality a study in adults at high and low familial risk for depression. 2014;71(2):128–35.
21. Lester D. Spirituality and Religiosity As Predictors of Depression and Suicidal Ideation: an Exploratory Study. *Psychol Rep* [Internet]. 2012 Feb [cited 2014 Dec 23];110(1):247–50. Available from:

- <http://www.amsci epub.com/doi/abs/10.2466/02.12.PR0.110.1.247-250>
22. Sánchez R, Sierra F, Zárate K. ¿Son la religiosidad y la espiritualidad dimensiones diferentes? *Rev Colomb Cancerol*. 2014;xx(xx):xx.
  23. Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol* [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Feb 27];23 Suppl 3(Supplement 3):49–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22628416>
  24. Ishak WW. The Impact of Spirituality Before and After Treatment of Major Depressive. 2014;11(3):17–23.
  25. Min JA, Jung YE, Kim DJ, Yim HW, Kim JJ, Kim TS, et al. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Qual Life Res* [Internet]. 2013 Mar [cited 2014 Dec 14];22(2):231–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22485024>
  26. Yi MS, Mrus JM, Wade TJ, Ho ML, Hornung RW, Cotton S, et al. Religion, Spirituality, and Depressive Symptoms in Patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2006 Dec [cited 2014 Dec 23];21 Supplem:S21-7. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=17083496](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17083496)
  27. Rawdin B, Evans C, Rabow MW. The Relationships among Hope, Pain, Psychological Distress, and Spiritual Well-Being in Oncology Outpatients. *J Palliat Med* [Internet]. 2012 Feb [cited 2014 Dec 23];16(2):121026082259001. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3569921&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  28. Marín Kelso CL, Martínez Pulgarín DF, Vera Polanía F, Echeverri Rendón S, Muñoz Urbano DM, Quelal Achinchoy K, et al. Calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama, Pereira, Colombia 2010. 2010;15(27):811–23.
  29. Munzone E. Highlights from the ninth European breast cancer conference, glasgow, 19-21 March 2014. *Ecancermedicalscience*. 2014;8(1):1–6.

30. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama inscritas a los programas de tratamiento oncológico en Antioquia, Colombia. *Rev panam salud pública*. 2010;28(1):9–18.
31. Desantis C, Ma J, Bryan L, Jemal A. Breast Cancer Statistics , 2013. *CA Cancer J Clin*. 2014;64:52–62.
32. Nikas, Nikas, Walter C. Low, Paul A. Burgio. Prognosis of Treatment Response (Pathological Complete Response) in Breast Cancer. *Biomark Insights*. 2012;59.
33. Amadou A, Torres-mejía G. Breast cancer in Latin America : global burden , patterns , and risk factors. 2014;56(5).
34. Anzola JD. Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. 2010;12(6):889–902.
35. Clemons M, Hamilton T, Goss P. Does treatment at the time of locoregional failure of breast cancer alter prognosis? *Cancer Treat Rev*. 2000;27(2):83–97.
36. Font A. Cáncer y calidad de vida. *Anu Psicol*. 1994;(61):41–50.
37. Payán EC, Vinaccia S, Quiceno JM. Cognition about disease, spiritual well-being and quality of life in patients with terminal cancer . *Cognición hacia la enfermedad, bienestar Espirit y Calid vida en pacientes con cáncer en estado Termin* [Internet]. 2011;14(2):79–89. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84863566100&partnerID=40&md5=2281cafccf416d6dc0aa359109b2450c>
38. Domingo J, Ortiz M, José M, Pérez S, Sierra JC, Martín-ortiz JD. Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. 2005;34–45.
39. Care F. Life Expectancy after Curative-intent Treatment of Breast Cancer : Impact on Long-term. 2002;604–10.
40. Yélamos C a, Fernández B. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. Available from: [http://paliativossinfronteras.com//upload/publica/Necesidades emocionales en el cancer\\_1.pdf](http://paliativossinfronteras.com//upload/publica/Necesidades emocionales en el cancer_1.pdf)

41. Cano-lozano C, Buena-casal G, Miró E. El cáncer de Cérnix y su influencia en la calidad de vida de las mujeres. 2012;(14):11–27.
42. Ocampo J, Valdez-Medina JL, González-Arratia N, Andrade-Palos P, Oblitas-Guadalupe L, García-Fabela R. Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cancer de mama. *Rev Argentina Clin Psicol.* 2011;20(3):265–9.
43. Navas C, Villegas H. Espiritualidad y salud. *Rev ciencias la Educ [Internet].* 2006;1(27):29–45. Available from: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/volln27/27-2.pdf>
44. Rodríguez M, Fernández ML, Pérez ML, Noriega R. Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuad Hispanoam Psicol.* 2011;11(2):24–49.
45. Vásquez JV, Vanessa C, Santos Z. ESPIRITUALIDAD , RELIGIOSIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. 2014;4(1):55–66.
46. Kang JI, Sung NY, Park SJ, Lee CG, Lee BO. The epidemiology of psychiatric disorders among women with breast cancer in South Korea: Analysis of national registry data. *Psychooncology.* 2014;23(1):35–9.
47. Rico JL, Restrepo M, Molina M. Adaptación Y Validación De La Escala Hospitalaria De Ansiedad Y Depresión (HAD) En Una Muestra De Pacientes Con Cáncer Del Instituto Nacional De Cancerología De Colombia. *Av en Medición.* 2005;3:73–86.
48. Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Br J Gen Pract [Internet].* 1990 Jul [cited 2014 Dec 23];40(336):305. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25005549>
49. Maters G a., Sanderman R, Kim AY, Coyne JC. Problems in Cross-Cultural Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale: “No Butterflies in the Desert.” *PLoS One [Internet].* 2013 Jan [cited 2014 Dec 23];8(8):e70975. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3743400&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>



50. Straat JH, Van der Ark LA, Sijtsma K. Methodological artifacts in dimensionality assessment of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *J Psychosom Res* [Internet]. 2013 Feb [cited 2014 Dec 22];74(2):116–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23332525>
51. De Leeuw J, Mair P. Multidimensional Scaling Using Majorization. *J Stat Softw* [Internet]. 2009;31(3):1–30. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.160.4732&rep=rep1&type=pdf>
52. Finck Barboza C, Forero Forero MJ. Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients and its Relation with their Spirituality/ Religiosity. A Preliminary Data Analysis. *Rev Psicol (Universidad Antioquía)* [Internet]. 2011;3(1):7–27. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865234&info=resumen&idioma=SPA>
53. Yanez B, Edmondson D, Stanton AL, Park CL, Kwan L, Ganz PA, et al. Facets of Spirituality as Predictors of Adjustment to Cancer: Relative Contributions of Having Faith and Finding Meaning. 2010;77(4):730–41.
54. Liu D, Xie G, Chen M. Clinicopathologic characteristics and survival of male breast cancer. *Int J Clin Oncol* [Internet]. 2013;19(2):280–7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10147-013-0555-4>
55. Rodríguez-Carrion, D., Sayers-Montalvo, S., Martínez-Taboas A. Contribución del manejo religioso a la calidad de vida y sintomatología depresiva en una muestra de hispanos que tienen un diagnóstico de cáncer 1. *Rev Puertorriquena Psicol.* 2011;22:27–45.
56. Braam a W, Van den Eeden P, Prince MJ, Beekman ATF, Kivelä S-LL, Lawlor B a, et al. Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EORUDEP collaboration. *Psychol Med.* 2001;31(5):803–14.
57. Murphy PE, Ciarrocchi JW, Piedmont RL, Cheston S, Peyrot M, Fitchett G. The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons

- with clinical depression. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(6):1102–6.
58. Cohen AB, Pierce JD, Chambers J, Meade R, Gorvine BJ, Koenig HG. Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *J Res Pers*. 2005;39(3):307–24.
59. So WKW, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JCK, Yeung M, et al. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2010;14(1):17–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2009.07.005>