

Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos¹

Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients and its Relation with their Spirituality/ Religiosity. A Preliminary Data Analysis

Finck Barboza, C. y Forero Forero M.J.²

Resumen

Para este análisis preliminar, los datos son tomados de dos grupos: 100 mujeres sanas y 61 pacientes diagnosticadas con cáncer de seno, las cuales reciben tratamiento en el hospital universitario de la ciudad de Bogotá. Para la medición de las creencias espirituales y religiosas se utilizaron algunas escalas del FETZER y para los niveles de ansiedad y depresión se utilizó el HADS. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión entre los dos grupos. Los principales hallazgos se encontraron en cuanto a los valores religiosos y la ansiedad en las pacientes.

Palabras Clave: Cáncer de seno, Espiritualidad, Religiosidad, Ansiedad, Depresión.

Abstrac

Data from two groups, 100 healthy women and 61 breast cancer patients that were treated at University Hospital in Bogotá was used for this preliminary analysis. In order to measure spiritually and religiosity some scales of the FETZER test were used. The levels of anxiety and depression were measured by using the HADS scale. No significant differences in the levels of anxiety and depression between the two groups were found. There are some interesting findings on the relationship between religious values and levels of anxiety.

Key Words: Breast Cancer, Spirituality, Religiosity, Anxiety, Depression.

1 Este trabajo de investigación hace parte del Proyecto "La influencia de la religiosidad y la espiritualidad en la calidad de vida de pacientes con cáncer de seno en Colombia", apoyado por el Fondo de Promoción a la Investigación de Profesores Asistentes de la Universidad de los Andes.

2 Profesores pertenecientes al Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes (Bogotá-Colombia). E-mail: cfinck@uniandes.edu.co

Introducción

Desde la antigüedad se tienen referencias del cáncer mamario, la primera alusión a esta enfermedad aparece en un papiro egipcio, aproximadamente 3000 años antes de nuestra era, y contiene ocho referencias a diversas enfermedades de la glándula mamaria, como abscesos, úlceras, tumores y traumatismos (Abaunza, 1997).

En Colombia, el cáncer de mama empieza a perfilarse como un problema de salud pública; una de cada diez mujeres padece de cáncer de seno (Profamilia, 2005). El cáncer mamario ocupó el tercer lugar como causa de muerte por cáncer entre mujeres, después del cáncer de cuello uterino y el de estómago (DANE). Los datos de la última encuesta nacional de demografía y salud (ENDS Profamilia, 2010) apuntan a que la incidencia de cáncer de mama sea de 31.2 casos nuevos por cada 100.000 mujeres, con un estimado de 7.000 casos nuevos por año en todo el país.

La distribución geográfica de la mortalidad muestra un mayor riesgo en las capitales departamentales, lo que se puede relacionar con mayores niveles de urbanización, menor fecundidad y periodo de lactancia y mayor sedentarismo (Piñeros et al., 2008).

Lo fundamental en el cáncer de seno es lograr hacer un diagnóstico precoz para obtener una sobrevida a más largo plazo, mediante el examen físico practicado por las mujeres, visitas regulares al ginecólogo y realización de imágenes diagnósticas cuando sea necesario (Abaunza, 1997). Una vez detectado, es clasificado y se procede con el manejo terapéutico más apropiado para el caso: radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal y/o procesos quirúrgicos. Sin

“Lo fundamental en el cáncer de seno es lograr hacer un diagnóstico precoz para obtener una sobrevida a más largo plazo”

embargo, vale la pena anotar que cerca del 60% de los cánceres diagnosticados en Bogotá se encuentran en estados avanzados (Piñeros, 2008) presentando un mal pronóstico y contribuyendo a las cifras de mortalidad respecto a esta enfermedad. La razón incidencia/mortalidad para el país es de 0.41, lo que indica casos diagnosticados mayoritariamente en estadios tardíos, dificultades en la oportunidad del tratamiento, cánceres agresivos o tratamientos con esquemas que no son los óptimos (Piñeros et al., 2008).

Consideraciones importantes en la elección de la terapia incluyen criterios clínicos, resultados estéticos, aspectos psicosociales y decisión electiva por parte de la paciente del método de tratamiento preferido. Los nuevos conocimientos sobre cáncer han hecho más racional el manejo de las pacientes con tratamientos quirúrgicos, así como el uso de terapias coadyuvantes: quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia (NCI, 2002). Sin embargo, a pesar de los avances en los tratamientos contra el cáncer, la agresividad de las terapias incrementa la exposición de las pacientes a los efectos colaterales de las mismas (So et al., 2009).

1. Aspectos psicológicos del cáncer de seno

La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico ha sido ampliamente do-

cumentada, sin embargo la identificación y tratamiento de estos trastornos ha sido insuficiente. Aspectos como la confluencia de sintomatología somática y psíquica, la consideración de manifestaciones normales de ansiedad, depresión o insomnio en el paciente con cáncer, la falta de formación del personal médico en la detección de trastornos psiquiátricos, ya sean éstos secundarios a la propia enfermedad o a los tratamientos oncológicos, hace que los trastornos psicológicos del cáncer no sean en muchas ocasiones de interés médico ni tengan la atención apropiada (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004).

Al respecto, Groud (2004, citado por Novoa, Caycedo, Aguillón, & Suárez, 2008) señala que alrededor del 70% de los pacientes con enfermedades avanzadas como el cáncer, se quejan de dolor, náuseas e insomnio. El sufrimiento del paciente junto con la sensación de abandono, la impotencia, ansiedad y depresión, son síntomas que se pueden resolver con el apoyo de la familia y las personas que participan en el equipo de cuidado. Sin embargo, en ocasiones, estos periodos de crisis se extienden y puede ser necesario el tratamiento farmacológico y psicológico (Novoa et al., 2008).

Los trastornos psicopatológicos más comunes dentro de la población de pacientes con cáncer son la ansiedad, depresión y los trastornos del sueño. La identificación de estas patologías durante el curso de la enfermedad es de vital importancia para determinar en cuáles casos la intervención psicológica junto con la terapia farmacológica podría dar mejores resultados (Mystakidou et al., 2005). Igualmente, la ansiedad, la fatiga y los trastornos de sueño se han reportado frecuentemente en la literatura científica como efectos secundarios al tratamiento del cáncer de mama (Williams & Schreier, 2005).

“Es muy importante identificar y tratar la ansiedad en el paciente oncológico, ya que ésta disminuye su capacidad para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo”

Por elementos inherentes a la enfermedad de cáncer y por sus características (enfermedad grave, de larga evolución, con múltiples tratamientos y con un pronóstico incierto), el proceso de la enfermedad neoplásica está acompañado de miedos, angustias y dudas; y los niveles de ansiedad suelen ser altos, constantes y persistentes en el tiempo. Es la ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación la que se considera patológica (Maté et al., 2004). Dicha ansiedad patológica puede observarse mediante la presencia de irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención/concentración, aprehensión duradera, disminución del rendimiento intelectual, inquietud, preocupación excesiva y alerta, entre otros muchos síntomas y signos posibles. Se puede manifestar desde el momento mismo del diagnóstico, en los estadios avanzados, durante el tratamiento o después de terminarlo. Es muy importante identificar y tratar la ansiedad en el paciente oncológico, ya que ésta disminuye su capacidad para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo.

Algunos estudios incluso sugieren que los resultados del tratamiento pueden verse afectados por manifestaciones psicológicas: Özalp, Sarioğlu, Tuncel, Aslan y Kadiogullari, (2003) realizaron una investigación con 99 mujeres en Turquía

con el objetivo de indagar sobre la relación de los estados emocionales previos a una cirugía de mastectomía radical y los síntomas postoperatorios. Las pacientes que reportaron niveles altos de ansiedad y depresión presentaron menor adhesión al tratamiento, mayores requerimientos de analgesia y mayor dolor postoperatorio. Los síntomas psicológicos también parecen reducir la eficacia de la quimioterapia en el caso del cáncer de seno, al alterar las secreciones hormonales y neuronales y afectar la actividad biológica de las células cancerosas (Drell et al., 2003, citado por So et al., 2009).

Las principales causas de la ansiedad en pacientes con cáncer son la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma, la anticipación del sufrimiento propio y de los familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, la sensación de pérdida de control, problemas económicos; problemas de índole espiritual y existencial, crisis de creencias y necesidad de trascendencia (Knapp & Delgado, 1990).

De acuerdo a investigaciones realizadas por Maté et al., (2004) es fundamental para realizar un diagnóstico establecer si el trastorno de ansiedad proviene de la enfermedad médica (dolor, complicaciones, cambios metabólicos), de la medicación (corticoides, dexametasona), del tratamiento (quimio/radioterapia, náuseas y vómitos condicionados) o es debida al consumo de sustancias (abstinencia a la nicotina, alcohol). En los pacientes con cáncer los síntomas de ansiedad coexisten con síntomas depresivos, aunque se ha encontrado que la ansiedad es aún más frecuente en estos pacientes que la depresión (Mystakidou et al., 2005).

En cuanto a los efectos de los distintos tipos de tratamientos, So y colaboradores (2009) realizaron un estudio con pacientes con cáncer de seno en Hong Kong, donde este tipo de neoplasia es el más diagnosticado entre las mujeres, para determinar los niveles de ansiedad y depresión durante los diversos tratamientos coadyuvantes. Los investigadores encontraron que la prevalencia de los síntomas psicológicos fue más alta en el grupo de participantes sometidas a quimioterapia que en aquellas que recibían radioterapia. Dentro de las razones atribuidas a estos hallazgos, se menciona la severidad de los efectos secundarios de la quimioterapia, los cambios en la apariencia física y la incertidumbre acerca de una recurrencia de la enfermedad, ya que el objetivo de la quimioterapia es reducir el riesgo de una metástasis, en lugar de eliminar células cancerosas localizadas, como lo es en la radioterapia.

Estudios realizados con sobrevivientes de esta enfermedad han encontrado que las pacientes reportan niveles de ansiedad y depresión más altos que la población en general, mucho tiempo después de terminado el tratamiento. Rabin, Leventhal y Goodin (2004), encontraron que las pacientes que conceptualizaban el cáncer de

seno como una enfermedad crónica o cíclica estaban más ansiosas, deprimidas y preocupadas por una recurrencia, que aquellas que consideraban el cáncer de seno como una enfermedad aguda, de momento.

De acuerdo con la teoría de las representaciones de enfermedad de Leventhal (1997), un paciente diagnosticado “elabora una representación o modelo conceptual de su enfermedad en cinco áreas: causa, identidad, curso, controlabilidad y consecuencias” (Leventhal et al., 1997, p.26). Este modelo conceptual, según el autor, es la fuente de las reacciones emocionales, ya que a pesar de un buen pronóstico y de finalizar el tratamiento, si hay una representación equivocada de la enfermedad, la paciente puede manifestar niveles significativos de ansiedad y/o depresión.

2. Espiritualidad y religiosidad como recursos de afrontamiento

Luego de un diagnóstico como el del cáncer de mama, la paciente se enfrenta a situaciones estresantes, temores, miedos e incertidumbre que exigen un ajuste psicosocial a la enfermedad y estrategias de afrontamiento que le ayuden a mantener la esperanza, el sentido de control, de significado y propósito en la vida (Zwingmann, Müller, Körber & Murken, 2008). Para muchos, la religión y la espiritualidad juegan un papel importante en la forma en que se enfrentan a una crisis: las creencias religiosas y sus prácticas son un recurso comúnmente utilizado para obtener fuerza y consuelo ante la enfermedad. Es en este sentido que la investigación al respecto busca entender la relación entre religiosidad y espiritualidad y la salud o la enfermedad.

“En la medida en que se aproxima el final de la vida, los individuos religiosos al parecer experimentan bienestar, satisfacción y afecto positivo y mayores actitudes de consuelo ante la muerte”

La espiritualidad y la religiosidad son constructos complejos y multidimensionales, tanto en su conceptualización como en su medición. Para muchos investigadores, la religiosidad está asociada a una dimensión social que incluye las creencias teológicas, prácticas, compromisos y actividades de congregación como organización institucional que es (Plante & Sherman, 2001). De otro lado, la fe y el significado son componentes de la espiritualidad, relacionados más con una experiencia individual y privada con “lo sagrado”, que sugiere un sentido de trascendencia y puede estar o no embebida dentro de una tradición religiosa determinada (Breitbart, 2005). Sin embargo, una revisión extensiva de los conceptos hecha por Zinnbauer (1997, citado por Peterson & Webb, 2006) concluyó que los términos “religión” y “espiritualidad” se superponen en muchos de sus constructos y que debido a la falta de consenso cada autor delimita lo que significa espiritualidad o religiosidad de acuerdo al contexto de su trabajo investigativo.

En la medida en que se aproxima el final de la vida, los individuos religiosos al parecer experimentan bienestar, satisfacción y afecto positivo y mayores actitudes de consuelo ante la muerte; de igual manera, una mayor participación religiosa parece estar asociada con un estilo cognitivo de mejor adaptación a situaciones difíciles (Sherman & Simonton, 2001). Estos resultados

cambian las presunciones tradicionales de que una orientación religiosa promueve respuestas regresivas y pasivas a las crisis de la vida (Pargament & Park, 1995 citado por Sherman & Simonton, 2001). Se ha planteado que al enfrentar una posible muerte, los pacientes con cáncer inician una jornada de recogimiento y búsqueda de significado, así como un reordenamiento de prioridades que incluyen necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales (Efficace & Marrone, 2002). Algunos estudios aseguran que las personas más religiosas reportan mejor calidad de vida y bienestar que las no religiosas (Peterson & Webb, 2006).

En cuanto a la relación entre religiosidad y calidad de vida, hay discrepancias entre los investigadores y los resultados son contradictorios. Al parecer los hallazgos están influenciados por diferencias culturales y demográficas de los participantes y la forma en que son evaluados (Plante & Sherman, 2001), por ejemplo Rippen-trop, Altmaier y Burns, (2006) discriminaron la espiritualidad y religiosidad como variables independientes en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer y encontraron 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. Al parecer la espiritualidad se construye como una práctica personal independiente de la exposición a actividades religiosas dentro del hogar. Las conclusiones de Chiu, Clark y Doroszewski (2000) y Nelson, Rosenfeld, Breitbart y Galietta (2002) en estudios similares, coinciden en los aspectos benéficos de la religión en el afrontamiento, relacionados más con el aspecto espiritual implicado que con los ritos y costumbres propios de cada religión.

Adicionalmente a los estudios cuantitativos que se han realizado, los investigadores (Post-White et al., 1996 citado por Sherman & Simonton, 2001) han encontrado en los relatos de las pacientes conexiones entre el compromiso espiritual o religioso y el bienestar, especialmente en el manejo del dolor y el mantenimiento de la sensación de esperanza. Gall y Cornblat (2002) analizaron las unidades de significado, las categorías descriptivas y los temas mencionados, en los relatos de 39 mujeres sobrevivientes de cáncer de seno. La mayoría de las mujeres discutió el rol positivo de los recursos espirituales utilizados en el afrontamiento de la enfermedad, incluyendo su relación con Dios, estrategias de afrontamiento espiritual, como las oraciones, que les ayudaron a encontrarle sentido y ver su enfermedad como una experiencia de crecimiento.

La religiosidad y espiritualidad al parecer proveen un soporte para la aceptación y contribuyen a darle un sentido a la vida de los individuos en experiencias adversas. A esta conclusión llegaron los investigadores en un meta análisis, donde 147 estudios revelaron una relación inversa entre los índices de religiosidad/espiritualidad y síntomas de depresión en individuos que enfrentan eventos estresantes (Smith, McCullough & Poll, 2003). Sin embargo, los resultados no son tan claros, ya que en algunas ocasiones la religiosidad/espiritualidad genera en los pacientes sentimientos de rabia, confusión y desasosiego al cuestionarse las prácticas y creencias religiosas y su relación con Dios, cuando siente que su vida está en peligro (Sherman & Simonton, 2001), mientras otros estudios no encontraron ningún efecto real sobre la calidad de vida de las participantes (Carver et al., 1993 citado por Sherman & Simonton, 2001).

En una investigación longitudinal con pacientes de cáncer de seno, Yañez y colaboradores (2009) examinaron dos componentes de la espiritualidad: sentido de vida - paz y fe, como predictores de adaptación psicológica a la enfermedad y encontraron que la habilidad para encontrar sentido a la vida es un potente predictor de adaptación al cáncer y de bienestar en general; sin embargo, independientemente de los niveles de la fe, se puede presentar un incremento en la depresión y niveles de ansiedad. Se concluye entonces de este estudio, que desde un enfoque clínico es más importante discutir la espiritualidad en términos de sentido de vida de los pacientes, que su religiosidad. Sin embargo, es importante tener en cuenta que esta investigación se realizó exclusivamente con mujeres blancas de nivel socio económico alto, la pregunta que surge es si estos resultados se pueden replicar especialmente en individuos hispanos y afrodescendientes, quienes muestran en otros estudios un mayor afrontamiento de la enfermedad basado en la religión (Culver, Arena, Antoni & Carver, 2002).

En Bogotá, en un intento por describir y analizar las relaciones entre variables espirituales y religiosas, características sociodemográficas y la enfermedad oncológica, Martínez, Méndez y Ballesteros (2004) estudiaron una muestra de 100 pacientes de cáncer del Centro Javeriano de Oncología. Los hallazgos confirman el efecto del apoyo y bienestar que dan la religión y la espiritualidad a estos pacientes para afrontar la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de los participantes del estudio no diferenció entre estos dos conceptos.

La investigación en psico-oncología de los constructos de religiosidad o espiritualidad como mecanismo de afrontamiento del cáncer de seno ha sido predominantemente conducida en Estados Unidos, en países europeos y algunos asiáticos. Así,

“Las pacientes con cáncer de seno además de enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, se exponen a los efectos colaterales del tratamiento y a temores frente a una posible recurrencia”

las conclusiones son limitadas al contexto religioso específico de éstos países. Las pacientes con cáncer de seno además de enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, se exponen a los efectos colaterales del tratamiento y a temores frente a una posible recurrencia. El afrontamiento de la enfermedad y de la muerte tiene una connotación diferente en cada cultura (García-Viniegras & González, 2007).

El propósito del presente estudio es indagar sobre la relación entre la espiritualidad/religiosidad y los niveles de ansiedad y/o depresión de las mujeres con cáncer de seno en el contexto cultural colombiano. Las preguntas de investigación buscan determinar si:

1. ¿Existen diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno comparadas con el grupo de mujeres sanas?
2. ¿Existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad/depresión en función de los distintos tratamientos oncológicos?
4. ¿Existe una relación entre los niveles de ansiedad/depresión con los niveles de espiritualidad/religiosidad? ¿Hay diferencias con respecto a diversos grupos religiosos?

3. Metodología

3.1 Participantes

La muestra clínica presentada en este análisis está conformada por 61 mujeres, pacientes oncológicos de un hospital universitario en la ciudad de Bogotá, seleccionadas por conveniencia. Como criterio de inclusión se tomó en cuenta que las mujeres hayan recibido formalmente un diagnóstico de cáncer de seno y que estuvieran asistiendo a una consulta oncológica en el momento del estudio (ya sea como tratamiento actual o como control). Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta psicopatologías diagnosticadas previamente (asociadas a depresión y/o ansiedad) y la incapacidad para entender y responder al cuestionario. Adicionalmente, se tomaron los datos de un grupo de 100 mujeres sanas (es decir sin diagnóstico de cáncer de seno) pareado en cuanto a estrato socio-económico y edad.

3.2 Instrumentos

Para medir los estados de ansiedad y depresión de las pacientes se utilizó la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), empleando los 14 ítems que la componen. Estas preguntas tienen 4 posibles respuestas que varían de acuerdo a frecuencia, presencia y cambios de las manifestaciones a través del tiempo y es un instrumento sencillo y útil para detectar, en población de pacientes con cáncer, niveles de respuesta en las dimensiones emocionales de ansiedad y depresión, en las diferentes etapas y situaciones de enfermedad (López-Roig et al., 2000). La sub escala de ansiedad corresponde a los ítems impares y la sub escala de depresión a los ítems pares. El participante debe contestar cada ítem utilizando una escala tipo likert entre 0 hasta 3.

En la versión en castellano desarrollada en Colombia por Rico, Restrepo y Molina (2005), para validar su utilización como prueba de tamizaje para detectar desórdenes de ansiedad y depresión, se encontró un coeficiente alfa de Cronbach en la validación de 0.85, y una confiabilidad por mitades de 0.8. Un punto de corte de 8 para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión mostró una mayor sensibilidad y concordancia con la entrevista psiquiátrica. Se encontró una solución de dos factores que corresponde a las dos sub escalas planteadas originalmente (Rico, Restrepo & Molina, 2005). La validación española del HADS en pacientes oncológicos, presentó resultados satisfactorios con relación a la confiabilidad de la escala (Herrman, 1997 citado por López-Roig et al., 2000).

En la actualidad, la interpretación del HADS se basa principalmente en el uso de puntos de corte, como los mencionados anteriormente, aunque no hay un único punto de corte aceptado de manera generalizada. Los autores recomiendan que puntajes brutos entre 8 y 10 se refieren a casos leves, entre 11 y 15 a casos moderados, y una puntuación de 16 o más, a los casos graves (Zigmond & Snaith, 1994 citado por Crawford, Henry, Crombie, & Taylor, 2001). Una alternativa complementaria a este enfoque puede ser la referencia a las puntuaciones obtenidas por la población general adulta (no clínica). Este planteamiento estaría en consonancia con la opinión de que la ansiedad y la depresión deben ser consideradas constructos dimensionales, en vez de categóricos. Adicionalmente, la intención de proporcionar datos normativos no sustituye en uso de puntos de corte derivados del contexto clínico, sino un aporte de información complementaria (Crawford et al., 2001).

En el estudio de Crawford y colaboradores (2001) con la población en general se encontró

que para la escala de ansiedad, la puntuación media fue de 6,14 (SD = 3,76, mediana = 6). Para la depresión se encontró una puntuación de 3,68 (SD = 3.07, mediana = 3), y para la escala total una puntuación de 9,82 (SD = 5,98, mediana = 9). Los coeficientes alfa de Cronbach para la escala de ansiedad, depresión y escala total fueron de 0.81, 0.77 y 0.86, respectivamente. Adicionalmente, se encontró que la correlación entre las escalas de ansiedad y depresión fue altamente significativa ($p < 0.001$) y moderada en magnitud ($r = 0.53$). Los datos normativos presentados permiten a los clínicos valorar cualquier puntuación del HADS y proporcionan una información suplementaria a los puntos de corte existentes (Crawford et al., 2001).

Para llevar a cabo la medición de los factores religiosos y espirituales, se empleó el instrumento desarrollado por el Instituto Fetzer y el Instituto Nacional para el Envejecimiento (NIA) de los Estados Unidos, el Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS; Fetzer Institute/NIA, 1999). Un estudio realizado en 1998, en el ámbito de la encuesta general social (GSS, por sus siglas en inglés) se incluyó la BMMRS en la encuesta representativa de hogares, con 1445 adultos en los Estados Unidos y proporcionó evidencia que soporta la consistencia interna de las dimensiones, demostrando correlaciones positivas ítem-total, y mostrando que las diferencias encontradas para sexo y edad de los participantes apoyan la validez de constructo. Altas correlaciones entre algunas dimensiones (la más alta de $r = 0.76$) sugiere menos validez discriminante de la que se esperaba, pero los coeficientes encontrados son una prueba del carácter distintivo de los dominios. Los autores no ofrecen evidencia estadística derivada de la validez factorial del BMMRS (Masters et al., 2011).

Recientemente, algunos investigadores (e.g. Stewart & Koeske, 2006; Piedmont et al., 2007) han investigado las propiedades psicométricas de las versiones de la medida, utilizando técnicas de análisis factorial y han encontrado una elevada consistencia interna para seis de las ocho escalas originales y en general, el análisis de los componentes con rotación oblicua apoya la existencia de cinco constructos independientes pero relacionados entre sí.

De este instrumento se seleccionaron las siguientes escalas a incluir en este estudio: 2 ítems de *significado* (sentido de propósito), 2 ítems de *valores*, 5 ítems de *prácticas religiosas privadas* (conductas de participación religiosa), 2 ítems de *compromiso* (tanto en aportes de tiempo como de dinero) y 2 ítems de *prácticas religiosas organizacionales* (Fetzer Institute/NIA, 1999).

Adicionalmente, se diseñaron para el cuestionario 3 ítems que preguntan por el *grupo religioso*, el *nivel de religiosidad*, el *nivel de espiritualidad* en escalas de Likert que van de 1 a 7.

3.3 Consideraciones éticas

Este estudio contó con la aprobación del comité de ética de la investigación de la Universidad de los Andes y con la aprobación por parte del comité de ética de la institución hospitalaria en la que se recolectaron los datos.

4. Resultados

Para la investigación se analizaron los datos de un grupo de mujeres sanas compuesto por 100 mujeres colombianas con una edad promedio de 49 años (SD = 9,86). La mayoría de las mujeres de la muestra tienen un empleo (65%) y una relación de pareja estable (69%). Un 45% del

grupo de mujeres sanas tiene un nivel educativo universitario y el 25% un título de postgrado.

En la tabla 1 se encuentran resumidos los principales resultados referentes a los datos socio-demográficos del grupo de pacientes y de las mujeres sin diagnóstico de cáncer de seno.

Tabla 1. Datos socio- demográficos del grupo de pacientes (P) y mujeres sanas (MS)

| <i>Descriptivos de Distribución (n=61)</i> | | | | | |
|--|-----------|----------|-------------------------------|-----------|----------|
| Variab | MS | P | | MS | P |
| <i>Edad (años)</i> | | | <i>Ocupación</i> | | |
| 30 – 39 | 19 | 8,2 | Empleada | 65 | 26,2 |
| 40 – 49 | 28 | 29,5 | Independiente | 16 | 13,1 |
| 50 – 59 | 33 | 32,8 | Desempleada | 2 | 1,6 |
| 60 – 69 | 20 | 23,0 | Ama de Casa | 9 | 36,1 |
| 70 – 89 | 0 | 6,5 | Retirada/Pensión | 8 | 19,7 |
| | | | Informal | 0 | 3,3 |
| Nivel Educativo | | | Estrato Socioeconómico | | |
| Primaria | 2 | 4,9 | 1-2 | 5 | 8,6 |
| Secundaria | 9 | 13,1 | 3-4 | 46 | 41,4 |
| Técnico/Tecnol. | 16 | 18,0 | 5-6 | 49 | 50 |
| Universitario | 45 | 34,5 | Pareja estable | | |
| Postgrado | 25 | 26,2 | Si | 68 | 69 |
| Otros | 3 | 3,3 | No | 32 | 31 |
| Estado Civil | | | Afiliación Religiosa | | |
| Soltera | 22 | 11,5 | Católica | 83 | 76,3 |
| Casada | 51 | 60,7 | Protestante | 9 | 20,3 |
| Separada/divorciada | 15 | 13,1 | Otra | 8 | 3,4 |
| Unión libre | 7 | 4,9 | | | |
| Viuda | 5 | 9,8 | | | |

De acuerdo a esta información se puede decir que: a) la edad promedio de la muestra de pacientes es de 53,7 años; b) un 60,7% está casada y un 69% refiere tener una pareja estable; c) el 60,7% de las pacientes tienen un nivel educativo igual o superior al universitario, de éstas un 26,2% trabajan como empleadas, un 14,1% como independientes y el 19,7% ya están pensionadas o retiradas; d) aproximadamente el 50% de ambos grupos corresponde a estratos socioeconómicos 5 y 6. La muestra de pacientes tiene 30 participantes cuyo diagnóstico es reciente (un año o menos), y 30 participantes donde el diagnóstico se realizó antes del año 2009.

En cuanto a las variables de religiosidad y espiritualidad se puede decir que: a) el 93,4% de la muestra de pacientes afirma pertenecer a alguna religión y b) el 76,3% es católica mientras que el 20,3% es cristiana.

Las figuras 1a y 1b muestran la información de los niveles de espiritualidad y religiosidad y se puede afirmar que las mujeres con cáncer de seno: a) refieren ser relativamente espirituales y religiosas, presentando valores más altos para espiritualidad que para religiosidad. Para las mujeres sanas la tendencia es la misma, sin embargo, estas mujeres refieren ser menos religiosas que las pacientes, reportando al mismo tiempo niveles incluso más altos de espiritualidad.

Figura 1a. Niveles de Espiritualidad y Religiosidad en el grupo de pacientes

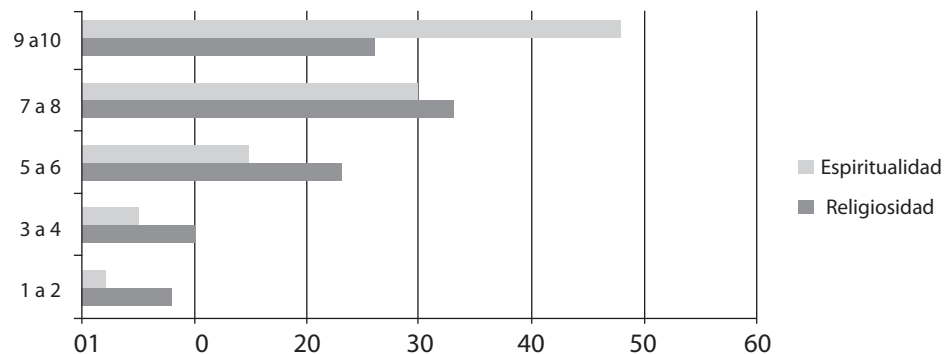
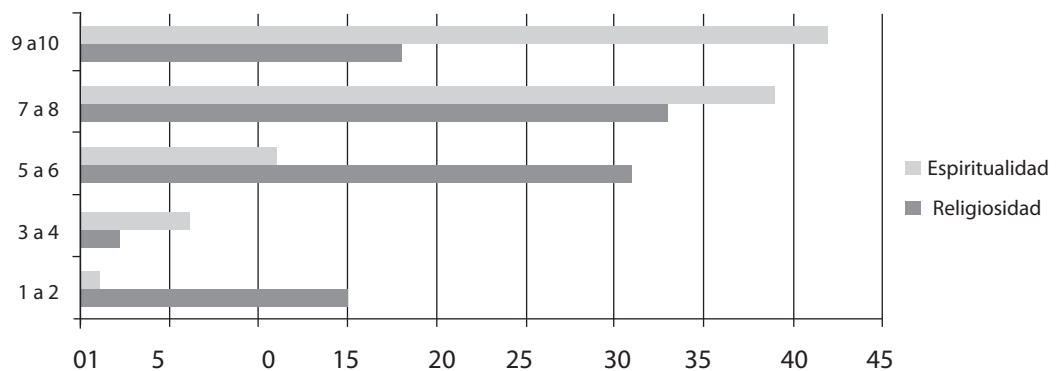


Figura 1b. Niveles de Espiritualidad y Religiosidad en el grupo de mujeres sanas



Al hacer las comparaciones entre los grupos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a los niveles de religiosidad/espiritualidad (Tabla 2). Tampoco se encontraron diferencias significativas en las variables de significado religioso, compromiso, prácticas organizacionales y privadas de la Escala Fetzer.

En la variable de valores religiosos sí se encontró una diferencia significativa ($p < 0.01$) entre el grupo de mujeres sanas y las pacientes. Las mujeres con cáncer de seno están en promedio más de acuerdo ($M = 2,7$) con “un profundo sentido de responsabilidad por reducir el dolor y sufrimiento del mundo” así como con “creo en un Dios que me cuida”, ítems que construyen la variable de valores religiosos/espirituales.

Tabla 2. Pruebas t para las variables de Religiosidad y Espiritualidad entre mujeres sanas (MS) y pacientes (P)

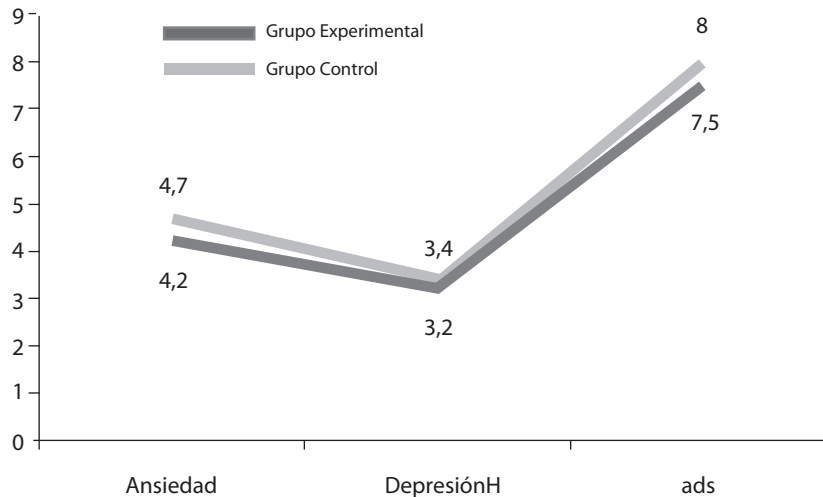
| | MS M | P M | Valor t | Sign. bilateral |
|----------------------------|---------|--------|---------|--------------------|
| Religiosidad | 6,3 | 6,8 | -1,05 | 0,294 |
| Espiritualidad | 7,9 | 8,0 | -0,46 | 0,645 |
| Significado | 2,2 | 2,3 | -0,81 | 0,419 |
| Valores | 2,4 | 2,7 | -2,92 | 0,004** |
| Compromiso | 2,2 | 2,3 | -0,81 | 0,420 |
| Prácticas organizacionales | 3,2 | 3,6 | -1,50 | 0,135 |
| Prácticas privadas | 4,3 | 4,8 | 1,77 | 0,790 |

Nota: Se han asumido varianzas iguales. Nivel de significancia: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Los análisis realizados para la escala de ansiedad y depresión (HADS) entre el grupo de mujeres sanas y el grupo de pacientes no arrojaron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno comparadas con las que no lo padecen (Figura 2). Sin embargo, se encontró una tendencia similar en ambos grupos y es que los niveles para la sub escala de ansiedad son más altos en ambos mientras los niveles para la sub escala de depresión son más bajos (Figura 2).

Al tener en cuenta un punto de corte de la escala total de 11, para las pacientes con cáncer este punto representa el percentil 77, lo cual quiere decir que el 23% de las pacientes se considerarían casos de ansiedad-depresión. Para las mujeres sanas, el punto de corte corresponde al percentil 74, lo cual quiere decir que el 26% de las mujeres entrevistadas presentan niveles críticos de ansiedad y depresión. Al establecer

Figura 2. Diferencias entre medias de la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS)



los números de casos por sub escala (con puntos de corte de 8 para ansiedad y de 9 para depresión) es interesante observar que las pacientes con cáncer presentan más casos de ansiedad (22,6% versus 15%) mientras las mujeres sanas presentan más casos de depresión (6,5 versus 4%).

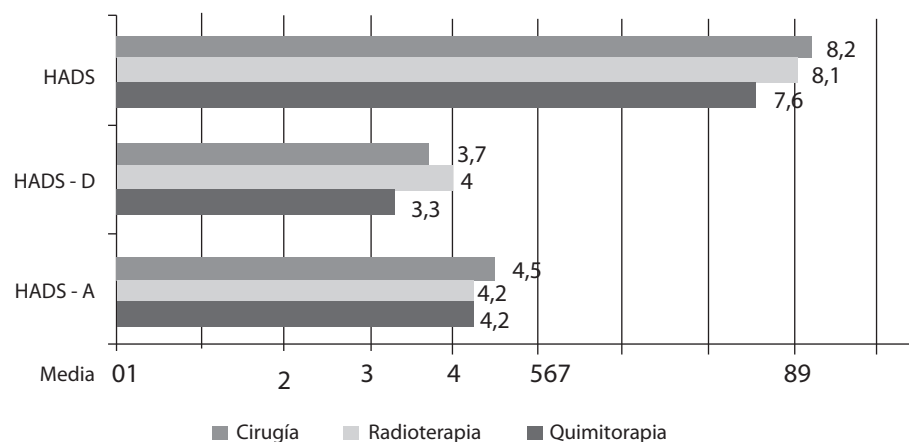
En suma, aunque se observan tendencias interesantes, las diferencias entre los grupos no son estadísticamente significativas en cuanto al número de casos y tampoco al comparar las medias de ambos grupos.

5. Niveles de ansiedad y depresión en función de los tratamientos oncológicos

Al revisar los tratamientos oncológicos recibidos por las pacientes, el 24,6 % ha recibido quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal mientras el 36,1% solamente ha recibido quimioterapia y el 4,9% no ha recibido ningún tratamiento oncológico. Con respecto a los procedimientos quirúrgicos, un 80% de la muestra se ha sometido a cirugía en relación con el cáncer de seno; de éstas el 31% ha recibido además quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal, el 27% ha recibido quimioterapia y tan sólo el 2% no ha recibido tratamiento adicional a la cirugía.

En cuanto a la relación entre los tratamientos oncológicos y los niveles de ansiedad y depresión (HADS) de las pacientes con cáncer de seno, no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, como se observa en la Figura 3, las medias muestran que el tratamiento que muestra niveles mayores en la sub escala de ansiedad es la cirugía ($M= 4.5$, $SD= 3$) y el que muestra niveles más altos en la sub escala de depresión es la radioterapia ($M=4$, $SD=3.3$).

Figura 3. Diferencias entre Medias de la Escala para Ansiedad y Depresión (HADS) y tratamientos oncológicos



Es importante mencionar que no se observan efectos de variables clínicas como el estadio de la enfermedad o los años que han transcurrido desde el diagnóstico, sobre los niveles de ansiedad y depresión de las pacientes.

6. Relación entre ansiedad y depresión y los niveles de espiritualidad y religiosidad

En la Tabla 3 se encuentran los resultados obtenidos de las correlaciones entre ansiedad y depresión (HADS) y los niveles de espiritualidad y religiosidad para el grupo de pacientes. Se puede afirmar que no hay una relación entre la ansiedad y depresión y la variable de religiosidad.

Tabla 3. Correlación entre HADS y niveles de espiritualidad/religiosidad para el Grupo de pacientes

| <i>Variables</i> | | Coefficiente de correlación | Significancia bilateral |
|-----------------------|----------|-----------------------------|-------------------------|
| Religiosidad | HADS - A | -0,038 | 0,775 |
| | HADS - D | -0,056 | 0,670 |
| <i>Espiritualidad</i> | HADS | -0,082 | 0,538 |
| | HADS - A | 0,036 | 0,789 |
| | HADS - D | -0,268* | 0,037 |
| | HADS | -0,139 | 0,294 |

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

Por otra parte, para la variable de espiritualidad existe una baja correlación negativa entre la espiritualidad y la sub escala de depresión (coeficiente de correlación= -,268*; $p < 0.05$), lo que indica que a mayor nivel de espiritualidad menor puntuación en la escala de depresión.

Tabla 4. Correlación entre HADS y niveles de espiritualidad/religiosidad para el grupo de mujeres sanas

| <i>Variables</i> | | Coefficiente de correlación | Significancia bilateral |
|-----------------------|----------|-----------------------------|-------------------------|
| Religiosidad | HADS - A | -0,061 | 0,541 |
| | HADS - D | -0,099 | 0,328 |
| <i>Espiritualidad</i> | HADS | -0,086 | 0,397 |
| | HADS - A | -0,279** | 0,005 |
| | HADS - D | -0,241* | 0,016 |
| | HADS | -0,281** | 0,005 |

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

En la Tabla 4 se encuentran los coeficientes de Pearson entre el HADS y los niveles de religiosidad/espiritualidad del grupo de mujeres sanas y se puede decir que: a) no hay diferencias significativas entre la variable de religiosidad y las sub escalas de ansiedad y depresión; b) en la variable de espiritualidad existe una moderada correlación negativa con la sub escala de ansiedad (coeficiente de correlación = $-.279^{**}$; $p < 0.01$); c) en la variable de espiritualidad existe una baja correlación negativa con la sub escala de depresión (coeficiente de correlación = $-.241^*$; $p < 0.005$) y d) existe una moderada correlación negativa entre la variable de espiritualidad y la escala total (ansiedad y depresión HADS) (coeficiente de correlación = $-.281^{**}$; $p < 0.01$).

De otro lado, no existe una correlación entre la escala total de ansiedad y depresión (HADS) y las variables de la Escala Fetzer correspondientes a significado, valores, compromiso, prácticas organizacionales y privadas para espiritualidad/religiosidad.

En cuanto a las diferencias entre católicos y protestantes en los niveles de ansiedad y depresión (Tabla 5), se encontró que: a) las participantes del grupo de pacientes católicas puntúan significativamente más alto en la escala para ansiedad que las no católicas y b) no hay diferencias significativas en la sub escala de depresión ni en el HADS total.

Por otra parte, al realizar este análisis en el grupo de las mujeres sanas se encuentra que las mujeres católicas en general reportan menor ansiedad y depresión que aquellas de otras afiliaciones, lo cual es estadísticamente significativo únicamente para la sub escala depresión (ver Tabla 5b).

Tabla 5a. Diferencias entre pacientes de cáncer de seno católicas y de otras afiliaciones religiosas en el HADS

Pruebas t para muestras independientes

| | | M | Valor t | Significancia bilateral |
|----------|-----------|-----|---------|-------------------------|
| HADS - A | Católicos | 4,6 | -2,06 | 0,006*** |
| | Otras | 2,5 | | |
| HADS - D | Católicos | 3,5 | -1,11 | 0,272 |
| | Otras | 2,4 | | |
| HADS | Católicos | 8,0 | -1,80 | 0,076 |
| | Otras | 5,0 | | |

Nota: Se han asumido varianzas iguales. Nivel de significancia: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Tabla 5b. Diferencias entre mujeres sanas católicas y de otras afiliaciones religiosas en el HADS

Pruebas t para muestras independientes

| | | M | Valor t | Significancia bilateral |
|----------|-----------|-------|---------|-------------------------|
| HADS - A | Católicos | 4,48 | 1,32 | 0,253 |
| | Otras | 5,52 | | |
| HADS - D | Católicos | 3,08 | 3,89 | 0,050* |
| | Otras | 4,76 | | |
| HADS | Católicos | 7,56 | 2,78 | 0,090 |
| | Otras | 10,29 | | |

Nota: Se han asumido varianzas iguales. Nivel de significancia: * $p < 0.05$

7. Discusión

La presencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno asociada a la evolución misma de la enfermedad y a los diferentes tratamientos oncológicos, ha sido ampliamente documentada (Takahashi et al., 2008).

De otro lado, se plantea que la espiritualidad y religiosidad juegan un rol importante en la forma en que los pacientes enfrentan la crisis de un diagnóstico como el cáncer (Balboni et al., 2007).

En el presente estudio no se encontraron diferencias significativas en cuanto a religiosidad y espiritualidad entre el grupo de pacientes y el grupo de mujeres sanas, excepto en la variable de valores religiosos, en los que las mujeres con cáncer de seno refieren una mayor creencia en Dios y en la responsabilidad que tienen para aliviar el sufrimiento en el mundo. Este resultado confirma parcialmente la hipótesis que las personas que sufren de cáncer de seno son más espirituales/religiosas que aquellas que no lo padecen (Breitbart, 2005; Weaver & Flannelly, 2004).

La mayoría de mujeres con cáncer de seno se consideran más espirituales que religiosas, tendencia que se observa con claridad también en el grupo de mujeres sanas. Se esperaba que el grupo de pacientes por su condición de enfermedad crónica presentara índices más altos de ansiedad y depresión que la población general. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión entre los grupos. De hecho, dentro del grupo de mujeres sanas se presentó un mayor número de casos clínicamente relevantes en la sub escala de depresión.

Como lo sugieren algunos estudios (Skarstein et al., 2000) se tomó como punto de corte 11 para el HADS y se encontró un 23% de “casos” dentro del grupo de pacientes, número muy similar al encontrado en las mujeres sin diagnóstico de cáncer.

Aunque se esperaba encontrar un alto impacto psicológico en las pacientes con cáncer de seno, los procesos de adaptación y aceptación tienen un papel importante en el resultado del

estado emocional del paciente, incluso en la etapa terminal (McCorkle, 1998). Las escalas del HADS parecen registrar la respuesta emocional reflejada en cambios de bienestar subjetivo y los enfermos no están “anormalmente” ansiosos y sólo moderadamente deprimidos, salvo en las fases críticas como el diagnóstico, inicio de tratamiento o en situación de otra problemática psicosocial (Herrmann, 1997). Terol et al. (2000) encontraron en un estudio longitudinal realizado con pacientes oncológicos en España un descenso en las puntuaciones del HADS durante los períodos de tratamientos médicos o quirúrgicos. Además, el grupo control puntúo niveles más altos en las sub escalas de ansiedad y depresión. Esto puede estar relacionado con procesos de adaptación de las pacientes con cáncer de seno y a diferentes causas que habrían podido generar malestar emocional dentro del grupo control, como otras enfermedades crónicas además de factores no relacionadas con alguna enfermedad, como el estrés o la fatiga.

A pesar de que no se presentaron diferencias entre los grupos, los resultados del presente estudio sugieren que aproximadamente un cuarto de la población de pacientes se beneficiaría de intervenciones psicoterapéuticas. Adicionalmente, los datos de un grupo de mujeres sin diagnóstico de cáncer de seno proporcionan información valiosa sobre los constructos ansiedad y depresión en una población determinada. En este sentido, se pone de manifiesto la relevancia de contar con datos representativos de la población colombiana que complementen la estrategia de puntos de corte.

Otro hallazgo que resulta interesante, es que no se encontraron diferencias significativas entre los diferentes tratamientos oncológicos en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión, ya

que de acuerdo a la literatura, los tratamientos oncológicos disponibles generan un alto impacto en el estado emocional y la calidad de vida de los pacientes (Terol et al., 2000). Esto va en contra de que se considere la quimioterapia como el tratamiento que demanda un mayor ajuste psicológico, debido a los altos niveles de ansiedad y depresión que presentan las pacientes con cáncer de seno sometidas a este tratamiento (Bellver et al., 2009). Sin embargo, es importante manejar estos resultados con cautela debido al tamaño de la muestra empleado y a la poca representatividad de los diversos tratamientos en la misma.

Por otra parte, se encontró que hay una baja correlación negativa entre los niveles de espiritualidad y la depresión, es decir, que a mayor nivel de espiritualidad, menor depresión. Este resultado corrobora la hipótesis que hay una relación entre los niveles de espiritualidad/religiosidad y los niveles de ansiedad/depresión, planteada entre otros autores por Smith, McCullough, y Poll (2003), además de aquellos estudios que indican que ciertos aspectos de la religiosidad pueden estar inversamente relacionados con síntomas de depresión (Braam et al., 2001; Murphy et al., 2000).

Por último, se encontraron diferencias significativas entre las pacientes con cáncer de seno que refieren pertenecer a la religión católica y los no católicos, en los niveles de ansiedad. Estos hallazgos pueden estar relacionados con el tipo de religiosidad que profesan las participantes (Cohen et al., 2005; Pargament et al., 1988). El catolicismo está lleno de rituales y ceremonias, donde el centro de la religiosidad está en la misa comunitaria, la religión está más orientada a ser el medio para conseguir un fin: la salvación, el perdón y la vida eterna, en este sentido se

tiende a profesar una religiosidad extrínseca. En cambio, el protestantismo es más individualista, centrado en la fe y sus prácticas corresponden más a una religiosidad intrínseca. Al parecer, de acuerdo con los resultados obtenidos, se presentan mayores niveles de ansiedad en las participantes católicas con cáncer de seno, lo que confirma la hipótesis propuesta, en la que se busca una relación entre el tipo de religión y los niveles de ansiedad y depresión. Este vínculo entre religiosidad y calidad de vida ha sido investigado por Park, Cohen y Herb, (1990) en un estudio realizado con participantes católicos y protestantes y concluyeron que existe una relación positiva entre las manifestaciones religiosas extrínsecas de los católicos y los niveles de ansiedad, mientras que la religiosidad intrínseca de los protestantes se relaciona negativamente con los rasgos de ansiedad y depresión. Los resultados de este estudio parecen corroborar esta tendencia.

No obstante, al analizar los datos de las mujeres sin diagnóstico de cáncer de seno, los resultados fueron completamente opuestos, y las mujeres católicas reportaban menores niveles de ansiedad y depresión que aquellas afiliadas a otros grupos religiosos. De nuevo en este punto es importante tener en cuenta que el tamaño de la muestra implica cautela en el análisis de los resultados, además de que no se ha controlado el componente de apoyo social intrínseco a las prácticas religiosas organizacionales, aspecto que podría estudiarse en futuras investigaciones.

El presente estudio tiene limitaciones importantes como la homogeneidad de la muestra de la población de pacientes con cáncer de seno, en donde variables como el estrato socioeconómico y el nivel educativo podrían jugar un

papel relevante en los temas de religiosidad y espiritualidad. En general la muestra de este estudio presenta una sobrerrepresentación de mujeres de estratos socioeconómicos más altos y mejor educadas y el grupo de mujeres sanas no resulta representativo de la población general colombiana.

Otra limitante a considerar es el punto de corte para el HADS utilizado en la investigación, ya que de acuerdo con investigaciones realizadas por López-Roig et al. (2000) con 484 pacientes con cáncer cuyo objetivo era validar el HADS en la población española, encontraron que el punto de corte 9 para ansiedad y 4 para depresión marca el límite para considerar que el enfermo oncológico está padeciendo algún grado de impacto emocional. Entonces, habría que validar los datos obtenidos en el presente estudio, ya que las cifras de pacientes especialmente con depresión aumentarían al disminuir el punto de corte para el HADS. En este sentido sería muy importante contar con datos de una muestra representativa de población general que complementara los datos de puntos de corte especialmente para el contexto colombiano.

Por otra parte, la espiritualidad y religiosidad son constructos multidimensionales, que muchas veces se superponen (Peterson & Webb, 2006), la complejidad de su definición e interpretación puede ser una limitante para la medición. De igual manera, la muestra era muy homogénea en cuanto a preferencias religiosas, y las conclusiones son restringidas debido a que más del 70% de las pacientes entrevistadas son católicas, lo cual implica que los resultados deben interpretarse con cautela. Se puede concluir que sí es necesario e importante incorporar aspectos religiosos y espirituales dentro de un modelo biopsicosocialespiritual

para el manejo de los pacientes con cáncer de seno y que aproximadamente un cuarto de las pacientes se beneficiaría de intervenciones psicoterapéuticas orientadas a disminuir los niveles de ansiedad y depresión.

Para futuras investigaciones se sugiere utilizar una muestra de pacientes más heterogénea, buscar grupos de estratos diferentes en otras instituciones médicas así como una muestra representativa de la población. Quedan muchas inquietudes por resolver, sin embargo, los resultados del presente estudio constituyen una primera aproximación al conocimiento de la relación existente entre los constructos de espiritualidad y religiosidad y los niveles de ansiedad y depresión en las pacientes con cáncer de seno en Colombia.

Referencias

- Abaunza, H. (1997). *Cáncer Mamario*. Bogotá. Sociedad Colombiana de Cirugía.
- Balboni, T., Vanderwerker, L., Block, S., Paulk, M., Lathan, C., Peteet, J., & Prigerson, H. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 555-560.
- Braam, A., Van den Eeden, P., Prince, M., Beekman, A., Kivela, S., & Lawlor, B. (2001). Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans. *Psychological Medicine*, 31, 803-814.
- Bellver, A., Sánchez-Cánovas, J., Santaballa, A., Munárriz, B., Pérez-Fidalgo, J., & Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139-154.
- Breitbart, W. (2005). Spirituality and meaning of cancer. *Revue Francop Psycho-oncology*, 4, 237-240.

- Chiu, L., Clark, M. B., & Doroszewski, E. B. (2000). Experience of spirituality in the women of Taiwanese with the breast cancer. *Beverly of the investigation of the nurse office*, 22(1), 29-53.
- Cohen, A., Pierce, J., Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B., & Koenig, H. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*, 39, 307-324.
- Crawford, J. L., Henry, J., D., Crombie, C., & Taylor, E. P. (2001). Brief report: normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 429-434.
- Culver, J., Arena, P., Antoni, M., & Carver, C. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: comparing African American, Hispanics and Non Hispanic Whites. *PsychoOncology*, 11, 495-504.
- DANE. *Defunciones 2004*. Recuperado de http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=202&Itemid=119
- Efficace, F., & Marrone, R. (2002). Spiritual issues and quality of life assessment in cancer care. *Death Studies*, 26, 743-756.
- Fetzer Institute /NIA. (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/ spirituality for use in health research: A report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group*. Kalamazoo, MI: Author. Recuperado de <http://www.fetzer.org/research/248-dses>
- Gall, T., & Cornblat, M. (2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *PsychoOncology*, 11, 524-535.
- García-Viniegras, C., & González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 72-80.
- Herrmann, C. (1997). International Experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale- A Review of Validation Data and Clinical Results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Knapp, E., & Delgado, I. (1990). Psicología, Cáncer y Dolor. *Revista Cubana de Psicología*, 7(2), 129-135.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., & Patrick-Miller, L. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. En J. A. Petrie (Ed.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 19-45). Singapore: Harwood Academic.
- López-Roig, S., Terol, M., Pastor, M., Neipp, M., Masstú, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J., Martín-Aragón, M., & Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión: validación de la escala HADS en pacientes oncológicos. *Journal of Health Psychology*, 12(2), 127-155.
- McCorkle, R. (1998). Psychological and Social Factors in Adaptation to Cancer. En: J.C. Holland (Ed). *PsychoOncology* (pp.211-222). Oxford: University Press.
- Martínez, M., Méndez, C., & Ballesteros, P. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Universitas Psychogica*. 3(2), 231-246.
- Masters, K. S., Carey, K. B., Maisto, A. S., Caldwell, P. E., Wolfe, T. V., Hackney, H. L., et al. (2011). Psychometric examination of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality among College Students. *International Journal for the Psychology of Religion*, 19(2), 106-120.
- Maté, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.
- Murphy, P., Ciarrocchi, J., Piedmont, R., Cheston, S., Peyrot, M., & Fitchett, G. (2000). The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1102-1106.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A. & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of life research*, 14(8), 1825-1833.
- National Cancer Institute, NCI, (2002). *Adjuvant therapy for breast cancer*. Recuperado de: http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/health_professional.

- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galietta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43, 213-220.
- Novoa, M., Caycedo, C., Aguillón, M., & Suárez, R. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 177-192.
- Özalp, G., Sarioglu, R., Tuncel, G., Aslan, K., & Kadiogullari, N. (2003). Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiology Scandinavian*, 47, 26-29.
- Pargament, K., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Park, C., Cohen, L., & Herb, L. (1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 562-574.
- Peterson, M., & Webb, D. (2006). Religion and spirituality in quality of life studies. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 107-116.
- Piedmont, R. L., Mapa, A. T., & Williams, J. E. G. (2007). A factor analysis of the Fetzer/NIA Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (MMRS). *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 17, 177-196.
- Piñeros, M., Sánchez, R., Cendales, R., Perry, F., Ocampo, R., & García, O. (2008). Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Revista Colombiana de Cancerología*, 12(4), 181-190.
- Plante, T. & Sherman, A. (2001). *Faith and Health. Psychological perspectives*. New York : Guilford Press.
- Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Capítulo 15: Detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama*. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-15.pdf>
- Profamilia. (2005). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Detección temprana del cáncer de cuello uterino y mama*. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/15cancer/01citologia.htm>
- Rabin, C., Leventhal, H., & Goodin, S. (2004). Conceptualization of disease timeline predicts posttreatment distress in breast cancer patients. *Health Psychology*, 23(4), 407-412.
- Rico, J. L., Restrepo, M., & Molina, M. (2005). 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. *Avances en Medicina*, 3, 73-86.
- Rippentrop, A., Altmaier, E., & Burns, C. (2006). The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(1), 31-37.
- Sherman, A., & Simonton, S. (2001). *Religious involvement among cancer patients in Faith and Health. Psychological perspectives*. Plante, T., & Sherman, A. (Eds.) New York: Guilford Press.
- Skarstein, J., Aass, N., Fosså, S., Skovlund, E., & Dahl, A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 27-34.
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129, 614-636.
- So, W., Marsh, G., Ling, W., Leung, F., Lo, J., Yeung, M., & Li, G. (2009). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*. In press: DOI:10.1016/j.ejon.2009.07.005.
- Stewart, C., & Koeske, G. F. (2006). A preliminary construct validation of the Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality Instrument: A study of Southern USA samples. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 16, 181-196.

- Takahashi, T., Hondo, M., Nishimura, K., Kitani, A., Yamano, T., Yanagita, H., et al., (2008). Evaluation of quality of life and psychological response in cancer patients treated with radiotherapy. *Radiation Medicine*, 26(7), 396-40.
- Terol, M., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., Mora, M., Martín-Aragón, M., Leyda-Menéndez, J., Neipp, M., & Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16(2), 111-122.
- Weaver, A., & Flannelly, K. (2004). Role of Spirituality/Religiosity for Cancer Patients and Caregivers. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1210-1214.
- Williams, S., & Schreier, A. (2005). The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Applied Nursing Research* 18, 138-147.
- Yañez, B., Edmondson, D., Stanton, A., Park, C., Kwan, L., Ganz, P., & Blank, T. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: Relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 730-741.
- Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J. y Murken, S. (2008). Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17(4), 361-370.

