



Espiritualidad, calidad de vida y síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer

Spirituality, quality of life, and symptoms of anxiety and depression in women with cancer

Artículo recibido el 5 de junio y aceptado el 21 de agosto de 2018.

DOI: <https://doi.org/10.62364/z9sj7x28>

Resumen. Se evaluaron la espiritualidad, la calidad de vida y los síntomas de ansiedad y depresión en 30 mujeres con cáncer de la ciudad de León (México). Se encontró una correlación positiva y significativa entre la espiritualidad y el aumento de la calidad de vida, así como una correlación inversa entre la calidad de vida y la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, por lo que se supone que la espiritualidad es un factor de impacto que se debe conocer y analizar por parte del personal médico y psicológico encargado de dichas pacientes, a fin de mejorar sus condiciones de vida y lograr una mayor adherencia al tratamiento.

Indicadores. Espiritualidad; Calidad de vida; Ansiedad; Depresión; Mujeres; Cáncer.

Abstract. Spirituality, quality of life, and symptoms of anxiety and depression were evaluated in 30 women with cancer in the city of León (Mexico). A positive and significant correlation between the spirituality and the increase of the quality of life, as well as an inverse correlation between the quality of life and the decrease of symptoms of anxiety and depression was found. So, the spirituality is a factor of impact that must to be known and analyzed by the medical and psychological staff in charge of these patients, in order to improve their conditions of life and a better adherence to treatment.

Keywords. Spirituality; Quality of life; Anxiety; Depression; Women; Cancer.

INTRODUCCIÓN

En la antigüedad, los descubridores del cáncer ya emplearon métodos para describirlo e ir así consolidando las bases de un diagnóstico oportuno y la posibilidad de atender la enfermedad; gracias a esos primeros avances, en la actualidad es posible la atención oportuna mediante intensas campañas para la exploración y el conocimiento de aquellas áreas vulnerables al crecimiento de tumores, de modo que, antes que el médico, es la misma paciente la primera persona que puede percatarse de alguna anomalía en su cuerpo mediante una exploración regular y apropiada (Breastcancer.org, 2018). Cuando la mujer nota algo fuera de lo común, corrobora sus sospechas mediante exámenes, análisis, consultas y otros métodos que podrán dar cuenta de algunos síntomas generales, como una inexplicable pérdida de peso, fiebre, cansancio, dolor muscular y cambios en el brillo o la consistencia de la piel (Payán, Vinaccia y Quintero, 2011).

A la par de la detección de estos síntomas, se debe considerar que durante la sospecha de la presencia de cáncer aparecen trastornos psicopatológicos comunes, como la ansiedad y la depresión (Fink y Forero, 2011), ante la posible pérdida de la salud y de la propia vida, los que afectan asimismo a la familia debido a la enfermedad de uno de sus miembros.

Aunado a lo anterior, hay otras causas que detonan la ansiedad en estas pacientes, como

suponer la cercanía de la muerte o, si son pacientes que recién reciben el diagnóstico, el considerable temor a que la enfermedad se desarrolle y afecte a otros órganos. Fuentes adicionales de ansiedad y depresión en las pacientes son la desinformación o la información insuficiente o tergiversada acerca del padecimiento al investigar por su cuenta, al preguntar a personas igualmente desinformadas, así como también la conciencia anticipada de que ellas y los familiares empezarán a sufrir, lo que origina una notable dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, ya que pueden sentirse incomprendidas.

Al principio, cuando a las pacientes se les proporciona el diagnóstico, entran inmediatamente en una fase denominada “duelo oncológico” (Camps y Sánchez, 2015), en que la paciente sufre un intenso desgaste y debe reestructurar su psiqué para adaptarse a los dolorosos cambios que experimentará por la pérdida de la salud.

Dada el extremo efecto del diagnóstico, se requiere de un considerable apoyo de la familia, pero también es necesario un trato humano y estable por parte del personal médico y de los posibles cuidadores que contribuya a que las pacientes no pierdan su identidad, sino que la conserven y la transformen positivamente al intensificarse asimismo sus redes de apoyo moral y emocional (Velázquez, Paloalto y Padilla, 2015).

En un estudio realizado en Colombia por Torres (2016), se halló que los factores de ansiedad y

depresión dan como resultado otras tantas emociones; por ejemplo, la ansiedad está relacionada directamente con diversos tipos de preocupación, mientras que la depresión se asocia con el deseo –aunque imposibilitado en cierto grado– de querer cuidar con esmero su arreglo personal.

En esta perspectiva, además de las crisis psicológicas, surge también la aspiración de las pacientes de comentar ciertos tópicos relativos a la trascendencia espiritual, y para esto es necesario que el cuerpo médico y psicológico, pastores, sacerdotes y capellanes, así como otros profesionales de la salud, comprendan a la persona en su integridad, y esto incluye la cuerpo, la mente y el espíritu; los dolores y sufrimientos que acarrea la enfermedad deben asumirse en el momento preciso, pero también con serenidad, claridad y paz (Arbeláez y Álvarez, 1995).

Es importante tener en cuenta la dimensión espiritual en los cuidados y en el proceso de afrontamiento de la enfermedad, pues de ello depende en gran parte el éxito o fracaso de una intervención médica o de una terapia con dichas pacientes (Galvis, 2010). En un estudio de Chiclana (2014) se halló que los pacientes en terapias que incorporan elementos espirituales y religiosos mejoran más que los que no los incluyen.

Son los profesionales de la salud las personas que están más cerca de quienes tienen esta necesidad de ser orientados moral y espiritualmente, pero no están bien preparados para auxiliar en esos ámbitos a esas pacientes. Ellas deben tener también la confianza para ser orientadas por alguien externo a la familia, a quien puedan consultar cuantas veces sea necesario y en el momento apropiado respecto a sus inquietudes existenciales, ya que en estos casos las crisis son frecuentes (Espinoza y Sanhueza, 2010). Tal aten-

ción fomenta en las pacientes una mayor fortaleza y capacidad para afrontar su enfermedad.

Al entrar al campo de la espiritualidad, muchas personas viven insertas en alguna religión en particular, pero éstas se pueden referir a actitudes y experiencias diferentes. Por ejemplo, en una investigación de Salgado (2014) se encontró que el fortalecimiento de la religiosidad proporciona un mayor bienestar psicológico, sentido de vida, felicidad y realización personal, mientras que la espiritualidad está asociada a una mayor calidad de vida en el paciente y a estilos de vida más saludables, a sistemas inmunes más fuertes y a una menor mortalidad, entre otros efectos.

Al suponer que cada persona tiene un espíritu, la mayoría busca el modo de entrar en contacto con el mismo para afrontar las dificultades. Algunos autores estiman que la espiritualidad se refiere más bien a la búsqueda de la trascendencia, pero no se limita a la práctica de alguna religión en concreto sino a desarrollar una relación constante con la música, el arte, la naturaleza o una filosofía en concreto (Astrow, Puchalski y Sulmasy, 2001; cf. Urrego, Sierra y Sánchez, 2015).

Así, la espiritualidad abarca a todas las personas y está presente en todas sus actitudes, comportamientos y relaciones, aunque pueda ser negada en algunos momentos de la vida; por tanto, al entrar en contacto con ella, se vive de manera subjetiva ya que nace de la experiencia absolutamente personal, y es asimismo un referente del sentido de vida en las personas que puede ayudarlas a sentirse plenas, incluso en circunstancias adversas, porque es en la misma en la que hallan la posibilidad de unirse a alguien o algo que es superior a ellas, para así tener más fuerzas para seguir luchando (Galviz y Pérez, 2011).

Por esta razón, no se puede pretender desarrollar intervenciones meramente paliativas, sino que se deben fomentar y fortalecer estrategias de afrontamiento y habilidades que busquen obtener una cierta tranquilidad ante la posibilidad de la muerte, o bien la adaptación de las pacientes a un nuevo estilo de vida, según sea el caso (Martínez, Méndez y Ballesteros, 2004) o, de otro modo, aumentar las probabilidades de sanar satisfactoriamente.

En relación con el impacto que tienen la espiritualidad y la religiosidad en la calidad de vida, se llevó a cabo un estudio en la ciudad de Bogotá (Sánchez, Ballesteros y Anzola, 2010), en el que se analizó este último constructo en pacientes con cáncer. Los autores concluyen que la espiritualidad tiene tres dimensiones constitutivas de gran importancia en la vida de las personas: que la salud no es solamente la ausencia de síntomas incómodos y de enfermedades, sino que también es tener la capacidad de disfrutar todas las facultades motrices, nutritivas y afectivas que se poseen; que es tener la capacidad de ser autónomo y sanamente dependiente de quien se deba ser; y que es gozar de una buena armonía familiar y con el entorno social.

Por consiguiente, en el presente estudio se evaluaron la espiritualidad, la calidad de vida y los síntomas de ansiedad y depresión en 30 mujeres con cáncer de la ciudad de León (México).

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo constituida por 30 mujeres con diagnóstico de cáncer y que en ese momento recibían tratamiento. Las edades de dichas pacientes estuvieron en un rango de entre 18 y 75

años. El muestreo fue por conveniencia y se les explicó brevemente la finalidad del estudio. No se les pidió algún dato personal, salvo su religión, edad y estado civil.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron la Escala FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) de Webster, Cella y Yost (2003), el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) de la World Health Organization (2004) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalarias (HADS) de Zigmond y Snaith (1983). Los tres instrumentos han sido estandarizados en México.

Procesamiento de datos

Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS, versión 21, por el cual se obtuvieron las frecuencias de los datos estadísticos y de las respuestas de cada uno de los cuestionarios.

Cada cuestionario contiene una escala tipo Likert, y se recurrió a la prueba paramétrica de correlación de Pearson para analizar la correspondencia entre cada una de las citadas variables.

RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados de los análisis descriptivos de las variables sociodemográficas. Para el análisis de correlación entre las variables, se calculó el coeficiente r de Pearson para las diferentes dimensiones de los instrumentos utilizados.

La muestra consistió en 30 pacientes mujeres con cáncer, la mayoría de las cuales tenían edades de entre 46 y 60 años, y sólo dos tenían 23 años en el momento del estudio, siendo así las más jóvenes.

De estas pacientes, 86.7% profesaba la religión católica, 6.7% no tenía creencia alguna, y 6.6% practicaban el credo cristiano o el de los Testigos de Jehová. Asimismo, los porcentajes de escolaridad de las pacientes fueron los siguientes: primaria (20%), secundaria (46.7%), preparatoria (6.7%), universidad (23.3%) y ninguno (3.3%).

En la Tabla 1 se muestran las correlaciones de Pearson correspondientes.

Tabla 1
Correlación entre las puntuaciones totales en los instrumentos utilizados

	Calidad	Espiritualidad	HADS
Calidad		$r = 0.559$ $p = 0.001^*$	$r = -0.397$ $p = 0.03$
Espiritualidad	$r = 0.559$ $p = 0.001^*$		$r = -0.127$ $p = 0.503$
HADS	$r = -0.397$ $p = 0.03^*$	$r = -0.127$ $p = 0.503$	

r: Coeficiente de correlación de Pearson.

p: Significancia estadística

*: $p \leq 0.05$

DISCUSIÓN

En general, coincidiendo con algunos autores (Galviz y Pérez, 2011; Martínez, Méndez y Ballesteros, 2004; Redaelli, 1995; Salgado, 2014) respecto a la espiritualidad, calidad de vida, ansiedad y depresión, estos resultados corroboran lo ya citado en el marco teórico en relación con las condiciones de esta población, es decir, se acepta la importancia de que las pacientes se aferren a cuestiones espirituales porque les hace posible tener una mejor calidad de vida.

Según lo observado en la forma en que las pacientes resolvieron el cuestionario, hay coincidencia con lo que afirman Blasco e Inglés (1997) sobre las condiciones en las que se encuentran las pacientes después de haber recibido un cierto número de ciclos de quimioterapia, es decir, algunas de ellas se recuperan después de haberlos recibido, pero las que tienen más ciclos recibidos en un menor tiempo presentan un considerable desgaste físico y emocional. En este caso, dos pacientes estaban en una situación de haber recibido quimioterapia unos días antes y se encontraban muy decaídas, por lo que este hecho puede haber sesgado sus respuestas.

La principal limitación del proyecto es el tamaño reducido de muestra debido al escaso flujo de pacientes en la unidad médica durante el tiempo de aplicación y captura de la muestra, aunado al hecho de que las aplicaciones se extendían por más tiempo del considerado ante la demanda de atención por parte de las participantes, con lo cual se planteó la posibilidad de realizar una intervención con una población mayor con estas características.

Otra de las limitaciones es que no hubo una afluencia de pacientes en algunos días de la semana, lo que se prolongó hasta cumplido un mes de comenzar la aplicación de los instrumentos, cuando empezaron a llegar nuevas pacientes.

A pesar de lo anterior, la importancia de este estudio reside en su impacto en el contexto cultural estudiado, donde se observa un predominio en la población seguidora de una línea doctrinal que les ayude en su vida diaria a sostenerse y equilibrarse en todas las esferas de su persona. Quizá antes de alguna dificultad, esa área no es atendida, pero existe de alguna manera en una gran cantidad de personas y se refuerza o aparece

al afrontar tales dificultades. No obstante que los profesionales a cargo del cuidado de esta muestra hayan estado conscientes de que no podían emitir juicios de valor, aferrarse a la espiritualidad era lo único con lo que contaban esas pacientes.

En un estudio posterior podría evaluarse si hay resultados significativos al elaborar una intervención espiritual de tipo grupal para tener un mejor afrontamiento, así como entrevistas individuales que aborden más profundamente otros factores, como la frecuencia de asistencia al culto, las relaciones familiares o las actitudes frente a la quimioterapia, con la finalidad de dar más soporte a los datos obtenidos.

En conclusión, con este estudio se pretende abrir las puertas en la localidad analizada para

atender el área espiritual de las pacientes, de forma que se elaboren estrategias integrales para el mejoramiento de su calidad de vida. En el país, la espiritualidad y la religiosidad son esenciales en la identidad de los mexicanos, pero muchas veces se subestiman estas áreas porque muchos médicos y psicólogos no practican religión alguna y, por tanto, no consideran necesario trabajar esos ámbitos con sus pacientes. Así como ocurre en otros países, aquí se comprueba la importancia de fomentar la espiritualidad y la calidad de vida para que las pacientes experimenten menos síntomas de ansiedad y depresión, y puedan así tener el máximo disfrute de sus recursos a pesar de la lucha que emprenden a diario con tan grave enfermedad.

REFERENCIAS

- Arbeláez, C. y Álvarez, T. (1995). La espiritualidad como fuente de alivio en la fase terminal. *Iatrea*, 8(2), 79-84.
- Astrow, B., Puchalski, C.M. y Sulmasy, D.P. (2001). Religion, spirituality, and health care: Social, ethical, and practical considerations. *American Journal of Medicine*, 110, 283-287.
- Blasco, T. e Inglés, N. (1997). Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario de Psicología*, 72(8), 1-90.
- Breastcancer.Org. (2018). *Los cinco pasos de la autoexploración de mamas*. Recuperado de https://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos_aem.
- Camps H., C. y Sánchez H., P.T. (2015). *Duelo en oncología*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica.
- Chiclana, C. (2014). Integración de espiritualidad y psicoterapia. *Interpsiquis*, 1-14. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/260156631_INTEGRACION_DE_ESPIRITUALIDAD_Y_PSICOTERAPIA.
- Espinoza, M. y Sanhueza, O. (2010). Factores relacionados a la calidad del proceso de morir en la persona con cáncer. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 18(4), 17-23.

- Finck, C. y Forero, M. J. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 3(1), 7-27.
- Galviz, M. y Pérez, B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*, 2(3), 3.
- Martínez, M., Méndez, C. y Ballesteros, B. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Universitas Psychologica*, 3(2), 231-246.
- Payán, E., Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2011). Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(2), 79-89.
- Quiroz G., E.Y. (2011). Creencias de pacientes diagnosticados con cáncer y en etapa terminal sobre su concepto de muerte. Pereira (Colombia): Universidad Católica Pereira.
- Redaelli, A. (1995). La asistencia espiritual con los enfermos terminales. *MedPal*, 66-73. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8510/Documento_completo.pdf?sequence=1.
- Rodríguez, D., Sayers, S. y Martínez, A. (2011). Contribución del manejo religioso a la calidad de vida y sintomatología depresiva en una muestra de hispanos que tienen diagnóstico de cáncer. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 22, 1-20.
- Salgado, A. C. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Principios y Representaciones*, 2(1), 121-159.
- Sánchez, R., Ballesteros, M. y Anzola, J. (2010). Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Revista de Salud Pública*, 12(6), 889-902.
- Torres E., L. (2016). Asociación entre religiosidad, espiritualidad y síntomas ansiosos y depresivos en pacientes con cáncer de mama. Bogotá: Universidad de Colombia.
- Urrego, S., Sierra, A. y Sánchez, R. (2015). Desarrollo de una intervención centrada en espiritualidad en pacientes con cáncer. *Universitas Psychologica*, 14(1), 15-28.
- Velázquez, E., Paloalto, M. y Padilla, N. (2015). Ansiedad y calidad de vida en la mujer con cáncer de mama. *Epistemus*, 14-23. Recuperado de <http://www.epistemus.uson.mx/revistas/articulos/19-CANCER%20DE%20MAMA.pdf> 14-23.
- Webster K., Cella, D. y Yost, K. (2003). The functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT). Measurement system: properties, applications, and interpretation. *Health Quality Life Outcomes*, 1(79). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC317391/>.
- World Health Organization (2004). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. Geneve: WHO.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.