

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

LA RELIGIÓN COMO AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS

RELIGION AS COPING IN CANCER PATIENTS: DEPRESSIVE AND ANXIOUS SYMPTOMS

RENÉ GALLARDO VERGARA¹, GISELA MARYLYN VERA CONTRERAS², SAMARIA GUISEL CATTARIN SOBARZO GONZÁLEZ³, FELIPE IGNACIO CISTERNAS FARIAS⁴

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE

UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS

DIRECCIÓN REGIONAL JUNJI LOS RÍOS

FECHA RECEPCIÓN: 12/11/2020 • FECHA ACEPTACIÓN: 16/06/2021

Para citar este artículo: Gallardo, R., Vera, G., Sobarzo, S., & Cisternas, F. (2021). La religión como afrontamiento en pacientes oncológicos: síntomas depresivos y ansiosos. *Psychologia*, 15(1), 69-81. <https://doi.org/10.21500/19002386.5110>

Resumen

En momentos de crisis o amenaza la religión es uno de los principales recursos que utilizan las personas para hacer frente. El diagnóstico de cáncer y su tratamiento constituyen un evento especialmente demandante para cualquier persona. En concordancia con eso, el presente estudio tuvo como objetivo verificar la relación entre afrontamiento religioso por medio de RCOPE y síntomas depresivos-ansiosos por medio del DASS-21, en pacientes oncológicos y grupo no oncológico. Este estudio de carácter cuantitativo, comparativo, correlacional y transversal se llevó a cabo en una muestra de 96 pacientes oncológicos del Hospital base Valdivia, Chile y grupo control de 102 sujetos. Los principales resultados obtenidos comprueban el mayor uso del afrontamiento religioso por pacientes oncológicos en comparación a grupo control; la existencia de relación directamente proporcional entre afrontamiento religioso negativo y la presencia de síntomas depresivo-ansiosos; la ausencia de relación entre afrontamiento religioso positivo y la presencia de síntomas depresivo-ansiosos. Se concluye que la búsqueda de respaldo de medios religiosos resulta especialmente necesaria en periodos de crisis, como lo es el tratamiento de una enfermedad grave. Sin embargo, cuando hay una relación positiva con la deidad o lo religioso (afrontamiento positivo), no necesariamente implicaría un efecto atenuante

1 Universidad Austral de Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7386-0920>. Autor de correspondencia: rgallardo@spm.uach.cl.

2 Universidad de Los Lagos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1030-5719>

3 Dirección Regional JUNJI Los Ríos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8930-9447>

4 Universidad Austral de Chile.

de síntomas ansiosos o depresivos, y más bien, el afrontamiento negativo, se puede esperar un aumento o disminución de este tipo de malestar. Por lo que resultaría conveniente en contexto de enfermedad grave enfocarse en disminuir la conflictividad religiosa como medio de atenuar síntomas depresivos y ansiosos.

Palabras clave: religión, afrontamiento religioso, cáncer, depresión, ansiedad.

Abstract

In times of crisis or threat, religion is one of the primary resources that people use to cope. Cancer diagnosis and treatment are an exceptionally demanding event for anyone. By this, the present study aimed to verify the relationship between religious coping through RCOPE and depressive symptoms - anxious through DASS-21, in cancer patients. This quantitative, comparative, correlational, and cross-sectional study was carried out in a sample of 96 cancer patients from the Valdivia base Hospital, Chile, and a control group of 102 subjects. The main results obtained confirm the greater use of religious coping by cancer patients than the control group; the existence of a directly proportional relationship between negative religious coping and the presence of depressive-anxious symptoms; the absence of a relationship between positive religious coping and the presence of depressive-anxious symptoms. It is concluded that the search for support from religious media is essential in periods of crisis, such as the treatment of a severe illness. However, when there is a positive relationship with the deity or religion, it would not necessarily translate into mitigation of anxious and depressive symptoms. Instead, negative coping, an increase or decrease of this type of discomfort can be expected. Therefore, in the context of serious illness, it would be advisable to focus on reducing the religious conflict to attenuate anticipatory and anxious symptoms.

Key words: religion, religious coping, cancer, depression, anxiety.

Introducción

Dentro de la diversidad de líneas empíricas de investigación en Psicología de la religión, de especial relevancia han sido los estudios sobre la influencia que la religiosidad tiene en el mantenimiento y recuperación de la salud, sobre todo en el último decenio (González, 2004). Existe una amplia gama de investigaciones que abarca desde las intervenciones de salud, donde se evidencia la relevancia de la religión: para la psicoterapia (Amerongen-Meeuse, Schaap-Jonker, Anbeek & Braam, 2020); su influencia en el bienestar y en el fomento del estado de ánimo positivo y optimismo (Liung et al., 2019); la recuperación del alcoholismo (Moreno, Alonso-Castillo, Gherardi-Donato & Armendáriz, 2019) y el de uso de drogas (Cole, Prassel, Keller & Carlson, 2020); manejo de enfermedades crónicas (Jors, Büssing, Hvidt & Baumann, 2015); enfermedades cardíacas (Trevino & McConnell, 2015); la reducción de la ansiedad, el alivio de la depresión y de los eventos estresantes en general (Braam & Koenig, 2019; Gallardo-Peralta & Sánchez-Moreno, 2020); el afrontamiento VIH/SIDA (Brito & Seidl, 2019), y el pronóstico y tratamiento del cáncer

(Sabanciogullari & Yilmaz, 2019; Tanriverdi, 2020). Sin embargo, también existen otros estudios y planteamientos que destacan los efectos adversos de la religiosidad en el bienestar personal. Tales estudios, por ejemplo, han puntualizado que el mantener una religiosidad fanática o de un apego extremo podría vincularse con un peor bienestar personal, peor evolución en una condición médica, entre otros (Koenig, 2007). Como es posible de advertir, la religión cumple un papel de relevancia en el desarrollo de diversas condiciones médicas o de salud, ya sea porque favorece condiciones favorables de bienestar o bien por su potencial efecto nocivo. El presente estudio tiene por objetivo indagar en pacientes oncológicos, en periodo de tratamiento, por el papel de la religión como recurso de afrontamiento, y su vinculación con síntomas de ansiedad y depresión. Se indaga respecto de si el uso de la religión se relacionará con la presencia de más o menos síntomas de ansiedad o depresión.

La religión como afrontamiento: el modelo de Kenneth Pargament

El interés científico por investigar el papel de la religión cuando las personas se encuentran en un acontecimiento límite ha ido en aumento en las últimas dé-

casas. Por ejemplo, en Estados Unidos se realizó una encuesta nacional después de los ataques terroristas del 11 de septiembre contra el World Trade Center y el Pentágono, encontrando que el 90 % de la muestra se volvió a Dios para hacer frente a sus sentimientos acerca del desastre (Schuster et al., 2001). En momentos de estrés las personas suelen buscar ayuda en la fe, haciendo uso del recurso religioso en el momento y lugar adecuado y usando la religión de diferentes maneras; lo que tendría repercusiones en su salud y bienestar. Como ya se ha destacado, para Pargament (1997), la religión es utilizada como una estrategia de afrontamiento, denominando a este aspecto afrontamiento religioso, debido a que las personas conciben y enfrentan los acontecimientos vitales negativos a través de métodos que tienen directa relación con lo sagrado y lo divino. El afrontamiento religioso está íntimamente vinculado a la necesidad de búsqueda de significado como guía en la vida de las personas. Los eventos críticos, como una enfermedad o la muerte de un ser querido, ponen en entredicho el sentido de la vida; por su parte, las creencias religiosas permiten reafirmar un sentido en la vida, a pesar de las adversidades experimentadas (Yoffe, 2015).

Para Pargament, Ano y Wachholtz (2005), el patrón de afrontamiento religioso positivo es el que refleja una relación segura con Dios y una conexión espiritual con los demás, tendiendo a ver el lado beneficioso de toda situación estresante que se presenta. El afrontamiento religioso positivo incluye una serie de estrategias tales como: la búsqueda de apoyo espiritual a partir de la plegaria u oración, la colaboración en la comunidad religiosa, búsqueda de apoyo clerical o en miembros de la comunidad, el ofrecer apoyo espiritual a otras personas, entre otras. Estas estrategias se asocian con resultados positivos, tales como: crecimiento espiritual y personal para hacer frente al estrés, una mayor satisfacción con la vida y una mejor salud física y mental (Liung et al., 2019) y disminución de síntomas depresivos/ansiosos (Areba et al., 2018). Al contrario, el patrón de afrontamiento religioso negativo es el que manifiesta una relación insegura con Dios y una tensión con la religión. Estas estrategias se centran en la visión del castigo, es decir, el acontecimiento límite se percibe como un castigo de Dios, provocando que el afectado niegue y desprecie el poder de Dios. El afrontamiento religioso negativo estaría asocia-

do con resultados psicológicos y físicos negativos (Pargament et al., 2005), tales como: depresión, ansiedad, insensibilidad, desesperanza y culpa (Areba et al., 2018).

Afrontamiento religioso, cáncer y sintomatología depresiva-ansiosa

El cáncer es un evento límite en las vidas de las personas, que remece su *statu quo*; es una vivencia altamente estresante, pues fuerza al individuo a enfrentarse con temas inconmensurables, como el sufrimiento, el deterioro, la muerte y la trascendencia. Diversos estudios han indagado el proceso de afrontamiento que surge frente al diagnóstico y al tratamiento de cáncer. Estas investigaciones a menudo han incluido variables relacionadas con la espiritualidad y la religión como parte de estos procesos de afrontamiento (Sabanciogullari & Yilmaz, 2019). Hay estudios que reportan que la religiosidad y la espiritualidad, como estrategias de afrontamiento, parecen estar asociadas a una mejor salud mental y a una rápida adaptación al estrés, particularmente, al estrés prolongado. Las personas con cáncer tienen menos ansiedad y depresión, incluso dolor, cuando se sienten espiritualmente conectadas (Oliveira et al., 2020). Muchos pacientes con cáncer ven a la religión como relevante en sus vidas; incluso para las personas no muy religiosas, las actividades religiosas como la oración, son bastante comunes en sus vidas. Un número importante de estudios han encontrado relaciones significativas entre la religiosidad y las medidas de ajuste, manejo de los síntomas o ambos; disminución de los niveles de dolor, ansiedad, hostilidad y aislamiento social; así como menores tasas de mortalidad entre los pacientes con cáncer (Sabanciogullari & Yilmaz, 2019; Tanriverdi, 2020). Sin embargo, la evidencia actual no solo ha demostrado efectos beneficiosos de la religión; pacientes con cáncer han reportado resultados perniciosos (depresión y angustia) al utilizar la religiosidad como estrategia de afrontamiento negativo (Haghighi, 2013). En otro estudio, y en esa misma dirección de resultados, Boscaglia, Clarke, Jobling y Quinn (2005) indagaron en 100 mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico, con el objetivo de verificar si la participación espiritual, las creencias y el afrontamiento positivo y negativo podrían ser responsables de cualquier variación en la ansiedad y la depresión. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron el inventario de depresión de Beck (BDI;

Beck, Steer & Brown, 1996), el inventario de ansiedad estado-rasgo (Spielberger & Sydeman, 1994), y para medir el tipo de afrontamiento se utilizó el cuestionario R-COPE abreviado (B-RCOPE; Pargament, Koenig & Pérez, 2000). Los resultados indicaron que las mujeres de menor edad, que además se encontraban en una etapa avanzada de su enfermedad y hacían uso predominantemente de un afrontamiento negativo, tenían mayores niveles de depresión y de ansiedad. En la actualidad se cuenta con un creciente número de investigación que coinciden en reportar que los pacientes con cáncer que utilizan un afrontamiento religioso negativo centrado en la evitación evidencian mayores tasas de depresión o síntomas depresivos (Rodríguez, Sayers & Martínez-Taboas, 2011; Haghghi, 2013). En un estudio en Brasil con 129 personas, de una asociación de apoyo a pacientes con cáncer, se informó que la angustia espiritual presentó una correlación positiva con el *coping* religioso/espiritual negativo ($P < 0.001$). Se concluyó que la angustia espiritual es un fenómeno presente en la vida de los individuos con cáncer, y tiene una significativa relación con el uso negativo de la religión/espiritualidad como forma de hacer frente a la enfermedad (Silva et al., 2019). Incluso, se ha reportado en los cuidadores de pacientes con cáncer terminal que solo el afrontamiento negativo se correlacionó con la sobrecarga del cuidador. Por lo tanto, para los autores el uso de estilos de afrontamiento religiosos negativos podría reducir la salud mental y aumentar la sensación de carga del cuidador de paciente con cáncer en etapa terminal (Rajabi et al., 2018).

Como se puede apreciar, la vinculación entre religiosidad y síntomas de depresión-ansiedad en cáncer no es simple y directa, más bien nos encontramos con un escenario complejo, con efectos disímiles, dependiendo del uso que de la religiosidad hacen las personas. De hecho, en un metaanálisis llevado a cabo en el ámbito de los estudios religiosos y salud mental, se encontró que en el 45 % de los estudios hubo una relación positiva entre religión y salud mental; en cambio, en el 23 % hubo una relación negativa y en un 30 % no hubo una relación significativa entre estos aspectos. Es en este sentido que, al referirnos a los nexos entre religión y salud mental, resulta más relevante saber cómo se es religioso, que pre-

guntarse si una persona es o no religiosa. Tal como hemos visto, la forma de vivenciar la religiosidad, ya sea desde una perspectiva positiva, de apoyo sentido, u otra más culposa, persecutoria, tendrían efectos diferenciales en diversos aspectos de la salud mental.

En consecuencia, y considerando los antecedentes teóricos y empíricos revisados, la presente investigación tuvo como objetivo comparar el uso de la religión como afrontamiento en pacientes con cáncer y un grupo control no oncológico, asumiendo que una experiencia vital negativa extrema, como lo es el cáncer y su tratamiento, comporta una relación significativa y diferencial con lo religioso como soporte.

Método

Diseño

Este estudio fue de tipo transversal, comparativo y correlacional, con un diseño no experimental, basado en mediciones a partir de autorreporte.

Participantes

Respecto de la población de enfermos de cáncer a nivel país, el Observatorio Global del Cáncer (GCO), de la OMS (2021), informó que en el año 2020 se reportaron 54 227 nuevos casos, de los cuales el 53 % corresponden a hombres y el 47 % restante a mujeres de diversos rangos etarios. Esta misma entidad estima que la prevalencia de casos para el año 2025 habrá aumentado a 148 303 aproximadamente.

En el presente estudio participaron en total 198 sujetos (muestra clínica $n=96$; y muestra control $n=102$). La muestra clínica estuvo compuesta por 96 pacientes que recibían tratamiento de quimioterapia y radioterapia en el Hospital Base Valdivia. Las edades de los participantes oscilaban entre los 23 y los 84 años, siendo la edad promedio 57 años. Del total de participantes, el 69.8 % eran mujeres y el 30.2 % eran hombres. En cuanto al tipo de cáncer, el 53.4 % correspondió a cáncer de mamas; 17 %, próstata; 8 %, gástrico, y el 21% restante corresponden a otros tipos de cáncer. En lo que se refiere a la afiliación religiosa, el 72.9 % eran católicos; el 29.9 %, evangélicos, y el 4.1 % pertenecían a otro tipo de orientaciones religiosas. Por su parte la muestra control estuvo conformada por 102 apoderados

de la Escuela Alerce Histórico y Liceo de Hombres Manuel Montt de la Ciudad de Puerto Montt.

Instrumentos

-La escala RCOPE breve fue creada por Pargament, Koenig y Pérez (2000), y consiste en una serie de reactivos para identificar patrones positivos y negativos del afrontamiento religiosos. Esta escala se divide en dos subescalas, cada una compuesta por siete elementos, que identifican grupos de métodos de afrontamiento religiosos positivos y negativos. En total se constituye de 14 reactivos, valorados en escala Likert de 0 (nada) a 3 (mucho) (Pargament et al., 2000).

-La escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) evalúa por separado los constructos de ansiedad, depresión y estrés. Es una escala de autorreporte, diseñada de manera dimensional para medir estados emocionales negativos. En este estudio se utilizó la versión abreviada de 21 ítems, traducida y adaptada en Chile por Vinet, Rehbein, Román y Saiz (2008). Las escalas de depresión y estrés poseen respectivamente un alfa de 0.85 y 0.83, mientras que la escala de ansiedad obtuvo un alfa de 0.73, en conjunto las tres escalas presentaron un alfa de 0.91 (Antúnez & Vinet, 2012).

Procedimiento

La aplicación de las escalas para el estudio se realizó para la muestra clínica en las dependencias del

Hospital base de Valdivia, Chile. La muestra control se aplicó en instituciones académicas municipales. En cada ocasión de aplicación se entregó a los participantes un consentimiento informado, con el objetivo de asegurar la participación voluntaria y la confidencialidad de la información. Una vez recopilados los datos, se procedió a utilizar el programa SPSS versión 24 para el análisis de los resultados.

Resultados

A continuación, se expondrán los principales resultados del estudio:

Variables del estudio

La variable *afrontamiento religioso* se transformó en una variable con categorías de bajo, medio y alto. Se observa que los participantes utilizan significativamente un afrontamiento religioso positivo alto y un afrontamiento religioso negativo bajo. Por otro lado, en cuanto a las variables *depresión* y *ansiedad*, se observa que la mayor parte de los participantes presenta sintomatología correspondiente a la categoría normal en ambas subescalas, sin embargo, existe un porcentaje significativo en la categoría extremadamente severa de la escala de ansiedad del instrumento DASS-21 (Tabla 3).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos variables del estudio

Nivel	Afrontamiento religioso positivo	Afrontamiento religioso negativo	Nivel	Sintomatología depresiva	Sintomatología ansiosa
Bajo	9.4 %	93.8 %	Normal	49 %	44.8 %
Medio	13.5 %	6.3 %	Leve	13.5 %	4.2 %
Alto	77.1		Moderado	16.7 %	18.8 %
			Severo	10.4 %	8.3 %
			Extremadamente Severo	10.4 %	24 %

Análisis correlacional

Los resultados obtenidos de los instrumentos fueron sometidos a un análisis correlacional para observar el comportamiento de las variables. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, para analizar la relación y

establecer el grado de asociación entre afrontamiento religioso y síntomas depresivos- ansiosos.

En relación con la muestra de pacientes con cáncer, el factor de *afrontamiento religioso negativo* presenta una correlación estadísticamente significativa y directamente

proporcional de intensidad débil ($p=.05$), con la presencia de sintomatología depresiva. Finalmente, se observa una correlación estadísticamente significativa entre afrontamiento religioso negativo y presencia de sintomatología ansiosa, existiendo una relación directamente proporcional e intensidad débil con magnitud del efecto ($p=.01$) (Tabla 4).

En la muestra control, la variable de *afrontamiento religioso positivo* presentó una correlación estadísticamente significativa con sintomatología ansiosa; esta relación es directamente proporcional con una intensidad débil ($p=.001$). El *afrontamiento religioso positivo* tiene una co-

rrelación estadísticamente significativa con sintomatología depresiva, existiendo una relación directamente proporcional, lo cual tiene una intensidad de magnitud de efecto débil ($p=.001$). El *afrontamiento religioso negativo* presentó una correlación proporcional y estadísticamente significativa con sintomatología ansiosa, con una intensidad de magnitud de efecto débil ($p=.001$). El *afrontamiento religioso negativo* también correlacionó de forma directamente proporcional y estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva, con una magnitud de efecto débil más cercana a la moderada ($p=.001$) (Tabla 4).

Tabla 4. Correlación entre variables con coeficiente de Spearman

Pacientes oncológicos		Sintomatología Depresiva	Sintomatología Ansiedad
Afrontamiento religioso Positivo	Coeficiente correlación	.143	.119
	Sig.	.163	.247
Afrontamiento religioso negativo		.283	.257
		.005	.012
Muestra control			
Afrontamiento religioso Positivo	Coeficiente correlación	.334	.352
	Sig.	.001	.001
Afrontamiento religioso negativo		.390	.359
		.001	.001

Comparación de muestras independientes

Para la Comparación de muestras independientes no paramétrica se utilizó la prueba estadística Mann-Whitney. Se encontraron diferencias entre pacientes

oncológicos y muestra control en las dos subescalas del RCOPE breve, tanto para afrontamiento religioso positivo (U de Mann-Withney =2446; $p = .00$) como en afrontamiento religioso negativo (U de Mann-Withney =3589; $p = .001$) (Tabla 5).

Tabla 5. Comparación de muestra de estudio y muestra control

	Rango Promedio		Estadístico de prueba U de Mann-Whitney	Valor de P.
	Muestras estudio	Muestra Control		
Afrontamiento religioso Positivo	125.	75.49	2446.	.001
Afrontamiento religioso negativo	106.46	94.83	3589.	.001

Discusión

Los hallazgos del presente estudio ponen de manifiesto la relevancia del afrontamiento religioso en las personas en situaciones vitales límites. Cuando se comparan ambos grupos (clínico y control) respecto al uso que hacen de la religión como afrontamiento religioso, tenemos que el grupo de pacientes con cáncer presenta promedios significativamente mayores de ambos tipos de afrontamiento religioso, positivo y negativo. Tal parece que la amenaza que suscita el padecer una enfermedad terminal, como el cáncer, provoca la ruptura de la cosmovisión que ofrece la religión, así como la emergencia de pensamientos de muerte y presencia de síntomas de depresión y ansiedad. Ante esta contingencia, la religión tiene un papel fundamental de soporte y marco de orientación para la tarea de darle un nuevo sentido y significado a la vida (Krok, 2014). Desde ahí se entendería el mayor uso que la muestra con cáncer hace del afrontamiento religioso, dado que la utilidad y funcionalidad de este se encuentra en el estado excepcional de crisis, no en los periodos de estabilidad. Sin embargo, en conformidad con los resultados de este estudio, la implementación de afrontamiento positivo en la muestra con cáncer no atenúa necesariamente los síntomas depresivos-ansiosos, y en la muestra control que asumimos no atraviesa por una crisis vital, incluso podría ser propiciador de síntomas depresivos-ansiosos.

Los resultados de este estudio dan cuenta de una serie de matices en la relación entre el afrontamiento religioso y la sintomatología depresiva-ansiosa en pacientes con cáncer. En primer lugar, se observa tanto en la muestra clínica como en la muestra de control que el

afrontamiento religioso negativo presentó una relación positiva moderada con la sintomatología ansiosa y depresiva. A partir de esto, es posible suponer que el mayor uso del afrontamiento religioso negativo utilizado por las personas se relaciona con aumento de sintomatología ansiosa-depresiva. Estos resultados son coincidentes con un creciente cuerpo de evidencia que vincula afrontamiento religioso negativo y síntomas depresivo-ansiosos, y no solo en pacientes con cáncer (Ng et al., 2017), sino además en mujeres con embarazos riesgosos (Vitorino et al., 2017) e infertilidad (Oti-Boadi & Oppong, 2017), estudiantes (Areba et al., 2018), asistentes hospitalarios (Vitorino et al., 2018), entre otros.

En algunas circunstancias, la religión puede convertirse en una amenaza para el individuo, particularmente cuando este percibe que está siendo castigado o abandonado por Dios en una situación amenazante o estresante en la vida, provocando así una lucha o conflicto religioso. En el conflicto religioso, la gente no se olvida de Dios, sino que sigue existiendo, pero este no proporciona la atención y la comodidad que debiera, y esto hace que la cosmovisión que ofrece la religión pierda eficiencia y emerja el terror a la muerte (Pargament, 1997). De este modo, en circunstancias de creciente conciencia de la mortalidad, las cosmovisiones religiosas pueden fracturarse, provocando un conflicto religioso y la emergencia de sintomatología ansiosa-depresiva (Edmondson, Park, Chaudoir & Wortmann, 2008).

Desde esta propuesta se podría explicar la relación entre el afrontamiento religioso negativo, caracterizado por un conflicto con Dios o ser superior, una tensión espiritual y las valorizaciones negativas de los poderes y el amor de Dios. El paciente con cáncer enfrenta una ame-

naza real de muerte, y si, además, se siente abandonado por Dios, se perturba la cosmovisión de un mundo generalmente agradable y una promesa de significado eterno, y como consecuencia, pueden surgir pensamientos de muerte aumentando síntomas depresivos y ansiosos, característicos de la enfermedad oncológica (Post, Puchalski & Larson, 2000; Krok, 2014).

Por su parte, el afrontamiento religioso positivo en la muestra clínica no muestra relación con la presencia de síntoma depresivo-ansioso, por lo que el aumento, disminución o la existencia o no de estos síntomas no se vincularían con este tipo de afrontamiento religioso. De otra forma, el adoptar un afrontamiento religioso positivo, caracterizado por mantener una relación de conexión con una fuerza trascendente, una relación segura con un Dios que cuida, no estaría relacionado a una esperada disminución de síntomas depresivos o ansiosos. Si bien es cierto que este resultado no va en la dirección de la mayoría de los antecedentes empíricos en este campo, hay antecedentes que lo respaldan. Por ejemplo, Pargament, Koenig y Tarakeshwar (2004), en un estudio prospectivo, no encontraron relación entre afrontamiento religioso positivo y síntomas depresivos; Hebert et al. (2009), en una muestra de mujeres con diagnóstico de cáncer mamario, reportaron que el afrontamiento religioso positivo no se relacionó con ninguna medida de bienestar; relación que pudo haberse esperado en dirección directa. Del mismo modo, en una muestra de 98 cuidadores que afrontan los desafíos de cuidar ancianos altamente dependientes e internos, en un hospital brasileiro, no se encontró que el afrontamiento religioso positivo (solo el negativo) se relacione con los síntomas depresivos (Vitorino et al., 2018). En esta misma dirección, en un estudio con 160 mujeres, con embarazo de alto y bajo riesgo, se reportó una ausencia de relación entre afrontamiento religioso positivo y síntomas depresivos (Vitorino et al. 2017). Incluso, en un estudio con 150 mujeres de Ghana con infertilidad, condición especialmente generadora de ansiedad en esa cultura, se encontró que el afrontamiento religioso positivo (al igual que el negativo) se asoció positivamente con somatización y ansiedad (Oti-Boadi & Oppong, 2017). No obstante, cabe reiterar que la mayoría de los antecedentes empíricos apuntan a una vinculación directa y en una dirección inversa entre religiosidad

y síntomas ansiosos y depresivos (Aflakseir & Mahdiyar, 2016).

¿Cómo podríamos hacer entendible estos resultados entonces? Una de las posibles explicaciones podría residir en las características de la muestra objeto de estudio, que estuvo integrada por pacientes que se encontraban en la etapa de tratamiento de la enfermedad oncológica de quimioterapia o radioterapia. Esta etapa, según Murillo y Alarcón (2006), se caracteriza por una gran carga emocional (al igual que la etapa del diagnóstico), siendo un periodo en donde se debe enfrentar la incertidumbre, la confusión, el temor y el malestar. Los tediosos tratamientos le producirán al paciente cambios en los esquemas corporales y emocionales, que afectarán el estado anímico, además de afrontar circunstancias de exploración médica, espera, confirmación de resultados, intervenciones quirúrgicas, quimioterapia, los efectos secundarios, entre otros. Todo este escenario, o constelación de condiciones, es posible que se constituya en una circunstancia de tal envergadura que dificulta o imposibilita su superación o su afrontamiento efectivo, que hace los síntomas depresivos-ansiosos imposibles de ser regulados por alguna fuente externa de consuelo o manejo, como podría ser el caso de la religión. Lo anterior parecería indicar que, durante esta etapa, lo invasivo que son los tratamientos y sus efectos secundarios influirán en el estado de ánimo del paciente, independiente de una relación segura con una fuerza trascendental o superior. A pesar de que la religión fomenta la esperanza, el control y la lucha por la vida, entre otras cosas, podría ser útil como estrategia de afrontamiento en otras etapas de la enfermedad, como la remisión, exacerbación o periodo terminal (Tarakeshwar et al., 2006); no así, en la etapa inicial de tratamiento, donde lo invasivo y la incertidumbre de los tratamientos oncológicos se imponen en sí mismo, anulando cualquier sistema de significado o marco de orientación, hace que los síntomas de depresión y ansiedad sean respuestas esperables. Al parecer, este periodo agudo del tratamiento gatilla fuertes cuestionamientos y dudas existenciales y dolencias corporales; esto se puede llegar a vivir como un periodo de intenso sufrimiento espiritual (Puchalski, 2012). A su vez, esta turbulencia espiritual también puede influir en cómo una persona experimenta y expresa el dolor; en el caso de sufrimiento espiritual no tratado, a un incremento de los

síntomas corporales, disminución de la autoestima (Puchalsk, 2012) y exacerbación de sentimientos de rabia recriminatorios hacia la deidad (Exline et al., 2011).

Por otro lado, cabe detenerse en lo que señalan Gallardo-Peralta y Sánchez-Moreno (2014), en el sentido que profesar determinada creencia religiosa no es necesariamente suficiente para la reducción de la sintomatología afectiva. Aparte de creer en la existencia de un Dios o un ente superior, es necesario hacerse parte de las prácticas religiosas asociadas a un determinado credo, cuestión que no siempre sucede. Por ejemplo, que el paciente oncológico participe en algún grupo de oración podría contribuir, ante un diagnóstico de cáncer, a que se sienta acompañado y respaldado por los miembros de una congregación religiosa, influyendo en la reducción de síntomas depresivo-ansioso. En otro sentido, es posible que ciertos factores extrínsecos hagan que, aunque una persona tenga una creencia determinada, esta no ejerza la influencia esperada; cuando las personas se adhieren a una creencia por un propósito social (y no por un sentido personal), buscando la aceptación de una comunidad en específico, es muy probable que no siempre logren utilizar de manera efectiva los recursos religiosos en beneficio de su salud y otras áreas de la vida. La persona al ocupar la religión de forma instrumental, ya sea para unirse a un grupo o conseguir algún beneficio personal, genera una barrera a la integración de las creencias religiosas en la vida diaria (Miller & Kelley, 2005). Las creencias religiosas y espirituales solo funcionan de manera efectiva cuando se integran activamente en la vida cotidiana (Pargament, 1997); para ello, es necesario una madurez emocional que permita poder tener además otras estrategias de afrontamiento no religioso que puedan ser complementarias. De este modo, para observar un efecto beneficioso del afrontamiento positivo en la salud mental, sería necesario algún grado de involucramiento y compromiso, que va más allá de meras acciones rutinarias que no tienen mayor impacto para el bienestar personal, no siendo un verdadero sistema de significados para la vida. Por consiguiente, la eventual desvinculación de las creencias con la vida cotidiana pudo haber sido un factor influyente, y no evaluado, en el presente estudio y da cuenta de la asociación compleja entre religiosidad y salud mental (Krok, 2014). Para algunos autores el efecto beneficioso de la religión en la salud mental opera de

manera indirecta por los hábitos o prácticas beneficiosas que esta fomenta (Hood, Hill, & Spilka, 2009), de tal modo que se hace indispensables considerarlas en cualquier análisis de este tipo.

Sin embargo, a diferencia de la muestra clínica, en la muestra control se observó una relación directa y débil entre el afrontamiento religioso positivo y los síntomas depresivos y ansiosos. En este caso no solo no se encontró la relación esperada para el afrontamiento positivo, sino más bien la relación opuesta, es decir, a medida que aumenta el uso del afrontamiento religioso positivo, mayores son los síntomas depresivos-ansiosos. Una posible vía explicativa de esta inesperada tendencia en los resultados es que estos reflejen, tal vez, el fenómeno social, advertido con mucha notoriedad en las últimas décadas, de un abierto cuestionamiento o tensión hacia la religiosidad en el mundo (Taylor, 2007); movimiento que, en la realidad sudamericana, en específico chilena, es bastante notorio (Motak, 2009; Centro de estudios Públicos, 2018), haciéndose patente una secularización sostenida o abandono de las religiones institucionalizadas (Gallardo, 2019). Es posible que en estos tiempos tener una relación estrecha con la religiosidad y Dios, en un contexto de vida normal y sin el sobresalto de una crisis, se acompañe de una cierta contradicción o tensión, motivada por el escrutinio o cuestionamiento interpersonal y social respecto de lo religión en la actualidad. Hay que recordar además que la noción de afrontamiento no da cuenta de las prácticas o participación concreta en los contextos sociales religiosos de los individuos, y, por lo tanto, es posible que estos resultados den cuenta de algunas fuentes de incomodidad presentes en esos contextos.

Cabe reconocer en el presente estudio la limitación que corresponde a un estudio correlacional de tipo transversal, en el sentido en que solo permite tener la evaluación de un momento, y no la perspectiva de la evolución de los síntomas en el tiempo. Esto se consigue con un estudio longitudinal. Al mismo tiempo, estos resultados hay que tomarlos con mucha prudencia, dado que en general la magnitud de las correlaciones no es fuerte. Por otro lado, es conveniente enriquecer estudios de este tipo al incluir en el análisis algunas variables como: adscripción religiosa, sexo, nivel socioeconómico, otras muestras clínicas, entre otras. Tal parece que hay que reconocer que la religión es un constructo complejo y mul-

tidimensional que genera una mezcla de efectos positivos y negativos (Braam & Koenig, 2019).

Cada día se destaca más la importancia de tomar en consideración la dimensión de la religiosidad/espiritualidad en los estudios en psicología, en especial para la psicología clínica en contexto hospitalario, al favorecer el desarrollo de intervenciones clínicas que contemplen a la religión como una orientación para guiar tratamientos psicoterapéuticos, validando y amplificando creencias si estas se consideran un factor protector (Shafranske, 2005). Esto nos insta a superar una visión estrictamente biomédica de la curación/tratamiento, y a contemplar también las dimensiones biopsicosocial y espiritual del paciente (Borges et al., 2017). Sin embargo, y en concordancia con los resultados de este estudio, se hace especialmente necesario contemplar las formas de aproximarse a lo religioso que pudieran implicar efectos adversos para el paciente, tales como un aumento del estrés situacional o desesperanza al tratamiento, y, de este modo, como posible opción, resignificar la relación que este tiene con la divinidad, situándola en un nuevo marco de sentido, en donde el apoyo, respaldo e incondicionalidad sean elementos centrales.

Referencias

- Aflakseir, A., & Mahdiyar, M. (2016). The role of the religious coping strategies in predicting depression among a sample of woman with fertility problems in Shiraz. *Journal of Reproduction Infertility*, 17(2), 117-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4842233/pdf/JRI-17-117.pdf>
- Amerongen-Meeuse, J., Schaap-Jonker, H., Anbeek, C., & Braam, AW. (2020). Religious/spiritual care needs and treatment alliance among clinical mental health patients. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 28(3), 370-383. <https://doi:10.1111/jpm.12685>
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55. <https://doi:10.4067/S0718-48082012000300005>
- Areba, E., Duckett, L., Robertson, Ch., & Savik, K. (2018). Religious Coping, Symptoms of Depression and Anxiety, and Well-Being Among Somali College Students. *Journal Religion Health*, 57(1), 94-109. <https://doi:10.1007/s10943-017-0359-3>
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory. Second Edition. *Manual. The Psychological Corporation.*
- Boscaglia, N., Clarke, M., Jobling, W., & Quinn, A. (2005). The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal Gynecological Cancer*, 15(5), 755-761. <https://doi:10.1111/j.1525-1438.2005.00248.x>
- Borges, M., Caldeiras, S., Loyola-Caetano, E., Magalhães, P., Areco, F., & Marislei, P. (2017). *Spiritual/Religious Coping of Women with Breast Cancer*. *Religions*, 8(11), 254. <https://doi:10.3390/rel8110254>
- Braam A., & Koenig H. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 428-438. <https://doi:10.1016/j.jad.2019.06.063>
- Brito, H., & Seidl, E. (2019). Resilience of People with HIV/AIDS: Influence of Religious Coping. *Trends in Psychology*, 27(3), 647-660. <https://doi:10.9788/tp2019.3-04>
- Centro de estudios públicos (2018). Encuesta CEP Oct-Nov 2018. Tema especial Religión. https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20181218/asocfile/20181218093906/encuestacep_oct_nov2018_te_religion.pdf
- Cole, H. A., Prassel, H. B., Keller, P. S., & Carlson, C. R. (2020). Religious beliefs and behaviors as predictors of substance use among college students. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(1), 101-115. <https://doi:10.1037/rel0000227>
- Edmondson, D. Park, C. Chaudoir S., & Wortmann, J. (2008). Death Without God: Religious Struggle, Death Concerns, and Depression in the Terminally III. *Psychological Science*, 19(8), 754-758. <https://doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02152.x>
- Exline, J., Park, C., Smyth, J., & Carey, M. (2011). Anger Toward God: Social-Cognitive Predictors, Prevalence, and Links With Adjustment to Bereavement and Cancer. *Journal of personality and social psychol-*

- ogy, 100(1), 129-148. <https://doi:100.129-148.10.1037/a0021716>.
- Gallardo-Peralta, L. P., & Sánchez-Moreno, E. (2014). Participación religiosa y depresión en personas mayores de la región de Arica y Parinacota. *Interciencia*, 39(7), 495-501. <https://www.interciencia.net/wp-content/uploads/2017/11/495-c-1%C2%BA-GALLARDO-71.pdf>
- Gallardo-Peralta, L. P., & Sánchez-Moreno, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia Psicológica*, 38(2). <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/282>
- Gallardo, R. (2019). Desde el imperativo del optimismo hacia una espiritualidad bonachona: indiferencia, autocentramiento y estoicismo. *Revista Stultifera*, 2(2), 32-58. <https://doi:10.4206/rev.stultifera.2019.v2n2-03>.
- González, T., L. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2), 19-29. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-2b/vol7no2art2.pdf>
- Haghighi, F. (2013). Correlation between religious coping and depression in cancer patients. *Psychiatra Danubina*, 15(3), 236-240. http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol25_no3/dnb_vol25_no3_236.pdf
- Herbert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and Negative Religious Coping and Well-Being in Women with Breast Cancer. *Journal of palliative medicine*, 12(6), 537-545. <https://doi:10.1089=jpm.2008.0250>
- Hood, R., Hill, P., & Spilka, B. (2009). *The Psychology of religion*. Pearson.
- Jors, K., Büssing, A., Hvidt, NC., & Baumann, K. (2015) Personal prayer in patients dealing with chronic illness: a review of the research literature. *Evid Based Complement Alternat Med*. <https://doi:10.1155/2015/927973>.
- Koenig, H. G. (2007). *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*. Philadelphia: Templeton Foundation Press. <https://doi.org/10.1097/00000542-200410000-00063>
- Krok, D. (2014). The mediating role of coping in the relationship between religiousness and mental health. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 16(2), 5-13. <https://doi:10.12740/APP/26313>
- Liung, S., Raymond A., C., Supriyanto, I., Agusno, M., & Sumarni, S. (2019) Association of religious coping use with psychological well-being of mother of mentally retarded children. *Journal of Community Empowerment for Health*, 2(2), 181-190. <https://doi:10.22146/jcoemph.48193>
- Miller, K. & Kelley, B. (2005). Relationships of Religiosity and Spirituality with Mental Health and Psychopathology. En F. Raymond & L. Crystal (Eds.), *Handbook of the Psychology of the Religion and Spirituality* (pp. 479-495). The Guilford Press.
- Moreno, C., Alonso-Castillo, M., Gherardi-Donato, E., & Armendáriz, N. (2019). Perspectiva espiritual, religiosidad y consumo de alcohol en adultos mayores. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 151-166. <https://doi:10.30681/252610103688>
- Motak, D. (2009). Postmodern spirituality and the culture of individualism. *Scripta Instituti Donneriani Aboensis*, 21, 149-161. <https://doi:10.30674/scripta.673484>
- Murillo, M., & Alarcón, A. (2006). Tratamientos psicosomáticos en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 92-111. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000500007
- Oliveira, S., Vasconcelos, R., Amaral, V. & Sá, K. (2020). Spirituality in coping with pain in oncological patients: systematic review. *Brazilian Journal Of Pain*. 3(2): 158-163. <https://doi:10.5935/2595-0118.20200028>.
- Oti-Boadi, M., & Oppong K. (2017) Psychological health and religious coping of Ghanaian women with infertility. *BioPsychoSocial Medicine*. 11-20. <https://doi.org/10.1186/s13030-017-0105-9>
- Pargament, K. I. (1997). *Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4),

- 519-543. [https://doi: 10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:43.O.CO;2-1](https://doi:10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:43.O.CO;2-1)
- Pargament, K., Koenig, H., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *J Health Psychol.* 9(6), 713-730. [https://doi: 10.1177/1359105304045366](https://doi:10.1177/1359105304045366)
- Pargament, K., Ano, G., & Wachholtz, A. (2005). The Religious Dimension of Coping Advances in Theory, Research, and Practice. En Paloutzian, R. F. & Park, C. L (Eds). *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp.479-495). New York: The Guilford Press.
- Post, SG., Puchalski, CM., & Larson, DB. (2000) Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med.*, 132(7), 578-583.
- Puchalski, C. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology/ ESMO.* 23, Suppl 3. 49-55. <https://doi:10.1093/annonc/mds088>.
- Rajabi, M., Katuli, M., Farahani, N., Tavaniaie, A., Ghanbari, B., & Alasti, H. (2018). Religious Coping as a Predictor of the Burden of Care in the Caregivers of End-stage Cancer Patients. *Iran Journal of Nursing*, 31, 6-16. <https://doi:10.29252/ijn.31.114.6>
- Rivera, A., & Montero, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Revista Salud mental*, 30(1), 39-47. <http://www.redalyc.org/pdf/582/58230106.pdf>
- Rodríguez, D., Sayers, S., & Martínez-Taboas, A. (2011). Contribución del manejo religioso a la calidad de vida y sintomatología depresiva en una muestra de hispanos que tienen un diagnóstico de cáncer. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 22, 27-45. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262011000100002
- Sabanciogullari, S., & Yilmaz, F.T. (2019) The Effect of Religious Coping on Hope Level of Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Journal of Religion and Health*, 43, 456-463. <https://doi:10.1007/s10943-019-00944-1>
- Schuster, M., Stein, B., Jaycox, L., Collins, R., Marshall, G., Elliot, M... Berry, S. (2001). A National Survey of Stress reactions after the september 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345(20), 1507-1512. <https://doi:10.1056/NEJM200111153452024>
- Shafranske, E. (2005). The psychology of religion in clinical and counseling psychology. En F. Raymond & L. Crystal (Eds.), *Handbook of the psychology of the religion and spirituality* (pp. 479-495). The Guilford Press.
- Silva, G., Reis, D., Miranda, T., Melo, R., Coutinho, M., Paschoal, G., & Lopes, E. (2019) Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. *Rev Bras Enferm.*, 72(6), 1534-40. <https://doi:10.1590/0034-7167-2018-0585>
- Spielberger, C., & Sydeman, S. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. En M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 292-321). Hillsdale, NJ/England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Tanriverdi, O. (2020). Spirituality, A Method of Coping with Depression in Cancer Patients Who Received Chemotherapy in the Southwest of Turkey (PRAYER Study). *Journal of Oncological Sciences*, 6, 35-42. <https://doi:10.37047/jos.2019-73128>.
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L., Paulk, M., Pearce, M., Kasl, S., & Prigerson, H. (2006). Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *Journal of palliative medicine*, 9, 646-657. <https://doi:10.1089/jpm.2006.9.646>
- The Global Cancer Observatory (2021). New Global Cancer Data 2021. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/152-chile-fact-sheets.pdf>
- Trevino, K., & McConnell, T. (2015). Religiosity and spirituality during cardiac rehabilitation: a longitudinal evaluation of patient-reported outcomes and exercise capacity. *J. Cardiopulm Rehabil Prev.*, 35(4), 246-254. [https://doi: 10.1097/HCR.000000000000110](https://doi:10.1097/HCR.000000000000110)
- Vinet, E., Rehbein, L., Román F., & Saiz, J. (2008). Escalas abreviadas de depresión, ansiedad y estrés (Dass-21). Versión chilena traducida y adaptada. Documento no publicado, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

- Vitorino, L., Chiaradia R., Low, G., Cruz, JP, Pargament, K., Lucchetti A., & Lucchetti, G. (2017). Association of spiritual/religious coping with depressive symptoms in high- and low-risk pregnant women. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e635-e642. [https://doi: 10.1111/jocn.14113](https://doi.org/10.1111/jocn.14113)
- Vitorino, L. M., Lopes-Júnior, L. C., de Oliveira, G. H., Tenaglia, M., Brunheroto, A., Cortez, P., & Lucchetti, G. (2018). Spiritual and religious coping and depression among family caregivers of pediatric cancer patients in Latin America. *Psycho-oncology*, 27(8), 1900-1907. <https://doi.org/10.1002/pon.4739>
- Yoffe, L. (2015). Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *Avances en Psicología*. 23(2), 155-176. [https://doi:10.33539/avpsicol.2015.v23n2.160](https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.160)