



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

CALIDAD DE VIDA Y RELIGIOSIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica que
presenta la Bachiller

KATHERINNE SILVANA LAOS MANRIQUE

Asesora: Lourdes Ruda Santolaria

LIMA, 2010



*A Elsita, la inspiración más grande
en mi vida*

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas aquellas personas que han hecho posible la realización del presente trabajo de investigación. En primer lugar a Lourdes Ruda, por su valiosa asesoría, por sus acertados comentarios y correcciones. Por haberme acompañado emocionalmente en este proceso. ¡Gracias!.

A Mónica Cassaretto, por ayudarme en la revisión de la primera parte del trabajo, por acompañarme en la definición de mi tema, por todas las palabras de apoyo y ánimo. De igual manera, a Cecilia Chau, por su confianza y por darse el tiempo de revisar mi trabajo, a pesar de los contratiempos. Gracias a ambas por sus valiosos comentarios.

A Doris Miranda, por su ayuda en todo el proceso estadístico, por su gran apoyo y paciencia. Igualmente, a mi gran amigo Miguel Reyes, por siempre estar dispuesto a ayudarme y por estar pendiente de los resultados de mi trabajo.

A Giovanna Galarza y Rosa Arguelles, que me brindaron todas las facilidades para que pueda acceder a las pacientes, así como, por su valiosa ayuda al momento de aplicar los protocolos. Gracias por su cariño e interés.

A la doctora Gabriela Calderón, Martha Paredes y Gisela Hamann, porque siempre me brindaron, con mucha calidez, toda la ayuda y el apoyo necesario para llevar a cabo la tesis. Gracias por siempre estar dispuestas a compartir conmigo la información necesaria.

Gracias a mis amigos con los que realicé mi internado en el INEN: Lucía, María Esther, Andrea, Susana, Gracia, Ana, María Paz y Víctor. Por compartir conmigo las expectativas de la tesis, pero sobre todo, por su valiosa amistad, confianza y apoyo en todo ese tiempo.

Por último, y no menos importante, gracias a mi familia. A mis padres, Ricardo y María, por su ejemplo de vida y perseverancia, por confiar en mí y brindarme su amor. A mi hermano Martín, por su paciencia y aliento, por apoyarme en cada paso que realizo; y a

Betty por todo su cariño y confianza. A Juan Carlos, por su amor y comprensión, por siempre alentarme y ayudarme a crecer.

No quisiera terminar sin antes agradecer, de manera especial, a cada una de las mujeres hermosas y valientes que participaron en la aplicación de este estudio. Gracias, porque sin ellas no se hubiera podido llevar a cabo esta investigación, pero sobre todo les agradezco por permitirme conocerlas y aprender de sus fortalezas y ganas de vivir.



RESUMEN

Calidad de Vida y Religiosidad en pacientes con cáncer de mama

El propósito de este estudio fue evaluar las características de la calidad de vida y la religiosidad en un grupo de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y observar si existe relación entre estas variables. Para lograr dicho objetivo se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, la Escala de prácticas religiosas y una Ficha de datos personales a una muestra de 50 pacientes mujeres diagnosticadas con dicho cáncer que asisten a consultorio externo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Esta investigación es de tipo correlacional y tiene un diseño no experimental. Los resultados muestran que las pacientes presentan una calidad de vida promedio a muy alta, presentando un mejor desempeño en su función física; mientras que el área más afectada es el rol físico. En cuanto a la religiosidad, las pacientes realizan prácticas religiosas de manera frecuente, sobre todo rezar a Dios para agradecerle. Finalmente se encontraron tres correlaciones significativas entre las variables de estudio, siendo la más importante la correlación entre prácticas religiosas y salud general.

Palabras clave: calidad de vida, religiosidad, cáncer de mama

ABSTRACT

Quality of Life and Religiosity in patients with breast cancer

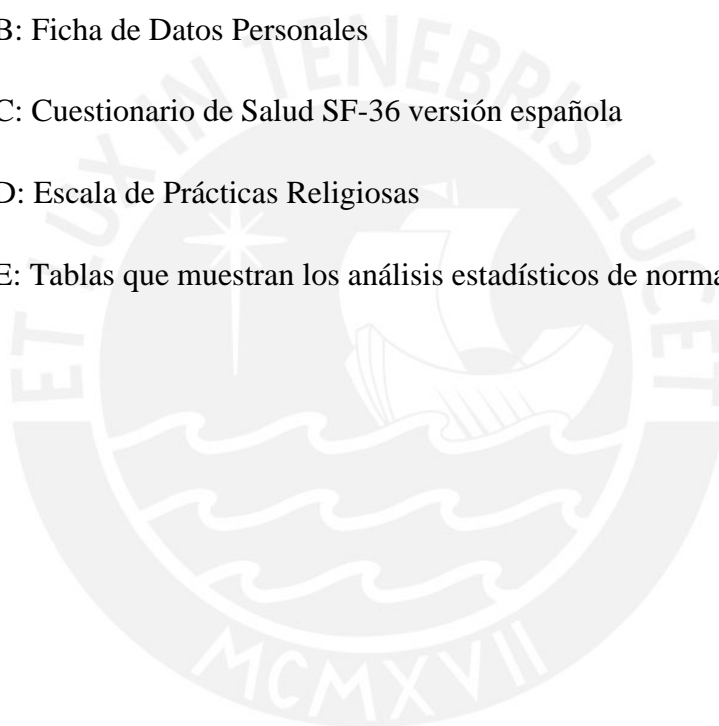
The main purpose of this investigation is to evaluate the characteristics of the quality of life and religiosity in a group of patients that have been diagnosed with breast cancer and determine whether there is a relationship between those two variables. To achieve our purpose, 50 patients who suffer from breast cancer and attend to regular checkups as outpatients at a Cancer Institute, were selected for the study group and were assessed with the Quality of Life Questionnaire SF-36, the Scale of Religious Practices and a Personal Data Sheet. This research was correlational and has a non-experimental design. Results indicate that the patients show an average to high quality of life, presenting a better performance when it comes to their physical function; meanwhile, the most affected area is their physical role. As far as religiosity goes, the patients engage in religious practices regularly, especially pray to God to thank. Finally, there were three significant correlations between the study variables, the most important correlation between religious and general health.

Key words: quality of life, religiosity, breast cancer.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	1
Aspectos generales del cáncer	1
Aspectos generales del cáncer de mama	4
Aspectos psicosociales asociados al cáncer de mama	7
Calidad de vida en pacientes con cáncer	11
Religiosidad y su impacto en la salud	15
Planteamiento del Problema	19
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	21
Participantes	21
Población	21
Tipo de muestreo	21
Características de la muestra	22
Instrumentos	24
Cuestionario de Salud SF-36 versión española	24
Escala de Prácticas Religiosas	29
Ficha de Datos Personales	31
Procedimiento	31

CAPÍTULO III: RESULTADOS	35
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	75
REFERENCIAS	
ANEXOS	
ANEXO A: Consentimiento Informado	
ANEXO B: Ficha de Datos Personales	
ANEXO C: Cuestionario de Salud SF-36 versión española	
ANEXO D: Escala de Prácticas Religiosas	
ANEXO E: Tablas que muestran los análisis estadísticos de normalidad	



INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que en la actualidad afecta a millones de personas en el mundo, siendo diversos factores, tanto ambientales como genéticos, los que desencadenan la incidencia y prevalencia de este mal. Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, INEN, (2006), uno de los cánceres que tienen mayor prevalencia en nuestro país es el cáncer de mama, considerada la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres que se encuentran entre los 30 y 84 años de edad. Las investigaciones de las últimas décadas señalan que este mal ya se ha manifestado en mujeres con edades inferiores a los 30 años, y por tanto, los programas de prevención de esta enfermedad, así como, la promoción de la detección temprana debería ser de interés nacional (INEN, 2006).

Asimismo, se sabe que el cáncer es una enfermedad crónica y esto genera en las personas que la padecen un sentimiento elevado de vulnerabilidad tanto a nivel físico como emocional; es por este motivo que el presente estudio surge como una necesidad de querer investigar cómo es la calidad de vida en pacientes que padecen de cáncer, en particular de cáncer de mama, explorando cómo dicho mal afecta en la actualidad su bienestar y funcionamiento emocional, físico y social. Se sabe además, que en pacientes crónicos, la calidad de vida está relacionada a la evaluación de los beneficios y consecuencias de las intervenciones terapéuticas para enfrentar una enfermedad (Robles, 2004); por este motivo, se cree importante explorar cómo las pacientes sienten que estas intervenciones están ayudando en su funcionamiento físico, social, emocional y de rol.

En la misma línea, diversos estudios han demostrado que una fuerte creencia religiosa mejora la percepción cognitiva y afectiva de la calidad de vida, y que existe una relación significativa entre la frecuencia de asistencia a la iglesia y la evaluación de la propia felicidad (Rule, 2006). Al tomar en cuenta lo mencionado, se consideró relevante investigar cómo la religiosidad, entendida como las prácticas y creencias de una determinada religión, podría estar o no relacionada con la calidad de vida en pacientes

oncológicos. Al considerar, además, que nuestra población, según lo establecido por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI, (2008) tiene una tradición altamente creyente (93% de personas profesan un credo, principalmente la católica), y siendo la población femenina la más relacionada con las prácticas religiosas y la devoción; surge el interés de conocer si las pacientes con cáncer de mama podrían estar utilizando la religiosidad como una manera de hacer frente a su realidad.

Bajo este contexto, el presente estudio tiene como propósito determinar si existe relación entre la calidad de vida y la religiosidad en pacientes con cáncer de mama, y si es así, indicar cómo es esta relación. Para ello, se pasará a identificar y describir tanto la calidad de vida como las prácticas religiosas en dichas pacientes, y se hará una identificación y descripción de las posibles relaciones significativas de estas dos variables con las variables sociodemográficas, tales como, la edad, grado de instrucción, estado civil; y de la enfermedad como tiempo y tipo de tratamiento.

Para dar fundamento al presente estudio se realizó en el primer capítulo una revisión bibliográfica que aborda los aspectos generales del cáncer de mama, así como, los aspectos psicosociales de la enfermedad. A continuación se describió la calidad de vida en este tipo de pacientes y finalmente, en el apartado de religiosidad, se definió este término diferenciándolo de los constructos relacionados a ella, describiendo su importancia en enfermedades crónicas.

Para lograr los objetivos propuestos se evaluó la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama mediante el Cuestionario de salud SF-36, versión española 1.4; la religiosidad se evaluó mediante la Escala de prácticas religiosas construida por Gisela Hamann en el 2004, y se aplicó una Ficha de datos personales para recabar información sobre datos de filiación, de la religión que se profesa y de la enfermedad.

Posteriormente, se desarrolló en el segundo capítulo la metodología del estudio considerando las características de la investigación, de los instrumentos y de la población. En el tercer capítulo se reportó los resultados encontrados para cada variable; y, por último, en el cuarto capítulo se desarrolló la discusión de los contenidos hallados.

Los datos obtenidos en esta investigación apuntarían a elaborar programas

preventivos para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen de esta enfermedad; así como también, servirían para implementar nuevas estrategias de intervención en caso que las prácticas religiosas sirvan como factores protectores. Se considera, además, que la presente investigación aporta supuestos interesantes que ayudarían a una mejor intervención en el campo de la Psicología de la salud, y permite una mayor aproximación al estudio de la variable religiosidad que es un constructo nuevo en el campo de la Psicooncología



CAPITULO I

MARCO TEORICO

CALIDAD DE VIDA Y RELIGIOSIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Aspectos generales del cáncer

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial ya que así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y prevalencia. Según los datos del INEN (2006), en Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte mientras que en el Perú representa la segunda causa de mortalidad; el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales de 150.7 y 78.3 por cien mil habitantes en nuestra ciudad capital (INEN, 2006).

Al considerar ambos sexos como un todo, es importante resaltar, que dentro de las neoplasias malignas más comunes se encuentran las de la mama femenina, las del cuello uterino y las de próstata, órganos que pueden ser accesibles y que debido a su naturaleza permiten la detección precoz, por lo cual, si se establecieran programas de prevención, el volumen de atención de casos de estos cánceres, al igual que el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad, disminuirían significativamente (INEN, 2006).

Al hablar de cáncer es importante tener en cuenta no sólo a las personas que actualmente se encuentran diagnosticadas o recibiendo tratamiento, sino también, a quienes sobreviven a esta enfermedad, conocidos en la literatura médica y psicológica como *los supervivientes del cáncer*. Se define a este grupo como aquellos que han padecido un trastorno oncológico y llevan libre de tratamientos y de enfermedad un periodo mínimo de un año (Die Trill y Vecino, 2003). Según algunos autores no hay un momento concreto en el que se produzca la curación y se pase de ser enfermo a ser superviviente, sino más bien se produce una evolución de la supervivencia desde el momento del diagnóstico (Die Trill et al, 2003). Por tanto, sobrevivir al cáncer no es sinónimo de curación, sino más bien se

define como un control prolongado y efectivo de la enfermedad neoplásica. De esta manera, se incluye todo el espectro de enfermos que va desde el realmente curado hasta aquel con enfermedad persistente y controlada (García, Fernández, Gómez y Salinas, 1996). Los estudios referentes a la adaptación psicológica de supervivientes de diferentes diagnósticos oncológicos concluyen que la mayoría de ellos alcanzan una buena adaptación a la nueva situación en los dos años siguientes a la finalización del tratamiento; sin embargo existe un grupo de afectados que requiere tratamiento psicológico o psiquiátrico (Die Trill y Vecino, 2003).

Por otro lado, aunque todos los profesionales de la salud saben lo que quieren decir cuando emplean el término neoplasia, resulta sorprendentemente difícil establecer una definición exacta para el mismo (Cotrán, Kumar y Collins, 2000).

El oncólogo británico Sir Rupert Willis (1898-1980) es uno de los doctores que dio una definición más precisa:

“una neoplasia es una masa anormal de tejido con un crecimiento que sobrepasa los tejidos normales y no coordinados de éstos, conserva el mismo carácter excesivo una vez concluido el estímulo que provocó el cambio” (pp 278, citado por Cotrán et al, 2000).

Esta masa anormal de tejido es lo que se llama *tumor*, y puede ser de dos tipos, benigno o maligno (Instituto Nacional del Cáncer, 2007). Los tumores benignos (no cancerosos) generalmente se pueden extraer; en la mayoría de los casos estos tumores no vuelven a crecer y no se diseminan o riegan a otros tejidos. En cambio, los tumores malignos (cancerosos) son aquellos en los que sus células pueden invadir el tejido, a su alrededor y diseminarse a otros órganos del cuerpo. Cuando el cáncer se disemina o riega de una parte del cuerpo a otra, se llama metástasis. Esta enfermedad puede causar otras enfermedades más graves e incluso la muerte (Sociedad Americana de Cáncer, 2008).

La Sociedad Americana de Cáncer (2008) explica que el desarrollo de las células cancerosas se produce por el daño al ADN; esta sustancia se encuentra en cada célula y dirige todas las actividades de éstas. La mayoría de las veces, cuando el ADN está dañado, las células pueden morir o repararse; en las células cancerosas el ADN dañado no se repara, y las personas pueden heredar este ADN dañado, lo que representa el *cáncer heredado*. Muchas veces, sin embargo, el ADN de una persona puede dañarse por influencia del

medio ambiente, así como, por la acción de productos químicos, humo de tabaco o demasiada luz solar.

Al respecto, Mussi (2004) refiere que un posible papel del sistema inmune en la defensa contra el cáncer es precisamente la capacidad de reconocer estas células anormales, en las cuales, han ocurrido esta serie de cambios y eliminarlas antes de que el tumor pueda desarrollarse. Esta cualidad o función del sistema inmune se ha denominado vigilancia inmunológica. En una etapa posterior, también el sistema inmune podría ayudar a detener el crecimiento de metástasis del tumor que escapa a dicha vigilancia. Asimismo, la literatura refiere que el estrés o angustia, tanto aguda como crónica, están fuertemente asociados con cambios en la regulación de la inmunidad.

Por otro lado, los diferentes tipos de cáncer pueden ser clasificados en 5 grandes grupos: *carcinoma* (tumor canceroso o neoplasia maligna, que se origina en la superficie de los tejidos de los órganos) *sarcoma* (tumor canceroso originario de los huesos, cartílago, músculo, tejido conectivo fibroso o tejido adiposo), *mieloma* (una neoplasia maligna originarios de las células plasmáticas de la médula ósea), *linfoma* (un tumor canceroso originado en el sistema linfático), y *leucemia* (cáncer que se origina en la formación de la sangre). Todos estos tipos de cáncer tienen una característica en común: el crecimiento incontrolable y la acumulación de células anormales (Nezu, Nezu, Felgoise y Zwick, 2003).

Por último, se sabe que los tratamientos para el cáncer varían e incluyen por lo general la *cirugía* que actúa en la eliminación de un tumor primario, el tejido circundante y ganglios linfáticos afectados; la *quimioterapia* que es una intervención que altera el proceso de vida de las células cancerosas mediante drogas y agentes antineoplásicos; la *radioterapia* que consiste en el uso de radiación de alta energía de los rayos X, los rayos gamma, los neutrones y otras fuentes para destruir las células cancerosas y disminuir los tumores (Nezu et al, 2003); la *inmunoterapia* que es el tratamiento para estimular o restaurar la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra el cáncer, las infecciones y otras enfermedades, y el *trasplante de médula ósea* que es un procedimiento usado para reemplazar la médula ósea destruida mediante un tratamiento de altas dosis de medicamentos contra el cáncer o por radiación (Instituto Nacional Del Cáncer, 2007).

Aspectos generales del cáncer de mama

Las investigaciones indican que el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, especialmente en los países occidentales. Existe un incremento progresivo en su incidencia, siendo este aumento más significativo entre las mujeres de menos de 40 años. Se podría decir que aproximadamente una de cada 8 mujeres será diagnosticada de cáncer de mama a lo largo de su vida y una de cada 30 morirá por esta causa (Herrero, Calle, Álvarez, Muñoz, Nieto y Villasante, 2008).

En el Perú el cáncer de mama es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres, con 1026 casos nuevos en el 2004, siendo la primera causa el cáncer de cuello uterino con 1380 casos. Las edades más vulnerables para el desarrollo de la enfermedad son de los 30 hasta los 85 años de edad, siendo el grupo de edad de 45 a 64 años el que más riesgo tiene en nuestra población (527 casos nuevos en el 2004) (INEN, 2006).

Es necesario explicar que, en este tipo de cáncer, los tumores malignos se desarrollan en uno o ambos senos, pudiendo ser de dos tipos: no invasivo (*in situ*, se limita al sitio de origen) o invasivo (se produce la propagación) (A.D.A.M., 2006).

El cáncer de mama no invasivo incluye:

- *El carcinoma ductal in situ*, también llamado el carcinoma intraductual o DCIS. Consta de las células cancerosas en el tejido de revestimiento del conducto. El carcinoma ductal *in situ* es una organización no invasiva, pero si se deja sin tratamiento es posible que llegue a ser un invasor, desarrollándose un cáncer de mama ductal infiltrante.
- *Carcinoma lobular in situ* o LCIS. Aunque no invasivo, el carcinoma lobular *in situ* es un marcador para un aumento del riesgo de cáncer invasivo en ambos senos. Algunos expertos prefieren llamar a esta condición *neoplasia lobular* en lugar de referirse a él como un cáncer. De acuerdo con lo registrado en el 2001, para pacientes con LCIS el riesgo para desarrollar cáncer invasivo en la misma mama es de 18% y 14% en la otra mama después de los 20 años (A.D.A.M., 2006).

Por otro lado, el cáncer invasivo ocurre cuando las células cancerosas se propagan más allá de la membrana basal que abarca el tejido conectivo subyacente al pecho. Este tejido es rico en vasos sanguíneos y canales linfáticos, que son capaces de transportar células cancerosas más allá de la mama. El cáncer de mama invasivo incluye lo siguiente:

- *Carcinoma ductal infiltrante*: este es el cáncer de mama invasivo que penetra en la pared de un conducto. Representa el 70-80% de todos los casos de cáncer de mama.
- *Carcinoma lobular infiltrante*: este cáncer invasivo se propaga a través de la pared de un lóbulo. Representa el 10-15% de todos los cánceres de mama. A veces puede aparecer en ambos senos, a veces en varios lugares distintos (A.D.A.M., 2006).

Es importante mencionar que son múltiples los factores de riesgo para el cáncer de mama; es de gran relevancia el factor genético, como el antecedente familiar de carcinoma de mama, sobre todo en etapas anteriores a la menopausia. Dos genes, BRCA-1 y BRCA-2 parecen ser responsables de más de la mitad de los cánceres de mama hereditarios. El resto de factores de riesgo son más discutidos: dietas ricas en grasas, obesidad, primer embarazo tardío, no lactancia, nuliparidad, consumo de alcohol, inactividad física, antecedentes personales de cáncer, sobre todo de endometrio, hormonoterapia sustitutiva o con anticonceptivos hormonales, exposición a radiaciones, inmunodepresión, etc. (Herrero, Calle, Álvarez, Muñoz, Nieto y Villasante, 2008). Asimismo, es importante también mencionar que la edad es el factor de riesgo más identificable para este tipo de cáncer; más del 80% de cáncer de mama ocurren en mujeres mayores de 50 años, siendo de menor frecuencia en mujeres jóvenes hasta los 30 años, (1.5% de todos los casos de cáncer de mama) (A.D.A.M., 2006).

Por otro lado, en cuanto a los estadios del cáncer de mama, éstos describen la extensión o gravedad del cáncer que aqueja al paciente. El conocer la etapa de la enfermedad ayuda al médico a planear el tratamiento de una persona y a estimar el pronóstico. Hoy en día el sistema TNM es uno de los sistemas de estadificación más comúnmente usado, está basado en la extensión del tumor (T), la extensión de la diseminación a los ganglios linfáticos (N), y la presencia de metástasis (M) (Instituto Nacional del Cáncer, 2007).

Según este sistema son cuatro los estadios del cáncer de mama: el *estadio 0*, llamado también carcinoma in situ, es el cáncer inicial que está presente sólo en la capa de células en donde empezó; en el *estadio I* las células cancerosas no se han propagado más allá de la mama y el tumor no mide más de 2cm. (alrededor de $\frac{3}{4}$ de pulgada). En el *estadio II* se puede dar cualquiera de las siguientes condiciones: el tumor puede ser inferior a 2cm de ancho y el cáncer se puede extender a los ganglios linfáticos debajo del brazo; el tumor puede tener entre 2 y 5 cm (alrededor de $\frac{3}{4}$ pulgadas a 2 pulgadas) con o sin propagación a

los ganglios linfáticos debajo del brazo; y el tumor puede ser mayor a 5 cm, pero no haberse propagado a los ganglios linfáticos debajo del brazo. En el *estadio III*, el tumor en la mama es superior a 5 cm de ancho y se ha extendido ampliamente a los ganglios linfáticos que se encuentran debajo del brazo, o se ha propagado a otros ganglios linfáticos o tejidos cerca del seno. Por último, en el *estadio IV* el cáncer se ha diseminado a partir de la mama a otras partes del cuerpo; y en aproximadamente 75% de los casos el cáncer se ha extendido a los huesos. La enfermedad en esta etapa se considera incurable y crónica, y la utilidad de los tratamientos es limitada; los objetivos en esta fase es la estabilización de la enfermedad o frenar la progresión de ésta (A.D.A.M., 2006).

Por último, los principales tratamientos para el cáncer de mama son la *cirugía*, que pueden ser de dos tipos: tumorectomía, que es un procedimiento de conservación, que consiste en la extirpación del tumor dejando la mayor parte del seno; y la mastectomía, que puede ser total o radical. Una mastectomía total involucra la eliminación de toda la mama y, a veces, los ganglios linfáticos bajo la axila. En una mastectomía radical se elimina la mama, los músculos del pecho, todos los ganglios linfáticos debajo del brazo, y algunos adicionales de grasa y la piel. Otros tratamientos también usados con frecuencia para este tipo de cáncer son la *radiación*, *quimioterapia*, que han sido explicados en el apartado anterior y la *hormonoterapia* que actúa bloqueando el estrógeno que causa la proliferación celular, se utiliza en pacientes con receptores hormonales positivos. Usualmente la terapia combinada es la más requerida y la elección para el tipo de tratamiento está determinada por muchos factores, entre ellos, la edad del paciente, la condición de la menopausia, el tipo de cáncer (ductal vs lobulillar), su etapa, y si el tumor contiene o no hormonas receptoras (A.D.A.M., 2006).

Hay que considerar que estos tratamientos son definidos como locales o sistémicos. La cirugía y la radiación son considerados tratamientos locales porque tratan directamente al tumor, la mama, los ganglios linfáticos y otras regiones específicas; la cirugía es generalmente el tratamiento inicial estándar. Asimismo, la quimioterapia es considerada un tratamiento sistémico porque afecta a todo el cuerpo. Se señala también que alguna o todas de estas terapias pueden utilizarse por separado o, la mayoría de las veces, en diferentes combinaciones; por ejemplo, radiación sola o con quimioterapia u hormonoterapia pueden ser beneficiosas antes de la cirugía si es que el tumor es muy grande o si es que no puede

eliminarse fácilmente (A.D.A.M., 2006).

Aspectos psicosociales asociados al cáncer de mama

La identificación de los factores psicosociales que condicionan la adaptación del paciente de cáncer a su enfermedad es de gran interés, porque, como se mencionó en los apartados anteriores, la incidencia de este mal es alta y las tasas de supervivencia aumentan cada día; además, su misma naturaleza crónica contribuye a afectar el bienestar psicológico de las personas que las padecen. En consecuencia, el análisis de tales factores y su efecto sobre la calidad de vida del paciente se torna cada día más importante (Rodríguez-Marín, García del Castillo y Terol, 2009; Dimatteo y Martin, 2002).

Al respecto, Cruzado (2009) refiere que la mujer que padece de cáncer de mama se enfrenta a una serie de fases del proceso sanitario, como el diagnóstico y tratamiento, que generan fuentes potenciales de estrés, perjudicando la calidad de vida. En cuanto al diagnóstico, el autor refiere que las reacciones emocionales son variables y están influenciadas por muchos factores, entre lo que se cuenta la edad, ya que, las mujeres más jóvenes por lo general responden con mucha más ansiedad, suelen requerir más información, sienten mayor temor no sólo por su vida, sino por su sentido de feminidad, imagen corporal, fertilidad, cuidado de sus hijos, proyectos vitales y situación económica (Cruzado, 2009).

Asimismo, el tratamiento de esta enfermedad puede traer efectos psicológicos muy fuertes, ya que, la cirugía puede provocar el desfiguramiento corporal (como la extracción total del seno), así como, la quimioterapia y radiación pueden generar dolores y malestares tanto físicos como emocionales. A su vez se presenta, por lo general, enormes dificultades financieras que conllevan a una fuerte preocupación tanto para los pacientes como familiares (Dimatteo y Martin, 2002). Los autores refieren que es importante que los pacientes trabajen duro para mantener la imagen que tienen de sí mismos, participen activamente en sus trabajos, y en el mantenimiento de los vínculos familiares y sociales a lo largo del tratamiento, pues esto les ayudará en el mantenimiento de su calidad de vida (Dimatteo y Martin, 2002).

Se debe tener en cuenta, además, que una vez finalizados los tratamientos, los pacientes oncológicos deberán enfrentarse con las repercusiones psíquicas y sociales del cáncer; en muchos casos la sensación de control de la enfermedad se dispersa y se generan una serie de miedos y angustias (Solana, 2005).

Andersen y Golden-Kreutz (1998) refieren que existen diferencias en los patrones de angustia emocional que se da en esta enfermedad; por ejemplo, diferentes investigaciones han sugerido que las pacientes con cáncer de mama, así como de cuello uterino, son significativamente menos deprimidas, ansiosas y hostiles, debido posiblemente a que perciben su enfermedad como menos grave a diferencia de aquellas mujeres que padecen de otras formas de cáncer como de pulmón, gastrointestinal, cabeza y cuello.

Estos autores señalan que diversas conclusiones han surgido sobre las personas que perciben su enfermedad como grave o que tienen una sensación de pesimismo acerca de su vida. Por ejemplo, refieren que en una investigación hecha por Carver (1994, citado en Andersen y Golden-Kreutz, 1998) se encontró que el pesimismo general (en comparación con el optimismo) en el momento del diagnóstico predice índices más pobres de bienestar (relacionado al estado de ánimo y satisfacción vital) un día antes de la cirugía, así como, en tres, seis y doce meses seguidos longitudinalmente. Este estudio indica, además, que las respuestas emocionales en el momento del diagnóstico inicial de aquellas personas se caracterizan por niveles significativamente altos de depresión e ira.

Por otro lado, Dimatteo y Martin (2002) refieren que las personas buscan, por lo general, diversas explicaciones para dar sentido a los problemas y situaciones difíciles que puedan surgir con el fin de sentir una mayor sensación de control en sus vidas; sobre todo cuando se trata de entender una enfermedad como el cáncer. Es así, por ejemplo, que muchas mujeres se culpan a sí mismas por el desarrollo de esta enfermedad y asumen la responsabilidad de ella; y esta auto-culpa puede tener consecuencias tanto positivas como negativas para la adaptación. Si bien algunas personas al culparse se deprimen, otras la utilizan para motivarse y tomar acciones positivas. Dichos autores afirman que un estudio reciente ha examinado la relación entre la auto-culpa, depresión y ansiedad en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer de mama, y los resultados revelan que las personas que se culpan a sí mismos presentan niveles más altos de angustia emocional reflejados en depresión y ansiedad a los seis meses y al año de haber sido diagnosticados, afectando

considerablemente su calidad de vida. En cambio, los estudios que relacionan al optimismo con el cáncer de mama y el proceso de adaptación al mismo dentro de los primeros seis meses de diagnóstico, encontraron que el optimismo tiene que ver con menos angustia emocional en el momento del diagnóstico, así como seis meses después. Las mujeres que eran más pesimistas tienden a retraerse socialmente lo que aumenta su angustia durante los primeros seis meses de haber recibido la noticia (Dimatteo y Martin, 2002).

Mussi (2004) afirma que en una situación de afrontamiento de la enfermedad cancerosa, se ha demostrado que la expresión de emociones como la ira, la cólera y la presentación de actitudes de espíritu de lucha y de ganas de vivir han frenado el posterior curso y evolución del cáncer. Al contrario, las personas que aceptan estoicamente la enfermedad y manifiestan conductas de resignación y de inhibición de emociones, sin estallar emocionalmente y sin presentar explosiones afectivas, han acelerado el proceso neoplásico y ha sido imposible su recuperación. En este sentido, las investigaciones refieren que uno de los estados psicológicos que está asociado al cáncer es la depresión; este estado así como la indefensión han servido como predictores del resultado de biopsias y en la recurrencia del cáncer de mama (Mussi, 2004).

Asimismo, Delahanty y Baum (2001) refieren que los amplios cambios a nivel fisiológico, conductuales, cognitivos y emocionales asociados con el estrés pueden afectar el cáncer de mama a varios niveles; por ejemplo, señalan que el estrés puede tener efectos directos sobre las defensas inmunitarias y el tumor en sí mismo; es decir, puede hacer que aumente su crecimiento o haga metástasis; asimismo, puede incrementar el uso de drogas, alcohol o tabaco, y como resultado de ello podría generar el consumo de dietas poco saludables, problemas para dormir, y estar asociado a la escasa realización de actividades o ejercicios físicos; así como, podría inhibir la detección y prevención temprana de este tipo de cáncer, disminuyendo la probabilidad de que una mujer se haga el auto examen mamario, o que se realice mamografías regulares, dando lugar a un retraso en la búsqueda de tratamiento y a un peor pronóstico. Lerman y colaboradores (1993, citado en Delahanty y Baum, 2001) han encontrado en sus investigaciones que las personas que sufren de estrés tienen menos probabilidades de adherirse a las recomendaciones de su doctor, así como, a las prescripciones u órdenes médicas; impidiendo así estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar el problema de salud (Ortiz

y Ortiz, 2007).

Die Trill y Die Goyanes (2003) refieren que el tipo de tratamiento administrado para controlar el cáncer de mama y sus efectos secundarios a corto y largo plazo influyen en la respuesta psicológica a la enfermedad. Por ejemplo, algunas mujeres indican que prefieren pasar por otra cirugía antes de continuar recibiendo quimioterapia debido a los efectos secundarios que han sufrido con ésta. Asimismo, las supervivientes de un cáncer de mama tratadas con quimioterapias presentan niveles más elevados de temor a la recidiva que aquellas que no han sido tratadas con quimioterapia. Una posible explicación sería que las mujeres que han recibido tratamiento coadyuvante piensan que su enfermedad es más grave o está más avanzada, motivo que justificaría la administración de la quimioterapia y, consecuentemente, produciría un mayor temor a que vuelva a reaparecer la enfermedad (Die Trill y Vecino, 2003).

Otra variable psicosocial a tener en cuenta en la incidencia del cáncer es el apoyo social. Taylor (2003) refiere que un apoyo eficaz es importante para los pacientes con cáncer no solo porque mejora la adaptación psicológica a la enfermedad, favoreciendo a la calidad de vida, sino también, porque puede mejorar las respuestas inmunológicas contra el cáncer. Asimismo, Paredes (2003) señala que el funcionamiento emocional de las pacientes durante la enfermedad mejora en la medida que la efectividad en su soporte social sea mayor.

Por último, es importante señalar que el diagnóstico de cáncer afecta de manera significativa la sexualidad y el aspecto íntimo de una relación de pareja debido a que el funcionamiento sexual del paciente se ve vulnerado por diversos factores como el cambio de la representación corporal, sobre todo si se requiere cirugía y si ha habido algún tipo de desfiguramiento como en el caso del cáncer de mama; el funcionamiento sexual también puede estar directamente afectado por los tratamientos como la quimioterapia, e indirectamente afectado por la ansiedad y depresión los cuáles reducen el deseo sexual (Taylor, 2003).

Calidad de vida en pacientes con cáncer

En las últimas décadas el concepto de calidad de vida se ha convertido crecientemente en un área de especial interés para la investigación y aplicación en los campos de educación y educación especial, salud (física y comportamental), servicios sociales (retraso mental, discapacidades intelectuales y personas mayores), y familias; por tanto, es necesario entender su significado semántico y empleo en todo el mundo (Schalock, 2003). El autor refiere que respecto a su significado, *calidad* nos hace pensar en excelencia o en criterios de exquisitez asociados con características humanas y con valores positivos, como la felicidad, el éxito, la riqueza, la salud y la satisfacción; y *de vida* indica que el concepto concierne a la misma esencia o a aspectos especiales de la existencia humana.

En la misma línea, Carpio (2001) define a la calidad de vida como

“la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socio-culturales y psicológicas de los individuos, estado que define el modo en que éstos se ajustan a las situaciones cotidianas en que su comportamiento, como modo de existencia práctica, tiene lugar; así como, los resultados que dicho ajuste tiene sobre el ambiente y sobre el propio organismo” (pp 30).

Refiere que para hablar sobre dicho concepto es importante mencionar que se encuentra ligada con el desarrollo alcanzado por sus grupos sociales de referencia; y el grado de desarrollo alcanzado por una sociedad debe ser estimado atendiendo no solamente a los indicadores macroeconómicos que describen el estado general de la economía de una nación o grupo social, sino también, y de manera fundamental, en función del estado que guarda la existencia concreta de los individuos que la conforman (Carpio, 2001).

Schalock (2003) nos señala que actualmente no existe un criterio uniforme y objetivo para evaluar la calidad de vida, y los investigadores parecen coincidir en que la evaluación subjetiva ha de tener en cuenta las percepciones individuales sobre experiencias vitales en áreas como las relaciones, las actividades en la comunidad, el bienestar físico y material, el desarrollo personal, la satisfacción y la felicidad. El aspecto clave del consenso es que en la actualidad ningún autor omite la inclusión de una dimensión subjetiva en cualquier formulación de la calidad de vida, y que los modelos típicos presentan la calidad de vida

subjetiva como un aspecto fundamental. Schalock propuso lograr un acuerdo en las dimensiones e indicadores fundamentales para este constructo que pudieran ser medidos a tres niveles: personal, funcional u objetivo y social; sugiriendo además que hay tres niveles del sistema que afectan a nuestra calidad de vida: el *microsistema* o contexto social inmediato, como la familia, hogar, grupo de pares, y lugar de trabajo, que influye directamente en la vida de la persona; el *mesosistema* o vecindario, comunidad, agencias de servicios y organizaciones, que determinan el funcionamiento del microsistema; y el *macrosistema*, o los patrones culturales más amplios, tendencias sociopolíticas, sistemas económicos, y otros factores relacionados con la sociedad, que afectan directamente a nuestros valores, creencias y al significado de palabras y conceptos.

Al tener en cuenta estas definiciones e indicadores surge la necesidad de estudiar la calidad de vida en personas que padecen de enfermedades crónicas, en especial cáncer, porque en ellos se da un quiebre importante en el estado de salud, que es una variable esencial de la calidad de vida (Rodríguez, 1995). Esta necesidad se ve sostenida primero porque hay documentación exacta de cómo el cáncer afecta en las actividades laborales, sociales y personales, así como, en actividades generales de la vida cotidiana; proporcionando una base importante para las intervenciones diseñadas para mejorar la calidad de vida (Taylor, 2003). La autora señala que en segundo lugar, la medición de este constructo puede ayudar a identificar los problemas más comunes en pacientes con estas enfermedades; una medición de este tipo podría, por ejemplo, identificar si el funcionamiento sexual es un problema para pacientes con un determinado tipo de cáncer, o si la depresión es más común para personas con otro tipo de neoplasia. En tercer lugar, permite evaluar las medidas frente a los efectos de los tratamientos sobre la calidad de vida; por ejemplo, si algún tipo de tratamiento contra el cáncer genera decepcionantes tasas de supervivencia y produce efectos secundarios adversos, es necesario evaluar si el tratamiento es más nocivo que la propia enfermedad. La medición de la calidad de vida ha hecho posible así, la evaluación del impacto de las terapias desagradables e identificar algunos de los factores determinantes de la mala adherencia a los tratamientos. En cuarto lugar, la información sobre este tema puede ser utilizada para comparar diferentes tipos de tratamientos; por ejemplo, si dos terapias producen aproximadamente un equivalente en cuanto a tasas de supervivencia pero una baja calidad de vida, esta información puede ser

integrada en las decisiones sobre qué tratamientos usar con los pacientes. Finalmente en quinto lugar, Taylor refiere también, que la información sobre la calidad de vida puede ayudar en la toma de decisiones para maximizar el plazo de supervivencia con la más alta calidad de vida posible.

Al respecto, Robles (2004) refiere que la mayoría de pacientes con cáncer sobrevive a un periodo significativo como resultado de los avances en el diagnóstico y tratamiento oportunos, por tanto, señala que los profesionales de la salud además de prolongar la vida del paciente deben ocuparse por reducir los síntomas asociados con la enfermedad (dolor vinculado con un tumor), no causar efectos secundarios indeseables (náusea y vómito relacionados con la quimioterapia), y transmitir habilidades para que la persona regrese a un estilo de vida normal. Asimismo, Die Trill y Vecino (2003) refieren que hoy en día se hace más hincapié en las necesidades psicosociales a largo plazo de esta nueva y creciente población de supervivientes que ahora, se enfrenta a nuevos retos, entre los cuales se encuentran disfrutar de la vida y adaptarse a ella habiendo padecido una enfermedad potencialmente mortal.

Teniendo en consideración lo antes dicho, Robles (2004) refiere que es de suma utilidad relacionar el concepto de calidad de vida con el de salud, definiéndolo como el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones, que es influido por las enfermedades, lesiones o tratamientos. De esta manera, la calidad de vida relacionada con la salud se ha convertido en una forma de evaluación de los beneficios y consecuencias de las intervenciones terapéuticas para enfrentar una enfermedad (Robles, 2004).

Al tomar en cuenta lo anterior, Font Guiteras (2000) refiere que para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer hay que tener en cuenta diferentes niveles como el *físico*: se refiere a los síntomas de la enfermedad y a las consecuencias vivenciales de la toxicidad de los tratamientos. El nivel *funcional*: es uno de los niveles más relevantes de la calidad de vida y hace alusión a la capacidad de los pacientes para realizar sus actividades más cotidianas como la capacidad de desplazarse, la capacidad de auto cuidado, y la capacidad laboral. Otro nivel es el *social y familiar*: esta dimensión es considerada de gran importancia porque puede ser fuente de problemas y soluciones para los pacientes con cáncer. El autor menciona sobre este nivel que ante enfermedades crónicas amenazantes y

de difícil manejo emocional como el cáncer se puede producir la muerte social de forma muy prematura a la muerte física, ya que, los amigos se cansan de hacer visitas, el otro miembro de la pareja no sabe cómo actuar para continuar dando ánimos, etc. Los posibles problemas económicos (pérdida de empleo o de capacidad laboral) relacionados con la salud se incluyen también en este nivel. Por último, sobre el nivel *psicológico*, se refiere al estado mental, cognitivo y emocional de un individuo y refleja el impacto del diagnóstico del cáncer, la progresión de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos en el bienestar subjetivo de los pacientes.

Al respecto, Gudas y Smith (1998, citado en Paredes, 2003) señalan que el cáncer de mama genera en las mujeres que la padecen una serie de repercusiones físicas, psicológicas y sociales en su calidad de vida. Afirman que las mujeres pueden verse emocionalmente afectadas por la cirugía, el temor a la recurrencia y aspectos relacionados a sus niveles de autoconcepto o autoimagen, cualquiera sea su estadio de enfermedad.

De igual modo, Deshields, Reschke, Walker, Brewer y Taylor (2007) mencionan que incluso cuando el tratamiento para el cáncer de mama resulte exitoso, los cambios en el cuerpo pueden afectar la imagen corporal y el bienestar emocional de las pacientes. Además, la investigación realizada por dichos autores ha mostrado que las tasas de depresión y ansiedad, tras el tratamiento del cáncer de mama, varían según el tipo de cirugía (radical o de conservación), y que los resultados cosméticos, en particular, son importantes para el ajuste. Asimismo, Velásquez (1997) refiere en su investigación que la mastectomía genera dificultades para realizar esfuerzo físicos importantes durante los primeros seis meses de la operación, y menciona, además, que hay diferencias estadísticamente muy significativas en los sentimientos de nerviosismo, preocupación y depresión antes de la mastectomía, que pueden ser entendidos frente al temor de muerte que genera inicialmente el diagnóstico de cáncer.

Por último, un estudio realizado por Beckjord y Compas (2007) investigó la calidad de vida sexual en una muestra de 191 pacientes nuevos de cáncer de mama, de los cuales el 60% de la muestra indicó que se produjo un deterioro en la calidad de vida sexual producto de la enfermedad. Asimismo, se demostró que una pobre calidad de vida física, sumada a la quimioterapia, y a los síntomas depresivos previos al diagnóstico de la enfermedad, se asocian con una peor calidad de vida sexual durante el tratamiento.

Religiosidad y su impacto en la salud

Por muchos años diversos psicólogos e investigadores han utilizado los términos *religión*, *religiosidad* y *espiritualidad* de manera indistinta, pero hoy en día se hace un intento por diferenciarlas y entender su importancia y significado de manera particular, teniendo en cuenta que estos tres conceptos son multidimensionales. Al respecto, Zinnbauer y Pargament (2005) señalan que tradicionalmente los psicólogos consideraban a la religión como un constructo de banda ancha donde los fenómenos religiosos y espirituales se subsumían bajo el amplio alcance de este constructo, y esto ocasionaba que los términos religión y espiritualidad se utilizaran indistintamente como sinónimos.

Actualmente, Pargament y Mahoney (2002) señalan que en las últimas décadas se ha hecho un esfuerzo por distinguirlas y contrastar estos dos términos. Es así que estos investigadores han sugerido que la religión es *institucional, dogmática y restrictiva*, mientras que la espiritualidad es *personal, subjetiva, y conlleva a una mejora de vida*. Por otra parte, señalan que tanto la religión como la espiritualidad pueden expresarse individual y socialmente, y ambos tienen la capacidad para promover u obstaculizar el bienestar personal.

Por lo tanto, si la religión es lo dogmático y lo institucional; es un sistema de creencias con carácter objetivo, por ejemplo, pertenecer a la religión judeo-cristiana y compartir los dogmas de esa determinada creencia; la espiritualidad es una experiencia subjetiva frente a la vida, indistintamente de pertenecer o no a una determinada religión, se refiere a una condición humana en un contexto más amplio y trascendente. Por consiguiente, la religiosidad vendría a ser la *práctica* de lo sagrado, de lo institucionalizado, del dogma, es la *creencia y práctica* de una tradición en particular, y dichas prácticas podrían fortalecer la espiritualidad de una persona, siendo este concepto el que se va a utilizar para el presente estudio (Zinnbauer et al; 2005).

Al respecto, Pargament y colaboradores (1998, citado en Hamann, 2004) señalan que las prácticas y las creencias religiosas están con frecuencia involucradas en el proceso de lidiar con elementos estresantes de la vida diaria, e influyen en la manera cómo la persona puede afrontar una enfermedad, una tragedia, la transición a la adultez, el matrimonio, y otros momentos importantes a lo largo de la vida.

Por otro lado, Paloutzian (1996) refiere que Glock en 1962 desarrolló un esquema del

compromiso religioso ubicándolo en cinco dimensiones: las creencias, prácticas, sentimientos, conocimientos y los efectos. En cuanto a las creencias religiosas (la dimensión ideológica), el autor se refiere a aquellas creencias que se consideran como parte de una religión, y cuán firmemente se pueden mantener; está relacionado a las bases para el dictamen intelectual y a la manera en que estas principales creencias influyen en la vida de una persona. En cuanto a las prácticas religiosas (dimensión ritual) Glock hace mención al conjunto de comportamientos que se espera de una persona que declara creer en una religión determinada; el énfasis está en los actos específicos que forman parte de la religión en sí, esto incluye actos tales como la asistencia a servicios religiosos, la oración, el ayuno y la participación de los sacramentos. En cuanto al sentimiento religioso (la dimensión de la experiencia) el autor señala que tiene que ver con el mundo interior y emocional de la persona; la sensación de esta dimensión incluye aspectos tales como el deseo de creer en alguna religión, el temor de no ser religioso, el sentido de lo físico, lo psicológico, lo espiritual y el bienestar que deriva de las creencias. Sobre el conocimiento religioso (dimensión intelectual) se refiere a la información que se tiene sobre una fe determinada; es la información que se tiene sobre el origen, la historia y las escrituras de una religión. Por último, los efectos religiosos (dimensión de las consecuencias) se consideran al comportamiento y al sentido que la religión tiene sobre las otras facetas no religiosas en la vida diaria de una persona; por ejemplo, un alcohólico que deja de beber poco después de una conversión religiosa. En general, el patrón de comportamiento moral de una persona o los hábitos personales pueden ser guiados por las creencias religiosas, aunque estas acciones no sean aspectos de la práctica religiosa en sí.

Al respecto, Spilka, Hood, Hunsberger y Gorsuch (2003) señalan que además de las dimensiones de Glock es posible desarrollar derivados de estas categorías para la comprensión de la religión; diferenciándolas en categorías personales e interpersonales. Este sistema es más limitado en su enfoque que el de Glock pero puede ser útil cuando se quiere detallar las prácticas religiosas, porque la religión es al mismo tiempo única para cada persona y, sin embargo, parte de una comunidad. Es así como estos autores subdividen a la religión en dos áreas: *personal*: la oración, la lectura de las Escrituras y la meditación; e *interpersonal*: adoración o veneración con grupo de personas, comité de participación y prestación de apoyo social.

Paloutzian (1996) refiere que las personas tienen una necesidad de realización y el hecho de tener una fe madura es una forma de satisfacer esta necesidad; este autor señala que la religión puede tener expresiones positivas como negativas; en un caso, la religión puede proporcionar un sentido de realización y de integridad para la persona, pero por otro lado, la religión puede proporcionar un conjunto rígido de normas que restringen la libertad y el crecimiento individual.

Al respecto, Rule (2006) menciona que varios estudios han demostrado que las personas que practican una religión tienen un mayor nivel de satisfacción con la vida que aquellos que no tienen una participación religiosa. Refiere, por ejemplo, que Ellison (1991) ha comprobado en una investigación hecha en los Estados Unidos, que una fuerte creencia religiosa mejora la percepción cognitiva y afectiva de la calidad de vida; y que las personas con afiliación a una iglesia dicen contar con una mayor satisfacción con la vida que aquellos que no tienen una afiliación religiosa; asimismo, Kim (2007) también demostró que tanto la fuerza de la fe en Dios y la frecuencia de lectura de las escrituras religiosas se correlacionan con mayores niveles de satisfacción en todos los campos de la vida. En el mismo sentido, Rule menciona que en una investigación realizada por Ferris (2002) indicó una relación significativa entre la frecuencia de asistencia a la iglesia y la evaluación de la propia felicidad; del mismo modo, Francisco y colaboradores (2004) también han corroborado varios estudios anteriores donde se ha señalado que hay una importante relación positiva entre religiosidad y felicidad (citado en Rule, 2006).

Por otro lado, Spilka y colaboradores (2003) señalan que cuando la enfermedad es muy grave y potencialmente mortal, como en el caso del cáncer, se puede esperar que las personas acudan a una religión para invocar por el pronto restablecimiento de la salud, pretendiendo recibir un efecto revelador. Además refieren que, en la medida en que los pacientes con cáncer sienten que Dios controla las cosas, su sentido de amenaza a la vida disminuye y su autoestima mejora. Una orientación religiosa intrínseca también contrarresta los sentimientos de ira, hostilidad y aislamiento social; además, los pacientes pueden recibir mucho apoyo social de sus correligionarios (Spilka et al, 2003).

Estos autores refieren además que cuando una madre contrae cáncer (siendo el de mayor incidencia el cáncer de mama) la hija a menudo se preocupa por llevar el gen de la enfermedad. Así vemos que la respuesta de la madre por lo general es la culpa, y hay una

preocupación tanto de la madre como de la hija por la mutilación producto de la mastectomía; la religión es con frecuencia aplicada en estos casos para amortiguar el golpe físico y psicológico.

El Instituto Nacional del Cáncer en España (2008) refiere que diversos estudios han demostrado que la religión y la espiritualidad se relacionan significativamente con medidas de adaptación y adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer. Los mecanismos religiosos y espirituales de adaptación se han relacionado con índices inferiores de incomodidad, así como, con menos hostilidad, ansiedad y aislamiento social en pacientes con cáncer, y en los familiares encargados de su cuidado. Refieren además que características específicas de creencias religiosas sólidas como esperanza, optimismo y satisfacción por la vida se han asociado con una mejor adaptación al momento de recibir el diagnóstico. Asimismo, la forma en la que se maneja los asuntos religiosos puede influir en la calidad de vida de las personas; por ejemplo, mencionan que en un estudio cruzado multiinstitucional con 170 pacientes con cáncer avanzado, se vinculó la forma positiva en que se manejan los asuntos religiosos (como la apreciación benevolente de la religión) con una mejor calidad de vida; en contraste, cuando se utilizan métodos negativos para manejar los asuntos religiosos (como el estar enojado con Dios) se asoció con una calidad de vida más pobre (Instituto Nacional del Cáncer, 2008).

De la misma manera, Ringdal (1996) investigó la relación entre la religiosidad, la calidad de vida y supervivencia entre los pacientes con cáncer. Los resultados se obtuvieron de una muestra de 253 pacientes oncológicos, hospitalizados y se halló que hay una asociación negativa entre la religiosidad y el sentido de amenaza, y una asociación positiva entre la religiosidad y satisfacción general con la vida.

Por último, la literatura científica menciona que las personas, ya sea que tengan una enfermedad grave en general, o de manera específica, el cáncer, necesitan sentirse activos (poder hacer algo constructivo) para hacer frente a su enfermedad. Como ya se ha señalado, la oración y las estrategias de afrontamiento cognitivo pueden ser útiles tanto en la reducción del dolor como en el curso de la misma enfermedad.

Planteamiento del Problema

El cáncer de mama afecta a millones de mujeres de diversas edades en todo el mundo, siendo la etapa de mayor vulnerabilidad la adultez media y tardía. Unas de las fases más estresantes de este proceso son recibir el diagnóstico y el tratamiento, cuya posible consecuencia, de esta última, puede ser la necesidad de realizar una extirpación total del seno cuando el tumor maligno no es detectado a tiempo, o también pueden recibir intensos medicamentos para combatir el tumor. Por ello, como lo señalan Toledo, Barreto, Pascual y Ferrero (1993, citado por Paredes, 2003), el impacto del diagnóstico y tratamiento puede generar perturbaciones a nivel afectivo, corporal y psicológico ya que la enfermedad no sólo amenaza a la integridad física, sino también, genera un fuerte sentimiento de vulnerabilidad emocional e incertidumbre debido a los cambios corporales, alteración del estado anímico, estilos de vida, y perturbaciones en la vida social y laboral. Debido a ello, la calidad de vida se ve afectada ya que ésta consiste en un sentimiento de satisfacción, un estado de ánimo positivo determinado por elementos de índole psicológico y/o conductual, que se da tanto por la interpretación del sujeto, como por la presencia de condiciones externas objetivas; y en este caso el cáncer estaría atentando contra este bienestar (Rodríguez, 1995).

Investigaciones de las últimas décadas, como la de Spilka y colaboradores (2003), mencionan además que las personas que sufren de alguna enfermedad crónica o grave como el cáncer intentan dar un sentido y significado a sus vidas valiéndose muchas veces de la religión para contrarrestar el dolor y sufrimiento. Al respecto, Taylor (2001) refiere que la religión cumple diferentes funciones psicológicas tanto en la vida cotidiana como en las situaciones de crisis que atraviesan las personas, pudiendo ser entendida como un factor protector cuando ésta permite a la persona con alguna enfermedad aferrarse a elementos que le otorguen sentido a aquello que vive y le brinde apoyo para sobrellevarlo, pero también, puede ser un elemento negativo para la salud mental cuando se da una dedicación absoluta a la religión en desmedro del propio cuidado personal, o cuando se tiene la percepción de estar siendo castigado por Dios.

Hoy en día son variadas las investigaciones a nivel mundial, como la de Ferris, que demuestran una relación significativa entre las creencias y prácticas religiosas, y la calidad de vida, advirtiendo que la realización de dichas prácticas en pacientes crónicos se asocia

con un mayor nivel de satisfacción y felicidad (2002, citado por Rule, 2006).

En nuestro medio, sin embargo, no hay estudios previos al respecto, por tanto, resulta importante tratar de entender de qué manera las prácticas religiosas, que son tan frecuentes en la población femenina de nuestra sociedad (INEI, 2008), pueden relacionarse con la calidad de vida en pacientes oncológicos.

Es importante mencionar, además, que este estudio está orientado a describir la religiosidad en un grupo determinado de pacientes tomando en cuenta las dimensiones desarrolladas en el apartado anterior; por tanto, muestra interés por conocer no sólo las prácticas, sino también, intenta explorar cualitativamente, qué tan importante son las creencias y el sentimiento religioso en nuestras participantes.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se cree necesario investigar cómo es la calidad de vida en mujeres que actualmente padecen de cáncer de mama, y cómo se relaciona con las creencias, sentimientos y prácticas de actividades religiosas, en tanto se considera que pueden repercutir en el impacto de la enfermedad.

Esta reflexión permite plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la religiosidad en un grupo de pacientes con cáncer de mama?

Objetivo general:

Determinar si existe relación entre la calidad de vida y la religiosidad en pacientes con cáncer de mama de un hospital general de Lima Metropolitana y de ser así, indicar cómo es esta relación.

Objetivos específicos:

1. Describir la calidad de vida de un grupo de pacientes con cáncer de mama, en base a las ocho dimensiones propuestas por el SF-36.
2. Describir las prácticas religiosas de un grupo de pacientes con cáncer de mama.
3. Identificar y describir las posibles relaciones significativas de cada una de estas dos variables con las variables socio-demográficas y de enfermedad.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

La presente investigación es de tipo *correlacional* porque describe la relación entre dos variables, calidad de vida y religiosidad, sin tratar de atribuir a una el efecto observado en la otra (Kerlinger y Lee, 2002). De esta manera, a partir de la descripción de ambos constructos se busca conocer las posibles asociaciones que se puedan dar entre ellas y otras variables de la muestra.

Asimismo, el diseño es *no experimental* porque se observa el comportamiento de las variables tal y como se presentan en su contexto natural sin manipularlas deliberadamente, y *transeccional* porque la recolección de datos se da en un tiempo único y se busca analizar la incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Participantes

Población

La población estuvo constituida por pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer de mama del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) que acuden a consulta externa, y según los datos estadísticos hasta setiembre del 2008 corresponden a 1377 casos. De esta población se escogió a 50 representantes que cumplieron con los criterios establecidos por el investigador.

Tipo de Muestreo

Para la presente investigación se realizó un muestreo no probabilístico intencional (Kerlinger y Lee, 2002), ya que, al ser la población en estudio muy variable, seleccionamos los casos que son característicos y típicos de dicha población. Asimismo, para poder seleccionar a las participantes se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Estadio de la enfermedad: se incluyó a las pacientes que se encontraron entre la fase 1 y 4 de la enfermedad, siempre y cuando no estuvieran recibiendo cuidados paliativos.
- Edad: entre 30 y 70 años. Las investigaciones señalan que este tipo de cáncer se desarrolla entre este rango de edad y las estadísticas del INEN informan lo mismo (530 casos nuevos anuales caen dentro de este rango)
- Tiempo de tratamiento: De tres meses a tres años de tratamiento. Esto permite que las pacientes ya estén familiarizadas con el diagnóstico, evitando el shock emocional de las primeras semanas de haber recibido la noticia, y porque durante este tiempo las pacientes siguen yendo a consulta externa de forma continúa para hacerse sus controles.
- Que no haya comorbilidad con otras enfermedades crónicas como diabetes o enfermedades coronarias, cuyos síntomas y efectos no puedan ser explicados por el cáncer de mama.

Característica de la muestra

La recolección de la muestra duró cerca de dos meses aproximadamente, y quedó constituida por 50 pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que tienen entre 30 y 70 años, siendo 46 la edad más recurrente ($M=50,72$; $DS=8,28$). En cuanto a los datos demográficos (ver tabla 1), tenemos que el 58% de participantes nacieron en provincias y 42% en Lima. Sin embargo, se observa que el 66% de mujeres actualmente viven en la capital, y tan sólo 34% siguen viviendo en sus lugares de origen.

Asimismo, se encuentra que el 50% de participantes mantiene una relación de pareja como casadas o convivientes, frente a un 10% que son separadas, divorciadas o viudas. En cuanto al número de hijos encontramos que 42 mujeres tienen entre 1 y 8 hijos, la gran mayoría de ellas (12%) tienen 3, y 8 participantes no tienen descendencia. En la misma línea, al preguntarles por la composición familiar encontramos que el 56% de mujeres viven con sus esposos y/o hijos, 30% con otros familiares y 8% de ellas viven solas.

En cuanto al grado de instrucción se encontró que 24% de ellas tienen escolaridad incompleta y 30% han podido seguir estudios superiores. Al preguntarles sobre su ocupación actual, se halló que las que trabajan fuera de casa, 22%, se desempeñan como abogadas, profesoras y enfermeras; y sobre la religión se reportó que, aparte de la católica, un 10% profesan otras religiones como la evangélica, testigos de Jehová y el budismo.

Tabla 1. Datos demográficos

	<i>Característica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		<i>Característica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Edad	30-40	4	8	Grado de instrucción	superior	15	30
	41-50	17	34		escolaridad completa	23	46
	51-60	25	50		escolaridad incompleta	12	24
	61-70	4	8				
Lugar de nacimiento	Lima	21	42	Lugar de residencia	Lima	33	66
	Provincia	29	58		Provincia	17	34
Estado civil	soltera	20	40	Composición familiar	esposo y/o hijos	28	56
	casada/conviviente	25	50		otros familiares	15	30
	separada/divorciada/viuda	5	10		sola	4	8
Ocupación actual	Se queda en casa	39	78	Religión	Católica	40	80
	trabajo fuera de casa	11	22		otras religiones	10	20

N=50

En términos de la enfermedad (ver tabla 2), el 56% de las participantes recibieron su diagnóstico hace más de un año, 52% de las mujeres se encuentran entre el estadio III y IV, el 46% tiene antecedentes de cáncer en la familia y un 22% de pacientes, a parte del cáncer, han sufrido otras enfermedades, que no son crónicas, como tifoideas, hepatitis y úlceras.

Con respecto a los tratamientos se puede observar que el 64% de las participantes han llevado más de uno; de éstas el 50% han llevado 3 tratamientos (quimioterapia, radioterapia y cirugía) con o sin hormonoterapia. Al momento de la aplicación de los instrumentos el 34% de mujeres había iniciado estos procedimientos entre 3 y 6 meses atrás. Por último, un 20% no ha necesitado cirugía y el 34% de participantes han sido operadas hace más de un año.

Tabla 2. Datos de la enfermedad

	<i>Característica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		<i>Característica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Tiempo de diagnóstico	3 meses-1año	22	44	Estadio clínico	I - II	22	44
	más de 1año	28	56		III - IV	26	52
Cantidad de Tratamientos	solo 1 tratamiento	8	16	Tipo de tratamientos	3 tratamientos con o sin hormonoterapia	25	50
	más de 1 tratamiento	42	84		quimioterapia y cirugía con o sin hormonoterapia	11	22
					hormonoterapia y cirugía con o sin radioterapia	4	8
					Tratamiento sin cirugía	9	18
Tiempo de tratamiento	3-6 meses	17	34	Tiempo de cirugía	no hubo cirugía	10	20
	7meses- 1 año	18	36		3-6 meses	11	22
	más de 1año	15	30		7 meses-1 año	12	24
					más de 1 año	17	34
Otras enfermedades	no	39	78	Antecedentes cáncer	no	27	54
	si	11	22		si	23	46

N=50

Instrumentos

Para evaluar la variable calidad de vida se utilizó el *Cuestionario de salud SF-36*, versión española 1.4 (Junio, 1999); para la variable religiosidad se utilizó la *Escala de prácticas religiosas*, construida por Hamann en el 2004 para una investigación sobre religión y actitudes hacia el tratamiento en pacientes esquizofrénicos, y además se elaboró una *Ficha de datos personales* para evaluar de manera cualitativa otras dimensiones de la religiosidad como las creencias y el sentimiento religioso; esta ficha también se utilizó para recabar información sobre datos socio demográficos y de enfermedad.

Cuestionario de Salud SF-36, versión española 1.4 (Junio, 1999)

El Cuestionario de Salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa por Ware Jr. y Sherbourne, en Estados Unidos, para su uso en el Medical Outcomes Study (MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable

tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido reportados en más de 400 artículos en todo el mundo, y la multiplicidad de estudios realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial para el campo de la CVRS (citado en Vilagut, Ferrer, Rajmil y Rebollo et al, 2005).

El cuestionario consta de 36 ítems que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones de rol por problemas físicos, limitaciones de rol por problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas 8 categorías que explora cambios experimentados en el estado de salud en el último año conocido como la dimensión: evolución declarada de la salud (Secretaría de Salud, 2006). Esta dimensión se utiliza sólo para hacer un análisis cualitativo, debido a que, cuenta con un único ítem y no posee un valor numérico transformado como las dimensiones anteriores, sino que, tiene un valor precodificado. Es así que, en esta investigación tampoco ha sido tomado en cuenta al momento de analizar la confiabilidad del instrumento, así como, para el análisis de los estadísticos descriptivos, utilizándolo sólo como referencia al momento de interpretar los resultados.

La definición conceptual que se tiene por cada dimensión es la siguiente (Instituto municipal de investigación médica, 2000):

1. *Función física*: Grado en que la salud limita las actividades físicas correspondientes al autocuidado. En este sentido, también incorpora la capacidad del sujeto para caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y realizar esfuerzos moderados e intensos. El obtener un puntaje alto en ésta, y en cada una de las dimensiones siguientes, significa que se obtiene un óptimo desempeño para cada función o rol correspondiente.
2. *Rol físico*: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la percepción de dificultad en la

- realización de actividades.
3. *Dolor corporal*: Mide la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
 4. *Salud general*: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
 5. *Vitalidad*: Sentimientos de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
 6. *Función social*: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
 7. *Rol emocional*: Grado en que los problemas emocionales, como ansiedad y depresión, interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
 8. *Salud mental*: Mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta, y el control emocional.
 9. *Evolución declarada de la salud*: Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás. Un mayor puntaje significa que se considera o cree que la salud es mucho peor ahora que hace un año, y un puntaje bajo significa que se considera que la salud actual es mucho mejor ahora que hace un año.

Este cuestionario está dirigido a personas mayores de 14 años de edad y preferentemente debe de ser autoadministrada, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios administrados y los administrados mediante entrevista (Vilagut G, et al. 2005).

El SF-36 da como resultado un perfil de dimensiones multi-ítem conteniendo de dos a diez ítems cada una, las opciones de respuestas es de tipo Likert y sólo dos áreas (limitaciones de rol: física y emocional) son dicotómicas (ver Anexo C). Las escalas de este cuestionario están ordenadas de forma tal, que a mayor puntuación, mejor es el estado de salud; así pues, para cada dimensión los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esta dimensión)

hasta 100 (el mejor estado de salud). Para realizar dicha transformación se ha utilizado una fórmula propuesta por el Instituto municipal de investigación médica (IMIM) que permite que las dimensiones sean comparables entre sí, ya que, ellas varían en cantidad de ítems y opciones de respuesta. (Vilagut G, et al. 2005).

Al considerar esta transformación de puntajes, la escala original permite describir si es que hay alta o baja calidad de vida tomando como punto de corte el puntaje 50 como valor transformado; sin embargo, no se cuenta con rangos más específicos que permitan una descripción más fina de los resultados. A pesar de ello, algunos estudios han tratado de hacer una división que permita la clasificación por rangos, como la investigación realizada por Vinaccia, Fernández, Amador, Tamayo, Vásquez, Contreras, Tobon y Sandin (2005) sobre calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable; así como, la de Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek y Medina-Moreno (1999) sobre evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36, sugiriendo puntos de corte que describan una baja, media y alta calidad de vida. En nuestro medio la primera investigación que ha utilizado esta división por rangos, tomando como referencia justamente estas investigaciones previas, es la de Salas (2009). Por tanto, se considera oportuno utilizar esta clasificación para el presente estudio: de 0 a 19 puntos representa una calidad de vida muy baja, de 20 a 39 relativamente baja, de 40 a 59 promedio, de 60 a 79 relativamente alta y, por último, de 80 a 100 representa una calidad de vida muy alta.

Por otro lado, Vilagut y colaboradores (2005) señalan que actualmente ya se ha desarrollado la versión 2.0 de la familia de cuestionarios SF-36 en español, aunque por el momento no hay datos sobre su validación y, sobre todo, no hay estudios comparativos con la versión 1. En nuestro medio la investigación realizada por Salas (2009) ha utilizado el Cuestionario de Salud SF-36 versión española 1.4, versión que también será utilizada para el presente estudio, ya que, nos sirve justamente como antecedente de validación.

Sobre las propiedades psicométricas del instrumento, los autores antes señalados refieren que la mayoría de los estudios realizados para lograr la versión española hallaron que el coeficiente de consistencia interna, Alpha de Cronbach, superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos (0,7). Las escalas rol físico, función física y rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0,90, límite recomendado para las comparaciones

individuales. La estabilidad del cuestionario se evaluó mediante la comparación de puntuaciones medias obtenidas en las dos administraciones del cuestionario (T de student) y el cálculo de las correlaciones intraclases, CCI, en el estudio realizado en pacientes con enfermedad coronaria estable. Las puntuaciones medias de la administración inicial y la realizada a las dos semanas fueron muy similares, con una diferencia marginalmente significativa para la dimensión de función física (-3,7; $p=0,04$). Los CCI fluctuaron entre 0,58 en la escala de rol emocional y 0,99 en la escala de rol físico (Vilagut G, et al. 2005).

Asimismo, la validez de constructo fue evaluada mediante comparaciones de grupo previamente definidos con diferencias esperables en CVRS, y correlaciones del SF-36 con indicadores clínicos y con otros cuestionarios de CVRS. El análisis factorial de componentes principales sobre la muestra de 9.151 individuos de la población general cumplió las hipótesis previas de 2 factores: físico y mental. Las escalas de función física, rol físico y dolor corporal tuvieron correlaciones más elevadas con el componente físico ($r>0,74$), y las escalas de salud mental, rol emocional y función social se correlacionaron más con el componente mental ($r>0,62$). Las escalas de salud general y vitalidad mostraron correlaciones significativas con ambos componentes principales; este patrón factorial demostró ser estable en diferentes países y submuestras según grupo de edad y sexo.

Por otro lado, a nivel Latinoamericano, también se han hecho investigaciones utilizando el SF-36. Colombia realizó un estudio descriptivo para adaptar culturalmente y evaluar la fiabilidad del cuestionario en mención. Los resultados que arrojaron estos análisis fueron: los datos omitidos fueron de 0% a 1,5%; las correlaciones ítem-escala superaron los 0,48; la fiabilidad fue mayor de 0,70. No hubo diferencias en los puntajes de escalas según tipo de aplicación; la fiabilidad inter-observador, que es el grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores independientes, fue mayor de 0,80; el test-retest superó el 0,70 y no mostró diferencias significativas en las dos aplicaciones. Como conclusión después de la realización de estos análisis, puede decirse que, el SF-36 es un instrumento confiable para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud después de adaptarse lingüísticamente en adultos colombianos (Lugo, García y Gómez, 2006).

De igual manera, en México se aplicó el SF-36 a 257 participantes voluntarios de una clínica médica y a un grupo control de una institución pública gubernamental con el

objetivo de establecer un perfil multidimensional del estado de salud de una población del sureste de México y analizar las propiedades psicométricas de una traducción de la Encuesta SF-36 autorizada por el Proyecto Internacional de Evaluación de Calidad de Vida. Se llegó a la conclusión que con base en los resultados de la evaluación psicométrica, la SF-36 muestra que es consistente con todos los supuestos de validez y confiabilidad en forma satisfactoria, aunque la traducción de ciertas preguntas se examinará en profundidad para determinar modificaciones subsecuentes (Zúñiga M, et al. 1999).

Para la realización de la presente investigación se aplicó un pequeño piloto con ocho participantes donde se administraron las versiones española y colombiana, con el fin de corroborar cuál de las dos alcanza una mejor comprensión lingüística para nuestra muestra. Considerando los resultados obtenidos por este piloto y teniendo en cuenta la investigación precedente en nuestro medio con la versión española, se decidió trabajar con dicha versión, ya que, semánticamente fue entendido con mayor facilidad.

Por último, al realizar la aplicación del instrumento en nuestra muestra se obtuvo un coeficiente de consistencia interna, Alfa de Cronbach, de 0,803. Al hacer el análisis de confiabilidad por cada área, se encontró que la función física tiene una fiabilidad de 0,744, rol físico de 0,810, dolor corporal de 0,907, salud general de 0,755, vitalidad de 0,809, función social de 0,784, rol emocional de 0,855 y la de salud mental fue de 0,783. Estos datos corroboran que la Escala SF-36 funciona de manera adecuada y confiable para evaluar la calidad de vida en nuestra muestra conformada por pacientes con cáncer de mama.

Escala de prácticas religiosas

Este instrumento fue construido por Hamann en el Perú, en el año 2004 para una investigación sobre *Religión y actitudes hacia el tratamiento en pacientes esquizofrénicos*. El objetivo de esta escala es conocer la frecuencia con que se realizan las prácticas religiosas desde una perspectiva general, y si bien se aplicó por primera vez en pacientes psicóticos, se considera que puede ser aplicable a otros grupos, entre ellos, en pacientes con cáncer; puesto que, el objetivo del presente estudio es conocer sobre la religiosidad de una

población determinada, y la escala responde a dicho objetivo.

Además, se utilizó este instrumento debido a que es el único que mide prácticas religiosas creado en nuestro medio; y si bien esta escala no mide todas las dimensiones de la religiosidad, si evalúa uno de sus componentes esenciales que es la práctica de actividades religiosas, que puede ser manifestada de manera personal e interpersonal, reflejándose en el contenido de los ítems. Para la evaluación de las otras dimensiones de la religiosidad, como las creencias y el sentimiento religioso, nos apoyamos en la Ficha de datos personales que brinda información de manera cualitativa permitiendo la integración con los resultados de la escala en mención.

El instrumento cuenta con siete ítems directos y el sistema de clasificación para ubicar la frecuencia en que los pacientes realizan prácticas religiosas se determinó en tres intervalos distintos: siempre – casi siempre, a veces, casi nunca – nunca (Hamann, 2004) (ver Anexo D). Para puntuar la escala se asigna un peso ordinal por cada opción de respuesta; es así que la opción siempre vale 5, casi siempre 4, a veces 3, casi nunca 2 y nunca 1. De esta manera, el puntaje máximo que el participante puede obtener en dicha escala es de 35, y el mínimo que puede obtener es 7 (G. Hamann, comunicación personal, 17 de mayo del 2009).

La validez de contenido de este instrumento se obtuvo por criterio de jueces logrando un acuerdo del 100% de ellos en relación a la pertinencia de cada ítem y a la adecuación del fraseo. La confiabilidad por consistencia interna se calculó a partir de la aplicación piloto a un grupo de treinta pacientes psicóticos obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,80, a partir de cuyos resultados se decidió mantener la totalidad de los ítems. La autora recalculó el coeficiente de alfa de Cronbach después de aplicar la escala al grupo de pacientes de la muestra, obteniendo un coeficiente de 0,79. (Hamann, 2004). De la misma manera, al aplicar esta escala en nuestra muestra se obtuvo un coeficiente de consistencia interna de 0,80, corroborando la confiabilidad del instrumento en nuestro grupo de estudio.

Al no contar esta escala con baremos no se ha podido determinar, en la muestra, que tan asiduas practicantes son las pacientes, ya que, no se cuenta con puntos de corte, por lo que se ha tenido que dar un manejo descriptivo a los resultados obtenidos.

Ficha de datos personales

Se elaboró una ficha de datos personales con el propósito de registrar información pertinente y objetiva que sea relevante para los fines de la investigación y que permita complementar la evaluación de la variable religiosidad, para ello se tuvo en cuenta los datos de filiación de la persona, datos de religión y enfermedad. Para la realización de esta ficha se tomó como referente el trabajo de Paredes (2003) quien hizo su estudio con una población con características similares en Lima.

En cuanto a los datos de filiación tenemos: edad, lugar y fecha de nacimiento, estado civil, número de hijos, lugar de residencia, tiempo de residencia en Lima, composición familiar, grado de instrucción y ocupación.

Sobre los datos de religión tenemos: religión que se profesa actualmente, personas del entorno con quien se comparte las creencias religiosas, grado en que las creencias religiosas ayudan a enfrentar los problemas actuales, participación en actividades religiosas antes del inicio de la enfermedad, valoración y trascendencia de la presencia de Dios en la vida de los pacientes. Las preguntas: *¿Mis creencias religiosas me ayudan a enfrentar los problemas que tengo actualmente? Si es así, ¿cómo me ayuda a enfrentarlas?* sirven como complemento para la Escala de prácticas religiosas, ya que, explora si las creencias intervienen en la actitud de enfrentar situaciones difíciles. Asimismo, las preguntas: *¿Qué tan importante es Dios en mi vida? y ¿por qué?* también complementa dicha escala porque explora la dimensión correspondiente al sentimiento religioso.

En cuanto a los datos de la enfermedad tenemos: qué diagnóstico tiene, tiempo que ha transcurrido de haber recibido el diagnóstico, estadio clínico, cantidad y tipo de tratamiento recibido, tiempo que lleva recibiendo el tratamiento, tiempo que ha transcurrido de haber sido operada, antecedentes de cáncer en la familia, y si hay manifestación de otras enfermedades (ver Anexo B).

Procedimiento

Para el presente estudio se presentó un proyecto de investigación al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) para que evalúen el diseño y los objetivos

del mismo. Una vez que fue aceptado este documento por el Servicio de Psicología y el Departamento de Investigación del hospital en mención se procedió a identificar a las posibles participantes, a través de la revisión de las historias clínicas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión antes descritos.

Para poder acceder a la muestra se tuvo que pedir autorización a dos instancias, al *Club de la mama* y al Departamento de Tumores Mixtos. En primer lugar se estableció contacto con las personas encargadas de la organización de dicho club, que es un grupo de ayuda creado por doctores y respaldado por ex pacientes que han padecido de este diagnóstico. Los talleres y dinámicas que se desarrollan en este espacio son llevados a cabo por especialistas invitados que brindan orientación, consejería y charlas psicológicas, creando un ambiente de confraternidad, y están dirigidos a todas aquellas mujeres que padecen de cáncer de mama.

Adicionalmente, luego de establecer el contacto con las personas encargadas para que autoricen la aplicación de las pruebas durante los días que se realizan las reuniones del Club, se procedió a conversar con una doctora de la especialidad de Tumores Mixtos para que se pueda intervenir con la aplicación de las pruebas a las pacientes que ella atiende diariamente en su consultorio; pidiendo autorización previa para tener acceso a las historias clínicas, antes de la aplicación, y verificar el cumplimiento de los criterios seleccionados.

Una vez realizados los contactos se solicitó un consentimiento informado a cada una de las pacientes que participaron en la investigación y se procedió a evaluar las variables estudiadas con los instrumentos antes mencionados. Primero se administró la Ficha de datos personales, luego el Cuestionario de Salud SF-36 y finalmente se aplicó la Escala de prácticas religiosas. Los tres instrumentos fueron tomados de manera continua en un mismo día y el tiempo destinado para completar toda la evaluación fue de 15 a 20 minutos aproximadamente.

A través del Club de la mama se pudo acceder a 26 participantes, y a través de las consultas externas, de la especialidad de Tumores Mixtos, se pudo aplicar las pruebas a 24 pacientes, llegando así a la totalidad de la muestra que es 50. En cuanto a la administración de los instrumentos la mayoría se realizaron de manera individual, a modo de entrevista; y sólo en dos ocasiones se hizo de manera grupal, en el Club de la mama, (grupos formados por 4 a 5 participantes) donde la psicóloga resolvía las dudas de las pacientes. No se

podieron realizar más aplicaciones grupales debido a factores que impedían su concentración y atención (por ejemplo, conversaban entre ellas, se distraían mirando el auditorio y saludando al resto de sus compañeras).

Por otro lado, para analizar los resultados obtenidos del cuestionario SF-36 y de la Escala de prácticas religiosas se realizaron análisis estadísticos que han sido procesados a través del programa SPSS. En primer lugar, se determinó el alfa de Cronbach para cada uno de los instrumentos para corroborar la confiabilidad en la muestra. Luego, se procedió a analizar los estadísticos descriptivos (media, desviación estándar, mediana y moda) para el reporte de los resultados de las variables calidad de vida y religiosidad de manera independiente. Posteriormente se realizó el análisis de la normalidad de los datos a través de las pruebas de Kolmogorov Smirnov, ya que se tenía un n muestral de 50; observándose una distribución no normal (ver Anexo E). Seguidamente se hizo el análisis de comparación de medias para evaluar las diferencias que cada una de las variables de estudio mostraba en función de las variables socio demográficas y de enfermedad; en este sentido, se trabajó con estadísticos no paramétricos (Spearman, U de Mann Whitney, y H Kruskal Wallis).

Finalmente, se procedió con el análisis de correlación de las dos variables de estudio, calculado a través de la prueba de Spearman. En todos los casos se trabajó con un nivel de significación $\geq 0,05$, y para la valoración del grado de correlación entre las variables se consideró el criterio de Cohen que determina que una correlación es grande si la relación es $\geq 0,5$, mediana si es $\leq 0,3$ y $\leq 0,5$; y pequeña si es $\leq 0,1$ y $\leq 0,3$.

CAPITULO III

RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación serán analizados teniendo en cuenta los objetivos planteados para el estudio. Es así que, en primer lugar, se reportarán los hallazgos encontrados referidos a la calidad de vida y posteriormente los referidos a las prácticas religiosas permitiendo la descripción de ambas variables de manera independiente. Seguidamente se analizarán los resultados de las diferencias significativas entre la calidad de vida con las variables socio demográficas y de enfermedad; de igual manera se procederá para el análisis de la religiosidad con las variables antes descritas. Por último, se hará el reporte de la correlación entre las dos variables principales del estudio, calidad de vida y religiosidad, para identificar si es que existe relación y describir como sería ésta.

Calidad de Vida en la muestra

Al realizar el análisis de los estadísticos descriptivos para las ocho dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 se puede observar en la tabla 3 que casi todas las dimensiones, con excepción de rol físico, presentan promedios por encima del puntaje 50, lo que indica que en estas áreas hay una tendencia alta a la calidad de vida. Asimismo, se observa que la dimensión función física ha alcanzado los mayores niveles de funcionalidad ($M=77,1$; $DS=16,29$), lo que representa, que en la muestra, las participantes pueden realizar todo tipo de actividades físicas incluyendo las más vigorosas, como correr, levantar objetos pesados o hacer deporte, sin límites debido a su salud.

Por otro lado, la dimensión rol físico tiene el menor puntaje ($M=37,5$; $DS=38,21$) indicando que es el área de menor funcionalidad. La salud física de las participantes está interfiriendo considerablemente en el rendimiento del trabajo y en las actividades diarias, y hay mayor dificultad para desempeñarse como antes lo hacían. Esta dimensión también muestra un alto grado de dispersión con respecto a las demás áreas, señalando que hay mucha disparidad en el grado que esta función está siendo afectada, de modo tal, que si

bien algunas participantes la conservan moderadamente adecuada, otras la tienen altamente comprometida. Asimismo, las otras dimensiones donde también se encuentran un alto grado de polarización en las respuestas (ver tabla 3) son rol emocional, función social y dolor corporal, indicando que efectivamente un grupo de pacientes se siente muy bien en estas funciones pero otro grupo está siendo afectado de manera considerable en estos aspectos, perjudicando la calidad de vida de las pacientes.

Tabla 3. *Tabla de estadísticos descriptivos*

	M	Me	D.S.	Mín.	Máx.
Función Física	77,10	80	16,29	35	100
Rol Físico	37,50	25	38,21	0	100
Dolor Corporal	59,42	62	27,34	0	100
Salud General	75,52	82	19,98	27	100
Vitalidad	67,39	65,83	21,91	15	100
Función Social	65,24	68,75	29,76	0	100
Rol Emocional	59,99	67	43,14	0	100
Salud Mental	69,68	76	20,22	12	100

$n=50$

Se puede observar también que se encontraron correlaciones significativas, directas y positivas al interior del Cuestionario SF-36 (ver tabla 4); este dato estaría demostrando que las dimensiones de dicho cuestionario se encuentran fuertemente asociadas entre sí, corroborando la eficacia del instrumento en la muestra.

Asimismo, esta poca independencia entre las dimensiones permitirá analizar, en el siguiente capítulo, el buen o mal funcionamiento de cada dimensión a la luz del desempeño de las otras áreas, sobre todo con respecto a función social, que como se observa en la tabla 4, es la dimensión que se asocia con todas las otras dimensiones de la calidad de vida.

Tabla 4. *Correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida*

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Función física	-	-	-	-	-	-	-	-
Rol físico	0,31*	-	-	-	-	-	-	-
Dolor corporal	0,25	0,20	-	-	-	-	-	-
Salud general	0,27	0,15	0,57**	-	-	-	-	-
Vitalidad	0,27	0,44**	0,50**	0,49**	-	-	-	-
Función social	0,33*	0,47**	0,49**	0,53**	0,61**	-	-	-
Rol emocional	0,02	0,25	0,39**	0,41**	0,44**	0,42**	-	-
Salud mental	0,25	0,30*	0,53**	0,56**	0,59**	0,56**	0,51**	-

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Como ya se ha mencionado en el apartado anterior se creyó importante utilizar la distribución por quintiles hecha por Salas (2009), con el objetivo de tener información más precisa de la proporción de participantes que se ubican en cada quintil, sobre todo para aquellas dimensiones donde se presentan polarizaciones.

Tabla 5. *Porcentajes de los Quintiles*

	Muy baja	Relat. Baja	Promedio	Relat. Alta	Muy alta
Función Física	-	2%	16%	26%	56%
Rol Físico	36%	24%	14%	6%	20%
Dolor Corporal	6%	16%	22%	26%	30%
Salud General	-	4%	14%	30%	52%
Vitalidad	2%	6%	22%	32%	38%
Función Social	10%	16%	10%	24%	40%
Rol Emocional	28%	10%	-	16%	46%
Salud Mental	2%	8%	14%	30%	46%

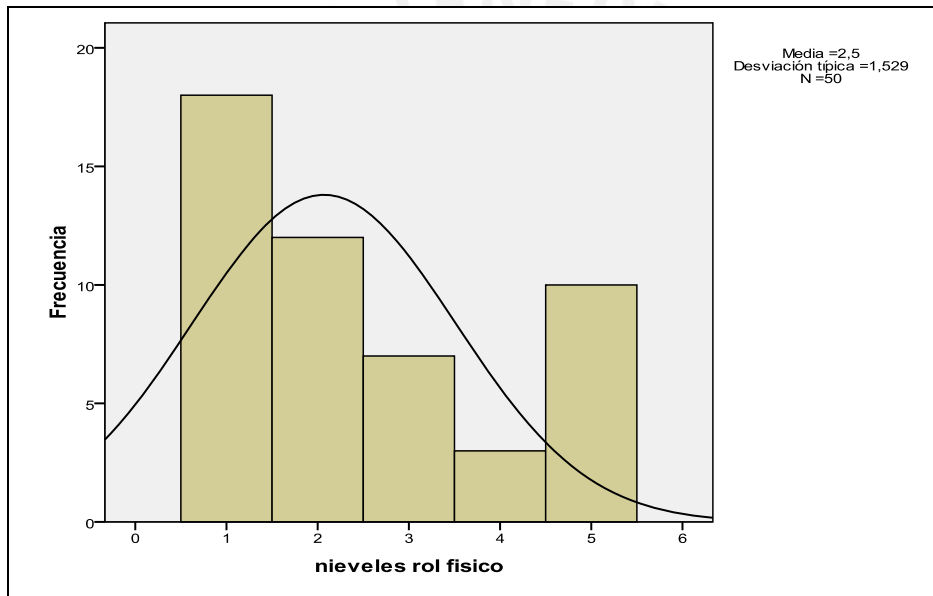
$n=50$

Se observa en la tabla 5 que la función física (98%), salud general (96%), vitalidad (92%) y salud mental (90%) son las dimensiones de la calidad de vida en donde hay una mayor proporción de participantes que alcanzan un nivel de funcionalidad que oscila entre lo promedio y lo muy alto.

Por otro lado, se encuentra que un considerable 60% de la muestra presenta una baja calidad de vida en su rol físico, siendo la dimensión más afectada, indicando con esto que hay un menor rendimiento que el deseado; así como, limitaciones y dificultades fuertes en el tipo de actividades que realizan, tanto en el hogar como en el trabajo.

El gráfico N°1 muestra la tendencia hacia la izquierda propia de una baja calidad de vida con una curva descendente a comparación del resto de dimensiones que tienden hacia la derecha.

Gráfico N° 1. Distribución de frecuencias en la dimensión rol físico

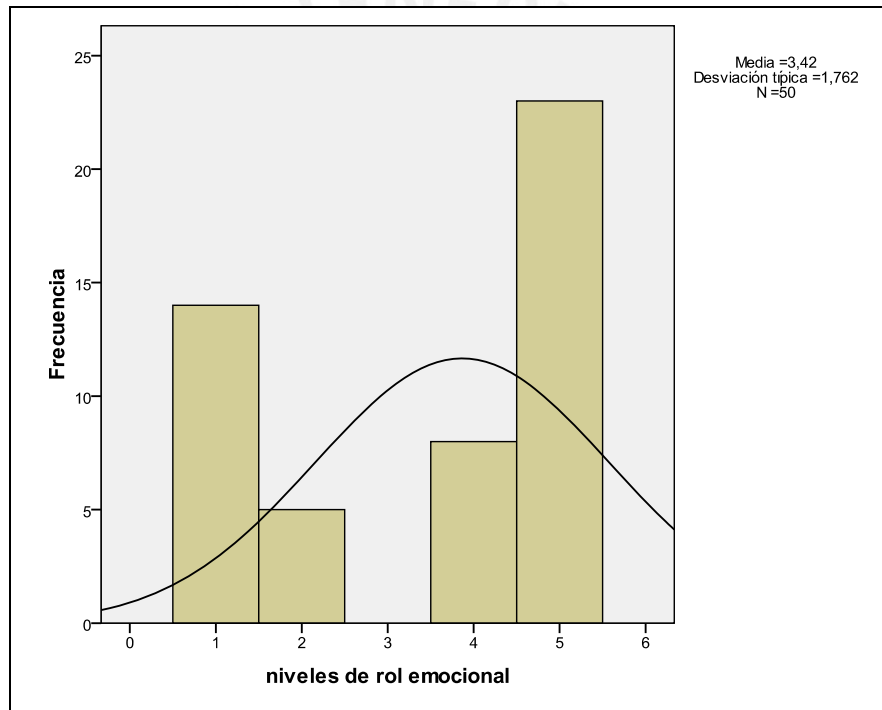


Sobre las dimensiones que presentan polaridad en su distribución se puede observar que en la dimensión dolor corporal un 56% de toda la muestra presenta muy poco dolor o casi nulo y, por tanto, no hay limitaciones físicas a casusa de ello. Sin embargo, es importante señalar que un 22% de la muestra si tiene entre una baja y muy baja calidad de vida en este aspecto, experimentando dolores muy severos y extremadamente limitantes. Se observa también que un 74% de las participantes presenta un funcionamiento promedio a muy alto en la función social, lo que significa que las mujeres realizan actividades sociales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales, contraponiéndose a un 26% de la muestra que si presenta dificultades en esta dimensión, ya que, poseen una calidad de

vida entre baja y muy baja.

Por último, se puede apreciar que la dimensión rol emocional es aquella que presenta una polarización más marcada, el 38% de la muestra tiene entre una baja y muy baja calidad de vida en este aspecto, lo que significa que hay problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales como estar triste, deprimido o nervioso; mientras que el 62% funciona de manera adecuada. El gráfico N°2 permite observar esta polarización.

Gráfico N°2. Distribución de frecuencias en la dimensión rol emocional



Religiosidad en la muestra

Al observar la tabla 6 se puede apreciar que el promedio de los puntajes totales de la escala es de 28,42 ($DS=4,91$), con una mediana igual a 30; esto indicaría que las representantes de la muestra realizan actividades religiosas de manera frecuente, siendo las prácticas más recurrentes las siguientes: rezar a Dios para pedir ayuda (ítem 3), rezar a Dios

para agradecerle (ítem 6) y transmitir la fe en Dios a personas cercanas (ítem 7). Se aprecia también que asistir a la iglesia/templo (ítem 1) y comportarse como Dios espera que se haga (ítem 5) son prácticas frecuentes aunque no para toda la muestra.

Tabla 6. *Tabla de estadísticos descriptivos*

	M	Me	D.S.	Mín.	Máx.
Ítem 1: Asisto a la iglesia/templo	3,96	4,5	1,27	1	5
Ítem 2: Participo en las festividades religiosas de mi localidad	3,16	3	1,47	1	5
Ítem 3: Rezo a Dios para pedirle que me ayude	4,78	5	0,54	3	5
Ítem 4: Participo en las actividades organizadas por mi iglesia	3,04	3	1,44	1	5
Ítem 5: Me comporto como Dios espera que lo haga	3,94	4	0,93	1	5
Ítem 6: Le rezo a Dios para agradecerle	4,84	5	0,46	3	5
Ítem 7: Transmito mi fe en Dios a personas cercanas	4,70	5	0,61	3	5
Puntaje Total	28,42	30	4,91	16	35

$n=50$

Al hacer el análisis de la proporción de participantes que responden a cada alternativa de respuesta (tabla 7) se encontró que el 96% de las mujeres que participaron en la investigación casi siempre o siempre le rezan a Dios para agradecerle; de igual manera, el mismo comportamiento lo obtiene el 94% al rezar a Dios para pedir ayuda y el 92% al transmitir su fe a Dios a personas cercanas. Todas estas son actividades y actitudes que responden no sólo a las prácticas sino que también encajan en las otras dimensiones de la religiosidad como las creencias y el sentimiento religioso, donde se produce una sensación de bienestar en las participantes producto de la fe, la esperanza y la gratitud.

También se observa que el 72% de la muestra refiere que casi siempre o siempre se comportan como Dios espera que lo hagan, y un 66% asiste en la misma frecuencia a la iglesia o templo; estos comportamientos responderían a la dimensión de las prácticas religiosas en un ámbito más personal.

Por otro lado, se aprecia que un 32% de las participantes casi nunca o nunca participan en las festividades religiosas de su localidad; asimismo, un 30% de ellas tampoco concurren a las actividades organizadas por su iglesia o templo; ambas actividades también

forman parte de la dimensión de las prácticas religiosas pero en un ámbito interpersonal, ya que, son actividades donde se requieren un trabajo comunitario.

Tabla 7. *Tabla de frecuencias de prácticas religiosas*

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Ítem 1:Asisto a la iglesia/templo	50%	16%	22%	4%	8%
Ítem 2:Participo en festividades religiosas de mi localidad	24%	22%	22%	10%	22%
Ítem 3:Rezo a Dios para pedir que me ayude	84%	10%	6%	-	-
Ítem 4:Participo en actividades organizadas por mi iglesia	22%	14%	34%	6%	24%
Ítem 5:Me comporto como Dios espera que lo haga	30%	42%	22%	4%	2%
Ítem 6:Le rezo a Dios para agradecerle	88%	8%	4%	-	-
Ítem 7:Transmito mi fe en Dios a personas cercanas	78%	14%	8%	-	-

$n=50$

Se observa además, como se describió en el apartado de calidad de vida, que hay varias correlaciones significativas, directas y positivas al interior de los ítems de la Escala de prácticas religiosas, dando cuenta de una fuerte asociación entre ellas (ver tabla 8). Este dato permite reforzar lo planteado líneas arriba cuando se hace referencia a la distinción entre las prácticas que tienen un sentido más personal (que correlacionan entre sí fuertemente) y aquellas con carácter interpersonal, donde se da el mismo comportamiento; que serán analizadas con mayor detenimiento en el siguiente capítulo.

Tabla 8. *Correlaciones entre los ítems de prácticas religiosas*

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7
Ítem 1	-	-	-	-	-	-	-
Ítem 2	0,50**	-	-	-	-	-	-
Ítem 3	0,28*	0,18	-	-	-	-	-
Ítem 4	0,71**	0,65**	0,27	-	-	-	-
Ítem 5	0,43**	0,35*	0,33*	0,34*	-	-	-
Ítem 6	0,30*	0,09	0,71**	0,30*	0,27	-	-
Ítem 7	0,26	0,30*	0,37**	0,39**	0,25	0,33*	-

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Como ya se ha señalado, la práctica religiosa más frecuente en las participantes de la muestra es rezar a Dios para agradecerle, siendo los aspectos de la fortaleza, la fe y la

esperanza lo que más se valoran. Este dato se obtiene de la pregunta cualitativa de la ficha de datos personales donde se explora cómo las creencias ayudan a enfrentar los problemas que se tiene actualmente. Las respuestas que dieron las participantes ante esta interrogante reflejan que esta sensación de fortaleza genera un sentimiento de bienestar emocional en ellas, que respondería a un sentimiento religioso arraigado. Esto se ve reflejado en los siguientes comentarios:

“Le agradezco mucho porque día a día me ayuda a levantar el ánimo y me da más fortaleza” (Manuela, 59 años).

“Mis creencias me dan más fe y confianza, me lleno de esperanzas al pedirle a Dios” (Tula, 42 años).

“Dios es muy importante en mi vida porque me ha fortalecido en esta etapa y le agradezco por tantas bendiciones” (Rosario, 58 años).

“Dios es el único, me da fuerzas, esperanza y confianza” (Paula, 51 años).

“Él es el único, me da la fortaleza que necesito. Ningún ser humano puede dar un paso sin la mano de Dios” (Patricia, 51 años).

Por otro lado, las prácticas religiosas menos frecuentes entre las pacientes son la participación en actividades organizadas por la iglesia/templo, así como, en las festividades religiosas de sus localidades. A pesar de que las participantes manifiestan no estar muy involucradas en actividades comunitarias, cabe destacar que las que sí las realizan pertenecen a grupos o asociaciones de gran importancia y alcance en el campo de la religión como las hermandades. Entre estas festividades y actividades más frecuentes tenemos:

“Participo desde hace mucho tiempo en la comunidad neocatecumenal” (Nelly, 52 años).

“He participado anteriormente en fiestas patronales, donde mi familia eran los mayordomos y organizábamos todo” (Rosa, 46).

“Pertenezco a la Hermandad del Señor de los Milagros” (María, 46 años).

Relaciones entre la variable calidad de vida con las variables socio demográficas y de enfermedad

Se puede observar que hay diferencias de medias entre la variable calidad de vida con las siguientes variables socio demográficas: lugar de nacimiento, lugar de residencia, composición familiar, grado de instrucción, religión que se profesa y personas con las que comparten creencias religiosas.

Estos resultados indican (ver tabla 9) que las representantes de la muestra presentan una mayor funcionalidad en la dimensión dolor corporal, entendiéndose por ello que sienten menos dolor físico y no se sienten limitadas a causa de este dolor, cuando gozan de la compañía de sus parejas e hijos. Asimismo, hay un mejor desempeño en su rol físico cuando presentan un mayor grado de instrucción; y una mayor calidad de vida en la función física cuando comparten sus creencias religiosas con más de una persona. Estos datos se obtienen utilizando el estadístico de Kruskal Wallis.

Tabla 9. *Diferencias de medias entre la variable calidad de vida con las variables socio demográficas*

	Función física		Rol físico		Dolor corporal		Salud general		Vitalidad		Función social		Rol emocional		Salud mental		Evolución de la salud	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Estado civil																		
soltera	76,75	17,19	37,50	37,61	54,95	29,92	74,25	20,34	61,40	20,70	61,93	28,26	63,35	41,76	65,4	23,15	2,00	1,17
casada, conviviente	79,20	14,34	41,00	40,75	65,84	24,24	79,88	16,05	72,12	21,88	70,44	27,84	58,64	44,42	74,4	16,53	1,84	0,80
separada, divorciada, viuda	68,00	21,97	20,00	27,39	45,20	27,82	58,80	30,13	67,67	25,59	52,50	44,55	53,33	50,55	63,2	23,22	2,40	0,55
Kruskal (P)	1,37		1,16		2,71		2,11		2,88		1,32		0,21		2,09		2,10	
Composición familiar																		
esposo y/o hijos	76,25	13,51	39,29	41,07	68,40	26,87	80,36	18,78	73,39	22,89	72,21	31,38	69,05	43,45	72,00	23,53	1,79	0,92
otros familiares	81,33	18,27	31,67	32,00	52,50	26,34	78,80	12,46	58,73	19,10	64,33	24,52	53,31	41,45	72,53	12,73	2,00	1,00
sola	81,25	17,97	62,50	47,87	38,80	17,73	59,25	19,38	65,00	23,33	37,50	27,00	50,00	43,03	48,00	12,65	2,50	0,58
Kruskal (P)	3,13		1,46		7,30*		4,51		5,05		5,07		2,12		5,60		3,03	
Grado de instrucción																		
superior	77,67	20,25	58,33	39,72	60,70	31,23	75,80	20,38	65,78	21,52	75,90	25,17	68,91	40,78	77,33	12,16	1,93	1,03
escolaridad completa	80,65	13,25	38,04	37,59	61,40	22,44	79,65	16,06	69,61	23,66	66,24	29,70	55,04	44,53	69,22	22,54	2,00	1,00
escolaridad incompleta	69,58	14,84	10,42	16,71	53,90	32,25	67,25	25,01	65,14	20,27	50,00	31,08	58,33	45,23	61,00	21,31	1,92	0,79
Kruskal (P)	4,72		10,29**		0,60		1,77		0,54		4,60		0,92		3,43		0,08	
Personas comparte creencias																		
ninguno	66,67	20,21	66,67	57,74	60,70	40,02	72,33	19,40	57,78	13,88	45,83	26,02	88,89	19,25	57,33	24,44	2,00	1,00
solo 1	71,56	14,11	28,13	31,46	52,80	29,72	69,94	24,84	63,52	24,82	62,59	35,36	49,96	45,56	60,25	26,27	2,00	0,97
más de 1	80,97	16,25	39,52	39,14	62,70	25,26	78,71	17,06	70,31	20,92	68,48	26,92	62,38	42,83	75,74	13,50	1,94	0,96
Kruskal (P)	6,62*		1,78		1,37		1,06		1,59		1,81		2,03		5,13		0,11	

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

En la misma línea (ver tabla 10), siguiendo con la función física, se aprecia que todas las participantes que han nacido en la capital y que actualmente se encuentran residiendo en ella presentan una mayor calidad de vida en este aspecto, pudiendo realizar todo tipo de actividades tanto intensas como moderadas. De igual modo, se encuentra que hay una mayor funcionalidad en la salud general, es decir, hay una valoración positiva del estado de salud, en aquellas mujeres que viven actualmente en Lima.

Por otro lado, en cuanto a la dimensión rol físico, se observa que las que profesan la religión católica tienen un mejor desempeño en este rol, y hay una mejor calidad de vida en la dimensión salud general en las mujeres que profesan otras religiones. Estos datos se obtienen al utilizar el estadístico U de Mann Whitney.

Tabla 10. *Diferencias de medias entre la variable calidad de vida con las variables sociodemográficas*

	Función física		Rol físico		Dolor corporal		Salud general		Vitalidad		Función social		Rol emocional		Salud mental		Evolución de la salud	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Lugar de nacimiento																		
Lima	82,14	14,80	48,81	44,00	63,10	29,68	81,24	13,87	66,33	24,90	68,50	29,49	63,51	44,62	70,86	22,38	1,76	0,89
Provincia	73,45	16,59	29,31	32,00	56,70	25,72	71,38	22,79	68,15	20,00	62,88	30,26	57,45	42,65	68,83	18,86	2,10	0,98
U de Mann Whitney	206,50*		235,50		256,50		237,00		299,00		271,00		275,50		270,00		243,00	
Lugar de residencia																		
Lima	81,21	13,23	43,18	41,00	63,90	27,06	80,03	16,98	67,66	23,60	69,65	28,91	64,65	44,06	70,06	23,20	1,79	0,89
Provincia	69,12	18,98	26,47	30,00	50,70	26,50	66,76	22,88	66,86	18,80	56,68	30,40	50,96	41,05	68,94	13,23	2,29	0,99
U de Mann Whitney	177,50*		222,50		192,50		183,00*		266,50		212,00		223,50		235,50		196,00	
Ocupación actual																		
se queda en casa	75,64	15,44	31,41	35,00	57,70	26,47	75,51	20,71	68,54	22,50	64,05	29,48	57,26	43,91	68,51	21,47	2,08	0,96
trabajo fuera de casa	82,27	18,89	59,09	42,00	65,60	30,80	75,55	18,11	63,30	20,30	69,45	31,85	69,70	40,73	73,82	15,11	1,55	0,82
U de Mann Whitney	145,50		138,50		169,50		198,50		179,00		185,00		181,50		200,50		145,00	
Religión																		
católica	76,38	17,25	43,13	40,00	59,70	26,14	73,40	18,49	65,15	21,90	62,79	30,23	58,33	43,87	69,50	19,90	1,95	0,93
otras religiones	80,00	12,02	15,00	21,00	58,50	33,31	84,00	24,36	76,33	20,70	75,05	27,03	66,63	41,60	70,40	22,56	2,00	1,05
U de Mann Whitney	189,00		119,00*		193,00		96,00**		141,50		150,00		184,50		189,50		197,00	
Participa Activi. Religiosas antes de enfermedad																		
sí	77,76	17,30	38,79	39,00	60,10	30,28	79,14	19,62	70,80	22,40	67,62	29,16	65,51	41,32	71,72	21,64	1,90	0,94
no	76,19	15,16	35,71	38,00	58,50	23,40	70,52	19,86	62,67	20,90	61,95	31,00	52,38	45,44	66,86	18,21	2,05	0,97
U de Mann Whitney	273,50		290,50		282,00		218,50		242,00		270,00		249,50		232,50		277,00	

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Cabe señalar también, que al realizar las correlaciones entre la variable calidad de vida con las variables socio demográficas (ver tabla 11) se encuentra que la función física tiene una correlación directa y mediana con respecto a la variable tiempo de residencia en Lima. Esto daría a entender que las pacientes que realizan todo tipo de actividades físicas, tanto intensas como moderadas, son aquellas que llevan más tiempo viviendo en la capital.

Tabla 11. *Correlaciones entre la variable calidad de vida con variables socio demográficas*

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
T. Resd. Lima	0,33*	0,25	0,08	0,22	-0,05	0,15	0,15	0,18

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Por otro lado, al analizar las diferencias de medias entre la variable calidad de vida con la variable enfermedad se encuentran diferencias significativas con: tiempo de tratamiento recibido, tiempo de diagnóstico, cantidad de tratamiento recibido, estadio clínico, antecedentes de cáncer y otras enfermedades.

Como se observa en la tabla 12, estos datos indican que las participantes presentan una mayor funcionalidad en su rol emocional cuando llevan de 7 meses a un año de haber recibido tratamiento; asimismo, este dato se confirma con lo hallado en la dimensión evolución de la salud, donde se observa que las mujeres que han empezado su tratamiento entre 3 y 6 meses consideran que su salud actual es peor ahora que hace un año atrás. Estos datos se obtienen al utilizar el estadístico de Kruskal Wallis.

Tabla 12. *Diferencias de medias entre la variable calidad de vida con las variables de enfermedad*

	Función Física		Rol físico		Dolor corporal		Salud general		Vitalidad		Función social		Rol emocional		Salud mental		Evolución de la salud	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Tiempo de tratamiento																		
de 3 a 6 meses	76,76	14,68	26,47	34,80	48,71	23,77	67,53	23,40	61,08	15,07	60,12	27,45	50,98	45,82	60,70	24,13	2,41	0,94
7 meses a 1 año	72,22	18,73	40,28	42,10	68,11	25,89	78,44	20,80	74,17	20,64	72,22	32,24	81,50	34,71	76,70	15,48	1,72	0,67
más de 1 año	83,33	13,58	46,67	36,40	61,13	30,31	81,07	11,30	66,40	28,21	62,67	29,60	44,40	41,20	71,50	17,62	1,73	1,10
Kruskal (P)	3,42		2,77		4,49		2,60		3,49		2,32		7,92**		5,10		6,52*	
Tiempo de cirugía																		
no hubo cirugía	75,00	17,00	52,50	50,62	51,40	30,26	77,10	20,77	68,00	14,59	75,00	20,41	69,97	42,92	68,40	21,45	1,90	0,57
3-6 meses	72,73	15,39	34,09	37,54	62,36	22,64	74,27	15,26	62,24	24,35	62,59	37,88	63,64	45,86	69,45	24,35	1,91	1,04
7 meses a 1 año	75,00	17,45	31,25	28,46	64,08	26,51	69,42	26,44	74,69	24,49	52,04	33,27	55,58	45,70	72,67	15,99	1,75	0,97
más de 1 año	82,65	15,52	35,29	37,56	58,94	30,15	79,71	17,49	65,20	22,47	70,53	24,43	54,88	42,42	68,47	20,92	2,18	1,07
Kruskal (P)	4,30		0,81		1,30		1,89		2,01		3,42		1,25		0,13		1,55	
Tipo de tratamiento																		
3 tratamientos c/s hormonoterapia	78,00	14,93	36,00	35,41	63,52	29,40	77,84	19,34	72,11	23,33	65,42	31,23	65,35	42,48	71,68	20,06	1,88	0,97
QT más QX c/s hormonoterapia	81,82	15,21	31,82	27,59	57,64	19,56	71,82	19,80	65,91	20,43	67,18	29,21	45,42	42,91	70,91	20,17	2,27	1,19
hormonoterapia más QX c/s radioterapia	63,75	23,94	25,00	50,00	58,75	30,24	67,25	27,16	40,42	17,23	34,38	31,25	41,67	50,00	57,00	21,51	1,75	0,96
tratamientos sin cirugía	73,33	17,14	47,22	50,69	50,22	31,85	76,00	21,72	66,67	14,81	75,00	21,65	74,07	43,39	66,22	21,55	2,00	0,50
Kruskal (P)	3,16		1,14		2,05		1,88		6,03		4,34		3,69		2,22		1,43	

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

En la misma línea, al utilizar el estadístico U de Mann Whitney (tabla 13) se encuentra que las participantes que tienen una mayor funcionalidad en su función física son aquellas que tienen antecedentes de cáncer en sus familias. Asimismo, se obtiene que aquellas mujeres que tienen un mejor rendimiento en su rol físico y en la dimensión vitalidad son aquellas a las que se les ha diagnosticado la enfermedad hace más de un año. Las pacientes que tienen una buena calidad de vida en la dimensión dolor corporal son aquellas que no han padecido anteriormente de otra enfermedad; y aquellas que tienen una sensación de calma y paz la mayor parte del tiempo, es decir, buena funcionalidad en su salud mental, son las que llevan recibiendo más de un tratamiento.

Por último, en cuanto a la dimensión evolución de la salud, encontramos que las mujeres que perciben su salud actual peor que la de hace un año son aquellas que han sido diagnosticadas entre 3 y 6 meses atrás, se encuentran entre los estadios clínicos uno y dos, y aquellas que tienen antecedentes de cáncer en sus familias.

Tabla 13. *Diferencias de medias entre la variable calidad de vida con variables de enfermedad*

	Función física		Rol físico		Dolor corporal		Salud general		Vitalidad		Función social		Rol emocional		Salud mental		Evolución de la salud	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Tiempo de diagnóstico																		
de 3 meses a 1 año	75,00	16,90	21,59	34,76	52,32	26,17	70,86	23,91	60,23	18,98	62,52	29,36	53,03	46,76	66,91	19,60	2,32	0,95
más de 1 año	78,75	15,91	50,00	36,64	65,00	27,41	79,18	15,78	73,01	22,74	67,38	30,45	65,46	40,08	71,86	20,78	1,68	0,86
U de Mann Whitney	268,00		163,500**		219,00		262,50		195,00*		276,00		253,50		249,50		186,50**	
Estadio clínico																		
I-II	76,59	18,41	42,05	41,82	59,55	27,41	76,50	19,52	70,74	21,55	73,39	27,88	63,62	44,75	72,36	15,01	2,23	0,92
III-IV	78,27	14,62	35,58	36,18	60,35	28,60	76,58	20,08	65,44	22,75	59,52	30,99	58,97	42,51	67,08	24,38	1,62	0,80
U de Mann Whitney	285,50		267,00		279,50		274,50		247,50		202,50		263,50		270,50		175,50**	
Cantidad de tratamiento																		
solo 1 tratamiento	76,76	15,20	35,29	42,44	56,76	26,18	72,47	20,96	59,90	20,42	60,35	27,33	52,94	47,23	61,65	22,09	2,06	1,09
más de 1 tratamiento	78,28	16,29	37,50	36,48	61,72	28,16	77,25	19,90	71,59	22,21	68,31	31,38	63,52	41,82	74,38	18,17	1,84	0,81
U de Mann Whitney	248,50		247,00		237,00		234,50		190,50		217,50		231,50		165,500**		249,00	
Otras enfermedades																		
Sí	73,18	19,27	47,73	36,15	40,18	30,00	75,09	18,02	67,42	19,95	68,32	29,26	75,76	33,67	73,82	11,37	2,18	0,98
No	78,21	15,45	34,62	38,74	64,85	24,29	75,64	20,73	67,38	22,68	64,37	30,23	55,55	44,83	68,51	22,07	1,90	0,94
U de Mann Whitney	186,50		165,50		108,50**		200,50		210,50		192,50		167,00		201,00		176,50	
Antecedentes de cáncer																		
Sí	82,61	14,68	45,65	36,66	54,48	25,62	78,00	17,78	68,32	22,28	70,07	28,02	53,58	41,15	68,17	20,20	2,48	0,90
No	72,41	16,37	30,56	38,81	63,63	28,54	73,41	21,80	66,59	21,99	61,13	31,11	65,46	44,80	70,96	20,53	1,52	0,75
U de Mann Whitney	189,00*		227,00		256,00		276,00		297,50		253,00		258,00		286,00		129,00**	

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Relaciones entre la variable religiosidad con las variables socio demográficas y de enfermedad

Al analizar las diferencias de medias entre la variable religiosidad con variables socio demográficas se encuentra que hay diferencias significativas con: composición familiar, grado de instrucción, religión que se profesa, personas con las que se comparten creencias religiosas y participación en actividades religiosas antes de la enfermedad.

Estos datos indican (ver tabla 14) que todas aquellas mujeres que viven con sus parejas e hijos, por lo general, realizan prácticas religiosas con bastante frecuencia, sobre todo: asisten a la iglesia/templo, participan en las festividades religiosas de sus localidades, participan en actividades organizadas por la iglesia, y se comportan como Dios espera que

lo hagan. Asimismo, las mujeres que tienen escolaridad incompleta rezan a Dios para pedirle ayuda y se comportan como Dios espera que lo hagan.

Se encuentra también que las participantes que comparten sus creencias religiosas con más de una persona tienden a transmitir, con más frecuencia, la fe en Dios a personas cercanas. Estos datos se obtienen al utilizar el estadístico de Kruskal Wallis.

Tabla 14. *Diferencias de medias entre la variable religiosidad y variables socio demográficas*

	Ítem 1		Ítem 2		Ítem 3		Ítem 4		Ítem 5		Ítem 6		Ítem 7		Puntaje Total	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E
Estado civil																
Soltera	3,90	1,37	2,90	1,45	4,75	0,64	2,80	1,51	4,00	1,03	4,75	0,64	4,60	0,68	27,70	5,44
casada, conviviente	3,92	1,29	3,28	1,49	4,76	0,52	3,00	1,38	3,84	0,90	4,88	0,33	4,76	0,60	28,44	4,72
separada, divorciada, viuda	4,40	0,89	3,60	1,67	5,00	0,00	4,20	1,10	4,20	0,84	5,00	0,00	4,80	0,45	31,20	3,11
Kruskal (P)	0,49		1,30		1,14		3,68		0,97		0,91		1,15		1,46	
Composición familiar																
esposo y/o hijos	4,46	0,88	3,75	1,40	4,93	0,26	3,61	1,31	4,25	0,80	4,93	0,26	4,86	0,45	30,79	3,42
otros familiares	3,47	1,55	2,53	1,36	4,73	0,59	2,47	1,36	3,47	1,06	4,87	0,35	4,67	0,62	26,20	5,05
Sola	3,25	0,96	1,75	0,96	4,50	1,00	1,50	0,58	3,75	0,96	4,50	1,00	4,25	0,96	23,50	3,11
Kruskal (P)	8,20*		10,72**		2,27		11,11**		6,72*		1,59		4,36		14,99**	
Grado de instrucción																
Superior	3,80	1,42	3,20	1,47	4,87	0,52	3,00	1,25	3,80	0,77	4,87	0,52	4,60	0,63	28,13	5,15
escolaridad completa	3,91	1,28	3,09	1,38	4,61	0,66	2,96	1,33	3,70	0,97	4,74	0,54	4,74	0,62	27,74	5,01
escolaridad incompleta	4,25	1,14	3,25	1,76	5,00	0,00	3,25	1,91	4,58	0,79	5,00	0,00	4,75	0,62	30,08	4,42
Kruskal (P)	0,98		0,26		6,30*		0,44		8,96**		3,79		1,24		1,17	
Personas comparte creencias																
Ninguno	4,33	0,58	2,67	2,08	4,33	1,15	2,00	1,00	4,00	1,00	4,33	1,15	3,33	0,58	25,00	6,00
solo 1	3,81	1,47	3,06	1,65	4,88	0,50	3,25	1,61	4,38	0,72	4,88	0,34	4,63	0,62	28,88	5,19
más de 1	4,00	1,24	3,26	1,37	4,77	0,50	3,03	1,38	3,71	0,97	4,87	0,43	4,87	0,43	28,52	4,72
Kruskal (P)	0,13		0,35		2,06		2,04		5,45		1,75		15,38**		1,27	

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

En la misma línea, se obtiene que las participantes que pertenecen a otras religiones, diferentes a la católica, realizan con mayor frecuencia prácticas, tales como, asistir a la iglesia/templo, participar en actividades organizadas por éstas y comportarse como Dios espera que lo hagan (ver tabla 15).

Asimismo, se halló que las mujeres, desde antes que aparezca la enfermedad, participaban en actividades religiosas, como asistir a la iglesia/templo, participar en las festividades religiosas de sus localidades, participar en las actividades organizadas por sus iglesias, rezar a Dios para agradecerle y transmitir su fe a Dios a personas cercanas. Estos datos se obtienen al utilizar el estadístico U de Mann Whitney.

Tabla 15. *Diferencias de medias entre la variable religiosidad con la variables sociodemográficas*

	Ítem 1		Ítem 2		Ítem 3		Ítem 4		Ítem 5		Ítem 6		Ítem 7		Puntaje total	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E
Lugar de nacimiento																
Lima	4,10	1,09	3,43	1,29	4,76	0,54	3,05	1,36	3,90	1,00	4,76	0,54	4,81	0,51	28,81	4,73
Provincia	3,86	1,41	2,97	1,59	4,79	0,56	3,03	1,52	3,97	0,91	4,90	0,41	4,62	0,68	28,14	5,11
U de Mann Whitney	290,00		255,50		290,50		300,50		303,50		268,50		263,50		265,50	
Lugar de residencia																
Lima	4,00	1,30	3,06	1,50	4,76	0,56	3,06	1,46	3,88	0,96	4,82	0,46	4,76	0,56	28,33	5,05
Provincia	3,88	1,27	3,35	1,46	4,82	0,53	3,00	1,46	4,06	0,90	4,88	0,49	4,59	0,71	28,59	4,78
U de Mann Whitney	262,00		250,50		263,50		271,00		259,00		256,50		248,00		265,50	
Ocupación actual																
se queda en casa	3,92	1,31	3,28	1,50	4,74	0,59	3,05	1,50	4,03	0,93	4,82	0,51	4,74	0,64	28,59	5,17
trabajo fuera de casa	4,09	1,22	2,73	1,35	4,91	0,30	3,00	1,26	3,64	0,92	4,91	0,30	4,55	0,52	27,82	4,05
U de Mann Whitney	204,50		164,50		194,00		210,00		169,00		205,50		160,00		191,00	
Religión																
Católica	3,75	1,32	3,10	1,45	4,73	0,60	2,80	1,36	3,80	0,97	4,80	0,52	4,65	0,66	27,63	4,97
otras religiones	4,80	0,63	3,40	1,65	5,00	0,00	4,00	1,41	4,50	0,53	5,00	0,00	4,90	0,32	31,60	3,24
U de Mann Whitney	101,00**		174,00		160,00		106,50*		115,00*		170,00		168,00		109,50*	
Participa. Activi Religiosas antes de enfermedad																
Sí	4,41	0,91	3,62	1,50	4,90	0,31	3,76	1,18	4,10	0,82	4,97	0,19	4,86	0,44	30,62	3,44
No	3,33	1,46	2,52	1,21	4,62	0,74	2,05	1,16	3,71	1,06	4,67	0,66	4,48	0,75	25,38	5,09
U de Mann Whitney	170,50**		166,50**		259,00		104,50**		241,50		241,50**		219,50**		130,00**	

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

En cuanto a las correlaciones encontradas entre la variable religiosidad con las variables socio demográficas (tabla 16) se obtiene que la variable *edad* tiene dos correlaciones directas y pequeñas con los ítems asistir a la iglesia/templo y rezar a Dios para agradecerle. Se podría decir entonces que a mayor edad, mayor asistencia a la iglesia y se reza con mayor frecuencia para agradecer a Dios.

Asimismo, al analizar la variable *número de hijos* se encuentra que hay una

correlación directa y mediana con respecto al ítem transmitir mi fe en Dios a personas cercanas; y se encuentran correlaciones directas y pequeñas con los ítems participar en festividades religiosas de la localidad y participar en actividades organizadas por la iglesia; indicando con esto que a mayor número de hijos se dan mayores oportunidades de transmitir la fe y de participar en eventos sociales religiosos.

Tabla 16. *Correlaciones entre la variable religiosidad con variables sociodemográficas*

	ítem 1	ítem 2	ítem 3	ítem 4	ítem 5	ítem 6	ítem 7	Puntaje total
Edad	0,28*	0,05	0,19	0,15	0,16	0,29*	0,18	0,18
Número de hijos	0,17	0,29*	-0,02	0,28*	0,08	0,05	0,35*	0,25

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Por otro lado, como se observa en la tabla 17, al analizar la variable religiosidad con la variable enfermedad sólo se encuentran diferencias significativas con otras enfermedades. Este dato estaría indicando que las mujeres que han tenido otras enfermedades, como hepatitis o úlceras, presentan una mayor frecuencia en transmitir la fe en Dios a personas cercanas. Estos datos se obtuvieron al utilizar el estadístico de U de Mann Whitney.

Tabla 17. *Diferencias de medias entre la variable religiosidad con las variables de enfermedad*

	Ítem 1		ítem 2		ítem 3		ítem 4		ítem 5		ítem 6		ítem 7		Puntaje total	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Tiempo de diagnóstico																
de 3 meses a 1 año	3,95	1,33	2,91	1,48	4,86	0,47	3,05	1,43	4,14	0,89	4,91	0,43	4,68	0,65	28,50	4,96
Más de 1 año	3,96	1,26	3,36	1,47	4,71	0,60	3,04	1,48	3,79	0,96	4,79	0,50	4,71	0,60	28,36	4,97
U de Mann Whitney	306,50		253,00		271,00		306,50		243,50		269,00		303,00		307,50	
Estadio clínico																
I-II	3,95	1,36	3,50	1,54	4,91	0,43	3,18	1,47	4,14	0,89	4,95	0,21	4,82	0,50	29,45	5,04
III-IV	4,12	1,11	3,00	1,39	4,77	0,51	3,08	1,38	3,88	0,91	4,81	0,49	4,69	0,62	28,35	4,01
U de Mann Whitney	274,50		223,00		246,00		273,50		240,00		254,50		259,00		228,50	
Cantidad de tratamiento																
solo 1 tratamiento	4,12	1,17	3,00	1,37	4,71	0,69	3,00	1,41	3,94	0,90	4,71	0,69	4,59	0,71	28,06	5,33
más de 1 tratamiento	3,91	1,35	3,22	1,56	4,81	0,47	3,06	1,50	3,97	0,97	4,91	0,30	4,75	0,57	28,63	4,84
U de Mann Whitney	254,00		245,00		263,00		265,00		261,50		246,50		242,00		268,00	
Otras enfermedades																
sí	4,09	0,94	3,82	1,08	4,91	0,30	3,36	1,12	4,18	0,75	5,00	0,00	5,00	0,00	30,36	2,73
no	3,92	1,36	2,97	1,53	4,74	0,59	2,95	1,52	3,87	0,98	4,79	0,52	4,62	0,67	27,87	5,27
U de Mann Whitney	214,00		146,50		194,00		182,50		180,00		181,50		154,00*		170,00	
Antecedentes de cáncer																
sí	4,13	1,18	3,48	1,44	4,83	0,49	3,39	1,37	4,09	0,73	4,91	0,29	4,78	0,52	29,61	4,42
no	3,81	1,36	2,89	1,48	4,74	0,59	2,74	1,46	3,81	1,08	4,78	0,58	4,63	0,69	27,41	5,17
U de Mann Whitney	270,50		239,50		293,00		234,50		276,00		289,50		281,50		240,50	

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Cabe resaltar que no se hallaron relaciones significativas con variables relacionadas al tratamiento (tiempo y tipo). Estos datos se observan al utilizar el estadístico de Kruskal Wallis (ver tabla 18).

Tabla 18. *Diferencias de medias entre la variable religiosidad y variables de enfermedad*

	Ítem 1		ítem 2		ítem 3		ítem 4		ítem 5		ítem 6		ítem 7		Puntaje total	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Tiempo tratamiento recibido																
de 3 a 6 meses	3,82	1,47	2,94	1,60	4,71	0,59	3,18	1,67	4,06	0,90	4,88	0,49	4,71	0,59	28,29	5,57
de 7 meses a 1 año	4,11	0,96	3,50	1,38	4,89	0,47	3,06	1,35	3,89	0,90	4,89	0,47	4,67	0,69	29,00	4,52
más de 1 año	3,93	1,44	3,00	1,46	4,73	0,59	2,87	1,36	3,87	1,06	4,73	0,46	4,73	0,59	27,87	4,85
Kruskal (P)	0,07		1,40		2,05		0,51		0,42		3,67		0,06		0,30	
Tiempo de cirugía																
no hubo cirugía	3,90	1,45	3,20	1,62	4,70	0,68	3,00	1,83	4,00	1,05	4,70	0,68	4,80	0,63	28,30	6,13
3-6 meses	3,45	1,51	3,00	1,67	4,73	0,65	2,64	1,21	3,73	0,91	4,82	0,41	4,36	0,81	26,73	5,12
7meses-1 año	3,67	1,37	2,67	1,37	4,67	0,65	2,58	1,51	3,83	1,19	4,75	0,62	4,75	0,62	26,92	4,96
más de 1 año	3,96	1,28	3,16	1,48	4,78	0,55	3,04	1,44	3,94	0,94	4,84	0,47	4,70	0,61	28,42	4,92
Kruskal (P)	5,00		2,98		2,22		5,25		1,22		3,50		4,62		6,62	
Tipo de tratamiento																
3 tratamientos c/s hormonoterapia QT más QX c/s hormonoterapia	3,96	1,31	3,16	1,55	4,76	0,52	3,00	1,56	4,00	1,04	4,92	0,28	4,80	0,50	28,60	5,19
hormonoterapia más QX c/s radioterapia	4,00	1,34	3,09	1,30	4,82	0,60	3,27	1,10	3,64	0,67	4,82	0,60	4,64	0,67	28,27	4,24
tratamientos sin cirugía	4,00	0,82	3,25	1,71	5,00	0,00	2,75	0,50	4,25	0,50	4,75	0,50	4,00	0,82	28,00	2,45
Kruskal (P)	0,24		0,13		1,37		0,54		2,88		1,01		7,26		0,55	

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Correlaciones entre las variables calidad de vida y religiosidad

Al realizar los análisis correspondientes (tabla 19) se encuentra que hay una correlación mediana y directa entre el ítem *asistir a la iglesia/ templo* (ítem 1) y la dimensión salud general; asimismo, se halló una correlación mediana y directa entre el ítem *rezar a Dios para agradecerle* (ítem 6) y la dimensión función social.

Tabla 19. *Correlación entre las variables CV y Religiosidad*

	ítem 1	ítem 2	ítem 3	ítem 4	ítem 5	ítem 6	ítem 7	Puntaje Total
Función Física	0,04	-0,07	0,17	0,09	-0,27	0,05	0,22	0,02
Rol Físico	0,00	0,09	-0,03	0,05	-0,14	-0,04	-0,09	0,01
Dolor corporal	0,18	0,10	0,18	0,11	-0,02	0,12	-0,02	0,19
Salud General	0,33*	0,22	0,27	0,24	0,20	0,20	0,27	0,35*
Vitalidad	0,20	0,16	0,10	0,16	0,01	0,14	0,03	0,21
Función social	0,17	0,18	0,26	0,21	-0,04	0,36**	0,08	0,27
Rol emocional	0,10	0,18	0,11	-0,01	-0,02	0,11	0,02	0,14
Salud mental	0,18	0,17	0,08	0,06	-0,04	0,23	0,10	0,17

$n=50$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Se podría decir entonces que las representantes de la muestra que asisten a la iglesia/templo evalúan su salud personal como buena; y las que le rezan a Dios para agradecerle realizan actividades sociales, sin verse afectadas por problemas físicos o emocionales.

Por último, se observa una relación mediana y directa entre el puntaje total de las prácticas religiosas con la dimensión salud general; esto estaría señalando que aquellas participantes que practican con mayor frecuencia ritos y actividades religiosas tienen una valoración positiva de su salud actual, así como, perspectivas positivas de su salud en el futuro, y muestran resistencia a enfermarse, generándoles un mayor sentimiento de bienestar, y por tanto, una mejor calidad de vida en este aspecto.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La calidad de vida se ha definido como un constructo que expresa una valoración subjetiva del grado en que se ha alcanzado la satisfacción vital, o como el nivel de bienestar personal percibido. La mayoría de investigadores parecen coincidir en que esta evaluación subjetiva ha de tener en cuenta las percepciones individuales sobre experiencias vitales en áreas como las relaciones, las actividades en la comunidad y el desarrollo personal (Rodríguez, García del Castillo y Terol, 2009; Schalock, 2003).

Ahora bien, cuando se habla de la calidad de vida en los enfermos de cáncer, sobre todo de cáncer de mama, la literatura sostiene que ésta es una enfermedad crónica con grandes costos personales y sociales, que somete a las mujeres afectadas y su familia a un gran número de sucesos estresantes asociados al diagnóstico y tratamiento, durante intervalos largos de tiempo; afectando así su calidad de vida, convirtiéndose en un auténtico desafío para la supervivencia y el bienestar, y exigiendo un alto esfuerzo para lograr la adaptación (Cruzado, 2009).

Consecuentemente a todo lo mencionado, se ha resaltado la importancia de la evaluación y mejora de la calidad de vida en este tipo de pacientes, tanto a nivel nacional como internacional, y se ha ido introduciendo desde la década de los sesenta la necesidad del estudio de este concepto a través de ensayos clínicos y psicológicos. Al respecto, Rodríguez et al (2009) señalan que, en el ámbito de la salud, este término refiere a un constructo multidimensional compuesto por un conjunto de factores, contemplando cuatro dominios: el funcionamiento físico y ocupacional, el funcionamiento psicológico, el funcionamiento social y la sensación somática.

En esta investigación para evaluar la calidad de vida se ha explorado, utilizando el cuestionario SF-36, dos grandes áreas: salud física y salud mental, donde se contemplan los dominios anteriormente mencionados por los autores. De manera general, se puede observar que, en la muestra, las pacientes con cáncer de mama presentan un buen funcionamiento en estas dos áreas, manifestando así una calidad de vida preservada. Por ejemplo, los resultados demuestran que la gran mayoría de participantes, al tener una alta

calidad de vida en su salud física, no se ven limitadas para realizar acciones correspondientes al autocuidado (como bañarse o vestirse), o para realizar tareas que van desde practicar deportes hasta limpiar la casa. Asimismo, estas mujeres la mayor parte del día sienten que tienen energía y vitalidad, llevándolas a realizar sin complicaciones, de agotamiento o cansancio, las actividades físicas antes descritas.

En la misma línea, al tener una alta calidad de vida en su salud mental les permite a casi todas las participantes mantener en su día a día sensaciones de paz, calma y hasta felicidad; manteniendo un control emocional adecuado que genera un efecto positivo en ellas. A su vez, todo este buen funcionamiento en las dimensiones de función física, vitalidad, y salud mental explica el que la gran mayoría de ellas también reporten una alta calidad de vida en su salud general, que es la dimensión que engloba estas dos áreas generales descritas líneas arriba, permitiéndoles así tener una valoración positiva de su salud actual, así como, una visión optimista de su salud en el futuro.

Sin embargo, se aprecia que si bien en líneas generales las participantes mantienen una calidad de vida preservada, también hay dimensiones en las que un grupo de mujeres se encuentran afectadas como es el caso del rol físico. Así pues, más de la mitad de la muestra tiene problemas de consideración en sus trabajos o actividades diarias porque el rendimiento es menor que el deseado; es decir, se ven limitadas en la frecuencia con que realizan sus actividades, percibiendo mayor dificultad en las cosas que hacían antes. Llama la atención que justamente en las dos dimensiones en donde se contemplan el aspecto físico de la calidad de vida, función física y rol físico, se contrapongan los resultados de una manera considerable; y es que, en la primera se hace referencia básicamente al autocuidado y a la fuerza física, donde hay un funcionamiento adecuado; mientras que, en la segunda, se hace referencia al rendimiento, la frecuencia y el desempeño de las actividades, donde existen claras limitaciones cuyas causas serán expuestas con detenimiento a continuación.

Por otro lado, también se evidencian puntajes polarizados en el estudio que sugieren que hay ciertas áreas en la calidad de vida que están funcionando adecuadamente en algunos casos y en otros no, como sucede con las dimensiones dolor corporal, rol emocional, y en menor medida con la dimensión función social. Además, al relacionar los hallazgos de esta investigación con otros estudios de nuestro medio, realizados con la misma población, se encuentra que hay diferencias cualitativas justamente con las

dimensiones polarizadas antes descritas.

Por ejemplo, Paredes (2003) realizó una investigación donde evaluó la calidad de vida y soporte social en pacientes con cáncer de mama que tenían entre 35 y 71 años, la mayoría con estudios secundarios completos, casadas y amas de casa, que son datos demográficos que coinciden con la presente investigación. En el estudio de Paredes las pacientes que tienen una mayor calidad de vida poseen un mejor funcionamiento emocional y un mejor funcionamiento de rol, a nivel general; así como, menores síntomas de fatiga, náuseas/vómitos y falta de apetito. En la presente investigación, si bien no se puede comparar directamente los resultados hallados con el de Paredes porque ella hace una puntuación global de la calidad de vida, mientras que en esta investigación por áreas específicas, si se puede precisar que una de las áreas más afectadas, entre las participantes de este estudio, es el de rol emocional, ya que, más de la tercera parte de la muestra dejan de realizar sus cosas por sentirse tristes o angustiadas, y casi una cuarta parte se siente severamente limitadas en la dimensión dolor corporal, afectando de esta manera su calidad de vida.

Asimismo, en una investigación realizada por Velásquez (1997) sobre el impacto del cáncer en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama, donde trabajó con mujeres que se encontraban en estadio IIB, se halló que el área social-familiar no se encuentra alterada, mientras que en este estudio, si bien más de la mitad de las participantes presentan un funcionamiento adecuado en esta área, una cuarta parte de la muestra si presenta dificultades en este aspecto, cuya diferencia no ha podido ser explicado por las variables socio demográficas o de enfermedad antes propuestas. Llama la atención que no hayan muchos puntos de convergencia entre los resultados de estos estudios a pesar de trabajar con una población con características similares; esto podría estar sugiriendo que las pacientes con cáncer de mama son una población compleja, donde los distintos niveles de funcionalidad podrían estar determinados no sólo por variables socio demográficas o de enfermedad, como los expuestos en esta investigación, sino quizá a otras variables relacionadas a la personalidad y estilos de afrontamiento, como lo sugieren otros estudios.

Tal es el caso de una investigación realizada por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quinceno (2007) sobre la calidad de vida relacionada con la salud y el afrontamiento del estrés, donde dan luces para pensar sobre esta última hipótesis. Los autores trabajaron con

diversos pacientes oncológicos que se encuentran en tratamiento quimioterapéutico, de los cuales, el 21.4% de la muestra eran pacientes con cáncer de mama; en este estudio se demostró que estrategias como la evitación y la reevaluación positiva fueron las más utilizadas por los pacientes, favoreciendo a una mejor calidad de vida, tanto en las dimensiones funcionales como en la sintomatología de la enfermedad.

Ahora bien, al analizar la calidad de vida en este estudio por áreas específicas, se encuentra que el área más conservada fue, como ya se mencionó, la función física, ya que casi la totalidad de participantes puede realizar todo tipo de actividades, incluyendo las más vigorosas, sin verse limitadas por su estado de salud actual. Se podría decir que, a pesar de los tratamientos recibidos, ellas aún pueden continuar realizando sus actividades diarias, como las que se ha mencionado anteriormente, sin dificultad.

Ante estos resultados se plantea varias explicaciones, la primera y más importante, es que, los tratamientos actuales como la cirugía son menos agresivas que décadas pasadas, factor que podría estar ayudando a la conservación de esta función. Anteriormente las mastectomías eran mucho más radicales donde, a manera de prevención, se extirpaban también los ganglios aún cuando no estuviesen comprometidos. Asimismo, las quimioterapias pueden ser mucho más toleradas por la dosificación de los medicamentos; lo que hace que el malestar físico disminuya, generando un restablecimiento más eficaz en esta área.

Esta premisa es respaldada por una investigación hecha por González y González (2007) donde refieren que los tratamientos multidisciplinarios, tales como, la utilización de la mejor cirugía posible para cada caso, junto con el empleo de la quimioterapia adyuvante, la radioterapia y la hormonoterapia ayudan a una mayor supervivencia en las pacientes y a un mejor restablecimiento en su salud física. De igual manera, Die Trill y Vecino (2003) refieren que en los últimos treinta años ha habido grandes avances en el tratamiento contra el cáncer en general, que se han visto reflejados en el desarrollo de avanzadas técnicas quirúrgicas y de nuevas formas de quimioterapia; dando cuenta además, de que los efectos secundarios de estos tratamientos generan limitaciones físicas sólo de manera temporal.

En la misma línea, en una investigación realizada por Izquierdo, González, Alerm y Jáuregui (2008) sobre la calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama sometidas a tratamiento quirúrgico y oncoespecífico con una sobrevida no menor a

un año, se encontró que las mujeres del grupo en estudio respondieron sentirse con un funcionamiento físico superior o similar a lo reportado para los grupos normativos con o sin cáncer.

Es importante tener en cuenta que si bien hay una vasta literatura sobre los efectos adversos del tratamiento (Rodríguez et al, 2009), hoy en día, a pesar de ello, se hacen esfuerzos para que éstos sean mejor dosificados justamente para incrementar la calidad de vida en pacientes oncológicos; situación que posiblemente pueda verse reflejado en la muestra, ya que todas ellas están pasando por algún tipo de tratamiento y la mitad de las participantes ha recibido a lo largo del proceso tres tratamientos básicos y fuertes como son la quimioterapia, radioterapia y cirugía, y a pesar de ello se observa que su función física es óptima. De igual manera, se debe de tener en cuenta que en este estudio no se puede hablar de manera específica sobre qué tratamiento genera más malestar que otro, porque, la mayoría de las participantes recibieron de manera conjunta, como ya se mencionó, de dos a más intervenciones médicas, que imposibilita saber el efecto particular que tiene cada una de ellas.

En la misma línea, al relacionar esta función con las diferentes variables socio demográficas y de enfermedad, se encuentra que el tiempo que lleva una paciente residiendo en Lima tiene una relación directa con realizar todo tipo de actividades, y esto se entendería porque las mujeres que han nacido en la capital, o aquellas que llevan varias décadas viviendo en la ciudad, están más familiarizadas con los servicios de salud que se brinda en Lima, pudiendo acceder con mayor facilidad a ellos ante cualquier malestar físico; lo que estaría indicando una real ventaja de las mujeres capitalinas frente a las de provincia o que residen en ellas, con respecto al sistema de salud.

Un dato llamativo que se desprende de los resultados de esta investigación es que las mujeres que han tenido antecedentes de cáncer en sus familias presentan una mejor calidad de vida en su función física. Se podría pensar entonces que las pacientes con antecedentes oncológicos familiares, al saberse y percibirse como población en riesgo, podrían haber asumido actitudes preventivas con respecto a los efectos secundarios del tratamiento; asimismo, se puede pensar que quizá han aprendido a fortalecerse físicamente para no decaer en esta función.

Ahora se pasará a analizar la dimensión rol físico, que es, como ya se mencionó, el

área más deteriorada y se revisará sus relaciones con las variables socio demográficas y de enfermedad.

Como se ha señalado, más de la mitad de las participantes tienen problemas serios para realizar sus trabajos u otras labores diarias; esto refleja que, a pesar de tener fuerzas para seguir realizando por sí mismas actividades de autocuidado (función física), la productividad en el trabajo, ya sea en casa o fuera de ella, se ha visto considerablemente afectada. Esto hace pensar que el deterioro que la enfermedad y el tratamiento generan, si bien no es invalidante, si es limitante en relación al tipo de actividades que pueden asumirse.

Al analizar en detalle la calidad de vida en esta dimensión se puede encontrar datos importantes, tales como, que las mujeres que tienen estudios superiores son las que responden mucho mejor en este aspecto; una hipótesis que se desprende de esta información, es que, probablemente los tipos de trabajos que ellas realizan no están cargadas solamente de labores físicas sino, sobre todo, de labores intelectuales. Se debe recordar que las mujeres que se desempeñan fuera de casa (casi la tercera parte de la muestra) trabajan como abogadas, profesoras y enfermeras, lo que les permite ejercitarse en otras funciones, teniendo quizá más elementos adaptativos para mantener un rendimiento deseado. Además, se podría pensar, tal vez, que este grupo de mujeres profesionales tienen mayor acceso a servicios generales, así como, mayor acceso a una mejor educación, que les podría brindar otras oportunidades, como una mejor rehabilitación.

Si bien no se ha podido encontrar literatura precisa que respalde esta hipótesis, si contamos con la investigación realizada en el Perú por Valle, Zúñiga, Tuzet, Martínez, De la Jara, Aliaga y Whittembury (2006), que podría servir como un posible acercamiento al tema. Los autores también estudiaron la calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama, encontrando que el único factor asociado significativamente con la calidad de vida fue el grado de instrucción; ellos refieren que esto puede ser explicado por el cuidado multiprofesional y la atención especial que dan las instituciones a este tipo de pacientes.

Otro dato importante a tener en cuenta, es que, las pacientes que han recibido su diagnóstico hace más de un año se encuentran en mayor capacidad para seguir cumpliendo su rol, ya sea como profesional o ama de casa, porque probablemente el impacto físico que se sufrió al comienzo ha ido disminuyendo permitiendo una mayor adaptación. Sin

embargo, es importante tener en cuenta que casi la mitad de la muestra recién ha recibido su diagnóstico hace un año o menos, y ellas están más propensas a sentir vulnerabilidad y verse limitadas en las actividades que realizan.

Como postula Cruzado (2009) el diagnóstico de cáncer se asocia a una elevada ansiedad e incertidumbre para la paciente y su familia, constituyendo una amenaza al bienestar físico y psicológico, a los roles y la actividad laboral.

Por otro lado, otra de las áreas que presentan un grado considerable de polarización, es la dimensión dolor corporal. Se puede observar que más de la mitad de la muestra presenta poco dolor físico, lo que respaldaría una vez más la hipótesis de que posiblemente los tratamientos y la intervención médica para este tipo de cáncer ya no generan tanto malestar. Es importante considerar que al momento de la aplicación de los instrumentos una gran cantidad de pacientes ya no se encontraba recibiendo tratamientos fuertes como quimioterapia y/o radioterapia, sino que, estaban comenzando un tratamiento hormonal; esto posiblemente ha permitido que los efectos secundarios hayan cedido, ya que, no son limitantes ni tampoco son a largo plazo.

Como se aprecia, los resultados obtenidos para esta dimensión se pueden asociar con lo encontrado anteriormente en función física, con respecto a los efectos secundarios de los tratamientos, donde se observa que un grupo considerable de participantes tienen un funcionamiento adecuado en estas áreas. Entonces, a pesar que la variable tipo de tratamiento no ha salido significativo por la combinación de tratamientos a la que han sido sometidas la mayor parte de mujeres, impidiendo discriminar el efecto de cada una, si se considera que esta variable podría estar jugando un papel importante por lo cual se recomienda en futuras investigaciones analizar qué tratamientos específicos influyen en mayor o menor medida en la calidad de vida de pacientes oncológicos.

Sin embargo, en contraposición a la idea anterior, no se debe perder de vista que casi una cuarta parte de participantes si presentan dolores físicos muy intensos que están afectando su trabajo actual tanto en la casa como fuera de ella. Para poder formular una hipótesis sobre ello se debe tener en cuenta que casi la cuarta parte de la muestra ha presentado a lo largo de sus vidas otras enfermedades a parte del cáncer, como úlceras, hepatitis o tifoidea; esto sugiere que posiblemente las mujeres que anteriormente se han visto vulneradas por otras enfermedades, sin que sean de consideración o crónicas como el

cáncer, estarían igualmente más predispuestas a experimentar dolores intensos posiblemente porque sus organismos, de alguna manera, se encuentran debilitados y vulnerados.

Al respecto, Arbeláez y Velásquez (2009) refieren que el dolor es una experiencia aversiva, compleja, subjetiva y personal; es la percepción que deteriora con mayor intensidad la calidad de vida en una persona. La presencia de este dolor persistente puede potenciar el debilitamiento propio de la enfermedad, aumentar el miedo y la desesperanza, y comprometer la habilidad del paciente para cumplir sus tratamientos.

Asimismo, el presente estudio demuestra que para analizar el dolor corporal se tiene que tener en cuenta, además, la composición familiar de las participantes; es decir, aquellas mujeres que viven solas o con otros familiares, que no sean esposos e hijos, son las que sienten mayor dolor. Quizá esto se debe porque al no contar con un apoyo suficiente, las participantes, en este proceso de enfermedad, se centran en sí mismas y piensan con mayor recurrencia en lo que les está pasando a sus cuerpos y en el posible deterioro de éste.

Sobre este tema Taylor y Paredes (2003) refieren que un apoyo eficaz, sobre todo de una familia constituida, es importante para los pacientes con cáncer porque mejora la adaptación psicológica a la enfermedad. En la misma línea, Hernández y Moreno (2009) afirman, con respecto al tema del dolor, que la familia debe asumir el papel de cuidador principal y tienen que conocer lo que la persona enferma de cáncer desea, y hacer todo lo posible por cumplir esas expectativas. Refieren además que para realizar una evaluación psicológica a las pacientes que sienten dolor es necesario trabajar con la familia y evaluarlos a ellos también; pues manifiestan que el entorno familiar es muy importante para conocer situaciones del pasado, conflictos y aceptación de la enfermedad.

Estas investigaciones estarían sugiriendo que aquellas mujeres que se encuentran solas, e inclusive aquellas que no tienen una familia propiamente conformada (más de la tercera parte de la muestra), se encuentran más predispuestas a sentir dolor corporal porque no gozan de una compañía y de un soporte adecuado.

Ahora bien, hablar de dolor corporal remite a analizar la dimensión vitalidad, ya que se asocian estadística y conceptualmente; y es, como ya se mencionó, el sentimiento de energía frente al cansancio y agotamiento, producto del estado de salud. En líneas generales, según la literatura, se esperaría encontrar que aquellas personas con más dolor

corporal sientan menos vitalidad, como lo señala Salas (2009) cuando refiere que es muy probable que las personas se muestren con sentimientos de cansancio y agotamiento ante la vivencia constante del dolor y sus respectivos tratamientos. Sin embargo, en este estudio se aprecia que, si bien cerca de la cuarta parte de la muestra presenta dolores intensos, casi la totalidad de participantes tienen una calidad de vida que va desde promedio hasta muy alta en la dimensión vitalidad. Se podría pensar, entonces, que a pesar de los dolores intensos, las participantes tienen la capacidad física de reponerse y recuperar energías, impidiendo así que este malestar las invalide.

Asimismo, se observa que las mujeres que han recibido su diagnóstico hace más de un año se sienten con mayor vitalidad; una posible hipótesis que se desprenden de estos resultados sería que tras el impacto inicial de la noticia ahora están mucho más familiarizadas con su nueva situación, sintiéndose tal vez en menos riesgo y con más motivación y energía para realizar actividades.

Ahora bien, al tratar de comprender el estado emocional de las mujeres de la muestra, se aprecia que si bien más de la mitad se sienten estables emocionalmente, un grupo considerable de ellas (más de la tercera parte) tienen serias dificultades en su rol emocional, lo que significa que han tenido que reducir el tiempo que le dedicaban a ciertas actividades por sentirse tristes, deprimidas o nerviosas, así como, descuidaron el trabajo que cotidianamente realizan a causa de este malestar emocional. Una hipótesis que podría explicar este hallazgo importante, es que, si bien en las dimensiones función física y vitalidad la gran mayoría de las participantes tienen un mayor manejo, sintiéndose con energía y fuerzas para seguir haciendo sus actividades normales, es en la parte emocional donde ellas sienten que a veces decaen, invadiéndoles sentimientos de ansiedad y depresión no sólo por la enfermedad en sí, sino también, posiblemente, por las diversas situaciones conflictivas que surgen a lo largo del proceso de enfermedad (problemas familiares, problemas financieros, etc.). Es importante mencionar que varias de las participantes al momento de ser evaluadas con los instrumentos respectivos mencionaron, de manera cualitativa, que una de sus preocupaciones mayores, que les generaba mucho estrés, estaban relacionadas con lo costoso de la enfermedad y los sacrificios que hacía la familia para solventarlo.

Cabe mencionar, además, que la dimensión rol emocional es el área donde se

presenta mayor polarización, ya que, una buena cantidad de participantes cumplen adecuadamente con este rol, mientras que, más de la tercera parte lo tiene significativamente afectado y no existe un puntaje promedio que pueda equilibrarlo. Esta información estaría sugiriendo que para lograr o no una adecuada calidad de vida en esta área va a depender de una variable importante como la de tiempo de tratamiento. Este estudio demuestra que aquellas participantes que llevan de siete meses a un año de haber recibido tratamiento son las que mejor se desempeñan en su rol emocional, posiblemente porque las pacientes se sienten más seguras, y quizá conocen mejor los efectos secundarios y adversos de los procedimientos médicos que están siguiendo, sintiendo mayor confianza. En cambio, se observa que las que llevan de tres meses a seis meses se encuentran afectadas, así como, las que llevan más de un año recibíéndolas.

Al respecto, Cruzado (2009) refiere que aquellas pacientes que han pasado por cirugía, tratamiento que por lo general se realiza al comienzo del proceso, (80% de la muestra han sido operadas), sienten mucha ansiedad y miedo ante la operación, así como, de sus posibles resultados y las consecuencias posteriores. Además, sobre el por qué de la angustia emocional después de un año de haber recibido tratamiento, el autor manifiesta que algunos de los síntomas físicos producidos por las diversas intervenciones médicas continúan manifestándose durante meses posteriores a su finalización, así como, las reacciones psicológicas; ya que, se observa que a los seis meses después de la finalización del tratamiento el 70% de las pacientes siguen manifestando problemas de sueño, y un tercio sigue con niveles altos de ansiedad y tristeza.

Además, el contacto directo con el personal médico, la atención continua de la pareja, familia y amigos, durante los cuidados, aportan un apoyo que disminuye al retornar a la vida diaria, sin que se tengan en los primeros momentos la capacidad plena para asumir las funciones que eran habituales; por eso, son frecuentes las sensaciones de incertidumbre, estados de ansiedad que persisten o pueden aumentar por la separación del cuidado, preocupaciones sobre el retorno del cáncer, y sentimientos de soledad y abandono. Se considera, además, que en este punto es importante tener en cuenta la vulnerabilidad psicológica y física previa; es decir, se tiene que analizar cómo ha sido las reacciones emocionales anteriores ante situaciones de estrés para poder tener un entendimiento más global (Cruzado, 2009).

Ahora bien, el hablar de rol emocional lleva a analizar en paralelo la dimensión salud mental, que ha sido abordado anteriormente al inicio del análisis; donde se obtiene que las participantes que tienen mayor calidad de vida en este aspecto son aquellas que han recibido más de un tratamiento a lo largo de todo el proceso. Una hipótesis que se podría generar para este hallazgo es que, posiblemente, se sientan más seguras y tranquilas porque tienen la percepción de que se están curando con mayor eficacia y así es más difícil que la enfermedad aparezca.

El que la gran mayoría de mujeres tenga una alta calidad de vida en su salud mental, hace referencia, también, a que tengan un mayor control emocional, entendiéndose por ello que hay un equilibrio de los sentimientos positivos frente a los negativos. Al respecto, García y González (2007) refieren que después de una primera fase de adaptación a la enfermedad y tratamientos, las mujeres con cáncer de mama consiguen controlar sus reacciones emocionales, no encontrando diferencias significativas con mujeres sanas en lo que respecta a los indicadores de una posible depresión. Sin embargo, se puede ver que lo planteado por lo autores se contradice con lo expuesto líneas arriba, sobre las participantes que a pesar de haber recibido tratamientos hace más de un año tienen una baja calidad de vida en su rol emocional, evidenciando que no necesariamente hay un control adecuado de sus emociones con el pasar del tiempo.

Estos datos contrapuestos sugieren que el área emocional conformada por la salud mental y rol emocional, es muy compleja de analizar, y en este estudio esta complejidad guarda mucha relación con variables de enfermedad como el tiempo y la cantidad de tratamientos que se administra. Además, llama la atención que en los dos niveles generales, salud física y salud mental, se conserve una muy adecuada calidad de vida, pero el pobre desempeño se da siempre en sus roles, tanto físico como emocional.

Una hipótesis que se puede plantear, con respecto a las divergencias entre rol emocional y salud mental, es que, cuando se habla de este rol se hace alusión a la influencia del estado emocional en situaciones específicas, tales como, la disminución en el rendimiento o desempeño del trabajo, o descuidar las labores cotidianas por sentirse tristes, deprimidas o nerviosas. Mientras que, al hablar de salud mental, éste corresponde a un concepto mucho más amplio que engloba, no sólo al rol, entendiéndose como el desempeño, sino también a la manera en cómo uno piensa, siente y actúa a lo largo de la vida, se trata de un estado

general de equilibrio. Además, es importante tener en cuenta que la dimensión salud mental se entiende a la luz de la relación con otras dimensiones; es decir, el hecho de tener una adecuada calidad de vida en el área física podría estar repercutiendo directa y favorablemente en la salud mental, ya que, el sentirse con vitalidad y energía podría generar sentimientos de calma y seguridad emocional.

Asimismo, otra dimensión que posiblemente estaría ayudando tanto en la salud física como mental de las participantes es la función social; se observa, por ejemplo, que casi las tres cuartas partes de la muestra pueden visitar con frecuencia a sus amigos y familiares sin presentar interferencias físicas o emocionales, sintiéndose acompañados y queridos, incrementando quizá este sentimiento de energía y confianza. Sin embargo, no hay que perder de vista que en esta dimensión la cuarta parte de la muestra presenta una baja calidad de vida que podría estar relacionado con los puntajes bajos de dolor corporal y rol emocional.

Ahora bien, retomando todo lo dicho anteriormente, se puede observar que efectivamente, a pesar de las dificultades en el desempeño de los roles, las participantes mantienen una adecuada calidad de vida en su salud general. Esta valoración positiva de su salud se da, sobretodo, en aquellas pacientes que residen en Lima, posiblemente porque al vivir en la capital cuentan con mejores sistemas sanitarios y con mayores oportunidades de recuperarse (acceso a farmacias más completas, grupos de ayuda formados en el hospital, mayores accesos a servicios psicológicos), apoyando de esta manera la hipótesis que se planteó líneas arriba cuando se hablaba de la relación existente entre una mayor función física y el hecho de vivir en la capital. Estos datos podrían servir para analizar en futuras investigaciones el servicio de salud, tanto médico como psicológico, en provincias, y ver como influye en pacientes oncológicos.

Por último, con respecto a la dimensión evolución de la salud, se encuentra que es un área que está relacionado únicamente con variables propios de la enfermedad, como tiempo de tratamiento, tiempo de diagnóstico, estadio clínico y antecedentes de cáncer. Los datos obtenidos de estos resultados informan que las participantes que actualmente evalúan su salud como peor, comparando su situación con la de hace un año atrás, son aquellas que justamente hace menos de un año les han dado su diagnóstico, tienen poco tiempo de haber recibido sus tratamientos, se encuentran en los primeros estadios de la enfermedad y tienen

antecedentes de cáncer en la familia; confirmando con esto la idea de que las fuentes potenciales de estrés y la vulnerabilidad emocional, que ha de hacer frente la mujer que padece cáncer, están presentes en todas las fases del proceso médico por el que han de pasar, sobre todo al inicio del diagnóstico y tratamiento (Cruzado, 2009), y en la muestra esta vulnerabilidad se ve potenciado cuando hay antecedentes de cáncer.

Las posibles hipótesis que surgen para estos datos ya han sido expuestas anteriormente en otras dimensiones; en cuanto al estadio clínico llama la atención que estando en las primeras fases de la enfermedad se perciban como peor, a comparación de las que están en estadio III o IV; esto quizá se deba a que la percepción emocional de vulnerabilidad y riesgo no se ajusta ni relaciona necesariamente a la información médica; es decir, el simple hecho de saber que uno tienen cáncer, sea cual fuere el estadio, genera desde ya mucha desesperanza y miedo. Y en cuanto a los antecedentes de cáncer en la familia, se entiende que valoren su salud actual peor que la de hace un año porque, posiblemente, esta experiencia familiar oncológica no ha resultado satisfactoria y puede que sientan, al momento de ser diagnosticadas, mucho temor porque consideran que su salud actual está significativamente vulnerada.

Por otro lado, pasando al análisis de la variable *religiosidad*, se encuentra que la totalidad de participantes realizan con mucha frecuencia prácticas religiosas que se relaciona con que tengan una valoración positiva de su salud actual, llevándolas a tener una calidad de vida muy alta en su salud general. Esta información estaría corroborando lo planteado por Pargament et al (1998, citado en Hamann, 2004) donde señalan que las prácticas y las creencias religiosas están con frecuencia involucradas en el proceso de lidiar con elementos estresantes de la vida diaria, e influyen en la manera cómo la persona puede afrontar una enfermedad. De igual manera, lo podemos asociar con lo planteado por Rule y colaboradores (2006) sobre la existencia de una relación significativa entre las creencias y prácticas religiosas, y la calidad de vida, advirtiendo que la realización de dichas prácticas en pacientes crónicos se asocia con un mayor nivel de satisfacción y felicidad.

Se puede apreciar, entonces, que con estos datos se estaría cumpliendo el objetivo general planteado para el estudio, evidenciando así, una correlación directa entre las variables religiosidad y una calidad de vida adecuada. Es importante tener en cuenta que la dimensión salud general contempla aspectos de las dos áreas generales que se planteó al

inicio de la discusión (salud física y salud mental), lo que nos hace ver que las prácticas religiosas se relacionarían también con estos aspectos.

Se observa, además, que entre las prácticas religiosas más frecuentes que ellas realizan están el rezar a Dios para agradecerle, rezar a Dios para pedir ayuda, y transmitir la fe en Dios a personas cercanas; que son prácticas individuales relacionadas, como ya se mencionó, a un sentimiento de fe y esperanza que están intrínsecamente relacionadas con un pedido de ayuda para luchar contra la enfermedad; así como, un pedido de fortaleza para poder soportar esta prueba de la vida; y también se genera una sensación de agradecimiento por la nueva oportunidad de vida que Dios les da. De esta manera, se aprecia además, que estas prácticas religiosas contribuyen en afianzar el sentimiento religioso y el de las creencias, generándoles una sensación de bienestar.

Esta idea es respaldada por una investigación hecha por Hasson-Ohayon, Braun, Galinsky y Baider (2009) acerca de la religiosidad y esperanza en pacientes con cáncer de mama; en este estudio se sustenta la hipótesis de que hay una relación positiva entre la supervivencia, la religión y la esperanza sobre todo en tres grupos de pacientes: los que están sometidos a quimioterapia, los pacientes ambulatorios y aquellos que forman parte del entorno del hogar; asimismo, estos autores sugieren que la experiencia de la esperanza para la gente religiosa es esencial porque les ayuda a afrontar de manera positiva el proceso de la enfermedad del cáncer, y porque les permite confiar y fortalecerse en sus creencias religiosas.

Asimismo, también guarda relación con lo señalado por Spilka y colaboradores (2003) sobre que, en enfermedades como el cáncer, se puede esperar que las personas acudan a una religión, sea cual fuere, con el propósito de invocar por el pronto restablecimiento de la salud, pretendiendo recibir un efecto revelador. Además refieren que, en la medida en que los pacientes con cáncer sienten que Dios controla las cosas, su sentido de amenaza a la vida disminuye y su autoestima mejora.

Se observa, entonces, que hay un predominio de prácticas individuales sobre prácticas más comunitarias, y esto es entendible ya que en esta etapa de enfermedad las pacientes están pasando por una vivencia muy personal, de confrontación sobre sus propios pensamientos y sentimientos; se podría decir que las pacientes al atravesar por esta enfermedad preferirían momentos de reflexión y sobrecogimiento, en un espacio muy

íntimo como en sus hogares, antes que participar en actividades con carácter social. Sin embargo, no se cuenta con bibliografía suficiente que nos ayude a sustentar esta hipótesis, por lo que se propone seguir trabajando en el tema del desarrollo de prácticas religiosas individuales frente a prácticas comunitarias, en situaciones de estrés como el padecimiento de una enfermedad oncológica.

Ahora bien, teniendo una visión general del comportamiento religioso en las participantes, se pasará a analizar, de manera más específica, las diferentes prácticas religiosas y sus posibles relaciones con variables sociodemográficas y de enfermedad.

Dentro de las variables sociodemográficas se han identificado cuatro variables que se asocian, en mayor medida, con la realización de estas prácticas. Entre estas variables se tiene a la composición familiar, la religión que se profesa, la participación en actividades religiosas antes de empezar la enfermedad y el grado de instrucción.

En cuanto a la composición familiar se obtiene, por ejemplo, que las mujeres que viven junto a sus esposos e hijos asisten con mayor frecuencia a la iglesia o templo, dándole a esta práctica un carácter comunitario. Además, las que tienen este tipo de familia constituida, sobre todo las que tienen mayor número de hijos, sienten más motivación para participar en festividades religiosas de la localidad; así como, en actividades organizadas por la iglesia. Una hipótesis que surge de este dato, es que, posiblemente, estas mujeres al estar rodeadas de sus familiares cercanos hacen que se sientan más acompañadas y motivadas para salir de sus hogares, sintiendo interés por interactuar con los miembros de su comunidad; y porque este tipo de actividades promueven la participación en familia, haciéndolas sentir que forman parte de ella.

Asimismo, otra hipótesis que se desprende, es que, al acudir con sus familiares, las pacientes posiblemente interpretan que se están comportando como Dios espera que lo hagan, siguiendo un sentido tradicional de familia. Se puede observar también que las mujeres que tienen más hijos tienden a transmitir con más frecuencia su fe en Dios a personas cercanas; esto podría estar relacionado con el hecho de que los hijos son, por lo general, las personas más allegadas a las pacientes, con quienes ellas pueden compartir no sólo sus vivencias y sentimientos con respecto a la enfermedad, sino también transmitirle su fe y creencias religiosas, a manera de sentirse acompañadas y respaldadas, y así cumplir con lo que Dios espera.

Ahora bien, con respecto a la variable religión que se profesa, se puede apreciar que justamente las mujeres que asisten con mayor frecuencia al templo, las que participan más continuamente en actividades organizadas por la iglesia, y las que consideran que se comportan como Dios espera que lo hagan, son por lo general las que pertenecen a otras religiones diferentes a la católica, tales como, evangélica, testigos de Jehová y budismo. A esto se debe añadir el dato que las que tienen una mejor calidad de vida en la salud general son quienes profesan también otros tipos de credos diferentes a la católica. Esto podría hacer pensar que quizá este tipo de religiones promueven, dentro de sus doctrinas, creencias de salvación que calan con mucho más rigor en las mentes de sus correligionarios, que se vuelven a su vez más atractivas, comparándola con el credo católico, generándoles sensaciones de optimismo y bienestar. Además se observa que estas religiones tienen un sentido más comunitario que podría estar influyendo positivamente en las participantes; ya que, promueve un sentimiento de integración, que las lleva a valorar su salud de manera positiva.

Sin embargo, las que sí profesan la religión católica son las que tienen una mayor calidad de vida en su rol físico, lo que hace pensar que la fe promovida por esta religión contribuye a una sensación de mejoría pero desde una perspectiva más individual, a comparación de lo que se señalaba líneas arriba; es decir, posiblemente estarían valorando más la recuperación individual que el sentido de integración, con respecto a otras personas que hayan padecido por lo mismo.

Por otro lado, un hallazgo importante a considerar, que se obtuvo gracias a la investigación cualitativa en la muestra, y que responde a la tercera variable socio demográfica que influye en la realización de las prácticas, es que, las pacientes que normalmente participaban de actividades religiosas antes de la aparición de la enfermedad lo han seguido haciendo también durante este proceso, sobre todo el asistir al templo, participar de festividades religiosas o actividades organizadas por la iglesia, rezar a Dios para agradecerle y transmitir su fe en Dios a personas cercanas; prácticas que tienen un sentido tanto individual como comunitario. Esto muestra que sus actitudes o creencias religiosas no han cambiado, ni las prácticas religiosas han disminuido por el hecho de estar pasando por esta enfermedad, y que en esta situación crítica de sus vidas continúan con la realización de estas actividades ayudándolas a enfrentar diferentes situaciones, tratando de

encontrarle un sentido.

Si bien no se tiene un registro que permita saber si es que las mujeres que no habían realizado prácticas religiosas antes de la enfermedad, lo han hecho después de ésta; si se puede decir que, tanto las que han participado de actividades como las que no, consideran que Dios es lo más importante en sus vidas, sintiéndose muy agradecidas por la fortaleza que les da en esta etapa de enfermedad.

Por último, con respecto al grado de instrucción, se observa que las participantes que tienen escolaridad incompleta son las que, con mayor frecuencia, le rezan a Dios para pedir ayuda, y consideran que se comportan como Dios espera que lo hagan. Una hipótesis que puede surgir de ello es que a menor grado de instrucción se da una postura más sumisa ante los dogmas religiosos. Podemos decir que según Glock (1962, citado en Paloutzian, 1996) se da una mayor manifestación de la dimensión ritual y de la dimensión de las consecuencias. Sin embargo, se puede ver que estas prácticas responden a manifestaciones infantiles que enfatizan el hecho de comportarse bien para recibir un premio, y no ser castigadas por un Dios padre ante una mala conducta.

Ahora bien, luego de haber analizado la frecuencia de las prácticas religiosas en función a las variables sociodemográficas, se pasó a analizar las correlaciones significativas de la investigación. Es importante mencionar, entonces, que a parte de la correlación principal entre las variables religiosidad y calidad de vida, ya reportada, y que responde al objetivo general del estudio; también se han encontrado dos correlaciones importantes que dan sustento a esta investigación.

El primero de ellos tiene que ver con la asistencia a la iglesia/templo y la salud general; se aprecia, por ejemplo, que las mujeres que realizan esta práctica religiosa tienen una sensación mayor de esperanza y optimismo que las lleva a evaluar su salud como buena, propia de una alta calidad de vida; posiblemente esto se debe porque al tener una mejor condición de salud general se les haga más fácil ir al templo debido a que no hay mayores impedimentos en el área física, y esto podría estar contribuyendo a que tengan una actitud positiva frente a la vida, teniendo mayores expectativas para el futuro. Además, es importante observar que son las mujeres de mayor edad las que realizan con mayor frecuencia esta práctica religiosa, seguramente porque provienen de una tradición religiosa arraigada en la que la asistencia al templo, como espacio sagrado, es importante en el

encuentro y comunicación con Dios; además, podemos apreciar que en la muestra, el asistir a la iglesia/templo está relacionado significativamente con rezar, ya sea para agradecer o para pedir ayuda, favoreciendo quizá al bienestar general.

Se podría pensar que todos estos datos estaría corroborando lo planteado por Rule (2006) que retomando los aportes de Ferris (2002) indican que hay una relación directa y significativa entre la frecuencia de asistencia a la iglesia y la evaluación de la propia felicidad; el autor refiere que las personas que tienen una fe religiosa, y la practican, tienden a sentir que sus vidas valen la pena.

La segunda correlación encontrada tiene que ver con rezar a Dios para agradecerle y la función social. Se puede observar que las participantes que realizan esta práctica, que por lo general también son mujeres de mayor edad, pueden realizar actividades sociales normales sin ninguna interferencia física o emocional, es decir, mantienen una adecuada calidad de vida en esta dimensión. Esto se podría entender porque al tener una participación social mucho más activa las pacientes posiblemente sienten que ya no están tan enfermas, la idea de muerte o amenaza poco a poco puede ir disminuyendo, y el poder estar nuevamente con sus amigos, vecinos o familiares puede ayudar en la motivación para realizar actividades nuevas. Al tener presentes todos estos factores positivos las participantes tal vez sientan una gran necesidad de estar agradecidas con la vida y con Dios por sentir que la enfermedad se está controlando.

Además, se debe de tener en cuenta que las participantes realizan actividades sociales de gran envergadura en la comunidad religiosa, como participar en la Hermandad del Señor de los Milagros u organizar fiestas patronales, que muchas veces funcionan como una manera de ofrenda religiosa por algún milagro concedido, viéndose reflejado, de esta manera, el alto sentido de gratitud entre las mujeres de la muestra.

Por otro lado, para finalizar con el análisis de la variable religiosidad, se puede apreciar que las participantes que comparten con más de una persona sus creencias religiosas, a parte, de transmitir con mayor frecuencia la fe en Dios a personas cercanas, como familiares o amigos de la comunidad, tienen también una mayor calidad de vida en la función física, lo que les permite realizar esfuerzos moderados e intensos. Se considera, entonces, que al tener mayor fuerza en esta dimensión, pueden desplazarse sin dificultad de un lugar a otro, facilitando el que puedan buscar personas con quiénes compartir sus

creencias. Asimismo, cabe resaltar que aquellas pacientes que han sufrido anteriormente de otras enfermedades han aprovechado sus experiencias de vida para transmitir su fe en Dios a las personas más cercanas de su entorno, entendiendo por esto que, ante el sufrimiento y el dolor, intentan dar un sentido a lo que viven a través de sus creencias, valorando la fortaleza y el engrandecimiento de su fe, con la motivación de transmitir un mensaje de esperanza a las personas más cercanas.

Finalmente, si se hace una valoración de las limitaciones de este estudio se observará que, al no poder contar con un inventario más amplio que mida religiosidad en nuestro medio, se ha perdido información sustancial al momento de correlacionar ambas variables, teniendo que trabajar sólo con una de las dimensiones de religiosidad, a saber, las prácticas religiosas. Además, al ser la Escala de prácticas religiosas un instrumento muy pequeño, se obtuvo información muy específica y sucinta por lo que se recomienda para próximas investigaciones adaptar inventarios, cuestionarios o entrevistas, como el SBI-15R (Systems of Belief Inventory) o el STS (Spiritual Transformation Scale), que midan tanto religiosidad como espiritualidad; que son conceptos que actualmente están tomando real envergadura en el campo de la psicología de la salud.

Se considera, por ejemplo, que este último constructo contempla una definición más amplia como una búsqueda personal de sentido y propósito en la vida, abarcando por consiguiente aspectos relevantes de la calidad de vida como rol emocional, salud general y salud mental; lo cual hubiera brindado una información más holística y un entendimiento más global del funcionamiento del paciente oncológico.

Por otro lado, se debe considerar que las conclusiones de esta investigación dan cuenta del comportamiento de un grupo determinado de pacientes oncológicos y, por tanto, no puede ni pretende este estudio generalizarlo para toda la población que padece de cáncer. Sin embargo, aún sabiendo que la muestra no es representativa por el tamaño y características propias de ella, este estudio cumple con los objetivos propuestos al inicio y es un aporte a la psicología de la salud en el área oncológica en población adulta.

Así, se considera que la información brindada en este análisis podría servir para diseñar programas en hospitales que permitan un mejor ajuste psicosocial de las pacientes con cáncer de mama y una evaluación de su calidad de vida. Además esos datos pueden utilizarse en programas dirigidos a identificar grupos de alto riesgo o personas que puedan

beneficiarse de estas intervenciones psicosociales.

Por ejemplo, se podría sugerir que es muy importante tomar en cuenta para la evaluación de la salud mental de las pacientes, el tiempo que ha transcurrido de haber recibido el diagnóstico, así como, el tiempo y la cantidad de tratamientos recibidos. De igual manera, es relevante tener en cuenta el lugar de residencia de estas personas, ya que, se ha comprobado que las que viven en la capital tienen un mejor funcionamiento en el área física, así como, es importante contemplar la eficacia del apoyo familiar, si es que hay antecedentes de cáncer en la familia, o la existencia de otras enfermedades previas para evaluar el funcionamiento de esta área.

Asimismo, los resultados de este estudio podrían servir para proponer nuevas formas de abordaje terapéuticos en pacientes con cáncer de mama tomando en cuenta una intervención espiritual y/o religiosa, si es que el caso así lo requiera, sobre todo en el ámbito hospitalario. Esto serviría para explorar áreas existenciales relacionados al propósito, significado y apreciación de la vida, que guarda relación con el deseo de lucha para afrontar la enfermedad y posiblemente, también, con la adherencia al tratamiento.

En la misma línea, con lo que respecta a religiosidad, se recomienda que se explore con más detenimiento las motivaciones por las cuáles las personas que están pasando por una enfermedad crónica, sobre todo oncológica, prefieran realizar prácticas religiosas individuales en vez de comunitarias; así como, investigar la influencia que los diferentes tipos de religiones tienen sobre el comportamiento de las personas, y las motivaciones que las lleva a adherirse a tal o cual religión.

Por último, se considera que esta investigación ha hecho el intento de lograr un acercamiento entre estas dos variables dentro de nuestro contexto social, brindando supuestos interesantes que ayudarían a una mejor intervención en el campo de la psicooncología.

CONCLUSIONES

Después de realizar el análisis correspondiente llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Las participantes poseen una calidad de vida que oscila entre niveles promedios y muy altos, tanto en su salud física como en la mental. Esto se relaciona con el hecho de que un gran porcentaje de mujeres obtienen también una calidad de vida que va desde promedio hasta muy alta en la dimensión salud general.
2. La dimensión donde se obtuvo un mayor porcentaje de mujeres con una calidad de vida alta y muy alta es función física, lo que significa que pueden realizar sin problemas acciones correspondientes al autocuidado, así como, actividades que requieren un esfuerzo moderado e intenso. En la misma línea, la dimensión vitalidad también funciona adecuadamente en la gran mayoría de participantes, lo que significa que se sienten con energía y vitalidad la mayor parte del día.
3. La dimensión rol físico es el área de la calidad de vida donde un mayor porcentaje de mujeres tienen afectada esta dimensión, entendiéndose por ello que las participantes han bajado la productividad, el rendimiento y la frecuencia en las actividades cotidianas, a consecuencia de su salud física. Asimismo, se observa que en la dimensión dolor corporal, si bien hay participantes que responden adecuadamente a esta área, un grupo considerable de ellas presenta un bajo nivel de calidad de vida al sufrir intensos dolores corporales que limitan el trabajo diario.
4. En cuanto a la salud mental, se obtiene que un gran porcentaje de participantes tienen una alta calidad de vida en esta área, lo que les permite mantener una sensación de calma y tranquilidad, así como, un adecuado control emocional.
5. Dimensiones como rol emocional y función social son áreas que si bien las pacientes presentan un funcionamiento promedio a muy alto, también hay un porcentaje de la muestra que presentan un bajo nivel de calidad de vida, lo que implica que sus trabajos o actividades diarias se ven comprometidos a causa de problemas emocionales como sentirse triste, deprimido, nervioso, repercutiendo también en la vida social habitual de

las pacientes.

6. En cuanto a la religiosidad, se podría decir que todas las representantes de la muestra practican actividades religiosas de manera frecuente, sobre todo aquellas en donde expresan sus sentimientos de fe y creencias en un ámbito más íntimo. La práctica más frecuente en las participantes es rezar a Dios para agradecerle, seguido de rezar para pedir ayuda y transmitir la fe en Dios a personas cercanas.

7. Las prácticas religiosas menos frecuentes son aquellas que tienen un sentido comunitario como participar en las festividades religiosas de la localidad y participar en actividades organizadas por la iglesia/templo.

8. Existen una relación mediana y directa entre el puntaje total de las prácticas religiosas con la dimensión salud general. Esto significa que el que las participantes realicen con mucha frecuencia prácticas religiosas está relacionada con que tengan una mejor calidad de vida en su salud general, permitiéndoles tener una valoración positiva de su salud actual, así como, perspectivas positivas de su salud en el futuro.

9. Existen otras dos correlaciones medianas y directas entre asistir a la iglesia/templo con la dimensión salud general, y entre rezar a Dios para agradecerle con la dimensión función social. Estos datos nos estarían indicando que las participantes que asisten con mayor frecuencia a la iglesia tienen una sensación mayor de esperanza y optimismo que las lleva a evaluar su salud como buena; y las que rezan a Dios para agradecerle pueden realizar actividades sociales normales sin interferencias físicas o emocionales.

REFERENCIAS

- A.D.A.M. (2006). *Breast Cancer*, 10/02/2006, p1-16p; (AN25977812) Información obtenido del EBSCO HOST.
- Andersen, B. y Golden-Kreutz, D. (1998). Capítulo 8.09: Cáncer. En: Bellack, A. (edit.). *Comprehensive Clinical Psychology* Vol. 8. New York: Pergamon.
- Arbeláez, A. y Velásquez, J. (2009). Manejo del dolor oncológico por medio de estrategias psicológicas y psicofarmacológicas. En: L. Oblitas y X. Palacios (edit.), *Psicooncología: Intervención psicológica en el cáncer*. Psicom editores.
- Beckjord, E., Compas, B. (2007). Sexual Quality of Life in Women with Newly Diagnosed Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 25 (2), 19-36.
- Carpio, C. (2001). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. En: Romero, J. (edit.). *Calidad de vida*. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología. Escuela Profesional de Psicología.
- Cotrán, R., Kumar, V. y Collins, T. (2000). *Robbins: Patología estructural y funcional*. 6ta edición, Editorial: McGraw Hill.
- Cruzado, J. (2009). La intervención psicológica en cáncer de mama. En: L. Oblitas y X. Palacios (edit.). *Psicooncología: Intervención psicológica en el cáncer*. Psicom editores.
- Delahanty, D. y Baum, A. (2001). Capítulo 45: Stress and Breast Cancer. En: Baum, A. (edit.). *Handbook of Health Psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deshields, T., Reschke, A., Walker, M., Brewer, A., Taylor, M. (2007). Psychological Status at Time of Diagnosis and Patients' Ratings of Cosmesis Following Radiation Therapy for Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 25 (2), 103-116.
- Die Trill, M. y Vecino, S. (2003). Capítulo 8: El Superviviente de Cáncer. En: Die Trill, M. *Psicooncología*. Madrid: Ades-Ediciones S.L.
- Die Trill, M., Die Goyanes, A. (2003). Capítulo 10: El Cáncer de mama. En: Die Trill, M. *Psicooncología*. Madrid: Ades-Ediciones S.L.
- Dimatteo, M y Martin, L (2002). *Health Psychology*. Boston: Allyn & Bacon.

- Font Guiteras, A. (2000). Capítulo X: Calidad de Vida: Modelo de toma de decisiones compartidas Oncólogo-Paciente. En: Gil, F. (edit.). *Manual de Psicooncología*. Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- García, C. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Vol. 25, 72-80.
- García Girón, C., Fernández, Y., Gómez, J. y Salinas, P. (1996). Capítulo: 98. En: Gonzales Barón, M. (edit). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Editorial Médica Panamericana.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros. Y Quinceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe* (020), 50-75.
- González, A. y González, M. (2007). Los programas de detección precoz del cáncer de mama en España. *Psicooncología*, Vol. 4, (2-3), 249-264.
- Gudas, S., Smith, L. (1998). Quality of Life in Cancer Patients Cancer Management. En: Paredes, M. *Calidad de Vida y Soporte Social en Pacientes con Cáncer de Mama*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en psicología clínica, no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hamann, G. (2004). *Religión y actitudes hacia el tratamiento en pacientes esquizofrénicos*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en psicología clínica, no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hasson-Ohayon, I.; Braun, M.; Galinsky, D. y Baider L. (2009). Religiosity and hope: a path for women coping with a diagnosis of breast cancer. *Psychosomatic Proquest Psychology Journals*, pg. 525.
- Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. 2da edición. México D.F.: Mc Graw-Hill.
- Hernández, J. y Moreno, C. (2009). Manejo del dolor y otros síntomas en el pacientes con cáncer. En: L. Oblitas y X. Palacios. *Psicooncología: Intervención psicológica en el cáncer*. Psicom editores.
- Herrero, B., Calle, C., Álvarez, A., Muñoz, M., Nieto, O. y Villasante, A. (2008). *Manual Medicina CTO 7ma edición*. Editorial Mcgraw Hill.
- IMIM (2000). *Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36* [En red] Disponible en: <http://www.imim.es>. 01/05/09
- INEI (2008). *Indicadores sociales – Salud* [En red] Disponible en: <http://www.inei.gob.pe>. 26/09/08

- INEN (2006). *Estadísticas-Datos Epidemiológicos* [En red] Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/intranet/estadepidemiologicos.htm>. 26/09/08.
- Instituto Nacional del Cáncer (2007). *Explicación básica de lo que es el cáncer* [En red] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicacion-basica>. 26/09/08.
- Instituto Nacional del Cáncer (2008). *La espiritualidad en el tratamiento del cáncer. Versión Profesional de Salud* [En red] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/HealthProfessional/page4/print>. 05/04/09.
- Izquierdo, M., González, U., Alern, A. y Jáuregui, U. (2008). Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. *Revista científica médica La Habana, Vol.VII, (2)*, 1-11.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. 4ta edición. México, D.F.: Mc Graw-Hill.
- Lugo, L., García, H., Gómez, C. (2006). *Confiabilidad del Cuestionario de Calidad de Vida en Salud SF-36 en Medellín, Colombia* [En red] Disponible en: http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/revista/vol_24-2/Vol.24_pags.37-50.pdf. 20/04/09.
- Mussi, C. (2004). Capítulo 5: Enfermedad cardiovascular, hipertensión y cáncer. En: L. Oblitas (Coor.). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson.
- Nezu, A., Nezu, C., Felgoise, S., y Zwick, M. (2003). Capítulo 12: Psychosocial Oncology. En: A. Nezu (comp.). *Handbook of Psychology Vol.9*. New York: Wiley.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para entender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica Chilena*, (135), 647-652.
- Paloutzian, R. (1996). Capítulo 1: Religion in Psychological Perspective. En: *Invitation to the Psychology of Religion*. Boston: Allyn and Bacon.
- Paredes, M. (2003). *Calidad de vida y Soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en psicología clínica, no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Pargament, K. y Mahoney, A. (2002). Capítulo 47: Spirituality: Discovering and Conserving the Sacred. En: Snyder, C.R. (edit.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Ringdal, G. (1996). Religiosity, quality of life, and survival in cancer patients. *Social Indicators Research, Vol. 38 (2)*, pp 192.

- Robles, R. (2004). Capítulo 9: Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En: L. Oblitas (Coor.). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson.
- Rodríguez Marín, J. (1995). Capítulo 11: La Calidad de Vida en Pacientes Crónicos. En: *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J.; García del Castillo, J. y Terol, M. (2009). La calidad de vida en enfermos de cáncer. En: L. Oblitas y X. Palacios (edit.). *Psicooncología: intervención psicológica en el cáncer*. Psicom editores.
- Rule, S. (2006). Religiosity and Quality of Life in South Africa. *Social Indicators Research*, Vol. 81 (2), 417-434.
- Salas, G. (2009). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en psicología clínica, no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Schalock, R. (2003). Capítulo 2: El concepto de Calidad de Vida: Significado, importancia y nuestro enfoque. En: *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Secretaría de Salud (2006). *Cuestionario de Salud SF-36* [En red] Disponible en: <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hc1.pdf>. 15/04/09.
- Sociedad Americana de Cancer (2008). *What is Cancer* [En red] Disponible en: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1x_What_Is_Cancer.asp?sitearea. 26/09/08.
- Solana, A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, Vol. 28 (3), 157-163
- Spilka, B., Hood, R., Hunsberger, B. y Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion: an empirical approach*. New York: The Guilford Press.
- Taylor, N. (2001). *Utilizing religious schemas to cope with mental illness* [En red] Disponible en: <http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=n1115271r2342170&size=largest>. 18/11/09.
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. 5ta edición. Boston: McGraw-Hill.
- Valle, R., Zúñiga, M., Tuzet, C., Martínez, C., De la Jara, J., Aliaga, R. y Whittembury, A. (2006). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *Anales de la Facultad de Medicina*, Vol.67, (004), 327-332.
- Velásquez, L. (1997). *Impacto del cáncer en la calidad de vida en un grupo de pacientes con cáncer de mama en estadio clínico II-B antes de la mastectomía sin haber recibido quimioterapia, y después de la mastectomía habiendo recibido cuatro*

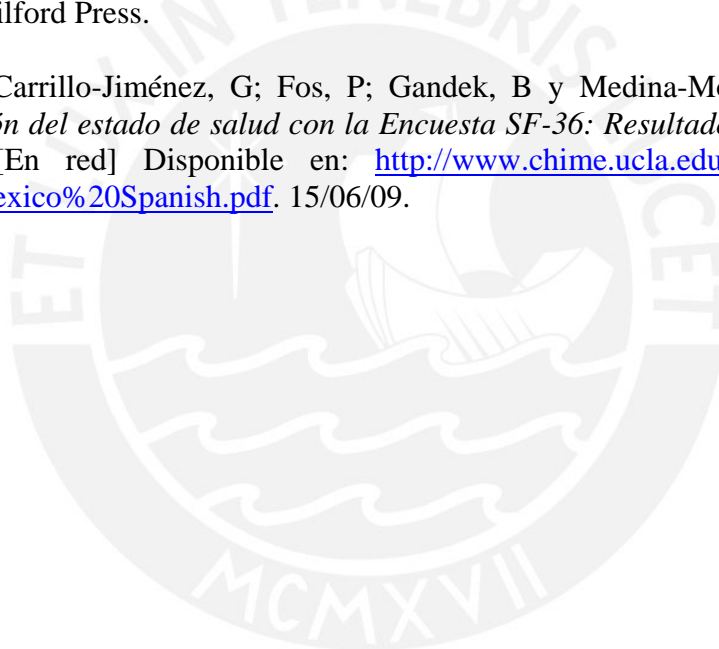
cursos de quimioterapia. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en psicología clínica, no publicada, Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Alonso, J., et al. (2005). *El Cuestionario de Salud SF-36 versión española: Una década de experiencias y nuevos desarrollos*. Gaceta Sanitaria, 19, 135-150 [En red] Disponible en: <http://www.edicionesdoyma.com> 01/05/09.

Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R., Vásquez, A., Contreras, F., Tobon, S. y Sandin, B. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia psicológica, Sociedad Chilena de psicología clínica, Vol.23*, (002), 65-74.

Zinnbauer, B. y Pargament, K. (2005). Capítulo 2: Religiousness and Spirituality. En: Paloutzian, R. (edit.). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press.

Zúñiga, M. A; Carrillo-Jiménez, G; Fos, P; Gandek, B y Medina-Moreno, M. (1999). *Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: Resultados preliminares en México* [En red] Disponible en: <http://www.chime.ucla.edu/measurement/SF-36%20Mexico%20Spanish.pdf>. 15/06/09.





ANEXOS

ANEXO A

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Calidad de Vida y Religiosidad en Pacientes con Cáncer de mama**Descripción**

Ud. está siendo invitado a participar en una investigación que tiene como objetivo medir *la posible relación entre la calidad de vida y la religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. Esta investigación es realizada por la alumna de psicología Katherinne Laos Manrique

Usted fue seleccionado para participar en esta investigación al ser paciente de cáncer de mama y acudir a consulta externa. Esperamos que, en total, acepten integrar este estudio, 60 pacientes aproximadamente.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una ficha de datos personales, así como, un cuestionario que mida calidad de vida, y una escala que mida prácticas religiosas. Su ayuda nos permitirá conocer cómo es la calidad de vida y la religiosidad en pacientes con cáncer de mama, y saber si es que hay relación entre estas dos.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

Anonimato: Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.

Integridad: Ninguna de las pruebas que se le apliquen resultará perjudicial.

Participación voluntaria: Tiene el derecho a abstenerme de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SI ____ NO ____

Firma

ANEXO B

FICHA DE DATOS PERSONALES***Datos de filiación***

Nombre : _____

Edad : _____

Lugar y Fecha de Nacimiento : _____

Estado Civil : _____

Número de Hijos : _____

Lugar de residencia : _____

Tiempo de residencia en Lima : _____

Composición familiar : _____

Grado de instrucción : _____

Ocupación : _____

Datos de religión

Marcar con una “x” en los espacios en blanco y completar si fuera el caso.

1. ¿Qué religión profeso? *Marcar con una “x”*

Católica ___ cristiano/evangélico ___ otros (especificar) _____ ninguno ___

2. ¿He cambiado de religión en los últimos 5 años?

Si ___ A cuál _____ No ___

3. Si he cambiado de religión, ¿por qué motivo se dio esto?

4. ¿Con qué personas de mi entorno comparto mis creencias religiosas?

Pareja ___ Hijo/Hija ___ Madre ___ Hermano/Hermana ___

Otros: _____

5. ¿Mis creencias religiosas me ayudan a enfrentar los problemas que tengo actualmente?

Si: _____ En ocasiones: _____ No: _____

6. Si es así, ¿cómo me ayuda a enfrentarlas?

7. ¿Participé en actividades religiosas antes de iniciarse la enfermedad?

Si: _____ No: _____

En cuáles: _____

8. ¿Qué tan importante es Dios en mi vida? y ¿por qué?

Datos de la enfermedad

Diagnóstico : _____

Fecha de diagnóstico : _____

Estadio clínico : _____

Tipo de tratamiento recibido : _____

Tiempo de tratamiento recibido : _____

Cirugía : _____

Fecha de Cirugía : _____

Otras enfermedades : _____

¿Es la primera vez que le diagnostican cáncer?

Si no es la primera vez, ¿qué tratamientos recibió anteriormente?

¿Cuánto tiempo duró este tratamiento?

¿Existen antecedentes de cáncer en la familia cercana?, ¿Quién lo sufrió?

¿Los familiares sobrellevaron exitosamente esta situación previa de cáncer, o no?



ANEXO C

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36
VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)
INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está segura de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
 2 Muy buena
 3 Buena
 4 Regular
 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
 2 Algo mejor ahora que hace un año
 3 Más o menos igual que hace un año
 4 Algo peor ahora que hace un año
 5 Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <i>varios pisos</i> por la escalera	1	2	3
e. Subir <i>un solo</i> piso por la escalera	1	2	3

f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 kilometro o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Actividades	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p.ej. le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

Actividades	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante *las 4 últimas semanas*?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

8. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante *las 4 últimas semanas*. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante *las 4 últimas semanas* ¿cuánto tiempo...

Actividades	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. Se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
 2 Casi siempre
 3 Algunas veces
 4 Sólo alguna vez
 5 Nunca

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

Actividades	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D

ESCALAS DE PRÁCTICAS RELIGIOSAS

1. Asisto a la Iglesia / Templo

a) siempre b) casi siempre c) a veces d) casi nunca e) nunca

2. Participo en las festividades religiosas de mi localidad

a) siempre b) casi siempre c) a veces d) casi nunca e) nunca

3. Rezo a Dios para pedirle que me ayude

a) siempre b) casi siempre c) a veces d) casi nunca e) nunca

4. Participo en las actividades organizadas por mi Iglesia / Templo

a) siempre b) casi siempre c) a veces d) casi nunca e) nunca

5. Me comporto como Dios espera que lo haga

a) siempre b) casi siempre c) a veces d) casi nunca e) nunca

6. Le rezo a Dios para agradecerle

a) siempre b) casi siempre c) a veces d) casi nunca e) nunca

7. Transmito mi fe en Dios a personas cercanas

a) siempre b) casi siempre c) a veces d) casi nunca e) nunca

ANEXO E

TABLAS QUE MUESTRAN LOS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE NORMALIDAD

Tabla 1. *Análisis de normalidad para las dimensiones de calidad de vida*

	Kolmogorov-Smirnoff	
	Estadístico	Significancia
Función física	0,17	0,00
Rol físico	0,23	0,00
Dolor corporal	0,10	0,20
Salud general	0,15	0,01
Vitalidad	0,10	0,20
Función social	0,15	0,01
Rol emocional	0,28	0,00
Salud mental	0,16	0,00
Evolución de la salud	0,23	0,00

n=50

Tabla 2. *Análisis de normalidad para la Escala de Prácticas religiosas*

	Kolmogorov-Smirnoff	
	Estadístico	Significancia
ítem 1	0,29	0,00
ítem 2	0,18	0,00
ítem 3	0,50	0,00
ítem 4	0,19	0,00
ítem 5	0,25	0,00
ítem 6	0,51	0,00
ítem 7	0,47	0,00

n=50