



**Universitat de les
Illes Balears**

**Títol: Espiritualidad como factor protector de la depresión
en pacientes con cáncer**

**Spirituality as a protective factor of depression in cancer
patients**

NOM AUTOR: Rafael Duran Tischhauser

DNI AUTOR: 41520536-Q

NOM TUTOR: Mauro García Toro

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau de Psicologia

Paraules clau: Depresión, espiritualidad, religiosidad, cáncer

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2013/2014

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent case

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen/Abstract..... | 3 |
| Introducción..... | 4 |
| Espiritualidad/Religión..... | 5 |
| 1. Religión | 6 |
| 2. Religión/Espiritualidad..... | 9 |
| 3. Religión y Espiritualidad..... | 11 |
| Afrontamiento Religioso | 14 |
| Correlatos Neuroanatómicos de la Religión..... | 18 |
| Reflexión Personal y Conclusiones | 20 |
| Referencias | 23 |

Resumen

En los últimos años, multitud de trabajos han discutido la importancia de la religiosidad/espiritualidad como factor protector contra los síntomas depresivos en los pacientes con cáncer, sin llegar a un consenso. Problemas como la diferente operativización de las variables estudiadas o tomar religión y espiritualidad como una misma variable podrían ser posibles causas. El objetivo de esta revisión es el de determinar si la religiosidad/espiritualidad es realmente un factor protector contra la depresión en este tipo de pacientes. Además me pregunto también si estas dos variables se deberían analizar de forma separada para determinar el impacto de cada una en los niveles de depresión, o si se deben seguir usando como sinónimos. Los resultados obtenidos mostrarán que la espiritualidad es el factor protector más importante contra la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer, mientras que la religiosidad o la fe parecen no tener mucho que ver cuando se controlan variables como el apoyo social y la espiritualidad.

Palabras clave: Depresión, espiritualidad, religiosidad, cáncer.

Abstract

In recent years, many papers have discussed the importance of religiosity/spirituality as a protective factor against depressive symptoms in cancer patients, without reaching a consensus. Issues such as different operationalization of the variables studied or taking religion and spirituality as the same variable could be possible causes. The aim of this review is to determine if religiosity/spirituality is actually a protective factor against depression in these patients. I also wonder if these two variables should be analyzed separately to determine the impact of each on levels of depression, or whether we should continue to use them as synonyms. Results show that spirituality is the most important protective factor against depression and anxiety in cancer patients, while religiosity or faith seem not to have much to do when variables such as social support and spirituality are controlled.

Keywords: Depression, spirituality, religiosity, cancer.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en pacientes con cáncer (Andrykowsky et al., 2008; Nelson et al., 2009; Johannessen-Henry et al., 2013). En los últimos años, múltiples trabajos han discutido la importancia de la religiosidad/espiritualidad como factor protector o de bloqueo de síntomas depresivos y ansiosos, obteniendo en ocasiones resultados controvertidos y contrarios entre ellos. (Vachon, 2008; Schreiber y Brockopp, 2012). Otros trabajos han intentado explicar la falta de consenso entre los resultados anteriores apuntando que se está cometiendo un error al tratar religiosidad y espiritualidad como un mismo factor, muchas veces dando por sentado que una persona religiosa es también espiritual. (Yanez et al., 2009; Kristeller et al., 2011). Es importante, por tanto, definir los conceptos de religiosidad y espiritualidad. Según McCoubrie y Davies (2006), religiosidad implica la "participación en creencias, rituales y prácticas de las religiones actuales, estando la gran mayoría centradas en la creencia en un ser superior y la voluntad de complacer a ese ser". Espiritualidad es un término más amplio que ayuda a la persona a entender, encontrar sentido y propósito a la vida, y a interpretar las situaciones de enfermedad y muerte de forma que tengan sentido (Nelson et al., 2009). De esta forma, la espiritualidad se alza como un término más amplio que la religiosidad, siendo posible ser una persona espiritual sin necesidad de seguir ninguna religión, y poniendo en relieve que ser una persona religiosa no implica tener espiritualidad.

Habiendo hecho esta distinción teórica, ¿apoyarán los datos empíricos la diferencia entre religiosidad y espiritualidad, o se pueden (o deben) seguir usando como sinónimos? Y más importante, ¿Son la religiosidad y/o la espiritualidad factores a tener en cuenta en el estudio de la depresión en pacientes con cáncer?

En la literatura se palpa una ligera controversia y desigualdad de conclusiones, muchas veces atribuidas al uso de diferentes instrumentos de evaluación, diferentes análisis estadísticos o diferencia en la definición y operativización de las variables espiritualidad y religiosidad. Mi objetivo es revisar los artículos más recientes sobre la materia para ver si puedo echar algo de luz sobre el tema. Para ello voy a estructurar el trabajo en una serie de apartados en los que voy a ir desarrollando los diferentes trabajos relacionados

para así ver cuáles son las tendencias y conocimientos actuales en la investigación. Estos apartados serán: Espiritualidad/Religión, Afrontamiento Religioso, Correlatos Neuroanatómicos de la Religión y una conclusión crítica final. En el primer apartado abordaré la controversia actual que hay entre separar o no estos dos constructos para analizar la depresión en pacientes con cáncer, apoyándome de la literatura revisada para intentar encontrar una respuesta a la misma. En el apartado Afrontamiento Religioso revisaré los efectos que las diferentes estrategias de afrontamiento relacionadas con la religión tienen sobre la salud y la depresión; mientras que en el tercer apartado hablaré sobre una serie de interesantes estudios que relacionan determinadas regiones cerebrales con la religiosidad. Finalmente, en la conclusión, sopesaré de forma crítica los datos revisados, aportando mi visión e intentando encontrar posibles caminos a seguir para futuras investigaciones.

Espiritualidad/Religión

Una cantidad notable de estudios sobre religión y/o espiritualidad se está llevando a cabo desde hace unos años, la mayoría de ellos en inglés, habiendo poca literatura reciente sobre el tema en español.

Revisando las bases de datos, se puede notar que hay tres tipos diferentes de estudios sobre el tema:

- los que se centran solamente en la religión, sin tener en cuenta la espiritualidad;
- los que toman religión y espiritualidad como sinónimos o variables que no se pueden separar;
- y aquéllos que distinguen entre religión y espiritualidad.

Es por esto que voy a estructurar este apartado en 3 subapartados, uno para cada tipo de trabajo, para así poder discutirlos e intentar sacar conclusiones más válidas.

1. RELIGIÓN

Aquí voy a revisar 8 trabajos en los que solamente se tiene en cuenta la religión o religiosidad como factor predictor de la depresión o la calidad de vida.

Aukst-Margetic et al. (2005) separan a 115 mujeres croatas con cáncer de mama según tengan un grado de religiosidad alto, medio o bajo (religiosidad medida como la fuerza de la fe religiosa). Los resultados indican que las mujeres con religiosidad alta muestran menores niveles de depresión, sugiriendo que el nivel de religiosidad puede ser un factor protector contra este trastorno.

En la muestra de Holt et al. (2011), compuesta por 269 hombres y mujeres con cáncer, entre los que se cuentan afroamericanos y blancos se estudia lo mismo que en el anterior trabajo, pero se busca también si hay diferencias entre hombres-mujeres y afroamericanos-blancos. Los resultados indican que en general, la religiosidad se relaciona positivamente con la salud mental y negativamente con la depresión, pero esta relación es muy débil. El nivel de religiosidad está relacionado de forma positiva con la salud mental y negativamente con la depresión en mujeres, pero esta relación no se encuentra en el grupo de hombres. De la comparación afroamericanos-blancos se deriva que en el primer grupo la religiosidad se asocia con la salud mental y la vitalidad, mientras que en el segundo la religiosidad se asocia con menor depresión. Hay que tener en cuenta también que la religiosidad que hasta ahora he mencionado se define como los comportamientos religiosos como leer la biblia o asistir a la iglesia. El estudio también estudia una posible relación de las variables con las creencias religiosas como creer que dios vela por uno o sentir la presencia de dios, pero estas creencias en ningún momento muestran relación alguna con depresión, vitalidad o salud mental.

En su estudio con 77 afroamericanos que padecen cáncer, Hamilton et al. (2013) concluyen que los factores psicosociales protectores contra la depresión en los afroamericanos ancianos son la participación en prácticas religiosas organizadas y el apoyo emocional, ambos muy relacionados entre sí, ya que acudir a la iglesia favorece la expresión de sentimientos y el contacto con otra gente. Se ve también que

pacientes que no pueden acudir a las reuniones religiosas debido a la debilidad característica de según que fases del cáncer muestran mayores síntomas de depresión.

Relacionado con el anterior estudio, Wittink et al. (2009), con una muestra de 47 afroamericanos ancianos y a base de entrevistas semiestructuradas encuentra que en este grupo la depresión es explicada muchas veces como una pérdida de la fe, siendo la recuperación de la fe y la participación en actividades religiosas su forma para combatirla.

El estudio de Guz et al. (2012) se plantea encontrar la frecuencia con la que los pacientes con cáncer participaban en prácticas religiosas, los motivos que les llevaban a hacer eso y los niveles de depresión y desesperanza en estos pacientes. De los 110 pacientes turcos con cáncer, un 20% participaban en prácticas religiosas, y Guz constata que la depresión es mayor en el grupo de pacientes que buscan ayuda religiosa comparado con los que no la buscan. Del estudio también se extrae que la información ambigua sobre el cáncer aumenta la desesperanza de los pacientes, por lo que es recomendable que los médicos no dejen cabos sueltos a la hora de comunicar los diagnósticos.

Pérez et al. (2011) se preguntan si hay diferencias en síntomas depresivos dependiendo del tipo de plegarias que usen los pacientes. Con 179 pacientes americanos con cáncer, la mayoría de ellos mujeres blancas y cristianas, llegan a la conclusión de que la plegaria de adoración, la de recepción, la de dar las gracias y la de rezar por el bienestar de los otros correlacionan negativamente con la depresión. Además, la relación de las plegarias de dar las gracias y de rezar por el bienestar por los otros con la depresión está mediada por la rumiación y el apoyo social. El uso de esas dos plegarias lleva a una menor rumiación y a un mayor apoyo social, lo que se traduce en menores niveles de depresión. En pacientes religiosos puede ser interesante promover este tipo de plegarias.

En un estudio longitudinal, Jang et al. (2013) se plantean estudiar la relación entre religiosidad, depresión, ansiedad y calidad de vida en una muestra de 284 mujeres surcoreanas con cáncer de mama. Católicos, protestantes, budistas y gente sin preferencia por ninguna religión participaron en el estudio. La prevalencia de la depresión no varió de forma significativa entre religiones, lo que puede sugerir que la religión a la que se pertenece puede no ser un factor relevante en la depresión. La intensidad de la

actividad religiosa y la religiosidad intrínseca se relacionó negativamente con la depresión y ansiedad y positivamente con el nivel de calidad de vida un año después de la cirugía. El grupo de protestantes tuvo el mayor nivel de religiosidad y la mayor relación de ésta con la salud. La frecuencia de actividades religiosas se relacionó con mayor estrés en católicos y con menor estrés en protestantes.

Por último, en una interesante revisión de Hoff et al. (2008) se busca la explicación de por qué los miembros de la religión cristiana parecen tener menos riesgos de padecer ciertos tipos de cáncer que la población general. Acaban concluyendo que este efecto es debido a las recomendaciones de vida saludables que predica la religión (no fumar, no beber...) más que a la pertenencia a la religión cristiana. Cuando se tiene en cuenta el factor "estilo de vida saludable" estas diferencias entre los cristianos y la población general desaparecen, revelando que esa creencia era falsa.

Conclusiones del subapartado:

- La religiosidad se relaciona negativamente con la depresión y la ansiedad, aunque se ven diferencias en la fuerza e incluso sentido de la relación entre estudios. Podría ser que hubiera diferencias entre géneros y etnias en los efectos de la religión.
- En ciertos grupos étnicos para los que la religión es muy importante en sus vidas, como los afroamericanos, la asistencia a la iglesia parece tener más importancia como factor protector, aunque eso podría ser debido no a factores religiosos en sí sino a la participación social, expresión de sentimientos y al sentimiento de pertenencia que esa asistencia promueve.
- Practicar ciertos tipos de plegaria correlaciona negativamente con la depresión.
- Es el estilo de vida saludable promovido por las religiones lo que protege del cáncer, no la religiosidad. Asimismo, no hay diferencia en los niveles de depresión entre distintas religiones y entre gente religiosa y gente no religiosa

2. RELIGIÓN/ESPIRITUALIDAD

En este apartado revisaré 5 trabajos en los que no se hace distinción entre religiosidad y espiritualidad a la hora de ver si tiene relación con la depresión o el bienestar.

En una muestra con 276 pacientes americanos con cáncer terminal se estudió cómo afectaban las creencias sobre la vida después de la muerte y la espiritualidad a la desesperanza y la depresión (McClain-Jacobson et al., 2004). La creencia en la vida después de la muerte variaba entre religiones, con un 72% de católicos, un 64% de protestantes y un 46% de judíos que creían. Aquéllos que creían en la vida después de la muerte tenían menos desesperanza, tenían menos deseos de una muerte rápida y menor ideación suicida que aquéllos que no creían o no estaban seguros. Cuando se tenía en cuenta la espiritualidad, el factor protector de la creencia en la vida después de la muerte se veía muy debilitado, pasando este factor protector a la espiritualidad. Concluyen por tanto que la espiritualidad tiene mayor efecto en el bienestar psicológico que las creencias sobre qué pasará cuando uno muera.

Thuné-Boyle et al. (2011) se plantearon buscar el impacto que tiene que te diagnostiquen cáncer de mama en las prácticas y creencias religiosas/espirituales en Inglaterra. Para ello usaron dos métodos: el primero comparó las creencias y prácticas religiosas/espirituales en un grupo de 202 mujeres que acababan de ser diagnosticadas de cáncer de mama con un grupo control de 110 mujeres sanas. El otro examinó el cambio percibido por las pacientes con cáncer de mama en sus creencias y prácticas religiosas/espirituales en el momento de la cirugía con respecto a un año antes. Las mujeres que tuvieron que reportar sus cambios en prácticas y creencias religiosas/espirituales habían percibido un aumento en las mismas desde que habían recibido el diagnóstico de cáncer de mama, pero al evaluar si había diferencias entre el grupo de mujeres con cáncer de mama y el grupo control, se vio que no había diferencias significativas. Puede ser que esta incongruencia de resultados sea debida al uso de diferentes metodologías, o a que simplemente ese

incremento que reportan las mujeres en prácticas y creencias religiosas sea debido a su propia percepción y ese aumento no se haya dado realmente.

El estudio longitudinal de Gall et al. (2011) con 87 mujeres canadienses con cáncer de mama a las que siguieron hasta dos años después de su diagnóstico indicó que la participación religiosa al inicio del estudio era el predictor más robusto de crecimiento post-traumático a los 2 años (experiencia de cambios positivos después de una crisis vital), siendo la relación positiva entre ambas variables.

Canada et al. (2006) sugieren que altos niveles de religiosidad/espiritualidad llevan a mayor calidad de vida (menor depresión, estrés...) porque suelen estar relacionados con el uso de estrategias de afrontamiento activas. Contraviene la asunción típica de que altos niveles de religiosidad/espiritualidad están asociados con estrategias de afrontamiento pasivas o evitativas (dejarlo todo en manos de dios). (estudio con 129 mujeres estadounidenses con cáncer de ovarios).

Delgado-guay et al. (2011), mediante entrevistas a 100 pacientes americanos con cáncer determina su nivel de espiritualidad/religiosidad y su nivel de dolor espiritual (definido como "un dolor dentro del alma -o ser- que no es físico"). Sus resultados apoyan la idea de que una baja espiritualidad/religiosidad está relacionada con mayor dolor espiritual, y por ende, con mayores síntomas de depresión y ansiedad y peor calidad de vida.

Conclusiones del subapartado:

- La religiosidad/espiritualidad se asocia negativamente con los síntomas de depresión y ansiedad y positivamente con la calidad de vida.
- Ser religioso/espiritual mejora el crecimiento postraumático en los pacientes con cáncer.
- Parece ser que las creencias y prácticas religiosas/espirituales no cambian después de un diagnóstico de cáncer, aunque los pacientes perciben que han aumentado.

3. RELIGIÓN Y ESPIRITUALIDAD

Este apartado está destinado a 8 artículos que diferencian religión y espiritualidad como conceptos diferentes y analizan su influencia por separado en variables como la depresión, la ansiedad o la calidad de vida.

Religiosidad y espiritualidad se engloban en el constructo bienestar espiritual, que se mide con tres variables: sentido, paz y fe. Las variables sentido/ paz se refieren a encontrarle sentido y propósito a la vida y estar en paz con uno mismo, mientras que la variable fe está más relacionada con el bienestar derivado de una conexión con algo superior a la persona o la fuerza de la fe. Las dos primeras variables supondrían la parte espiritual, sin guardar mucha relación con la religión, mientras que la variable fe está muy relacionada con los aspectos religiosos (Whitford y Olver, 2012; Yanez et al., 2009).

Nelson et al. (2009) distinguen entre religiosidad extrínseca e intrínseca y dos aspectos de la espiritualidad: el sentido/paz y la fe. Hacen un estudio transversal con 367 hombres con cáncer de próstata para establecer las relaciones entre espiritualidad, religiosidad y depresión. Los resultados indican que tanto religiosidad como espiritualidad están negativamente asociadas con la depresión, aunque esta asociación negativa es mucho más fuerte en la espiritualidad. Específicamente en el aspecto de sentido/paz de la espiritualidad, que actúa como mediador en la relación entre religiosidad y depresión. El estudio de Whitford y Olver (2012) estudia la asociación entre los tres factores de la espiritualidad (sentido, paz y fe), la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer. Hace un estudio transversal con 999 pacientes, y los resultados indican que el factor sentido y paz son predictivos para el nivel de calidad de vida, el segundo más que el primero, mientras que el factor fe es muy poco predictivo. Los análisis de correlación indican que el factor sentido correlaciona positivamente con el bienestar físico y social, y la estrategia de afrontamiento espíritu de lucha y negativamente con la estrategia de afrontamiento desesperanzado. El factor paz correlaciona positivamente con bienestar físico

y psíquico y la estrategia de afrontamiento espíritu de lucha, y negativamente con las estrategias de afrontamiento de preocupación ansiosa y desesperanza.

En el estudio de Johannessen-Henry et al. (2013) con 1043 pacientes con cáncer daneses se preguntan cuál será la relación entre la espiritualidad y la fe del paciente y su ajuste mental y nivel de estrés. Sus resultados apoyan la idea de que el bienestar espiritual de un paciente se asocia positivamente con su ajuste mental y negativamente con el nivel de estrés. La fe obtiene resultados contradictorios en esas dos variables, probablemente debido al tipo de dios que cada persona tiene (enfadado, comprometido, despreocupado, etc).

De forma similar y con 85 pacientes con cáncer británicos, McCoubrie y Davies (2006) también encuentran que el bienestar espiritual del paciente correlaciona negativamente con los niveles de depresión y ansiedad, pero sin encontrar ninguna relación entre estas dos variables y la fe o religiosidad de los pacientes.

En su trabajo con 210 pacientes americanos con enfermedad avanzada (un tercio de ellos con cáncer), los resultados de Johnson et al. (2011) también apoyan la noción de que un mayor bienestar espiritual se relaciona con menos síntomas depresivos y de ansiedad, aunque no separan la dimensión fe de las dimensiones sentido y paz, por lo que esos datos no están diferenciando entre la espiritualidad y la religiosidad. También encuentran que las personas que en el pasado tuvieron malas experiencias relacionadas con la religión o la práctica religiosa tienen mayores niveles de ansiedad y depresión.

Whitford et al. (2008) se preguntaron si el factor bienestar espiritual era importante para la calidad de vida de los pacientes con cáncer. En su estudio con 449 pacientes australianos concluyen que el bienestar espiritual muestra una correlación fuerte y positiva con la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Por otra parte, la religiosidad mostraba poca o ninguna relación con la calidad de vida. Los pacientes con baja fe o religiosidad disfrutaban más de la vida que aquellos que mostraban una gran fe. Se cuestionan si hay relación realmente entre religiosidad y salud.

El interesante artículo de Kristeller et al. (2011) clasifica a 114 pacientes americanos con cáncer según su nivel de religiosidad (R) y espiritualidad (E), creando cuatro grupos: 1) alta R y E, 2) baja R y alta E, 3)

alta R y baja E y 4) baja R y E. Los grupos 1 y 2 son los que presentan un mejor ajuste al cáncer, mientras que las personas del grupo 3, a pesar de estar involucradas en prácticas religiosas y ser creyentes, presentan mayores síntomas depresivos y de conflicto religioso, lo que les lleva a un peor ajuste. El último grupo también presenta un ajuste más pobre al cáncer que los grupos 1 y 2. Estos resultados apoyan la importancia de la espiritualidad como factor protector de la depresión y como promotora del buen ajuste en pacientes con cáncer, desmarcando o restándole importancia al papel de la religión, que incluso parece ser negativo en ausencia de espiritualidad.

Por último, Yanez et al. (2009) presentan dos estudios longitudinales en los que evalúan los cambios en los niveles de depresión y ajuste mental según la espiritualidad y religiosidad (fe) de los pacientes al inicio del estudio. En el primero, (N= 418 mujeres americanas con cáncer de mama) una alta espiritualidad al inicio así como una aumento en la misma durante los seis primeros meses predijeron menor grado de depresión y mayor vitalidad a los doce meses. Una alta religiosidad en presencia de baja espiritualidad predecía peor ajuste a los 6 meses. La religiosidad al inicio también predecía un mejor crecimiento post-traumático. En el segundo estudio (N= 165 americanos con cáncer), que hicieron para generalizar los resultados a una muestra de hombres y mujeres con diferentes tipos de cáncer en estado avanzado, se encontraron resultados muy similares. Un aumento en espiritualidad predecía un mejor ajuste mental y menor ansiedad a los doce meses, mientras que la religiosidad no mostraba relación con esas variables, pero predecía mejor crecimiento post-traumático a los 12 meses. Concluyen que la espiritualidad (encontrar paz y sentido) es el factor más influyente para el ajuste favorable de los pacientes con cáncer. Es necesario pues analizar separadamente espiritualidad y religiosidad, ya que demuestran ser variables que inciden de forma diferente en el bienestar y el ajuste de los pacientes con cáncer.

Conclusiones del subapartado:

- Cuando se separa la espiritualidad de la religiosidad, la primera se relaciona con menor depresión y ansiedad, y mayor calidad de vida. La segunda muestra poca o ninguna relación con esas

variables, pudiendo llevar a un mal ajuste y conflicto religioso en caso de que la persona tenga muy baja espiritualidad.

- Una alta fe o religiosidad está asociada con un mejor crecimiento post-traumático.
- Las malas experiencias pasadas con la práctica religiosa o la religión se asocian a mayores niveles de ansiedad y depresión.

El primer tipo de estudios se centran solamente en el papel de la religión, obteniendo unos resultados interesantes pero que pueden estar sobrevalorando el papel de la religión como factor protector de la depresión, ya que no tienen en cuenta la variable espiritualidad. El segundo tipo de estudios niega que exista diferencia entre religiosidad y espiritualidad y analiza las dos variables como si de una sola se tratara, obteniendo, en mi opinión, unos resultados enmascarados y poco representativos de la realidad. El último tipo de estudios parecen ser los más válidos, ya que tienen en cuenta que religiosidad y espiritualidad no son lo mismo, y los analizan por separado, perfilando de forma más clara los resultados obtenidos en el primer y segundo grupo. Es por eso que para las conclusiones generales del trabajo me centraré sobretodo en las obtenidas en este tercer grupo.

Afrontamiento Religioso

En este apartado hablaré sobre el Afrontamiento religioso y los efectos que éste tiene sobre la salud física y mental, incluida en ésta última la depresión.

Thuné-boyle et al. (2013) describe el afrontamiento religioso como “el uso de técnicas cognitivas y comportamentales que emergen de la religión o espiritualidad de la persona cuando ésta se enfrenta a acontecimientos vitales estresante”, como, por ejemplo, padecer cáncer.

En general, se hace la distinción de dos tipos de afrontamiento religioso: el afrontamiento religioso positivo y el afrontamiento religioso negativo (o conflicto religioso). Según Thuné-boyle et al. (2013), “el primero se considera una expresión de una relación segura con un dios o poder superior que se preocupa por tí, mientras que el segundo es visto como una relación insegura con un dios o poder superior que se muestra distante y castigador o como un conflicto religioso en la búsqueda de significado”.

En un estudio transversal en 150 pacientes con cáncer de Irán, Haghghi (2009) se propuso determinar la relación entre el tipo de estrategias de afrontamiento de los pacientes y sus niveles de depresión. Sus resultados indican que el nivel de depresión puede ser predicho por el tipo de afrontamiento religioso, siendo así que el afrontamiento religioso negativo (específicamente la relación evitativa con dios) estaba relacionado con un mayor nivel de depresión, mientras que el afrontamiento religioso positivo mostraba una relación inversa significativa con los niveles de depresión.

En otro estudio con 100 mujeres australianas que padecían cáncer ginecológico, Boscaglia et al. (2005) encontraron que el uso de estrategias de afrontamiento negativas estaba asociado con mayores niveles de depresión y ansiedad, aunque el uso de estrategias de afrontamiento religioso positivo no mostraron relación significativa con las variables estudiadas.

De forma similar al anterior, Thuné-boyle et al. (2013), encuentran que el afrontamiento religioso negativo (específicamente sentirse castigado y abandonado por dios) es un predictor significativo de la depresión, mientras que el positivo no muestra relación con esta variable en su estudio en 155 mujeres inglesas con cáncer de mama.

Los resultados de Hebert et al. (2009), en su estudio longitudinal con 86 mujeres americanas con cáncer de mama apoyan estos resultados, encontrando que el uso de estrategias de afrontamiento religioso negativo predicen un peor ajuste psicológico y síntomas depresivos 8 o 12 meses después de ser evaluados, mientras que las estrategias de afrontamiento religioso positivo no muestran asociación con el ajuste psicológico y la depresión.

Rand et al. (2012) evaluaron la angustia, la depresión y el crecimiento post-traumático (experiencia de cambios positivos después de una crisis vital) en 86 hombres americanos con cáncer. Sus resultados indican que el uso de estrategias de afrontamiento religioso negativo está relacionado con malestar psicológico y angustia, mientras que el uso de estrategias de afrontamiento religioso positivo lo está con menos síntomas de depresión y mayor crecimiento post-traumático.

Por otra parte, un estudio longitudinal con 87 mujeres canadienses con cáncer de mama a las que siguieron hasta dos años después de su diagnóstico indicó que el crecimiento post-traumático a los 2 años estaba más relacionado con el uso de estrategias de afrontamiento religioso negativo que con estrategias positivas (Gall et al., 2011).

Vespa et al. (2011) analizan la influencia del bienestar espiritual, la espiritualidad/religiosidad intrínseca y las estrategias de afrontamiento religioso en la depresión en una muestra de 144 pacientes con cáncer italianos. Concluyen que las personas altas en los tres factores utilizan mejores estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes, lo que las lleva a padecer menos síntomas depresivos. Las personas con puntuaciones bajas en los dos últimos factores muestran peores estrategias de afrontamiento, lo que las hace más vulnerables a estados de depresión y ansiedad. Acaban recalcando la importancia que tiene la espiritualidad/religiosidad intrínseca en la adaptación positiva a la enfermedad.

En su trabajo con 17 mujeres afroamericanas con cáncer de mama, Gaston-johansson et al. (2013) encuentran que una buena capacidad de afrontamiento se relaciona con menor angustia y menor uso de estrategias de afrontamiento negativo (como el catastrofismo). En consonancia con los demás estudios revisados, se relaciona el uso de estrategias de afrontamiento religioso negativo con mayor angustia, ansiedad y depresión. El uso de estrategias de afrontamiento religioso positivo muestra relación con mayor bienestar espiritual y se constata una relación inversa entre usar estrategias de afrontamiento positivas y usar las negativas.

Zhang et al. (2013), en una muestra en la que compara pacientes afroamericanos y blancos con cáncer (n=74), describe que la religión es un aspecto muy importante en las vidas de los afroamericanos, y que los afroamericanos deprimidos cuestionan a dios con mucha más frecuencia que los afroamericanos no

deprimidos (afrentamiento religioso negativo). Los blancos deprimidos también se cuestionaban a dios, sin que hubiera diferencias entre afroamericanos deprimidos y blancos deprimidos en este sentido. Por tanto, constatan una relación positiva entre afrontamiento religioso negativo y depresión.

Schreiber (2011) evalúa la visión que tienen de dios 130 mujeres americanas con cáncer de mama, separándolas según vean a dios como comprometido o enfadado y evaluando si esa visión incide en las estrategias de afrontamiento que presentan y en su bienestar espiritual. Concluye que las mujeres con una visión de dios como comprometido usan más estrategias de afrontamiento religioso positivo que negativo, mostrando también un mejor ajuste y bienestar espiritual. Además, las mujeres que ven a dios como comprometido con ellas mantienen el bienestar espiritual independientemente de la estrategia de afrontamiento religioso que usen, sugiriendo que es más importante la visión que se tiene de dios que la estrategia de afrontamiento utilizada para determinar el bienestar espiritual en estas mujeres.

Conclusiones del apartado:

- El uso de estrategias de afrontamiento religioso negativo se relaciona con mayores síntomas de depresión y ansiedad.
- Algunos estudios relacionan el uso de estrategias de afrontamiento religioso positivo con menores síntomas de depresión y ansiedad y mayor calidad de vida, mientras que otros no encuentran ninguna relación.
- La visión de dios como comprometido se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento religioso positivo, mientras que la visión de dios como enfadado o castigador se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento religioso negativo.
- El tipo de estrategia de afrontamiento religioso está relacionado con el crecimiento post-traumático de la persona, siendo la relación positiva para el afrontamiento positivo y negativa para el negativo.

Correlatos Neuroanatómicos de la Religión

En este apartado mencionaré una serie de estudios que han encontrado una relación entre el nivel de desarrollo de ciertas zonas del cerebro relacionadas con la importancia de la religión y espiritualidad y la resistencia que este desarrollo les confiere a los pacientes contra los síntomas depresivos.

En un estudio longitudinal, Miller et al. (2014) trabajan con 103 adultos americanos, quienes son la segunda y tercera generación de descendientes de casos índice deprimidos (alto riesgo familiar) o no deprimidos (bajo riesgo familiar). Se midió la importancia que le daban a la religiosidad y a la espiritualidad (sin diferenciarlas) juntamente con la frecuencia con la que acudían a la iglesia en dos momentos diferentes en 5 años. A los 5 años se les midió el grosor cortical mediante neuroimagen con resonancia magnética. Se registró un aumento del grosor en ciertas áreas corticales en los pacientes que declararon darle una alta importancia a la religión, en ambos grupos, mayor si esa importancia era constante en el tiempo que si se había manifestado solamente en la última toma de datos. En el grupo con alto riesgo familiar o en pacientes con depresión se produce un adelgazamiento o pérdida de volumen en ciertas zonas corticales, como en la pared medial del hemisferio izquierdo, que es contrarrestada en el caso de que la persona le dé una alta importancia a la religión. Puede que ese engrosamiento del córtex asociado a una gran importancia de la religión/espiritualidad le confiera resistencia a desarrollar depresión a los sujetos con alto riesgo familiar, contrarrestando por tanto su delgadez genética. Este efecto protector se dio también en los sujetos con bajo riesgo familiar, por lo que podría ser que esta resiliencia sea generalizable a la población general. La frecuencia de asistencia a la iglesia no guardó relación alguna con los cambios corticales.

Los resultados obtenidos en este estudio apoyan y pueden explicar un estudio anterior de Miller con la misma muestra (Miller et al., 2012), en el que encontraron que los sujetos que reportaban que la religiosidad/espiritualidad tenía gran importancia para ellos tenían un 75% menos de posibilidades de

padecer depresión mayor 10 años después. Este porcentaje subía hasta un 90% en el caso del grupo de individuos con alto riesgo familiar. Este efecto protector se encontraba sobre todo ante recurrencia de la depresión más que ante una primera aparición.

En un estudio de Bradley et al. (2013) que también estudiaba el riesgo familiar de depresión mayor se identifican dos endofenotipos de activación cerebral diferentes, uno de ellos conlleva riesgo de padecer depresión y el otro se relaciona con la resistencia a padecerla. En personas que manifiestan que la religión/espiritualidad tiene poca importancia para ellos, se activan las áreas cerebrales relacionadas con el endofenotipo de riesgo con mayor frecuencia mientras llevan a cabo una tarea de discriminación visual monitorizados por resonancia magnética funcional.

Conclusiones del apartado:

- El aumento del grosor cortical debido a alta importancia de la religión/espiritualidad parece contrarrestar la vulnerabilidad genética a la depresión en personas con riesgo familiar. Parece ser que ese beneficio protector también se puede dar en la población general.
- Las personas con vulnerabilidad genética a la depresión que manifiestan darle poca importancia a la religiosidad/espiritualidad activan áreas del cerebro relacionadas con la aparición de la depresión con mayor frecuencia que aquellas que le dan mayor importancia.

Reflexión Personal y Conclusiones

Ya desde muy temprano en mi vida me había cuestionado el porqué la religión era tan importante en las vidas de mucha gente, y que quizás una parte de ella (la espiritualidad) sería suficiente para explicar los beneficios de la misma, en detrimento de la religiosidad o la fe asociada a las religiones. Sobre todo a raíz de ver la oposición de ciertos sectores religiosos al conocimiento científico, como por ejemplo el creacionismo contra el evolucionismo, tema candente en países muy religiosos como los Estados Unidos, donde incluso se censura la teoría evolucionista en las aulas para explicar la creacionista. Como defensor de la ciencia y lo demostrable, al buscar material para hacer mi TFG y encontrarme con la controversia religión o espiritualidad como protectores de la depresión se me encendió la bombilla y supe que quería ahondar en la materia, para ver si mis presunciones iniciales sobre el tema obtendrían respaldo científico. Los resultados de mi revisión respaldan lo que yo suponía desde un principio y añaden información interesante:

La espiritualidad se presenta como un factor protector importante cuando hablamos de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con cáncer. Todos los estudios revisados demuestran la relación entre una alta espiritualidad y menores síntomas de depresión, ansiedad y mayor calidad de vida. Encontrar significado y propósito a nuestra vida y sentirnos bien con nosotros mismos es, por tanto, de gran importancia para el bienestar de las personas con cáncer.

En cuanto a la religiosidad o fe, demuestra tener poca o ninguna influencia en la calidad de vida y la depresión cuando se controlan variables como estilo de vida saludable, apoyo social y espiritualidad.

En este sentido, usar estrategias de afrontamiento religioso negativo (relación insegura con un dios ausente o castigador) se relaciona siempre con mayor depresión y ansiedad y menor calidad de vida, mientras que el uso de las positivas (relación segura con un dios comprometido) está relacionado con menos depresión y ansiedad y mayor calidad de vida, aunque esta última relación no se encuentra en todos los estudios. Una alta religiosidad asociada con estrategias de afrontamiento religioso positivo

parece favorecer el crecimiento post-traumático (cambios positivos experimentados después de una crisis), mientras que las negativas lo disminuyen.

Finalmente, los estudios neuroanatómicos ofrecen una posible explicación al efecto protector de la espiritualidad/religiosidad (lamentablemente no diferencian entre las dos variables). Por una parte, una alta religiosidad/espiritualidad parece aumentar el grosor de ciertas partes del córtex cerebral relacionadas con la depresión (que en pacientes deprimidos son más delgadas), actuando así como barrera ante los síntomas depresivos. Por otra parte, las personas con vulnerabilidad genética a la depresión que manifiestan darle poca importancia a la religiosidad/espiritualidad activan con mayor frecuencia áreas del cerebro relacionadas con la aparición de la depresión, y esa activación es menor en personas que manifiestan darle mucha importancia a la religión/espiritualidad. Estas dos correlaciones neuroanatómicas apoyan la idea de que la religión/espiritualidad es un factor protector muy importante contra la depresión. Sería interesante analizar separadamente los efectos de la espiritualidad y de la religiosidad en este tipo de trabajos, para ver si los resultados siguen la misma dirección que los demás estudios.

Fortalezas:

- El uso de estudios de todas partes del mundo y que contemplan diferentes tipos de cáncer hace que los resultados sean generalizables a todos los pacientes con cáncer.
- Contrastar estudios de religiosidad y espiritualidad con estudios sobre el afrontamiento religioso y estudios sobre los correlatos neuroanatómicos de la religión.

Limitaciones:

- Quizás no he tenido acceso a todas las bases de datos ni artículos sobre el tema, lo que puede haber hecho que me pierda artículos interesantes que habrían aportado mucho a mi estudio.

- No hay un consenso en la literatura en cuanto a las definiciones sobre espiritualidad y religiosidad, lo que puede llevar a diferencias en los resultados debido a la metodología y la operativización de las variables estudiadas.
- Muchos de los estudios eran transversales, por lo que no se puede determinar la causalidad ni la direccionalidad de los datos obtenidos. Aún así, también he usado estudios longitudinales, en los que sí se veían cambios en los niveles de depresión a través del tiempo dependiendo de la espiritualidad, por ejemplo. Aunque de los segundos hay menos, consiguen aumentar la fiabilidad y validez de los datos generales obtenidos.

Propuestas de mejora:

- Estudiar si estos resultados se replican en población española o de habla hispana.
- Estudiar si los efectos protectores de la espiritualidad en los síntomas depresivos se dan también en la población general.
- Sugiero la conceptualización de espiritualidad a través del modelo de dos factores (sentido/paz y fe) y su análisis en estos términos, ya que resulta ser un modelo más fiable al contemplar las diferencias existentes entre la religiosidad y la espiritualidad, consiguiendo explicar mejor los resultados obtenidos en otros estudios que no diferencian ambos términos.
- Estudiar las diferencias entre religiosidad y espiritualidad en los estudios neuroanatómicos. Sería muy interesante, como ya he dicho, ver los resultados que se obtendrían.
- Tener en cuenta para futuros estudios que religión y espiritualidad no son lo mismo, y controlar por ejemplo los efectos de la espiritualidad para que no actúe como variable extraña en caso de estudiar solamente la religiosidad.

Referencias

Andrykowsky, M., Lykins, E. & Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24 (3), 193-201.

Aukst-Margetic, B., Jakovljevic, M., Margetic, B., Biscan, M. & Samija, M. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *General Hospital Psychiatry*, 27 (2005), 250-255.

Boscaglia, N., Clarke, D., Jobling, T. & Quinn, M. (2005). The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15, 755-761.

Bradley, S., Peterson, M., Wang, Z., Horga, G., Warner, V., Rutherford, B., Klahr, K., Graniello, B., Wickramaratne, P., Garcia, F., Yu, S., Hao, X., Adams, P., Qian, M., Liu, J., Gerber, A. & Weissman, M. (2013). Discriminating risk and resilience endophenotypes from lifetime illness effects in familial major depressive disorder. *JAMA Psychiatry*, 71 (2), 136-148.

Canada, A., Parker, P., de Moor, J., Basen-Engquist, K., Ramondetta, L. & Cohen, L. (2006). Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 101 (2006), 102-107.

Delgado-Guay, M., Hui, D., Parsons, H., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. & Bruera, E. (2011). Spirituality, religiosity and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41 (6), 986-994.

Gall, T., Charbonneau, C. & Florack, P. (2011). The relationship between religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer. *Psychology and Health*, 26 (3), 287-305.

Gaston-Johansson, F., Haisfield-Wolfe, E., Reddick, B., Goldstein, N. & Lawal, T. (2013). The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in african american women with breast cancer receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 40 (2), 120-131.

Guz, H., Gursel, B. & Ozbek, N. (2012). Religious and spiritual practices among patients with cancer. *Journal of Religion and Health*, 51, 763-773.

Haghighi, F. (2013). Correlation between religious coping and depression in cancer patients. *Psychiatria Danubina*, 25 (3), 236-240.

Hamilton, J., Deal, A., Moore, A., Best, N., Galbraith, K. & Muss, H. (2013). Psychosocial predictors of depression among older african american cancer patients. *Oncology Nursing Forum*, 40 (4), 394-402.

Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R. & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12 (6), 537-545.

Hoff, A., Johannessen-Henry, C., Ross, L., Hvidt, N. & Johansen, C. (2008). Religion and reduced cancer risk- What is the explanation? *European Journal of Cancer*, 44 (2008), 2573-2579.

Holt, C., Oster, R., Clay, K., Urmie, J. & Fouad, M. (2011). Religiosity and physical and emotional functioning among african american and white colorectal and lung cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29 (4), 372-393.

Jang, J., Kim, S., Kim, S., Kim, J., Park, M., Yoon, J., Shin, H., Kang, H., Bae, K., Shin, I. & Yoon, J. (2013). Religiosity, depression, and quality of life in Korean patients with breast cancer: a 1-year prospective longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 22, 922-929.

Johannessen-Henry, C., Deltour, I., Bidstrup, P., Dalton, S. & Johansen, C. (2013). Associations between faith, distress and mental adjustment- a danish survivorship study. *Acta Oncologica*, 52, 364-371.

Johnson, K., Tulskey, J., Hays, J., Arnold, R., Olsen, M., Lindquist, J. & Steinhauser, K. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *Journal of General Internal Medicine*, 26 (7), 751-758.

Kristeller, J., Sheets, V., Johnson, T. & Frank, B. (2011). Understanding religious and spiritual influences on adjustment to cancer: individual patterns and differences. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 550-561.

Miller, L., Bansal, R., Wickramaratne, P., Hao, X., Tenke, C., Weissman, M. & Peterson, B. (2014). Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality A study in adults at high and low familial risk for depression. *JAMA Psychiatry*, 71 (2), 128-135.

Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M., Sage, M., Tenke, C. & Weissman, M. (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 169 (1), 89-94.

McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A., Pessin, H., Cimino, J. & Breitbart, W. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry*, 26 (2004), 484-486.

McCoubrie, R. & Davies, A. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer*, 14, 379-385.

Nelson, C., Jacobson, C., Weinberger, M., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W. & Roth, A. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 38 (2), 105-114.

Pérez, J., Smith, A., Norris, R., Canenguez, K., Tracey, E. & DeCristofaro, S. (2011). Types of prayer and depressive symptoms among cancer patients: the mediating role of rumination and social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 519-530.

Rand, K., Cripe, L., Monahan, P., Tong, Y., Schmidt, K. & Rawl, S. (2012). Illness appraisal, religious coping, and psychological responses in men with advanced cancer. *Support Care Cancer*, 20, 1719-1728.

Schreiber, J. (2011). Image of God: Effect on coping and psychospiritual outcomes in early breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38 (3), 293-301.

Schreiber, J. & Brockopp, D. (2012). Twenty-five years later – what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 6, 82-94.

Thuné-Boyle, I., Stygall, J., Keshtgar, M., Davidson, T., & Newman, S. (2011). The impact of a breast cancer diagnosis on religious/spiritual beliefs and practices in the UK. *Journal of Religion and Health*, 50, 203-218.

Thuné-Boyle, I., Stygall, J., Keshtgar, M., Davidson, T., & Newman, S. (2013). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 22, 646-658.

Vachon, M. (2008). Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24 (3), 218-225.

Vespa, A., Jacobsen, P., Spazzafumo, L. & Balducci, L. (2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psycho-Oncology*, 20, 5-11.

Whitford, H., Olver, I. & Peterson, M. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psycho-Oncology*, 17, 1121-1128.

Whitford, H. & Olver, I. (2012). The multidimensionality of spiritual wellbeing: peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. *Psycho-Oncology*, 21, 602-610.

Wittink, M., Hui Joo, J., Lewis, L. & Barg, F. (2009). Losing faith and using faith: Older african americans discuss spirituality, religious activities, and depression. *Journal of General Internal Medicine*, 24 (3), 402-407.

Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A., Park, C., Kwan, L., Ganz, P. & Blank, T. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77* (4), 730-741.

Zhang, A., Gary, F. & Zhu, H. (2013). Initial evidence of religious practice and belief in depressed african american cancer patients. *The Open Nursing Journal, 7*, 1-5.