

Aproximación neurocientífica a la esfera religiosa. Estrategias de afrontamiento espiritual y calidad de vida en personas que presentan experiencias oncológicas

Luis A. Bernal S.

Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca, Av. 12 de Abril s/n, Cuenca, Ecuador, 010203.

Autor para correspondencia: luis.bernals@ucuenca.edu.ec

Fecha de recepción: 17 de julio 2017; aceptación: 20 de septiembre 2017

RESUMEN

El presente artículo revisa y analiza teóricamente las estructuras cerebrales y el procesamiento de la información referente a la esfera religiosa-espiritual monoteísta judeo-cristiana. A partir de reflexiones: antropológicas, psicológicas y neurocientíficas, se brinda una explicación del “constructo dios” y la vinculación de éste con la fe, que es un componente cognitivo-emocional en la vida psicológica del creyente. Paralelamente se analiza uno de los mecanismos por el cual el humano se relaciona con la divinidad: la oración. Los objetivos de esta investigación fueron: 1) relacionar el afrontamiento espiritual y la percepción de la calidad de vida en personas que presentan cáncer, y 2) identificar las estructuras cerebrales que sirven de base al complejo religión. El tipo de estudio fue cuantitativo, de alcance correlacional-descriptivo; la muestra estuvo constituida por 100 personas que presentaban cáncer; los instrumentos psicométricos utilizados fueron: Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual (SCS) y McGILL Cuestionario de Calidad de Vida (MQOL). La estrategia empleada con mayor frecuencia por los participantes fue: “confiar en Dios, con la esperanza de que las cosas van a mejorar”, con una media de 2.91 (DE=0.35), seguida por “mantener la relación con Dios y/o un poder superior, como la fuente de la fuerza y la esperanza”, con una media de 2.88 (DE=0.38), ambas estrategias pertenecientes al afrontamiento religioso. El afrontamiento espiritual no religioso se encontró levemente correlacionado de manera positiva con la calidad de vida global ($R_s=.243$) y sus síntomas físicos ($R_s=.243$); la subescala existencial (calidad de vida) y el uso de estrategias de afrontamiento correlacionaron de manera positiva y con una fuerza moderada.

Palabras clave: Neurociencia de la religión, afrontamiento espiritual, calidad de vida, experiencia oncológica.

ABSTRACT

The present article carries out a theoretical analysis and a review of brain structures and the processing of the information regarding religious-spiritual monotheistic Judeo-Christian field. From anthropological, psychological, and neuroscientific theorizations, an explanation of “God construct” is provided and his link with faith, which is a cognitive-emotional component in the believer’s psychological life, in parallel, one of the mechanisms by which the human is related to the divinity is analyzed the prayer. The objectives of this research were: To relate the spiritual coping and the perception of quality of life in people who present cancer, 2) Identify brain structures that serve as the base of the religion complex. This kind of study was a quantitative and a correlational-descriptive significance. The sample is confirmed by 100 people who had different types of cancer. The psychometric instruments used were: Spiritual Coping Strategies Scale –SCS- and McGILL Quality of Life Questionnaire (MQOL). The results suggest that the most common strategy used by the participants was “to trust in God, hoping that things will get better”, with an average of 2.91 (DE=0.35), followed by “Keeping a relationship with God or/a superior power, as a source of strength and hope” with an average of 2.88 (DE=0.38), both strategies pertaining to religious coping. The non-spiritual coping is found slightly correlated in a positive way with CV global $R_s=.243$ and its physical symptoms $R_s=.243$;

the existential subscale and the use of coping of strategies correlated in a positive way and with a moderate force.

Keywords: Neuroscience of religion, spiritual coping, quality of life, oncological experience.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. *Experiencia oncológica*

El cerebro es bastante sensible a las modificaciones del sistema inmunológico, el estado psicológico es importante para determinar la probabilidad de desarrollar cáncer (Fenwick, 2011). En la presente investigación, el cáncer es concebido como una circunstancia inherente al proceso vital de la persona que lo experimenta, así la enfermedad adquiere un valor fenomenológico-humanista, las personas que atraviesan esta situación se verían impelidas a reajustes cognitivo-afectivo-comportamentales para hacer frente a una condición de tal naturaleza. Entre las causas que explican el cáncer se tienen: las genéticas, al medio ambiente y la psicología de las personas.

La rama médica que se encarga del diagnóstico y del tratamiento del cáncer es la oncología, ésta ha incorporado las técnicas de la medicina conductual para trabajar interdisciplinariamente, desde hace algunos años se ha observado esta tendencia en distintas partes del mundo (Méndez, 2006). La Psicooncología es una subespecialidad de la oncología, que se ocupa de entender e intervenir en los factores psicosociales que influyen en la génesis del cáncer; uno de los objetivos importantes que persigue esta subespecialidad es conservar o recobrar la calidad de vida de la persona que está afectada por la enfermedad o su tratamiento (Rivero *et al.*, 2008).

La psicología de enlace pretende: estudiar la influencia de los factores psicológicos en los procesos de salud-enfermedad, elaborar modelos teóricos de acercamiento a estos procesos con sustento en la investigación, aplicación de instrumentos de evaluación y de diagnóstico específicos, establece factores de riesgo, maneja estrategias terapéuticas focalizadas y promueve factores de protección (Varela, 2002). En cuanto a la psiquiatría de enlace, esta se encarga de la evaluación de trastornos psiquiátricos asociados a enfermedades e incapacidades físicas, médicas y quirúrgicas. Esta se desarrolla, especialmente, en torno de la enfermedad orgánica, es importante obtener información de la persona respecto de su familia, influencias ambientales y agentes estresores involucrados en el curso, tratamiento y recuperación de la enfermedad de base (Ríos-Morales, Martínez-Salazar, Flores-Vázquez, Domínguez-Cabañas, & Valdepeña-López, 2017).

La psicología de la salud moderna hace uso de varios métodos terapéuticos de tercera generación, por ejemplo, los que pertenecen a las corrientes de psicoterapia cognitivo-conductual que incorporan técnicas espirituales dentro de sus procesos, es el caso de la meditación adaptada a un mundo terapéutico occidental; epistemológicamente estos modelos se enfocan en el contexto, por lo que son constructivistas. Se va observando cada vez más la tendencia a trabajar holísticamente desde los procesos serios y comprometidos por la salud, tanto desde la investigación como desde la práctica profesional.

El cáncer es una masa anormal de tejido que progresa de manera incontrolada, excesiva, superando a los tejidos normales en rapidez de crecimiento y que ostenta rasgos funcionales y morfológicos propios. La multiplicación de células anormales persiste incluso tras la desaparición del estímulo que la desencadenó. Los tumores malignos no son completamente independientes ya que necesitan del huésped para alimentarse e irrigarse, se puede observar que células de tejidos normales contienen con células anormales por satisfacer sus requerimientos metabólicos (De la Garza & Juárez, 2014).

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud indican que en América 2.8 millones de personas son diagnosticadas cada año de cáncer y que 1.3 millones mueren por esta enfermedad. Así mismo, en el 2012, cerca de un 47% de los fallecimientos por cáncer en el continente americano se produjeron en América Latina y el Caribe (Globocan, 2012). Según las estadísticas manejadas por la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) en cuanto al número de personas afectadas por cáncer en Ecuador, refieren que en el año 2015 el número de casos fue de 3,839, en tanto que para el 2016 (enero-noviembre) el número fue de 3,240, el cáncer de mama con un

porcentaje de 24% es la neoplasia maligna más habitual en mujeres, en tanto que el cáncer de próstata con un 18% se diagnostica con mayor frecuencia en hombres (El Universo, 2017).

Esta investigación encuentra sustento teórico en la psicología de enlace analizada en líneas anteriores y en la psicología de la religión. La psicología de la religión es una rama de la psicología científica que se acerca: a la dimensión interna de la persona y a los grupos humanos para comprender de qué manera se articulan el conglomerado de creencias, ritos y mitos originados en torno a la religión, explora la función de la religión en el comportamiento del hombre, al igual que las herramientas simbólicas que ella le facilita para dirigir su vida (Martínez-Guerrero, 2011).

1.2. Afrontamiento espiritual y calidad de vida

En diversos estudios poblacionales, el optimismo y la esperanza serían más manifiestos en personas religiosas respecto a no-religiosas, existiría un fenómeno psiconeuroinmunológico subyacente a este efecto como eje transversal a otras explicaciones de corte más molar (Idler & Kasl, 1997). William James es uno de los primeros en teorizar sobre la función psicológica de la religión, y lo deja ver en su gran clásico *The Varieties of Religious Experience*, en él propone que hay dos formas de vivir la religión, una que es de naturaleza personal, esta forma de experimentar la esfera sagrada corresponde a lo espiritual, la persona no está sujeta a normativas culturales ni institucionales, su experiencia mística obedece a procesos inmanentes y, por otro lado, se encuentra la religión organizada que está sujeta a sistematizaciones (norma, ritual, camino de salvación) (James, 1986).

Para el modelo teórico de estrés psicológico y procesos de afrontamiento conceptualizado por Lazarus y Folkman, la adaptación de las personas ante circunstancias problemáticas se fundamenta en el manejo de la situación desde el uso de las estrategias de afrontamiento, es decir, en el paquete de respuestas cognitivas y comportamentales que la persona ha puesto en juego para lidiar con su experiencia oncológica. La teoría expone que los efectos psicológicos de cualquier interacción entre individuo y ambiente están modulados por dos tipos de procesos: evaluación cognitiva y afrontamiento. Estas valoraciones tendrán contingencias en las áreas que constituyen la calidad de vida de la persona: funcionamiento social, ajuste psicológico y salud (Lazarus & Folkman, 1987).

Según el enfoque ecológico, la calidad de vida tiene que ser analizada desde una dimensión social, integrada por los elementos físicos, materiales, sociales y ecológicos de los distintos contextos del entorno en que vive la persona, y por una dimensión psicosocial, compuesta por la percepción y evaluación de estos elementos por parte de la propia persona (Díaz, 2008). El Modelo de Calidad de Vida es de mucha valía en salud mental, desde lo individual para delimitar los objetivos de la intervención y el asesoramiento, igualmente en el entorno organizacional para diseñar y evaluar servicios (Plaza & Nieves, 2014).

1.3. El homo religiosus hace su aparición

Realizar un acercamiento científico a la religión requiere analizar el objeto de estudio, ubicando el surgimiento de ella en torno a la evolución de la conciencia humana, así, el pensamiento en un primer estadio de la especie *homo (habilis)* cumpliría una función especialmente simbólica que estará en la base de los sistemas religiosos que se desarrollaron millones de años después del primer estallido de la vida subjetiva. Según ciertos frentes de la Antropología Religiosa, el humano arcaico, y, es más, sus antepasados, son espirituales por naturaleza desde la contemplación puramente fenomenológica, este sentimiento que se genera en la interacción compleja con su entorno está presente en distintos grados en los homínidos y en las familias de la especie *homo*, tal sentimiento hasta cierto punto sería responsable de las creaciones humanas: símbolos, rituales, metafísica, religión, filosofía, arte, ciencia. Desde estos parámetros, la religión posee una estructura cognitiva sobre la cosmovisión del mundo que tiene sus orígenes en el estado más subconsciente de la especie humana.

La antropología biológica persigue entender la persistencia de la religión en el panorama evolutivo del *homo sapiens*. El desarrollo de las ciencias humanas durante el siglo XIX dio inicio a una nueva actitud frente al fenómeno que hizo posible la reconstrucción arqueológica de la mente y la religión, así, se da un rastreo minucioso de las pistas que se remontan desde el Paleolítico superior y las primeras manifestaciones estéticas y simbólicas, hasta la aparición del Neolítico y la espectacular explosión de

formas diversas de expresión religiosa. La religión de esta manera sería un hecho concomitante del proceso de hominización, más que de un signo de debilidad del mundo arcaico (Nogués, 2013). Se ha postulado que hace más de un millón de años, los alcaloides (dimetiltriptamina o DMT), contenidos en hongos alucinógenos al ser ingeridos por homínidos, serían los responsables para posibilitar la emergencia de la autoconciencia (Valiente Barroso, 2013). Las reacciones químicas que se obtienen de esta proto-alimentación, más las características morfo-anatómicas del organismo en interacción con el ambiente serían las condiciones necesarias para que el hombre llegue a tener una vida psicológica.

El cerebro, ha seguido un camino evolutivo durante el cual su trabajo ha consistido en resolver importantes preguntas de supervivencia, entre ellas: cómo desarrollar cultivos y domesticar animales, estas preguntas también pueden comprender importantes asuntos filosóficos sobre la naturaleza de la realidad y la existencia y el significado de la vida del hombre. Así, el aparato cerebral también comenzaría a considerar respuestas religiosas y espirituales a tales preguntas, la religión de esta manera se convierte en una natural consecuencia de la neurobiología (Valiente Barroso, 2013). La conciencia es entonces un emergente de la actividad cerebral que persigue fines adaptativos.

Desde frentes cubiertos por la antropología cognitiva, las nociones religiosas serían productos de la imaginación sobrenatural, y con un potencial de transmisión similar al de otros conceptos primarios como: los sueños, las fantasías, los cuentos populares y las leyendas; la religión trata sobre *agentes intencionales* que no están físicamente, la capacidad de imaginar estos agentes y de interactuar con ellos es característica de la cognición humana. Las ideas sobre la divinidad serían violaciones a los “conceptos de dominio”: persona, ser vivo, objeto fabricado por el hombre. Un demonio es un tipo especial de persona, una alfombra voladora es un tipo especial de artefacto (Boyer, 2003).

Según la tradición basada en los evangelios, con la aparición de Jesús de Nazaret en la antigua Palestina, hace más de dos mil años, se consolida el nexo entre la tierra (hombre) y el cielo (dios-espacio sagrado). Establecer las condiciones socioeconómicas que imperaban en el origen del cristianismo primitivo escapa a los alcances de este estudio, bastará con mencionar que los primeros creyentes pertenecían a clases desfavorecidas, para las cuales la esperanza en un futuro mejor (el reino de los cielos) cumplía una función psicológica esencial (Fromm, 1964).

Acaecida la muerte y la resurrección de Jesús, da comienzo un camino de salvación para el humano, tal suceso histórico-teológico, primariamente, se instaura fuertemente en las estructuras cognitivas culturales de los pueblos africanos y europeos, durante cuatro siglos, situados entre los hechos de los apóstoles y la ciudad de Dios (*De civitate Dei*) de Agustín de Hipona, la iglesia cristiana se expande en Oriente y Occidente (Ries, 2016, p. 207). Luego, estas concepciones llegan a tierras americanas en donde, en cierto momento, se asocian a conquista y esclavitud, se presentan los sincretismos religiosos (fusión de creencias y rituales ancestrales americanos y católicos). El Papa Alejandro VI, emite cuatro decretos a los que se ha denominado Bulas Alejandrinas, estos concedían a los reyes de Castilla y León en calidad de donación las islas descubiertas o por descubrir para convertir a los nativos americanos al cristianismo y así extender la fe católica, posibilitando la salvación de las almas. La conquista y la colonización se justifican a partir de dichas bulas, de esta manera, las tradiciones y costumbres europeas determinaron el curso de la historia en América. Se instaura un modelo de sociedad donde la religión, paradójicamente ha sido utilizada para justificar la opresión del indígena y también para motivar su dignificación por medio de la cristianización (Zaruma-Quizhpilema, 2006).

Las teofanías sobre la vida de Jesús han calado en la psicología del humano occidental moderno, sea creyente o no, las migraciones conceptuales (símbolos-cosmologías) y rituales de corte religioso y espiritual, que se dan de sujeto a sujeto y de cultura a sujeto, se mantendrían gracias a un devenir que no olvida la tradición basada en la fe, ni tampoco la explicación del origen del cosmos desde narrativas religiosas. Para la psicología profunda (analítica), los símbolos conllevan un potencial subconsciente tanto a nivel individual como colectivo, para esta escuela de psicología, el ser humano es considerado religioso por naturaleza, ciertos símbolos (contenidos psíquicos de primer orden) elaborados por las mentalidades de las culturas arcaicas, en un estadio específico de la evolución humana, “despertarían” gracias a un -sentimiento místico- inherente al organismo, a su vez, esta experiencia innata de lo sagrado permitió que el *homo symbolicus* surja (dos millones de años atrás). Según estos planteamientos teóricos de la psicología analítica, el arquetipo divino que vendría a ser una *imagen a priori* o *idea primaria* se proyectaría en los dioses y mitologías de cada una de las culturas del planeta en la cual se desarrolla el humano actual, esta idea primaria (arquetipo divino) es un contenido del Inconsciente Colectivo.

Se asume que el Ecuador es un país con tendencia religiosa católica en gran porcentaje, lo cual quiere decir que históricamente, y desde el punto de vista de una psicología antropológica, este territorio ha sido afectado por una corriente de pensamiento europeo (cristianismo) que ha llevado al humano moderno (en América) a una normativa comportamental y a una manera de percibir la vida, su función y la muerte. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2012 indagó en una muestra de 13,221 personas, mayores de 16 años, su filiación religiosa; los sujetos evaluados pertenecen a las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato. El 91.95% de la población evaluada afirmó tener una religión, de los cuales el 80.4% dijeron ser católicos (INEC, 2012).

1.4. Estructuras cerebrales y procesamiento de la información religiosa-espiritual

Teológicamente hablando, Dios es representado por el creyente, cristiano o musulmán, como un “ser” externo a él, con la capacidad de crear y mover el mundo a su voluntad, desde esta cosmovisión religiosa surge la oración, práctica que posibilita al sujeto y al grupo contactar con aquel “Poder Superior”.

Esta interacción entre el orador y dios estaría mediada por el Sistema de Apego (Attachment System). Regiones específicas del cerebro procesan la información social: amígdala, las circunvoluciones occipitales inferiores (implicadas y la ínsula). El Sistema de Apego es central en la espiritualidad cristiana. Orar a dios es una experiencia intersubjetiva, semejante a otras interacciones interpersonales ordinarias. Las regiones cerebrales activadas al orar son aquellas relacionadas con la cognición social, particularmente el lóbulo temporal, la corteza medio-frontal, regiones de la corteza parieto-temporal y el precuneus. Los creyentes perciben a Dios como una persona y se relacionan de esa manera con él (Fayard, 2013), lo antropomorfizan, es decir, desde el plano psicológico entregan a este constructo, una serie de cualidades humanas, que les posibilite transaccionar con un ser invisible, aunque omnipresente. Ahora bien, este fenómeno que consiste en antropomorfizar se debe a que, en el cristianismo, el mesías que resucita es el puente entre la divinidad y el hombre; la relación Dios-Jesús se expresa mediante los vínculos de paternidad y de filiación (Ries, 2016).

Los constructos religión y espiritualidad comprenden dimensiones afectivas, cognitivas y conductuales, la oración es una expresión de la dimensión conductual (Salsman, Fitchett, Merluzzi, Sherman, & Park, 2015). Se puede decir que la oración conlleva un potencial, al estimular el cerebro y su química por medio de la repetición de palabras y frases cargadas de intención emotiva, este término, vendría a ser la traducción psicológica de lo que el mundo religioso y la espiritualidad conocen como la fe. Para los creyentes la fe adquiere una importancia especial como componente psicoemocional en la estructura cognitiva de significado religioso-espiritual. El motivo, la propia energía y el propio objetivo de la fe cristiana en Dios reside en la resurrección de Jesús; dicho componente (intención emotiva) poseería la capacidad para condicionar y regular el sistema endocrino y el sistema inmunológico, a nivel cognitivo sería capaz de instaurar una estructura mental que configura en el organismo una aptitud para un adecuado afrontamiento tanto en momentos de salud, como en momentos de enfermedad (Valiente Barroso, 2011).

La investigación resalta el papel del sistema de la dopamina en la experiencia de Dios, se encontró que dicho sistema fue activado cuando cristianos practicantes rezaban el padrenuestro comparados con un grupo control. Por lo que se sugiere que quizás, la expectativa de reciprocidad (recompensa a la lealtad o expresión de deleite en la relación con Dios) puede dar cuenta de estos hallazgos; se evidenció también el aumento regional de la respuesta BOLD (*blood-oxygen-level-dependent*) en el núcleo caudado cuando realizan oraciones silenciosas. La oración al tornarse un comportamiento recurrente en la práctica de los individuos tendría la propiedad de estimular el sistema de recompensa dopaminérgico, existiría una relación entre la confianza interpersonal y la activación con el mismo sistema, relación que, a su vez, permite abarcar relaciones con entidades abstractas (Schjødt, Stødkilde-Jørgensen, Geertz, & Roepstorff, 2008).

Es necesario mencionar que la oración puede tener diversos contenidos cognitivos en donde no existe una narrativa necesariamente elaborada, ni exclusiva a un dios o a algún intermediario suyo, un santo, por ejemplo, más bien se puede tornar libre. Prestando atención a la tipología de la oración, ella adquiere dos tipos: un modo formal (el rezo) y un modo informal basado en improvisaciones (Whitehouse, 2008).

Estos tipos de oración son definidos por sus características cognitivas (contenidos-productos), además de que utilizarían redes específicas de activación. En la oración personal se ha observado un patrón definido de actividad neuronal: en el precuneus izquierdo, la unión temporo-parietal izquierda, y la corteza prefrontal media izquierda, la región temporopolar, corteza prefrontal media izquierda anterior. Las zonas activadas al realizar la oración de tipo formal fueron: el precuneus derecho, temporopolar izquierdo, región y la unión temporo-parietal izquierda (Schjoedt, Stødkilde-Jørgensen, Geertz, & Roepstorff, 2009).

Ruiz en su publicación del 2014 nombra a Benson quien indica que el sistema de respuesta al estrés altera a todo el sistema nervioso, también que la meditación basada en mantras aporta en la relajación de éste, disminuye la presión arterial, mejora la salud cardiaca, prolonga la vida, impulsa un sentimiento de cercanía a una entidad trascendente (Ruiz, 2014). Estos manejos técnicos, pertenecientes a corrientes religioso-espirituales hinduistas y budistas, consisten en repetición de sílabas *sagradas*, palabras, frases, letanías, el mantra es un análogo de la oración –comunicación con dios- cuando se consideran los procesos cognitivos que intervienen durante estas prácticas.

La práctica de la oración catafática estaría asociada a un mayor uso de la imaginación, mayor atención a los objetos (focos de atención), y una vivencia sensorial más inusual, estos resultados se obtienen luego de estudiar a un grupo de cristianos, se demuestra que la práctica de la oración conlleva cambios en el procesamiento cognitivo (Luhrmann, Nusbaum, & Thisted, 2013). El lóbulo frontal derecho estaría implicado en aquellos componentes anclados a la personalidad, como sucede con los valores y principios sociales, políticos y religiosos, el lóbulo temporal derecho desempeñaría un rol fundamental en las experiencias extático-místicas, en las cuales el elemento emocional es primordial (Valiente Barroso, 2013).

Hay localizaciones cerebrales que resultan de la unión de partes interiores del lóbulo temporal con el sistema límbico emocional, en las cuales se activarían los engramas neurales que provocarían las representaciones filosóficas y religiosas, si se llegará a dar una hiperactividad anormal que se ha observado en epilepsias del lóbulo temporal se presentaría una hiperfilosofemia e hiperreligiosidad en estos sujetos. La evidencia científica indica que al “encenderse” estas zonas el hombre experimenta un gran impulso a pensar lo religioso y también intensas emociones (Montserrat, 2014).

El origen del islam, la tercera religión hebrea se ubica en el 610-612, momento histórico en el que a Mahoma se le revela Alá en el monte Hira (Ries, 2016). Este sistema religioso, desde su manejo teológico, pretende responder al pecado que se va manifestando como consecuencia de la libertad humana que debe someterse a una ley divina. Al estudiar a 30 hombres musulmanes a través de registros electroencefalográficos y electrocardiográficos, se llegó a establecer que, durante el salat, la actividad parasimpática aumenta en tanto que la actividad simpática disminuye, al ser así, se postula que las prácticas de la oración regular pueden contribuir, a promover la relajación, disminuir la ansiedad y reducir el riesgo cardiovascular (Doufesh, Ibrahim, Ismail, & Wan Ahmad, 2014). Un signo de la fe monoteísta, la oración ritual (salat), cinco veces por día constituye el servicio divino del verdadero fiel (Ries, 2016, p. 217). Por otra parte, un estudio investigó en nueve musulmanes la activación de la señal de onda alfa en el cerebro que se obtiene de la práctica de la oración Dhuha. Los resultados indican el aumento de la potencia relativa alfa -RPa- media, en las posiciones de los electrodos parietal y occipital al momento en el que el orador se encuentra.

en posición de postración. Así, durante la oración se activaría el sistema parasimpático produciéndose un estado de relajación en el cerebro al disminuir la actividad cortical (Doufesh, Faisal, Lim, & Ibrahim, 2012).

El cuerpo, y su actividad o no, en los procesos de oración, tiene un papel especial, la posición corporal (postración) junto con la oración o el mantra conllevarían una capacidad de inducir estados de conciencia alterada más profundos. Uno de los sistemas ancestrales que posee un efecto sobre el cuerpo tanto fisiológica como estéticamente y también sobre el sistema nervioso central es la práctica de Hatha Yoga, esta práctica es una disciplina de orden psicofísico que consiste en una serie de posturas (asanas) y concentraciones directas sobre las zonas del cuerpo que producen mayor tensión en cada un de los asanas.

La vivencia religiosa en rituales y meditación estaría producida por una sobrecarga de estructuras límbicas como el hipotálamo y la amígdala, que se encuentran involucradas con emociones y

regulaciones homeostáticas. Así, la sobrecarga de estímulos bloquea el ingreso perceptual lo cual conduce a una desaferentación de estructuras asociadas y también lleva a un estado alterado de conciencia (D'Aquili & Newberg, 1999).

Tras estudiar la actividad cerebral de monjas carmelitas se establece que el área temporal media derecha tiene vinculación con sentimientos de una realidad espiritual, en tanto que la activación insular izquierda está relacionada con variables afectivas como la alegría, amor incondicional y también con un sentido de unión con la totalidad (Beauregard & Paquette, 2006).

Sin lugar a duda, hoy en día la investigación científica tiene mayor interés en la esfera espiritual de la persona, con la teoría tejida por la presente investigación se ha demostrado este postulado, la pregunta de investigación que condujo a este estudio fue: ¿Es posible que las estrategias de afrontamiento religioso-espiritual tengan un efecto positivo en la percepción de la calidad de vida de las personas que presentan condiciones oncológicas? Los objetivos específicos fueron: 1) identificar las estrategias de afrontamiento espiritual utilizadas con mayor frecuencia por las personas que presentan condiciones oncológicas, y 2) identificar el nivel de percepción de la calidad de vida (distintos dominios) que tienen las personas que presentan condiciones oncológicas.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo cuantitativo con un alcance correlacional–descriptivo; la muestra estuvo conformada por 100 personas que presentaban cáncer de distintos tipos, este grupo se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esta investigación (marco teórico, de campo, estadística, conclusiones) se desarrolló desde junio 2016 hasta junio 2017. Criterios de inclusión: hombres y mujeres mayores de edad atendidos en las siguientes instituciones de salud de la ciudad de Cuenca: SOLCA, FASEC y el Hospital José Carrasco Arteaga (IESS), con al menos un mes de diagnóstico; pacientes ambulatorios e internos que presentaban las siguientes enfermedades: cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata, cáncer de estómago, cáncer al colon, cáncer de la glándula tiroides, cáncer al hígado, y otras formas de tumores malignos. Criterios de exclusión: personas que no puedan responder los instrumentos psicométricos por deterioro cognitivo o condición física que impida esta tarea, personas que al momento de la aplicación se encuentren medicadas con fármacos que podrían influenciar en sus respuestas.

Para la investigación de campo se procedió a informar a los participantes sobre los fines del estudio y pedir su consentimiento informado. Los ayudantes de investigación fueron a las instituciones de salud para recopilar la información requerida, trabajaron casi en su totalidad con personas hospitalizadas.

Los resultados se muestran mediante medidas de tendencia central y dispersión, además para una mejor visualización de resultados se utilizaron diagramas de cajas y bigotes, al resultar la distribución de los datos no normal, en la mayoría de los casos, se emplearon pruebas no paramétricas (excepto para el uso general de estrategias de afrontamiento y MQOL total en las que se empleó la prueba paramétrica de comparación de medias T-Student), para la comparación por sexo la prueba U-Mann Whitney y para las correlaciones: el coeficiente Rho Spearman (para las variables continuas) y Tau-b Kendall (para las variables ordinales). Se empleó además la prueba para comparación múltiple de medias H-Kruskall Wallis, el procesamiento de los datos se realizó en el programa estadístico SPSS 23 y la edición de tablas en Excel 2016.

En cuanto a los instrumentos utilizados, la escala y el cuestionario que se aplicaron fueron:

- *Ficha Sociodemográfica* (construida por el equipo de investigación): para conocer edad, tipo de cáncer, tiempo de diagnóstico.
- *Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual (SCS)*: la escala SCS tipo Likert desarrollada por Baldacchino y Buhagiar en el año 2003 en Inglaterra, está compuesta por 20 ítems. El rango de la escala es de 0 a 3: nunca utilizada (0), casi nunca utilizada /en los últimos once meses (1), a veces utilizada/ en los últimos once meses (2) y a menudo utilizada/ al menos una vez a la semana o por día (3). La escala consta de dos factores: factor I, que mide estrategias de afrontamiento religioso (9 ítems) y el factor II que mide estrategias de

afrontamiento no religioso (11 ítems). Las veinte estrategias de afrontamiento son enunciados positivos, cuanto más alta sea la puntuación más alta es la frecuencia y la utilidad de las estrategias espirituales. Estas estrategias fueron propuestas por Baldacchino y Buhagiar (2003) y adaptada lingüísticamente por el autor para el presente estudio. La fiabilidad de la escala (SCS) obtenida por este estudio fue: uso de estrategias (general) = 0.795, uso de estrategias religiosas = 0.727 y uso de estrategias no religiosas = 0.728.

- *Cuestionario de Calidad de Vida (MQOL)*: Propuesta por Cohen, Mount, Strobel, & Bui (1995) y adaptada lingüísticamente por el autor del presente estudio. El cuestionario calidad de vida (MQOL) fue desarrollado en 1995-1997 por el Dr. Robin Cohen y sus colegas en Inglaterra. Diseñado para contextos en donde se vea amenaza la vida de la persona. El cuestionario MQOL está compuesto por cinco subescalas relativas a: síntomas físicos, bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar existencial, y una subescala que indaga sobre el apoyo. Las preguntas del cuestionario comienzan con un enunciado seguido de dos respuestas opuestas. Los números se extienden desde una respuesta extrema a su opuesto (0-10), a mayor puntuación mejor percepción de la calidad de vida. Las respuestas emitidas por los sujetos deben ser consideradas a partir de los dos últimos días. La subescala "A" consta de un ítem, que evalúa la calidad de vida desde el punto de vista físico, emocional, social, espiritual y económico en una escala de 0 a 10 puntos. La subescala "B" pide al paciente enumerar sus problemas físicos más graves y que hace referencia al bienestar físico. La subescala "C" donde se menciona los síntomas psicológicos, el bienestar existencial y el nivel de apoyo. Y la sub-escala "D" donde se pide al individuo que haga una lista o describa las cosas que han sido de mayor influencia en su calidad de vida en los últimos dos días. La fiabilidad del cuestionario (MQOL) obtenido por este estudio fue: Subescala psicológica = 0.886 y Subescala existencial = 0.686.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Participantes

En esta investigación participaron 100 personas que presentaban condiciones oncológicas, 94% de los participantes con un tiempo de diagnóstico que oscilaba entre un mes y tres años (36 meses) con una media de 9.91 meses (DE=9.8), el 6% de las personas restantes fueron diagnosticados con la enfermedad entre 4 y 15 años. Los participantes fueron 41 hombres y 59 mujeres, de entre 20 y 83 años (media de 55.1; DE=14.9), el 44% de los participantes estaban divorciados, el 27% solteros y el 14% casados.

El tipo de cáncer diagnosticado con mayor frecuencia fue el de mama (14%), seguido por el de estómago y el de colon (7%). El 24% de la muestra estaba en la cuarta etapa de cáncer y el 17% en tercera etapa, el 57% de individuos se encontraban en el área clínica y el 33% en cirugía, el 86% de los sujetos pertenecía a la religión católica, además el 43% de encuestados eran cuencanos.

3.2. Uso de estrategias de afrontamiento espiritual (nivel de frecuencia)

El uso de estrategias de afrontamiento de los individuos osciló entre 27 y 60 puntos con una media de 49.68, una baja dispersión de datos (DE=7.15) y asimetría negativa (-.592), los hombres presentaron una media de 48.1 (DE=7.14) mientras que las mujeres una media de 50.8 (DE=7.00) reportando una diferencia significativa entre los dos grupos ($p < 0.05$) (Fig. 1).

En general, el afrontamiento religioso obtuvo valoraciones entre 2 y 27 con una media de 21.1 (DE=4.5), a 5.9 puntos del límite superior de la escala y el afrontamiento espiritual no religioso una media de 28.6 (DE=3.9) a 4.5 puntos del límite superior. A pesar de que las mujeres presentaron niveles de afrontamiento espiritual tanto religioso (media de 21.8; DE=4.14) como no religioso (media de 28.98; DE=3.8) superiores a los hombres quienes tuvieron medias de 20.1 (DE=4.9) y 27.9 (DE=4.1) respectivamente, la diferencia existente no resultó ser significativa ($p > 0.05$) (Fig. 2).

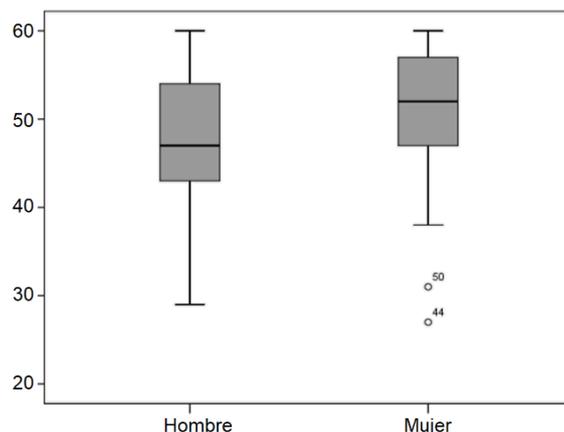


Figura 1. Porcentaje del uso de estrategias de afrontamiento espiritual por tipo de sexo.

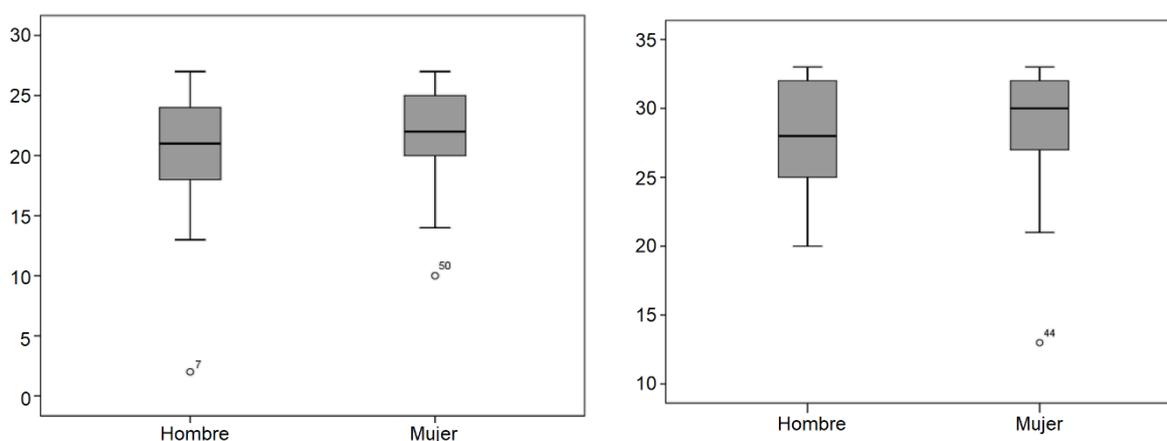


Figura 2. Porcentaje del uso de estrategias espirituales religiosas (izquierda) y no religiosas (derecha) según el tipo de sexo.

Las estrategias mayormente empleadas por los participantes fueron “*Confiar en Dios, con la esperanza de que las cosas van a mejorar*” (media de 2.91; DE=0.35), seguida por “*Mantener la relación con Dios y/o un poder superior, como la fuente de la fuerza y la esperanza*” con una media de 2.88 (DE=0.38), ambas pertenecientes al afrontamiento espiritual religioso. Las siguientes estrategias utilizadas por la población evaluada correspondieron al afrontamiento no religioso: “*Vivir día a día con la esperanza de que el futuro sea mejor para usted*” y “*Apreciar la naturaleza, por ejemplo: mar, el sol, las plantas, las flores...*” con medias de 2.85 y desviaciones estándar de 0.44 y 0.39, respectivamente. Las mujeres hacían uso de las estrategias: “*Orar o rezar con otra persona o con un grupo de personas*”, “*Vivir día a día con la esperanza de que el futuro sea mejor para usted*” y “*Ayudar a los demás como un medio de dar amor y paz a los otros*”, en una dimensión significativamente mayor que los hombres ($p<0.05$). Los detalles se pueden observar en la Tabla 1.

Se encontró una relación leve directa entre el nivel de instrucción y el afrontamiento no religioso de personas en condiciones oncológicas ($R_s=.221$; $p=0.006$), así mismo, entre afrontamiento no religioso y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad ($R_s=.276$; $p=0.006$) (Tabla 2).

3.3. Calidad de vida

La percepción global de calidad de vida del grupo de estudio, considerando todas las áreas de vida osciló entre 0 y 10 con una media de 7.38 (DE=2.16) y una asimetría negativa (-0.822) (Fig. 3). En el área de síntomas o problemas físicos, los participantes mostraron un bienestar de los síntomas físicos con una media de 5.56 (DE=3.09), representando la puntuación más baja en el análisis; en la subescala de bienestar físico arrojó una media de 7.01 con una alta variabilidad de datos (DE=2.67).

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento espiritual empleadas (frecuencias de uso).

Estrategia	Todos		Hombre		Mujer		<i>p</i>
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Confiar en Dios, con la esperanza de que las cosas van a mejorar.	2.91	0.35	2.85	0.48	2.95	0.22	0.346
Mantener la relación con Dios y / o un poder superior, como la fuente de la fuerza y la esperanza	2.88	0.38	2.83	0.5	2.92	0.28	0.5
Vivir día a día con la esperanza de que el futuro sea mejor para usted.	2.85	0.44	2.73	0.59	2.93	0.25	.047*
Apreciar la naturaleza, por ejemplo, mar, el sol, las plantas, las flores.	2.85	0.39	2.85	0.36	2.85	0.41	0.907
El uso de oraciones personales/privadas.	2.75	0.54	2.63	0.66	2.83	0.42	0.087
Ver el lado positivo de su situación	2.74	0.54	2.76	0.43	2.73	0.61	0.741
Aceptar la situación actual de su vida.	2.74	0.54	2.66	0.66	2.8	0.45	0.307
Ser cercano a tus familiares /amigos y confiar en ellos	2.74	0.56	2.78	0.47	2.71	0.62	0.718
Encontrar significado y propósito para vivir a través de su enfermedad.	2.7	0.63	2.59	0.74	2.78	0.53	0.139
Ayudar a los demás como un medio de dar amor y paz a los otros	2.68	0.6	2.54	0.6	2.78	0.59	.006*
Construir/ mantener las relaciones con amigos y/ o familiares.	2.67	0.67	2.61	0.74	2.71	0.62	0.46
El uso de la reflexión como un medio para identificar sus potencialidades y fortalezas	2.52	0.78	2.54	0.71	2.51	0.84	0.814
Apreciar la belleza de las artes, por ejemplo, música, pinturas, artesanías.	2.4	0.92	2.46	0.87	2.36	0.96	0.646
Asistir a la iglesia para las prácticas religiosas.	2.35	0.89	2.2	0.9	2.46	0.88	0.061
Leer textos de inspiración religiosa/espiritual	2.33	0.91	2.24	0.83	2.39	0.97	0.134
Orar o rezar con otra persona o con un grupo de personas.	2.11	0.93	1.83	1	2.31	0.84	.013*
Escuchar en la radio música religiosa o mirar en la TV programas religiosos.	2.05	1.08	2	1.1	2.08	1.07	0.654
Recibir la comunión.	2	1.15	2.05	1.05	1.97	1.23	0.994
Usar objetos-símbolos religiosos o espirituales.	1.75	1.31	1.51	1.38	1.92	1.25	0.12
Discutir sus dificultades, problemas con alguien que tiene o ha tenido experiencia con la misma enfermedad	1.66	1.17	1.41	1.24	1.83	1.09	0.093

* Diferencia significativa

En la sección de sentimientos y pensamientos las personas indicaron que en la subescala psicológica su bienestar era de 6.21 (DE=2.76), en la existencial un bienestar de 8.47 (DE=1.34) y en la de soporte 9.03 (DE=1.12), la prueba no paramétrica de comparación H-Kruskall Wallis reveló diferencia significativa en el bienestar entre los tres subdimensiones ($p<0.05$) (Fig. 4).

Los resultados según el sexo de los pacientes revelaron que en las subescalas existencial y de soporte la percepción de hombres y mujeres era significativamente diferente ($p<0.05$), sintiéndose con mayor bienestar en ambos casos las mujeres, con diferencias de medias de 0.59 y 0.67 respectivamente. En la sección de calidad de vida (global) y síntomas físicos los hombres fueron quienes presentaron valoraciones más altas que las mujeres, sin embargo, estas no resultaron ser significativas (Tabla 3).

Tabla 2. Relación entre características de las personas que presentan experiencias oncológicas y uso de estrategias de afrontamiento.

Tipo de afrontamiento	Estadístico	Edad	Nivel de instrucción**	Etapa	Tiempo de diagnóstico de la enfermedad**
Religioso	ρ	0.044	-0.0065	0.077	-0.085
	p	0.666	0.418	0.352	0.401
No religioso	ρ	-0.097	.221*	0.079	.276*
	p	0.339	0.006	0.345	0.006
Espiritual total	ρ	-0.036	0.072	0.091	0.085
	p	0.725	0.363	0.269	0.403

* Relación significativa; **Se empleó el estadístico Tau-b Kendall

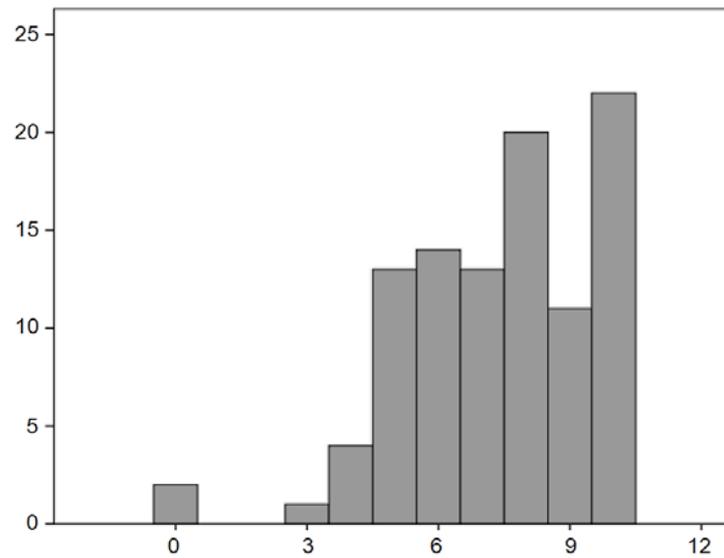


Figura 3. Frecuencia (eje Y) de la calidad de vida global (eje X).

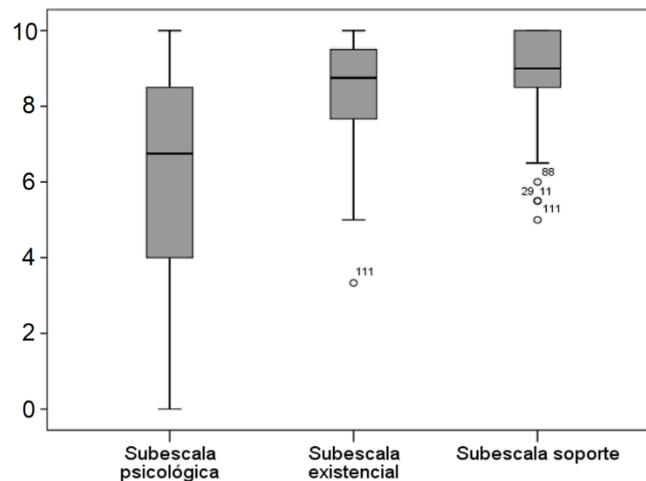


Figura 4. Subescalas de sentimientos y pensamientos.

Tabla 3. Calidad de vida.

Parámetro	Todos		Hombres		Mujeres		p
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Calidad de vida global	7.38	2.16	7.44	2.26	7.34	2.11	0.746
Bienestar físico	7.01	2.66	6.88	2.56	7.1	2.75	0.497
Síntomas físicos	5.56	3.09	5.79	2.85	5.4	3.25	0.583
Subescala psicológica	6.21	2.76	6.2	2.77	6.21	2.78	0.922
Subescala existencial	8.47	1.34	8.12	1.41	8.71	1.23	.016*
Subescala Soporte	9.03	1.12	8.63	1.31	9.31	0.87	.005*
MQOL Total	6.5	0.94	6.43	0.94	6.54	0.95	0.629

* Diferencia significativa

Tabla 4. Relación entre la calidad de vida y datos generales de los pacientes.

Parámetro	Estadístico	Edad	Escolaridad**	Etapa**	Tiempo de diagnóstico
Calidad de vida global	Rs	0.098	0.108	-.183*	0.011
	p	0.333	0.188	0.032	0.915
Bienestar físico	Rs	-0.007	0.7	-0.02	-0.011
	p	0.946	0.392	0.81	0.915
Síntomas físicos	Rs	0.129	0.022	-0.081	-0.013
	p	0.202	0.779	0.322	0.898
Subescala psicológica	Rs	0.012	-0.087	-1.53	-0.001
	p	0.902	0.265	0.06	0.991
Subescala existencial	Rs	-0.057	-0.018	-0.074	0.118
	p	0.576	0.819	0.368	0.243
Subescala Soporte	Rs	0.027	-1.62	0.005	-0.01
	p	0.787	0.054	0.956	0.919
MQOL Total	Rs	0.114	-0.036	-0.064	-0.103
	p	0.26	0.694	0.426	0.31

* Relación significativa; **Se empleó el estadístico Tau-b Kendall

Tabla 5. Relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y calidad de vida.

Estrategia de afrontamiento	Estadístico	Calidad de vida Global	Bienestar físico	Síntomas físicos	Subescala psicológica	Subescala existencial	Subescala Soporte	MQOL Total
Religioso	Rs	0.165	0.153	0.139	0.047	0.157	0.141	0.189
	p	0.1	0.128	0.167	0.641	0.118	0.163	0.06
No religioso	Rs	.208*	0.167	.243*	.233*	.456*	.303*	.318*
	p	0.038	0.098	0.015	0.02	0	0.002	0.001
Espiritual total	Rs	0.191	0.176	.215*	0.149	.338*	.263*	.292*
	p	0.057	0.08	0.031	0.14	0.001	0.008	0.003

* Relación significativa

Se encontró que: la edad de los individuos, nivel de instrucción, etapa y tiempo de diagnóstico de la enfermedad no estaban relacionadas con su percepción de calidad de vida ($p > 0.05$). La relación reportada entre la etapa de cáncer y su calidad de vida global es despreciable (Tabla 4).

El uso de estrategias de afrontamiento religiosas no se encontró relacionado con ninguna subescala de la percepción de la calidad de vida de los examinados; por su parte, el afrontamiento espiritual no religioso se encontró levemente relacionado de manera positiva con la calidad de vida global ($R_s=.243$) de las personas y sus síntomas físicos ($R_s=.243$) y moderadamente relacionado pero de forma directa con las subescalas psicológica, soporte y el MQOL total, con coeficientes R_s de 0.456, 0.303 y 0.318, respectivamente.

Además, se encontró que el uso general de estrategias de afrontamiento se relaciona de manera leve directa con los síntomas físicos, subescala soporte y el MQOL total. La subescala existencial y el uso de estrategias de afrontamiento presentaron una correlación positiva y con una fuerza moderada (Tabla 5).

4. DISCUSIÓN

Las personas que se encontraban atravesando etapa 3 y 4 de cáncer fueron 41 sujetos, según datos reportados al estudiar a 220 mujeres con cáncer de mama en cuanto al estadio del tumor, se observó que la mayoría de las pacientes se encontraba en una fase avanzada (Salas Zapata & Grisales Romero, 2010). El 57% de la muestra se obtuvo del área clínica, todas estas personas se encontraban en tratamiento de quimioterapia, la mayoría en condiciones de hospitalización de algunos días, en tanto que un grupo reducido era usuario ambulatorio. De acuerdo al tipo de sexo de los participantes, 59 mujeres y 41 hombres, se mantuvo la tendencia de casos de cáncer por sexo en el Ecuador; 14% de las mujeres analizadas por este estudio tenían cáncer de mama, dato que también concuerda con las estadísticas ecuatorianas, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador indica que el mayor número de casos atendidos en Cuenca por cáncer son: cáncer de mama 71 mujeres, cáncer de cuello uterino 63 mujeres, cáncer de próstata 21 hombres, entre otros (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Todos los participantes en esta investigación utilizaban estrategias de afrontamiento espiritual, las mujeres las emplean más que los hombres, las estrategias de afrontamiento no religioso fueron mayoritariamente utilizadas en comparación con las estrategias religiosas. La religión y/o la espiritualidad cumplen un papel importante en el enfrentamiento al cáncer, alimentan la esperanza, la resignificación de la experiencia, también impulsarían a buscar un sentido a la vida (Núñez, Enríquez, & Irrázaval, 2012).

La estrategia más empleada fue: *“Confiar en Dios, con la esperanza de que las cosas van a mejorar”*, seguida por *“Mantener la relación con Dios y/o un poder superior, como la fuente de la fuerza y la esperanza”* que pertenecen al dominio religioso. Al ser la población evaluada católica en gran porcentaje se presenta claro este dato a la luz de la epistemología religiosa que guarda sus creencias, se nota que el componente intención emotiva (esperanza-fe), teorizado en esta investigación, también está presente en estas formas de afrontamiento, difícilmente el elemento afectivo puede faltar a la hora de tal o cual manejo espiritual, cuando las personas utilizan estas estrategias de afrontamiento espiritual se estarían activando las áreas que son la base de la cognición social. Durante la enfermedad, la conciencia de Dios se amplía, particularmente los musulmanes se acercan a Dios al entender su propia debilidad, resultados a los que llegan (Rezaei, Adib-Hajbaghery, Seyedfatemi, & Hoseini, 2008). Después de procesar datos obtenidos por medio de una entrevista semiestructurada a personas que presentan cáncer avanzado se llega a entender que ellos creen que el cáncer y su progresión amplificaron la fe religiosa y la conexión con Dios (Koffman, Morgan, Edmonds, Speck, & Higginson, 2008).

Las estrategias más empleadas de afrontamiento no religioso fueron: *“Vivir día a día con la esperanza de que el futuro sea mejor para usted”* (tercera estrategia), nuevamente nos encontramos con la esperanza como elemento emocional que dirigiría a la persona en su diario vivir, este sentimiento podría condicionar y regular el sistema endocrino y el sistema inmunológico, sería capaz de instaurar una estructura mental que configura en el organismo una aptitud para un adecuado afrontamiento tanto en momentos de salud, como en momentos de enfermedad, y la cuarta estrategia de afrontamiento no religioso con mayor frecuencia utilizada es de índole contemplativa *“Apreciar la naturaleza, por ejemplo: mar, el sol, las plantas, las flores...”*, posiblemente el cerebro de la persona con cáncer, en relación con el cerebro de la persona sana, adopta esta respuesta (estrategia de afrontamiento espiritual)

de manera inconsciente, en el intento de liberar las tensiones del organismo al entrar en contacto con la naturaleza. Se ha demostrado una relación entre la confianza interpersonal y la activación en el sistema dopaminérgico, correspondencia que a su vez permite abarcar relaciones con entidades abstractas, tal correspondencia a nivel cerebral se estaría dando cuando la persona pone en marcha esta estrategia de afrontamiento espiritual (apreciar la naturaleza).

Durante una investigación, cuyo grupo de estudios fueron 9 adolescentes con cáncer, se encontró que la oración era la estrategia más utilizada por los jóvenes entrevistados, como fuente de consuelo en su pelea contra la enfermedad; de los 9 participantes, 6 consideraron a la fe como de suma importancia en sus vidas, justificando este pensamiento al decir que todo en la vida tiene una conexión con Dios (Souza *et al.*, 2015).

Las estrategias de afrontamiento no religioso son las más empleadas (más cerca del límite de la escala), estos datos reflejarían la condición de la persona que experimenta un proceso oncológico, bajo tratamiento de quimioterapia, afrontando más desde el propio interior su enfermedad ya que dispone de gran tiempo a solas. Las mujeres hacían uso de las estrategias: “Orar o rezar con otra persona o con un grupo de personas”, “Vivir día a día con la esperanza de que el futuro sea mejor para usted” y “Ayudar a los demás como un medio de dar amor y paz a los otros”, en una dimensión significativamente mayor que los hombres. Estos datos indicarían que las mujeres tienen una conducta prosocial más arraigada, igualmente parece ser que su visión del futuro es más alentadora que la de los hombres. Los hallazgos reportados en la investigación de supervivientes afroamericanos de cáncer de mama y próstata, indican que la espiritualidad estaba descrita por tres temas principales: una relación íntima con Dios, las formas de apoyo que se piensa que vienen directa o indirectamente de Dios y el pago a Dios a través de prácticas de servicio a él y a otros (Hamilton, Powe, Pollard, Lee, & Felton, 2007).

La calidad de vida general fue considerada con tendencia positiva, el área síntomas físicos fue la más baja de todas las dimensiones, en tanto que el bienestar físico tuvo una media de 7.1 resultado que indicaría que las personas perciben su estado físico como positivo, experimentando los síntomas como esporádicos y pasajeros (en los últimos dos días). Los resultados después de estudiar a 28 personas con distintos diagnósticos de cáncer evidenciaron una calidad de vida favorable tanto en las dimensiones funcionales como en la de síntomas de la enfermedad, datos que no concuerdan con los presentados por este estudio, en la misma investigación las estrategias de afrontamiento comúnmente utilizadas fueron: la “Evitación y la reevaluación positiva” (Gaviria, Vinaccia, Riveros, & Quiceno, 2007). Esta última estrategia tendría una similitud con afrontamientos espirituales como: “Ver el lado positivo de su situación”, practica ubicada en quinto lugar dentro de este estudio.

La subescala de soporte fue la más elevada (con mayor bienestar), seguida por la subescala existencial y finalmente la psicológica. Cuando las personas experimentan cáncer, el apoyo social proveniente de: familia, amigos, personal de la salud, sería más notorio debido a la propia condición del sujeto; la calidad de vida, en cuanto al dominio existencial, puede estar vinculada a la esfera espiritual, resultado que sirve para defender la propuesta de que ante los eventos estresantes la persona modifica sus percepciones y adapta estrategias de afrontamiento espiritual a su repertorio comportamental. La subescala existencial y la de soporte fueron significativamente mayores a la psicológica, a su vez el dominio existencial y el dominio soporte fueron significativamente mayores en las mujeres, dato último que concuerda con los resultados de la escala anteriormente analizada (SCS), las mujeres son más espirituales que los hombres y presentan un mayor soporte social, al parecer la mujer está más adentrada en prácticas espirituales y religiosas en grupo. El bienestar existencial del MQOL tiene un papel más importante en la determinación de la calidad de la vida de las personas con enfermedad local o metastásica que los sujetos sin evidencia de enfermedad (Cohen, Mount, Tomas, & Mount, 1996).

La investigación de Acosta y colaboradores encontró que pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de trasplante reportaban una mejor calidad de vida y estrategias de afrontamiento al comparar con los otros tratamientos (hemodiálisis, diálisis peritoneal), siendo mayores las puntuaciones en sujetos con edad de transición entre adultez media y tardía, mujeres, con estudios universitarios, casados y empleados (Acosta, Chaparro, & Rey, 2008). Datos que concuerdan con los de la presente investigación, teniendo en cuenta que el estudio se enfocó en el afrontamiento espiritual, todos los sujetos utilizan estrategias de afrontamiento, la media de edad de los analizados fue 55. 1 años, el mayor porcentaje por sexo que participó en este estudio fueron mujeres.

5. CONCLUSIONES

La edad de los individuos, nivel de instrucción, etapa y tiempo de diagnóstico de la enfermedad, no estuvieron relacionados con la percepción de calidad de vida, mientras que la relación reportada entre la etapa de cáncer y su calidad de vida global es despreciable. Existe una relación leve entre estrategias de afrontamiento espiritual con calidad de vida global, síntomas físicos y dominio psicológico, parece ser que los participantes adoptan estrategias de afrontamiento para controlar o aliviar sus síntomas físicos y desajustes de orden psicoemocional.

Las estrategias de afrontamiento espiritual religioso no se encontraron relacionadas con ninguna subescala de la percepción de la calidad de vida de los sujetos con cáncer; en cuanto al afrontamiento espiritual no religioso, éste se encontró levemente relacionado, de manera positiva, con los síntomas físicos, y moderadamente relacionado, de forma directa, con las subescalas psicológica, soporte y el MQOL total. La espiritualidad desde la práctica influenciaría en la calidad de vida, al mejorar moderadamente la percepción de la calidad de vida global de estas personas; las estrategias de afrontamiento tendrían menor impacto en el dominio síntomas físicos, el 41% de la población investigada se encontraba en etapa 3 y 4 de cáncer; sin embargo, hay una mayor incidencia en el dominio psicológico (moderada), dato que indica que los sujetos utilizan la religión personal para hacer frente a los estados psicológicos relativos al problema orgánico. El individuo con cáncer es más cercano al personal de salud, familiares, otros sujetos con la misma experiencia (aunque esta estrategia “*Discutir sus dificultades, problemas con alguien que tiene o ha tenido experiencia con la misma enfermedad*”, es usada con mediana frecuencia en comparación con otras).

La subescala existencial y el uso de estrategias de afrontamiento espiritual no religioso se relacionaron de manera positiva y con una fuerza moderada, esto quiere decir que los participantes de la investigación son personas con mayor adherencia a los cuestionamientos existenciales, las estrategias de afrontamiento religioso personales (entendidas como creencias) son cercanas a las interrogantes que se generan sobre el sentido de la vida, los evaluados dentro de este estudio son individuos dotados de un potencial espiritual que afectaría la calidad de sus existencias.

Se llegó a identificar las estructuras cerebrales que sirven de base al complejo religión, analizando para ello a estrategias de afrontamiento espiritual como la oración; en cuanto a la frecuencia con la que se utiliza la estrategia “*Uso de oraciones personales/privadas*”, ésta estuvo en quinto lugar, con una media de 2.75 (Tabla 1). Regiones específicas del cerebro procesan la información social (cognición social): amígdala, las circunvoluciones occipitales inferiores, otras áreas activadas por estas prácticas son el lóbulo temporal, la corteza medio-frontal, regiones de la corteza parieto-temporal y el precuneus. Los creyentes perciben a Dios como una persona y se relacionarían de esa manera con él. La utilización constante de la oración tendría la propiedad de estimular el sistema de recompensa dopaminérgico, puede contribuir a promover la relajación, disminuir la ansiedad y reducir el riesgo cardiovascular.

La fe o la intención emotiva conllevaría el potencial para condicionar y regular el sistema endocrino, a nivel cognitivo sería capaz de instaurar una estructura mental que configura en el organismo una aptitud para un adecuado afrontamiento en la enfermedad o la salud. Hay localizaciones cerebrales que resultan de la unión de partes interiores del lóbulo temporal con el sistema límbico, la evidencia científica indica que al *encenderse* estas localizaciones, el hombre experimenta un gran impulso a pensar en lo religioso y también experimentaría intensas emociones místicas. La religión ha pasado a ser entendida de manera distinta por la ciencia moderna (salud mental), este fenómeno sería un hecho concomitante del proceso de hominización, más que de un signo de debilidad del mundo arcaico.

Recomendaciones: a) la continuidad de investigación científica en este campo, debido a que es un área muy poco explorada en el Ecuador y con potenciales y varios beneficios; b) la salud mental debe contemplar espacios para la evaluación espiritual de la persona con alguna enfermedad o no; c) la salud mental debe trabajar en procesos terapéuticos-espirituales con los grupos que atiende, sobre todo con aquellos que presentan vulnerabilidad por enfermedad orgánica; d) una de las limitaciones que presenta esta investigación consiste en que para el procesamiento de los datos, dos casos no correspondían a la condición de cáncer, estas personas atravesaban cuadros de hipotiroidismo e hipertioridismo; e) establecer la etapa de la enfermedad analizada requiere de un trabajo conjunto entre el personal médico e investigadores, en ocasiones dicha interacción no fue posible.

El cáncer es una condición compleja, se debe estudiar desde distintos frentes. La calidad de vida es un constructo que debe brindar parámetros objetivos sobre el malestar y el bienestar de los distintos dominios que maneje.

AGRADECIMIENTO

A la corporación Neurotecnología para el Desarrollo Humano (NDH) por el aporte profesional y económico; a SOLCA, Hospital José Carrasco Arteaga y FASEC. A Natalia Galarza por la sistematización y por el manejo de la estructura de este manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, P., Chaparro, L., Rey, C. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*, (17), 9-26.
- Baldacchino, D., Buhagiar, A. (2003). Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 558-570. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02659.x
- Beauregard, M., Paquette, V. (2006). Neural correlates of a mystical experience in Carmelite nuns. *Neuroscience Letters*, 405(3), 186-190. doi.org/10.1016/j.neulet.2006.06.060
- Boyer, P. (2003). Religious thought and behaviour as by-products of brain function. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(3), 119-124. doi: 10.1016/S1364-6613(03)00031-7
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Strobel, M. G., Bui, F. (1995). The McGill quality of life questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*, 9(3), 207-219. doi: 10.1177/026921639500900306
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Tomas, J. J., Mount, L. F. (1996). Existential well-being is an important determinant of quality of life. Evidence from the McGill quality of life questionnaire. *Cancer*, 77(3), 576-586. doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(19960201)77:3<576::AID-CNCR22>3.0.CO;2-0
- D'Aquili, E. G., Newberg, A. B. (1999). *The mystical mind: Probing the biology of religious experience*. Minneapolis, MN: Augsburg Fortress.
- de la Garza, J. G., Juárez, P. (2014). *El cáncer* (1ª ed.). 188 p. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Díaz, I. (2008). Calidad de vida percibida vivenciada (cvpv). Fundamentos teóricos y conceptuales para su estudio. *Santiago*, (115), 20-36.
- Doufesh, H., Faisal, T., Lim, K.-S., Ibrahim, F. (2012). EEG spectral analysis on Muslim prayers. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 37(1), 11-18. doi: 10.1007/s10484-011-9170-1
- Doufesh, H., Ibrahim, F., Ismail, N. A., Wan Ahmad, W. A. (2014). Effect of Muslim prayer (Salat) on α electroencephalography and its relationship with autonomic nervous system activity. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 20(7), 558-562. doi: 10.1089/acm.2013.0426
- El Universo. (2017). *Cada año diagnostican más de 3.000 nuevos casos de cáncer*. El Universo. Retrieved from <https://www.eluniverso.com/noticias/2017/02/04/nota/6030301/cada-ano-diagnostican-mas-3000-nuevos-casos-cancer>
- Fayard, C. (2013). Cultura, neurociencia y espiritualidad: abordaje neuro-psico-espiritual en psicoterapia. *Revista Entorno*, (54), 20-31.
- Fenwick, P. (2011). *The neuroscience of spirituality*. Royal College of Psychiatrists. Retrieved from

- [https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Peter Fenwick The Neuroscience of Spirituality.pdf](https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Peter_Fenwick_The_Neuroscience_of_Spirituality.pdf)
- Fromm, E. (1964). *El dogma de Cristo* (1ª ed.). Madrid, Spain: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., Quiceno, J. M. (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*, (20), 50-75.
- Globocan (2012). *El cáncer en la región de las Américas*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16805&Itemid=270&lang=en
- Hamilton, J. B., Powe, B. D., Pollard, A. B., Lee, K. J., Felton, A. M. (2007). Spirituality among African American cancer survivors: having a personal relationship with God. *Cancer Nursing*, 30(4), 309-316. doi: 10.1097/01.NCC.0000281730.17985.f5
- Idler, E. L., Kasl, S. V. (1997). Religion among disabled and nondisabled persons I: cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *The Journals of Gerontology: Series B*, 52B(6), S294-S305. doi: 10.1093/geronb/52B.6.S294
- INEC. (2012). *INEC presenta por primera vez estadísticas sobre religión*. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-por-primera-vez-estadisticas-sobre-religion/>
- James, W. (1986). *Las variedades de la experiencia religiosa* (2ª ed.). 251 p. Ediciones Península. Disponible en <https://nytz.files.wordpress.com/2012/11/james-william-las-variedades-de-la-experiencia-religiosa.pdf>
- Koffman, J., Morgan, M., Edmonds, P., Speck, P., Higginson, I. J. (2008). Cultural meanings of pain: a qualitative study of black Caribbean and white British patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 22(4), 350-359. doi: 10.1177/0269216308090168
- Lazarus, R., Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169. doi: 10.1002/per.2410010304
- Luhrmann, T. M., Nusbaum, H., Thisted, R. (2013). "Lord, teach us to pray": Prayer practice affects cognitive processing. *Journal of Cognition and Culture*, 13(1-2), 159-177. doi: 10.1163/15685373-12342090
- Martínez-Guerrero, L. (2011). Varieties of psychology of religion: Exploring different ways of building the object of study. *Estudios de Psicología*, 32(1), 51-67. doi: 10.1174/021093911794834667
- Méndez, J. (2006). Psicooncología una nueva actividad en salud. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39, 44-45.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Principales causas de morbilidad ambulatoria*. Recuperado de https://public.tableau.com/profile/publish/morbi_rdacaa_2014/Men#!/publish-confirm
- Monserrat, J. (2014). Philosophy and psychology of religion. *Estudios de Psicología*, 32(1), 9-28. doi: 10.1174/021093911794834630
- Nogués, R. (2013). Dioses, creencias y neuronas. Una aproximación científica a la religión. *Revista Colombiana de Filosofía de La Ciencia*, 13(27), 217-222.
- Núñez, P., Enríquez, D., Irarrázaval, M. E. (2012). La espiritualidad en e paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBSP*, 10(1), 84-100.
- Plaza, A., Nieves, I. R. (2014). La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. *Informes Psicológicos*, 14(1), 65-89.
- Rezaei, M., Adib-Hajbaghery, M., Seyedfatemi, N., Hoseini, F. (2008). Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14(2), 90-97. doi: 10.1016/j.ctcp.2008.01.001
- Ries, J. (2016). *El origen de las religiones*. Madrid, España: Libsa.
- Ríos-Morales, J. R., Martínez-Salazar, I. N., Flores-Vázquez, J. L., Domínguez-Cabañas, P. I., Valdepeña-López, M. (2017). Análisis del servicio de psiquiatría de enlace e interconsultas

- durante tres meses en el Hospital Central Militar. *Revista de Sanidad Militar*, 70(2), 173-179.
- Rivero, R., Piqueras, A., Ramos, V., García, J., Martínez, E., Oblitas, A. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198.
- Ruiz, M. (2014). Does God change the brain of a believer? *Journal of Technological Possibilism*, 4(6), 19-23.
- Salas Zapata, C., Grisales Romero, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28, 9-18. doi: 10.1590/S1020-49892010000700002
- Salsman, J. M., Fitchett, G., Merluzzi, T. V, Sherman, A. C., Park, C. L. (2015). Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a meta-analytic investigation. *Cancer*, 121(21), 3754-3759. doi: 10.1002/cncr.29349
- Schjødt, U., Stødkilde-Jørgensen, H., Geertz, A. W., Roepstorff, A. (2008). Rewarding prayers. *Neuroscience Letters*, 443(3), 165-168. doi: 10.1016/j.neulet.2008.07.068
- Schjødt, U., Stødkilde-Jørgensen, H., Geertz, A. W., Roepstorff, A. (2009). Highly religious participants recruit areas of social cognition in personal prayer. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 4(2), 199-207. doi: 10.1093/scan/nsn050
- Souza, V. de M., Frizzo, H. C. F., Paiva, M. H. P. de, Bousso, R. S., Santos, Á. da S., Souza, V. de M., ... Santos, Á. da S. (2015). Spirituality, religion and personal beliefs of adolescents with cancer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 791-796. doi: 10.1590/0034-7167.2015680504i
- Valiente Barroso, C. (2011). *Estudio neuropsicológico de funciones ejecutivas en religiosas meditadoras contemplativas*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Retrieved from <http://eprints.ucm.es/13308/>
- Valiente Barroso, C. (2013). Intersecciones entre espiritualidad / religiosidad y psicología: desde la filosofía hasta la neurociencia. *Revista de Historia de La Psicología*, 34(4), 67-87.
- Varela, B. (2002). ¿Qué es la psicología de enlace? *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 6(2), 63-72.
- Whitehouse, H. (2008). Cognitive evolution and religion. *Issues in Ethnology and Anthropology*, 3(3), 35-47.
- Zaruma-Quizhpilema, V. (2006). *Wakanmay, aliento sagrado: perspectivas de teología india: una propuesta desde la cultura cañari*. Abya Yala. Retrieved from http://digitalrepository.unm.edu/abya_yala/301