

La utilización del enfrentamiento religioso/espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico

Ana Cláudia Mesquita¹
Érika de Cássia Lopes Chaves²
Carolina Costa Valcanti Avelino³
Denismar Alves Nogueira²
Raquel Gerhke Panzini⁴
Emília Campos de Carvalho⁵

Objetivo: investigar el uso del enfrentamiento religioso/espiritual por personas con cáncer en quimioterapia. Métodos: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con 101 pacientes en quimioterapia endovenosa en un ambulatorio de oncología de un hospital público de Minas Gerais, desarrollado en el primero semestre del 2011. Para recolectar los datos, fueron utilizadas entrevistas, aplicándose un cuestionario para caracterizar la muestra y la Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada. Resultados: todos los sujetos utilizaron el coping religioso/espiritual (promedio=3,67; de=0,37); los individuos más jóvenes, sin religión y que no consideran importante el apoyo espiritual tienden a utilizar el coping de manera negativa; mientras los individuos a quienes les gustaría recibir apoyo espiritual y que participan de un grupo de apoyo al paciente con cáncer utilizan el coping de manera positiva. Conclusiones: El estudio refuerza que el coping religioso/espiritual es una estrategia importante de enfrentamiento del cáncer y que contribuye a la comprensión del mismo como una herramienta útil para el cuidado espiritual.

Descriptores: Enfermería; Espiritualidad; Quimioterapia; Neoplasias.

¹ Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

³ Enfermera, Residente en Salud de la Familia, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

⁴ Estudiante de Doctorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Emília Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. dos Bandeirantes, 3900
Bairro Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: ecdcava@usp.br

Introducción

Estudios epidemiológicos desarrollados en las últimas décadas indican una relación positiva entre espiritualidad y religiosidad y mejores indicadores de salud⁽¹⁾. Espiritualidad se puede comprender como la esencia de una persona, una búsqueda de significado y propósito en la vida. Ya la religión puede ser definida como una expresión parcial de la espiritualidad, practicada mediante tradiciones sagradas, transmitida a través del patrimonio cultural, acompañada de dogmas y doctrinas⁽²⁾.

Personas religiosas frecuentemente demuestran mayor capacidad de lidiar con circunstancias adversas de la vida con la utilización del *coping* religioso/espiritual (CRE)⁽¹⁾. *Coping* o enfrentamiento se refiere a un conjunto de estrategias, cognitivas y de comportamiento, utilizadas con objeto de enfrentar situaciones de estrés⁽³⁾. Cuando el paciente utiliza recursos religiosos para este fin, está utilizando el *coping* religioso⁽⁴⁾. Algunas definiciones de *coping* religioso no mencionan explícitamente la espiritualidad, pero este también constituye una fuente importante de enfrentamiento⁽³⁾.

El CRE puede ser positivo o negativo⁽⁵⁾; cuando positivo (CREP), abarca estrategias que proporcionan un efecto benéfico al individuo, como procurar amor/protección de Dios o mayor conexión con fuerzas trascendentales. El CRE negativo (CREN) abarca estrategias que generan consecuencias perjudiciales, por ejemplo redefinir el estresor como punición divina⁽³⁾. Entre los instrumentos de medida, fue utilizado en este estudio la Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-Breve)⁽⁶⁾. Determina el CRE total (CRET), que indica la cantidad total de CRE que practica el individuo, mediante el promedio entre el índice CREP y el promedio de las respuestas del CREN Invertido⁽⁶⁾. El CRET y el CREP están asociados a mejores resultados de salud y calidad de vida⁽³⁾.

En la última década, mayor atención ha sido dada a la espiritualidad y su papel como estrategia de enfrentamiento utilizada por pacientes con cáncer, al final, la espiritualidad y también la religión se muestran importantes en el enfrentamiento de esa enfermedad, desempeñando papel protector contra la morbilidad psicológica, ya que impactan la manera como la persona lidia con la enfermedad⁽⁷⁻⁸⁾. Cada individuo expresa la espiritualidad de su manera, relacionándola a la esperanza de sobrevivir al cáncer, ya que la enfermedad amedrenta y la espiritualidad renueva, lo que demuestra la importancia de reconocer la misma como estrategia de enfrentamiento en la planificación de la atención al paciente con cáncer⁽⁹⁾. Así, es necesario profundizar el conocimiento de los profesionales de la salud respecto a la dimensión espiritual

del paciente, aumentando así la capacidad de los mismos de aliviar el sufrimiento humano⁽¹⁰⁾, lo que justifica la inversión en estudios sobre esa temática.

En la práctica clínica, es fundamental que el enfermero conozca la dimensión espiritual del paciente al planificar el cuidado de enfermería, visto que, cuando es utilizada como modo de enfrentamiento, la espiritualidad ocupa lugar de destaque en la vida de las personas⁽⁹⁾.

La finalidad de este estudio es investigar el uso del enfrentamiento religioso/espiritual por personas con cáncer en quimioterapia.

Métodos

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo el protocolo nº 107/2010, conforme directivas para el desarrollo de investigaciones con seres humanos. La población abarcó los pacientes con cáncer en quimioterapia endovenosa en un ambulatorio público de oncología en el interior de Minas Gerais, atendidos en el primer semestre del 2011. La muestra, caracterizada por conveniencia, incluyó a 101 pacientes (acerca del 50% de la población), atendidos durante la mañana. Fueron incluidos pacientes en tratamiento quimioterápico endovenoso, con edad igual o superior a 21 años, independiente del sexo, orientados en el tiempo, espacio y persona y con capacidad de expresión verbal. Tras la invitación y aceptación, todos firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado.

Para recolectar los datos, fueron utilizados el cuestionario y la escala CRE-Breve. El cuestionario, elaborado por los investigadores, fue construido con objeto de caracterizar los participantes respecto a los aspectos demográfico, clínico y espiritual/religioso; fue sometido a la validación de apariencia y contenido por tres jueces que estudian espiritualidad/religiosidad y enfermedad oncológica. Todas las sugerencias fueron incorporadas y estaban relacionadas a la forma de presentación del cuestionario.

La CRE-Breve es una versión resumida de la Escala de CRE validada para Brasil⁽⁶⁾, adaptada del instrumento norteamericano que contiene 105 ítem⁽⁵⁾ y que propicia evaluar la utilización de estrategias religiosas y espirituales para lidiar con estresores importantes de la vida. La CRE-Breve contiene 49 ítem, 34 relacionados al CREP y 15 al CREN⁽¹¹⁾. Las respuestas son dadas en una escala tipo *Likert* de cinco puntos, variando de 1 (nunca) a 5 (enormemente) y su *score* permite el análisis y la comprensión de los datos. El parámetro utilizado para analizar los *scores* promedios de la CRE-Breve es: ninguna o irrisoria (1,00 a 1,50), baja (1,51 a 2,50), media (2,51 a 3,50), alta (3,51 a 4,50) y muy

alta (4,51 a 5,00)⁽⁶⁾. El análisis de consistencia interna del conjunto de ítem de la CRE-Breve para el estudio fue el Alfa de Cronbach de 0,90, demostrando consistencia interna considerable, con coeficiente semejante a aquel obtenido en la validación de la escala, igual a 0,97⁽⁶⁾, especialmente considerando que la muestra en este estudio equivale a 1/6 de la muestra original.

Para este estudio, el cuestionario y la CRE-Breve fueron sometidos a un pre-test con 29 pacientes que no hicieron parte de la muestra, para verificar la comprensión de los ítem por los pacientes. No fueron detectadas dificultades de comprensión entre los participantes.

Los datos fueron recolectados durante las sesiones de quimioterapia; fue explicado el objetivo del estudio y solicitada la participación de los sujetos. Después, fue realizada una entrevista con aquellos que aceptaron participar, para que pudieran responder al cuestionario general y a la Escala CRE-Breve. Fue elegida la entrevista con objeto de facilitar la participación de los individuos, ya que en la mayoría de los casos el miembro superior estaba puncionado para la infusión del medicamento, lo que dificultaría escribir las respuestas. Se debe destacar que el entrevistador no interpretó las preguntas para el paciente.

El análisis de los datos fue precedida por la elaboración de un banco de datos en el aplicativo Excel (Windows – 2010), utilizado para codificación de las variables en un diccionario y para validación mediante digitación doble de los datos. Para el análisis estadístico, fue utilizado el programa *Statistical Package for Social Sciences*, versión 17.0. La estadística descriptiva permitió mostrar y resumir los datos recolectados. El coeficiente de correlación de Spearman fue utilizado para correlacionar las variables ordinales (edad, renta familiar, tempo de diagnóstico, importancia dada a la religión/espiritualidad) con el CRE. El test t permitió comparar las diferencias en los scores promedios del CRE respecto a diferentes variables (sexo, tiene religión, considera importante la prestación de cuidado espiritual, le gustaría recibir apoyo espiritual). El análisis de varianza permitió testar la igualdad en las medias de respuestas. El modelo de regresión lineal múltiple fue utilizado para explicar la relación entre las variables sociodemográficas y los scores de la variable dependiente CRE-Breve (CRET, CREP y CREN). El nivel de significancia establecido fue del 5% para los test y 10% para los parámetros del modelo de regresión.

Resultados

De los 101 sujetos participantes, 51 (51%) son del sexo femenino, 50 (50%) en el rango de edad de 43 a

64 años, 60 (59%) con educación fundamental completa, 65 (64%) casados y 56 (57%) reciben entre dos y tres salarios mínimos (salario mínimo: R\$ 545,00, durante el período de recolecta de datos).

Los tipos de cáncer prevalentes fueron: colorrectal (31%), mama (17%) y próstata (8%). Respecto al tiempo de tratamiento, el 69% de los pacientes recibe quimioterapia entre 1 y 12 meses, 18% desde hace menos de un mes y 11% entre 1 y 4 años. Con relación al tiempo de diagnóstico, el 64% de los pacientes relató haber descubierto la enfermedad entre 1 y 12 meses y 16% entre 13 meses y 2 años. El 80% de los pacientes ya realizó otro tipo de tratamiento contra el cáncer: 54% cirugía, 5% radioterapia y 24% ambos tratamientos. Relacionado a la presencia de efectos colaterales de la quimioterapia, el 37% de los entrevistados informó no sentir efecto colateral, 24% informaron efectos colaterales leves, 14% moderados y 16% intensos; 58% participan de algún grupo de apoyo al paciente con cáncer.

Respecto a la aproximación del tema espiritualidad/religión por los profesionales de salud, el 93% de los pacientes la consideran importante como forma de auxiliar en el enfrentamiento de la enfermedad; sin embargo, solamente 16% informaron ya haber conversado con algún profesional de salud sobre el tema. Además, la mayoría de los sujetos (80%) informó que le gustaría recibir algún tipo de cuidado espiritual durante el tratamiento.

Tabla 1 – Distribución de los sujetos entrevistados según las características religiosas y espirituales, Minas Gerais, Brasil, 2011

Variables	n (%)
Religión	
Católica	86 (85)
Evangélica	11 (11)
Espírita	02 (02)
Sin religión, pero espiritualizado	02 (02)
Importancia de la religión/espiritualidad	
No es importante	0
Un poco importante	0
Importante	24 (24)
Muy importante	77 (76)
Visita a la iglesia	
Diariamente	01 (01)
1 o más veces por semana	54 (53)
1 o más veces por mes	23 (23)
1 vez al año	12 (12)
Jamás	09 (09)
Suele rezar/orar/meditar	
Sí	101 (100)
No	0

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

VARIABLES	n (%)
Scores del CRET	
Irrisorio	0
Bajo	01 (01)
Medio	35 (35)
Alto	64 (63)
Muy alto	01 (01)

El 91% de los entrevistados se considera practicante de su religión y el 73% informó que la enfermedad y el tratamiento no dificultan la práctica religiosa. Se constató que todos usan el CRE, y que la mayoría obtuvo *score* alto en el CRET (Tabla 1).

Los *scores* promedios del CRE fueron: CRET=3,67 (de=0,37); CREN=1,19 (de=0,26); CREP=2,58 (de=0,67). El promedio de la razón CREN/CREP fue de 0,21 (de=0,06).

Asociaciones entre CRE y las demás variables estudiadas

Utilizándose el Coeficiente de Correlación de Spearman, se verifica la asociación inversa entre el CREN y

edad y renta familiar, y la asociación directa entre el CRET y la importancia que los individuos dieron a la religión/espiritualidad y al tiempo de diagnóstico (Tabla 2).

Tabla 2 - Coeficientes de correlación de Spearman para las variables sociodemográficas y el Coping Religioso/Espiritual, Minas Gerais, Brasil, 2011

	Coeficiente de correlación	p
CREN x Edad	-0,209	0,036
CREN x Renta familiar	-0,294	0,003
CRET x TD	0,196	0,049
CRET x IRE	0,307	0,002

TD: tiempo de diagnóstico; IRE: importancia de la religión/espiritualidad.

Según el test-t, los *scores* promedios de CREP y CRET son mayores entre las mujeres comparados con los hombres. Los individuos con religión muestran CREN promedio irrisorio. Aquellos individuos a quienes les gustaría recibir apoyo espiritual muestran CREP y CRET mayores que aquellos a quienes no les gustaría recibir ese apoyo (Tabla 3).

Tabla 3 – Test t para las variables sociodemográficas y el CRE, Minas Gerais, Brasil, 2011

	Promedios							
	Sexo	p	PR	p	CE	p	AE	p
CRE P	Masc: 2,4 Fem: 2,7	0,012 0,012			Sí: 2,6 No: 2,2	0,105 0,042	Sí: 2,7 No: 2,2	0,003 0,001
CRE N			Sí: 1,1 No: 1,7	0,002 0,35				
CRE T	Mas: 3,6 Fem: 3,8	0,04 0,04			Sí: 3,7 No: 3,4	0,04 0,03	Sí: 3,7 No: 3,5	0,009 0,002

PR: Posee religión; CE: Considera importante la prestación del espiritual; AE: Le gustaría recibir apoyo espiritual.

Según el Análisis de Varianza, fue encontrada significancia estadística entre el CREN y la presencia de efectos colaterales y el CRET y la denominación religiosa (Tabla 4).

Tabla 4 – Promedios para las medidas de Coping Religioso/Espiritual respecto a los efectos colaterales y la religión, MG, Brasil, 2011

	p	Efectos Colaterales	Promedio
CREN	0,017	Ningún	1,11
		Intensos	1,37
CRET	0,012	Religión	
		Protestantismo	3,90
		Espiritismo	3,80
		Catolicismo	3,60
		Sin religión	3,10

Según el Modelo de Regresión Lineal Múltiple, entre el 17% y 26% de la varianza en la espiritualidad y religión (CREP, CREN y CRET) fue explicado por una combinación de las variables presentadas en la Tabla 5. Las variables fueron elegidas mediante el procedimiento hacia atrás. Las asociaciones significativas ocurrieron para explicar el comportamiento de los tres tipos de CRE de acuerdo con las variables sociodemográficas, clínicas y religiosas/espirituales.

Los individuos que más utilizan el CREP son: individuos a quienes les gustaría recibir apoyo espiritual y que participan de grupo de apoyo al paciente con cáncer. Aquellos que utilizan el CREN son individuos más jóvenes, sin religión y que no consideran importante el apoyo espiritual. La mujeres, con mayor tiempo de tratamiento, participantes de grupo de apoyo al paciente con cáncer, a quienes les gustaría recibir apoyo espiritual y que tienen religión muestran el mayor CRET.

Tabla 5 – Distribución del CRE y las demás variables estudiadas según la estimativa de los parámetros y errores estándar de los modelos de regresión múltiple, Minas Gerais, Brasil, 2011

	CREP			CREN			CRET		
	B	EP	p	B	EP	p	B	EP	p
AE	0,579	±0,161	0,001	-	-	-	0,198	±0,93	0,036
PG	0,309	±0,130	0,019	-	-	-	0,195	±0,68	0,006
Edad	-	-	-	-0,095	±0,056	0,094	-	-	-
PR	-	-	-	-0,533	±0,171	0,002	0,587	±0,229	0,012
CE	-	-	-	-0,225	±0,091	0,016	0,255	±0,135	0,063
Sexo	-	-	-	-	-	-	0,134	±0,068	0,054
TD	-	-	-	-	-	-	0,140	±0,071	0,052
R ²		0,173			0,195			0,263	

AE: Le gustaría recibir apoyo espiritual; PG: Participa de grupo de apoyo al paciente con cáncer; PR: Tiene religión; CE: Considera importante el cuidado espiritual; TD: Tiempo de diagnóstico.

Discusión

Los participantes en este estudio utilizan de alguna manera el CRE como estrategia de enfrentamiento de la enfermedad. Avances recientes en la psico-oncología y en las investigaciones sobre psiconeuroinmunología en personas con cáncer han permitido la redescubierta de la importancia de la espiritualidad en la influencia sobre la clínica y el curso de la enfermedad, en términos de apoyo y como variable de pronóstico potencial⁽¹²⁾.

Los sujetos expresaron que les gustaría recibir cuidado espiritual (80%) y consideran importante tratar de la cuestión como forma de auxiliar en el enfrentamiento de la enfermedad (93%). Sin embargo, a pesar de evidencias en la literatura acerca de las necesidades espirituales del paciente^(8,13), solamente el 16% de los entrevistados ya recibió algún tipo de apoyo espiritual.

El cuidado físico ciertamente prevalece en la atención de enfermería, ya que el pensamiento científico predomina en la mentalidad de los profesionales⁽¹⁴⁾. La falta de formación profesional⁽¹⁵⁾ y la carencia teórica para el cuidado espiritual se muestran como pretexto para su deficiencia⁽¹⁶⁾. Sin embargo, la *Nursing Interventions Classification* (NIC), un referencial ya consolidado acerca de las intervenciones de enfermería, propone dos intervenciones relacionadas específicamente a la espiritualidad: Apoyo espiritual y Facilitación del crecimiento espiritual⁽¹⁷⁾. Cuando implementa esas intervenciones, la enfermería responde a las necesidades espirituales del paciente⁽¹³⁾, realizando la interfaz entre la espiritualidad y el cuerpo de conocimiento propio de la profesión.

El estudio de la relación del CRE con los aspectos sociodemográficos demostró mayores *scores* de utilización del CREP (promedio=2,7) entre las mujeres, indicando, conforme la literatura, mayor involucramiento religioso entre las mujeres que entre los hombres⁽¹⁸⁾. Los datos

también revelan que considerar la religión/espiritualidad como algo importante en la vida ($p=0,002$) y poseer una religión ($p=0,012$) contribuyó de forma significativa a la utilización del CRET, lo que fortalece la afirmativa de que las razones para una asociación positiva entre religión y salud incluyen el hecho que creencias y prácticas religiosas pueden evocar emociones positivas⁽³⁾.

Los individuos evangélicos mostraron mayor utilización del CRET (promedio=3,9), lo que puede ser debido a la mayor práctica de actividades religiosas (ayuno, lectura bíblica y otras) entre los mismos⁽⁴⁾. Otra variable relacionada al CRET fue el tiempo de diagnóstico, indicando que, cuanto mayor el tiempo, mayor la utilización del CRET ($p=0,049$) ya que, con el tiempo, aumenta el número de estresores con los cuales el paciente tiene que lidiar, sean psicosociales o fisiológicos, lo que lleva al mayor uso de modos de enfrentamiento de la enfermedad⁽¹⁹⁾. La participación en grupos de apoyo al paciente con cáncer también mostró relación con el CRET ($p=0,006$) y CREP ($p=0,019$), lo que está de acuerdo con el hecho de que el soporte social, entre otros factores, está asociado a un mejor pronóstico de cáncer⁽²⁰⁾. La utilización del CREP también fue asociada al deseo de recibir apoyo espiritual ($p=0,001$), lo que confirma que el paciente puede atribuir papel importante a la espiritualidad, de manera a minimizar el sufrimiento y alcanzar mayor esperanza de cura⁽⁹⁾.

Según la literatura, valores de razón CREN/CREP $\leq 0,50$ están asociados a resultados positivos del CRE en la calidad de vida⁽⁶⁾. El promedio de la razón CREN/CREP encontrada en ese estudio fue 0,21 ($de=0,06$), lo que indica que el CRE puede contribuir de manera positiva a una mejor calidad de vida de los participantes de la investigación.

La renta familiar baja resultó en mayor utilización del CREN ($p=0,003$). La renta está fuertemente asociada al ajustamiento psicológico del paciente. Así, se considera

que, además de los aspectos humanos involucrados en el proceso salud-enfermedad, las variables vinculadas al contexto material de vida de las personas también necesitan ser investigadas; al final, ofrecen el substrato concreto para apoyar las acciones de cuidado⁽²¹⁾.

Los individuos del presente estudio, que mostraron efectos colaterales intensos, tienden a utilizar más el CREN (promedio=1,37). Conforme los eventos negativos aumentan la utilización de estrategias negativas y positivas, también aumentan. Sin embargo, cuando no hay alivio pero continuidad del estrés, los sujetos tienden a re-evaluar su visión de Dios y utilizar estrategias negativas⁽⁵⁾. Los pacientes con cáncer son constantemente sometidos a procedimientos invasivos, a las toxicidades de la quimioterapia y a las crisis de dolor ocasionadas por la enfermedad⁽²²⁾. El sufrimiento lleva a un conflicto personal. El paciente pasa por períodos de angustia, ansiedad y depresión en que puede sentirse "abandonado" por Dios y los demás, sintiéndose incapaz de orar y recibir consuelo. Además, el paciente puede comprender el sufrimiento como castigo divino⁽²³⁾.

Los individuos sin religión, pero espiritualizados, demuestran mayor utilización del CREN ($p=0,002$). Eso puede ocurrir debido a la falta de creencias y prácticas religiosas, ya que pueden evocar emociones positivas⁽³⁾. La fe religiosa ofrece esperanza, equilibrio y fortalecimiento, propiciando la lucha por la vida y serenidad para aceptar la enfermedad⁽²⁴⁾. Los individuos más jóvenes mostraron mayor utilización del CREN ($p=0,036$). La literatura indica bajo nivel de espiritualidad entre los sujetos más jóvenes⁽²⁵⁾.

La fe puede ejercer influencia positiva en la eficacia de la quimioterapia y en el curso clínico del cáncer⁽¹²⁾. El soporte espiritual está asociado a mejor calidad de vida, pero las necesidades espirituales de muchos pacientes no son atendidas⁽⁷⁾. Por lo tanto, cuestionar el paciente sobre CRE puede representar un medio de intervención que le lleva a volverse al enfrentamiento de la enfermedad y a desarrollar los posibles beneficios de esa estrategia. Se debe reiterar que la espiritualidad puede ser evaluada objetivamente⁽²⁵⁾. Así, el instrumento utilizado en ese estudio puede ser útil para la práctica clínica, con aplicación rápida y capaz de identificar la presencia del fenómeno investigado.

Se debe destacar algunas limitaciones del presente trabajo. El estudio tiene diseño transversal, lo que no permite determinar si la utilización del CRE varía a lo largo del tiempo. También fue desarrollado en un único centro de tratamiento quimioterápico, lo que puede retratar una experiencia específica del local. Se recomienda el desarrollo de investigaciones longitudinales y multicéntricas. A pesar

de esas limitaciones, los resultados de este estudio traen implicaciones para la práctica clínica, ya que ofrece un instrumento para la inclusión del cuidado espiritual en la atención de enfermería.

Conclusión

El estudio permite concluir que el *coping* religioso/espiritual es una importante estrategia de enfrentamiento del cáncer. Los resultados también indican que los pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico son religiosos, consideran importante la espiritualidad/religión en sus vidas y les gustaría que los profesionales de salud trataran tal cuestión mediante la oferta del cuidado espiritual.

La identificación de la utilización del *Coping* Religioso/Espiritual como estrategia de enfrentamiento de la enfermedad por la población estudiada contribuye a la planificación de intervenciones relacionadas a la religiosidad/espiritualidad. La identificación del perfil de los sujetos que utilizan el *Coping* Religioso/Espiritual facilita al enfermero seleccionar intervenciones de enfermería adecuadas a cada tipo de paciente. Así, tal escala sirve como herramienta útil para concretizar el cuidado espiritual.

Referencias

1. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e Saúde. In: Salgado MI, Freire G. Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte (MG): Inede; 2008. p. 427-43.
2. Como J. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic Nurs Pract*. 2007;21(5):224-36.
3. Panzini RG, Bandeira DR. Spiritual/religious coping. *Rev Psiq Clín*. 2007;34(1):126-35.
4. Mellagi AG. Religious coping in HIV/SIDA patients: a psychosocial study among Catholic and Pentecostal men [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2009. 84 p.
5. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol*. 2000;56(4):519-43.
6. Panzini RG, Bandeira DR. Spiritual/Religious Coping Scale (Srcope Scale): elaboration and construct validation. *Psicol Estud*. 2005;10(3):507-16.
7. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 2007;25(5):555-60.

8. Travado L, Grassi L, Gil F, Martins C, Ventura C, Bairradas J et al. Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliative Supportive Care*. 2010;8(4):405-413.
9. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relationship between spirituality and cancer: patient's perspective. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):53-9.
10. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):242-50.
11. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):153-65.
12. Lissoni P, Messina G, Parolini D, Balestra A, Brivio F, Fumagalli L, et al. A spiritual approach in the treatment of cancer: relation between faith score and response to chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer patients. *In vivo*. 2008;22(5):577-82.
13. Sartori P. Spirituality 1: Should spiritual and religious beliefs be part of patient care? *Nurs Times*. 2010;106(28):14-7.
14. Espíndula JA, Valle ERM, Bello AA. Religion and spirituality: the perspective of health professionals. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(6):1229-36.
15. Pedrão RB, Beresin R. Nursing and spirituality. *Einstein*. 2010;8(1 Pt 1):86-91.
16. Penha RM, Silva MJP. Knowledge and perception on the importance of the spiritual dimension of care by Nursing Undergraduate Students. *O Mundo da Saúde*. 2007;31(2):238-45.
17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *NIC: Nursing Interventions Classification*. 5 ed. Rio de Janeiro: translator. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
18. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Rev Psiq Clín*. 2010;37(1):12-5.
19. Bertolin DC. *Ways of coping of the people with terminal chronic renal failure in hemodialysis treatment [dissertação de mestrado]*. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007. 141 p.
20. Falagas ME, Zarkadoulia EA, Ioannidou EM, Peppas G, Christodoulou C, Rafailidis PI. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Res*. 2007;9(4):1-23.
21. Mastropietro AP, Oliveira-Cardoso EA, Simões BP, Voltarelli JC, Santos MA. Relationship between income, work and quality of life of patients submitted to bone marrow transplantation. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2010;32(2):102-7.
22. Jaconodino CB, Amestoy SC, Thofehrn MB. Alternative therapies for patients undergoing chemotherapy. *Cogitare Enferm*. 2008;13(1):61-6.
23. Yunta ER. El sentido del sufrimiento: experiencia de los enfermos de cáncer. *Ars Med*. (Santiago). 2000;2(3):73-88.
24. Teixeira JJV, Lefèvre F. The meaning of medical intervention and religious faith for the elderly cancer patient. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1247-56.
25. Pillon SC, Santos MA, Gonçalves AMS, Araújo KM. Alcohol use and spirituality among nursing students. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):100-7.

Recibido: 8.10.2012

Aceptado: 6.12.2012

Como citar este artículo:

Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. La utilización del enfrentamiento religioso/espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar-abr. 2013 [acceso: / /];21(2):[07 pantallas]. Disponible en: _____

día / mes abreviado con punto / año

URL