

Calidad de vida y *coping* religioso-espiritual en pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos

Ticiane Dionizio de Sousa Matos¹
Silmara Meneguim²
Maria de Lourdes da Silva Ferreira²
Helio Amante Miot³

Objetivos: comparar la calidad de vida y el *coping* religioso-espiritual de pacientes en cuidados paliativos oncológicos con un grupo de participantes sanos; evaluar si la calidad de vida percibida está asociada a las estrategias de coping religioso-espiritual; identificar las variables clínicas y sociodemográficas relacionadas a la calidad de vida y al coping religioso-espiritual. **Método:** estudio transversal, desarrollado con 96 pacientes de ambulatorio de cuidados paliativos en un hospital público en el interior del Estado de São Paulo, Brasil, y 96 voluntarios sanos, mediante cuestionario utilizando datos sociodemográficos, el *McGill Quality of Life Questionnaire* y el *Coping Religioso-Espiritual-Breve*. **Resultados:** fueron entrevistados 192 participantes que presentaron buena calidad de vida y alta utilización del *Coping Religioso-Espiritual*. Fue encontrado mayor uso de *Coping Religioso-Espiritual* negativo en el Grupo A, y también menor bienestar físico, psicológico y de calidad de vida. Fue observada asociación entre los scores de calidad de vida y *Coping Religioso-Espiritual* ($p < 0,01$) en ambos grupos. Sexo masculino, religión católica y score de *Coping Religioso-Espiritual-Breve* influenciaron de manera independiente los scores de calidad de vida ($p < 0,01$). **Conclusión:** ambos grupos presentaron altas puntuaciones de calidad de vida y de Coping Espiritual-Religioso. Participantes de sexo masculino, practicantes de religión católica y con mayores scores de *Coping Espiritual-Religioso* presentaron mejor percepción de calidad de vida, sugiriendo la posibilidad de estimular esa estrategia de enfrentamiento en pacientes bajo cuidados paliativos.

Descriptores: Cuidados Paliativos; Calidad de Vida; Espiritualidad; Religión; Enfermería; Humanización de la Atención.

¹ Enfermera. Becaria de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

² PhD, Profesor Asistente, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Matos TDS, Meneguim S, Ferreira MLS, Miot HA. Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2910. [Access

↑	↑	↑
mes	día	año

]; Available in:

↑
URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.11857.2910>.

Introducción

Cuidados paliativos corresponden en Brasil a una modalidad incipiente de atención al final de la vida, con énfasis en los años recientes, debido al aumento de la expectativa de vida de la población, cambio en el perfil epidemiológico de las enfermedades crónico-evolutivas y la necesidad de proveer una muerte digna a pacientes cuya enfermedad no más responde al tratamiento curativo⁽¹⁾.

Ese hecho ha obligado los profesionales de salud a repensar la forma de cuidar de pacientes sin posibilidades de cura, ya que las dificultades en domicilio son numerosas y contribuyen hacia la institucionalización de la muerte.

El cuidado en el contexto de la atención paliativa se diferencia del curativo porque reafirma la vida y encara la muerte como una realidad a ser vivida junto a los familiares. Su finalidad es mejorar la Calidad de Vida (CV) del paciente y del familiar ante una enfermedad avanzada, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, tratamiento del dolor y valuación de la cultura, espiritualidad, costumbres y valores, además de deseos y creencias que permean la muerte⁽²⁻³⁾.

Tanto el cáncer como su tratamiento pueden influir negativamente en la percepción de CV. Por ese motivo, su evaluación es considerada una medida crítica en la oncología. Sin embargo, cuando la cura y la prolongación de la vida ya no más son posibles, esa mensuración se hace fundamental.

Las discusiones sobre CV entre profesionales de salud y pacientes son frecuentes, pero la énfasis muchas veces se centra en el control de los síntomas físicos, con poca atención siendo dada a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales⁽⁴⁾.

La religión y la espiritualidad son constructos adoptados para lidiar con el estrés generado por el cáncer pues, para muchos pacientes, puede contribuir al alivio del sufrimiento y a mayor esperanza con relación a la CV⁽⁵⁾.

Aunque distintas, están estrechamente entrelazadas, ya que la espiritualidad es considerada la esencia de una persona, como una búsqueda de significado y propósito de vida, mientras que la religiosidad es la expresión de la propia espiritualidad, a través de rituales, dogmas y doctrinas⁽⁶⁻⁷⁾.

En ese contexto, el *coping* o enfrentamiento religioso se refiere al uso de la fe, religión o espiritualidad en la confrontación con situaciones estresantes, o con momentos de crisis, que ocurren a lo largo de la vida. Para ello, su estudio debe ser amplio y basado en una visión funcional de la religión y del papel que juega en el enfrentamiento⁽⁸⁾.

Aunque el concepto de *coping* religioso posea connotación positiva, puede ser tanto positivo como negativo y asimismo sus estrategias. El aspecto positivo

reúne medidas que proveen efecto benéfico al individuo, mientras que el negativo está relacionado a las medidas que le traen consecuencias perjudiciales, tales como cuestionar su existencia, delegar en Dios la resolución de los problemas, definir la condición de estrés como una punición de Dios, entre otros⁽⁸⁻⁹⁾.

Las relaciones entre religiosidad y cuidados paliativos han sido cada vez más investigadas y las evidencias apuntan hacia una relación en la mayoría de los casos positiva. Estudios demuestran que la religiosidad y la espiritualidad mejoran el *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) y la CV y, además, contribuyen a disminuir el tiempo de remisión de la depresión⁽¹⁰⁻¹³⁾. Sin embargo, la relación entre CV y CRE en cuidados paliativos sigue siendo un tema poco discutido en la literatura, a pesar de su importancia.

La hipótesis del estudio es que la percepción de CV y de CRE se ve influida por la religión/espiritualidad, y también por las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

Ante la escasez de estudios, la propuesta de esta investigación fue contestar las preguntas mostradas a seguir.

-¿Cuál es la calidad de vida de pacientes en cuidados paliativos?

-¿El *coping* religioso-espiritual es utilizado por los pacientes en cuidados paliativos? ¿Cómo?

-¿Existe diferencia entre la percepción de calidad de vida y de *coping* religioso-espiritual entre pacientes bajo cuidados paliativos y un grupo de participantes sanos?

-¿La calidad de vida percibida está relacionada al *coping* religioso-espiritual de pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos?

-¿Existe diferencia entre calidad de vida y *coping* religioso-espiritual según las variables clínicas y demográficas?

Ante lo expuesto anteriormente, los objetivos en este estudio fueron comparar la CV y el CRE de pacientes bajo cuidados paliativos con un grupo de participantes sanos, evaluar si la percepción de calidad de vida está asociada a las estrategias de enfrentamiento religioso-espiritual de pacientes bajo cuidados paliativos e identificar las variables clínicas y sociodemográficas relacionadas a la CV y al CRE.

Métodos

Se trata de estudio exploratorio, transversal, comparativo y con aproximación cuantitativa. El estudio fue desarrollado en ambulatorio de cuidados paliativos de una institución pública del interior del Estado de São Paulo, en el período de 1º de marzo del 2015 a 29 de febrero del 2016.

Para examinar las hipótesis del estudio, los participantes fueron divididos en dos grupos, siendo: Grupo A (caso), conformado por los pacientes bajo cuidados paliativos, y Grupo B (control), compuesto por participantes sanos.

Fueron considerados elegibles para el estudio pacientes de ambos sexos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: edad igual o superior a 18 años, bajo atención ambulatoria, en condiciones emocionales auto-referidas para contestar al cuestionario y concordar en participar de la investigación. Fueron excluidos los familiares que no completaron el relleno del instrumento de recolecta de datos.

El grupo control fue conformado por padres de alumnos sanos en el curso de pregrado en enfermería de la Facultad de Medicina de Botucatu (FMB-Unesp). Fueron excluidos portadores de enfermedades crónicas, mentales, degenerativas y progresivas.

Para recolectar los datos fueron utilizados cuatro instrumentos, siendo el primero formado por datos sociodemográficos, recolectados durante la aplicación del cuestionario y el segundo por la versión en portugués del McGill *Quality of Life Questionnaire* (MQOL)⁽¹⁴⁾.

Cabe aclarar que existen pocos cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida del paciente en cuidado paliativo. Entre ellos, el MQOL presenta el mayor número de validaciones en otros idiomas y mejores puntuaciones de acuerdo con sus propiedades de medida. Ese cuestionario abarca 16 preguntas que consideran cinco subescalas de evaluación de la calidad de vida del paciente bajo cuidados paliativos: bienestar físico, psicológico, existencial, soporte y síntomas físicos. Además, presenta un ítem adicional (Parte A), que mide la calidad de vida global y no es utilizado para fines de comparación con la puntuación total del MQOL. Ese instrumento también presenta una pregunta abierta para que el paciente describa los ítems que tuvieron un efecto mayor en su calidad de vida. La puntuación total del MQOL corresponde al promedio de las cinco subescalas y es clasificada como peor cuanto más se acerca a 0, y mejor cuanto más se acerca a 10⁽¹⁴⁾.

El tercer instrumento se dirigió a evaluar la utilización del *Coping Religioso-Espiritual Breve* (CRE-Breve). La escala de CRE es un instrumento norteamericano que contiene 92 ítems, originalmente denominado RCOPE⁽¹⁵⁾, cuya versión breve fue validada para la cultura brasileña⁽¹⁶⁾. El CRE-Breve contiene 49 ítems, divididos en dos grandes dimensiones: CRE Positivo (transformación de sí y/o de su vida; acciones en búsqueda de ayuda espiritual; oferta de ayuda al otro; posición positiva ante Dios; acciones en búsqueda del otro institucional; búsqueda personal de conocimiento espiritual; alejamiento a través de Dios, religión y/o

espiritualidades) y CRE Negativo (reevaluación negativa de Dios; posición negativa ante Dios; reevaluación negativa del significado; insatisfacción con el otro institucional). Las respuestas variaron de 1 a 5 puntos en una escala tipo Likert, siendo, en total, de 1,0 a 1,5 ninguna o irrisoria; de 1,51 a 2,50 baja; de 2,51 a 3,50 media; de 3,51 a 4,50 alta y de 4,51 a 5,0 altísima⁽¹⁶⁾.

En esta investigación, se consideró relación de parentesco directa aquella en que las personas tienen vínculos consanguíneos, e indirecta a las relaciones derivadas del matrimonio. Cada participante contestó al cuestionario en sala privativa, individualmente y, caso estaba imposible contestar al cuestionario, fue programado tiempo según la disponibilidad personal de cada familiar. También fue aclarado que la negativa a participar del estudio no ocasionaría pérdida de cualquier tipo en la continuidad de la atención.

Considerándose que los indicadores de CV y de CRE son poco conocidos en esa población, para una dimensión de efecto del 20% y confiabilidad del 95%, el tamaño mínimo de la muestra fue estimado en 96 pacientes para cada grupo.

Inicialmente, todas las variables fueron analizadas descriptivamente. Las proporciones entre los grupos fueron comparadas mediante la prueba de ji-cuadrado de Pearson o ji-cuadrado de tendencia, y datos cuantitativos fueron comparados utilizándose la prueba de Mann-Whitney. La comparación de las puntuaciones medianas de CRE-Breve y de CV entre grupos fue ejecutada con la prueba de Mann-Whitney. La correlación entre las variables fue explorada utilizándose el coeficiente de correlación de Spearman y sus respectivas pruebas de significancia. La variación de los *scores* CRE-Breve y de CV fue evaluada considerándose las variables clínicas, demográficas u CRE por modelo lineal generalizado (distribución de probabilidades gama y función de conexión identidad). Los análisis fueron desarrollados en el programa IBM, SPSS, versión 22. El nivel de significancia adoptado fue del 5%.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de Botucatu, previo Asesoramiento nº 969503.

Resultados

En función de los criterios de inclusión, fueron seleccionados 192 sujetos que conformaron la muestra del estudio, siendo 96 en cada grupo. En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los participantes. Prevalcieron sujetos del sexo femenino, con pareja, católicos y practicantes de la religión en ambos grupos. Los participantes del Grupo A fueron significativamente más viejos, menos instruidos,

la mayoría vivía suela y practicaba religión más frecuentemente.

Entre las neoplasias de los participantes del Grupo A, el cáncer de mama prevaleció en 31 (32,3%), seguido del sistema digestivo en 17 (17,7%), de órganos genitales masculinos en 10 (10,4%) y de tejido linfático en 10 (10,4%), siendo que el 29,2% corresponde a neoplasias de otro tipo.

En la Tabla 2 se muestran las medianas (percentil 25-75) de CRE-Breve y de CV con los respectivos dominios, en ambos grupos. Se observa uso significativo de CRE negativo en el Grupo A, y también menor dominio de bienestar físico y psicológico de calidad de vida.

En el análisis bivariado, fue encontrada correlación débil más significativa entre las puntuaciones de CRE y CV en ambos grupos evaluados: Grupo A $\rho=0,32$, $p<0,01$; Grupo B $\rho=0,24$, $p=0,02$.

En la Figura 1 se describen las correspondencias entre los *scores* de calidad de vida en los Grupos A y B con las variables: sexo, renta familiar, escolaridad, edad, CRE (positivo y negativo) y si practica alguna religión. El análisis exploratorio de correspondencia fue conformado por dos dimensiones, responsables por la explicación de 26 a 18% del conjunto de datos, y la CV presentó las puntuaciones dispuestas principalmente en la dimensión 2. Se observa correspondencia directa entre los *scores* de CV con CRE positivo, CRE negativo y práctica de religión (flechas en el mismo sentido).

En la Tabla 3 se muestran los análisis multivariados ejecutados, utilizándose el modelo lineal generalizado para calidad de vida y CRE-Breve. Las variables sexo masculino, religión católica y CRE-Breve total presentaron asociación significativa para explicar la variación de los *scores* de CV.

Tabla 1 – Caracterización de datos sociodemográficos de los participantes del estudio. Botucatu, SP, Brasil, 2015

Variable	Grupo		
	A N (%)	B N (%)	Total N (%)
Edad (años)			
Mediana	63*	41	53
(p25-p75)	(53,3-70,0)	(26,3-52,5)	(35,3-64,0)
Sexo			
Masculino	38 (39,6)	34 (35,4)	72 (37,5)
Femenino	58 (60,4)	62 (64,6)	120 (62,5)
Estado civil			
Con pareja	59 (61,5)	68 (70,8)	127 (66,1)
Sin pareja	37 (38,5)	28 (29,2)	65 (33,9)
Religión			
Católico	67 (69,8)	66 (68,8)	133 (69,3)
No católicos	29 (30,2)	30 (31,3)	59 (30,7)
Practicante de la religión			
Sí	79 (82,3)*	62 (64,6)	141 (73,4)
No	17 (17,7)	34 (35,4)	51 (26,6)
Con quien vive			
Parentesco directo	55 (57,3)*	72 (75)	127 (66,1)
Parentesco indirecto	29 (30,2)	16 (16,7)	45 (23,4)
Suelo	12 (12,5)	8 (8,3)	20 (10,4)
Escolaridad			
Primario	61 (63,5)*	20 (20,8)	81 (42,2)
Secundario	26 (27,1)	35 (36,4)	61 (31,8)
Superior	9 (9,4)	41 (42,7)	50 (26)
Renta familiar (salarios-mínimos)			
Inferior a uno	3 (3,1)	4 (4,2)	7 (3,6)
De 1 a 3	61 (63,5)	40 (41,7)	101 (52,6)
De 4 a 10	31 (32,3)	43 (44,8)	74 (38,5)
Superior a 10	1 (1,0)	9 (9,4)	10 (5,2)

* $p<0,05$

Tabla 2 – Distribución de la mediana (percentil 25-75) de CRE-Breve*, score de calidad de vida del McGill *Quality of Life Questionnaire* y sus dominios entre los grupos estudiados (n=192). Botucatu, SP, Brasil, 2015

	Grupo				p
	A		B		
	Mediana	p 25-75	Mediana	p 25-75	
CRE-Breve*					
Positivo	3,01	2,67-3,51	3,11	2,44-3,47	0,688
Negativo	1,53	1,28-1,66	1,40	1,20-1,60	0,010
Total	3,74	3,56-3,98	3,79	3,52-4,03	0,583
Calidad de vida					
Parte A	8,00	7,00-10,00	8,00	7,00-9,00	0,470
Bienestar físico	7,00	6,00-8,00	8,00	6,25-10,00	0,011
Bienestar psicológico	5,12	3,50-8,00	6,75	4,50-8,62	0,025
Bienestar existencial	8,83	8,00-9,45	8,33	7,33-9,33	0,109
Soporte	9,00	8,00-10,00	8,00	7,00-9,00	0,000
Síntomas físicos	8,83	6,66-10,00	9,33	6,08-10,00	0,607
Total	7,64	6,78-8,55	7,90	6,55-8,86	0,649

*CRE-Breve: Coping Religioso-Espiritual-Breve

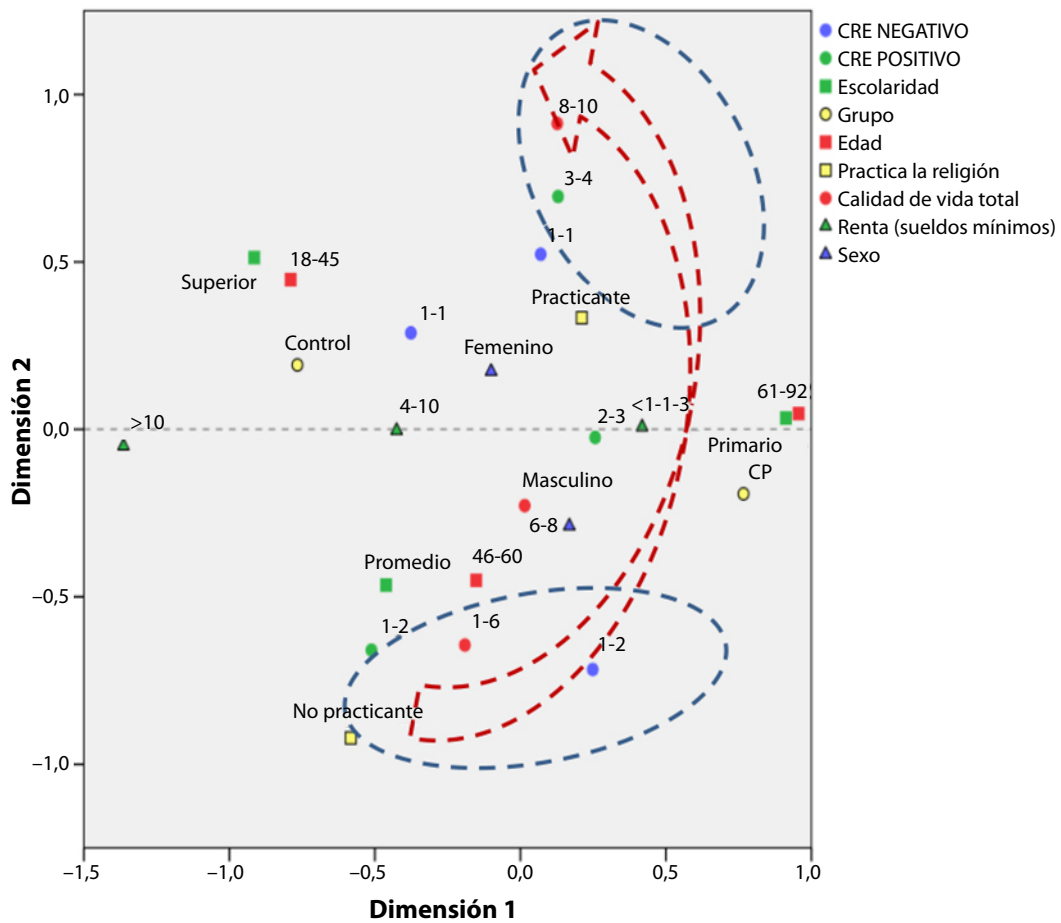


Figura 1 - Diagrama de análisis de correspondencia múltiple entre los scores de CRE-Breve, calidad de vida y otras covariables del estudio. Botucatu, SP, Brasil, 2015

Tabla 3 - Coeficientes β del modelo lineal generalizado para la medida del score de calidad de vida McGill *Quality of Life Questionnaire* y CRE-Breve* (n=192). Botucatu, SP, Brasil, 2015

	Calidad de vida		CRE-Breve*	
	Coefficiente β	p	Coefficiente β	p
Grupo A	-0,177	0,493	0,148	0,005
Sexo masculino	0,699	0,001	-0,101	0,200
Edad	0,001	0,919	0,045	0,953
Escolaridad (fundamental vs superior)	-0,567	0,138	0,055	0,346
Renta (menor vs mayor cuartil)	-0,769	0,611		
Con pareja	0,143	0,550	-0,046	0,335
Religión católica	0,492	0,026	-0,032	0,470
Practica religión	-0,116	0,641		
Parentesco del residente (familiar directo vs suelo)	-0,618	0,184		
Calidad de vida total	-	-	0,0470	0,000
CRE-Breve* total	1,448	0,001		

*CRE-Breve: *Coping Religioso-Espiritual-Breve*.

Tabla 4 - Respuestas referentes a la parte A del McGill *Quality of Life Questionnaire*. Factores que interfirieron en la percepción de calidad de vida durante los dos últimos días. Botucatu, SP, Brasil, 2015

Factores	N (%)*
Cariño y apoyo de la familia	28 (29,1)
Dolores	15 (15,6)
Miedo de morir	10 (10,4)
No lograr dormir, comer y hacer oraciones	9 (9,3)
Solitud y alejamiento de los familiares y amigos	7 (7,3)
Síntomas del tratamiento de la enfermedad/caída de cabello	7 (7,3)
Dificultades financieras	5 (5,2)
No contestó	4 (4,1)
Muerte de una persona querida	4 (4,1)
Lograr orar e ir a la iglesia	3 (3,1)
Falta de comprensión de la familia sobre la enfermedad	2 (2,0)
Necesidad de hacer nueva cirugía	2 (2,0)
Salir e ir de compras	1 (1,0)
Mejora de los dolores y síntomas	1 (1,0)
Ansiedad por causa de los resultados de exámenes	1 (1,0)
Total	102,5

*Los resultados suman más del 100% debido a la identificación de más de una categoría en las respuestas a esa pregunta.

Respecto al CRE, se identificó asociación positiva de los participantes del Grupo A ($p=0,005$) con la calidad de vida total ($p=0,000$).

En la Tabla 4 se presentan los factores que interfirieron en la percepción de calidad de vida en los dos últimos días. Se observa que los síntomas de la enfermedad y el miedo de muerte se destacan entre los más influyentes en la percepción del constructo.

Discusión

Los límites de los resultados del estudio se refieren a su diseño transversal, ya que la ejecución de las

entrevistas en un único momento puede no ser suficiente para retratar la magnitud de alteraciones que pueden ocurrir durante la fase de cuidados paliativos.

Por otro lado, la evaluación de calidad de vida ha sido utilizado como indicador para nortear prácticas asistenciales y ayudar en la definición de estrategias de políticas públicas de salud. Sin embargo, faltan estudios que evalúan la calidad de vida en cuidados paliativos en Brasil, a pesar de la relevancia del tema.

Respecto a la puntuación de calidad de vida, se observó poca diferencia con relación a los grupos que la consideraron relativamente buena. Se reconoce que

evaluar la calidad de vida representa una tarea compleja por se tratar de un concepto abstracto, subjetivo y para el cual todavía no existe definición consensual. La propia definición de calidad de vida adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es compleja y demuestra facetas positivas y negativas, además de las múltiples dimensiones del concepto al lidiar con la interrelación entre ambiente y aspectos fisis-psicológicos del individuo, nivel de independencia, relaciones sociales y creencias personales⁽¹⁷⁾.

También se debe considerar que esa interrelación existe dentro de determinado contexto cultural, dentro del contexto de sistema de valores, en el cual cada individuo vive y con relación a sus objetivos, preocupaciones, expectativas y estándares. Por lo tanto, cualquiera medida de calidad de vida necesita alcanzar con exactitud ese conjunto de elementos dentro de un índice o *score* que refleje la percepción de diferentes individuos en variadas circunstancias de vida⁽¹⁸⁾.

En efecto, en un estudio prospectivo, en el cual fue evaluada la calidad de vida de 105 pacientes con cáncer, atendidos en ambulatorio de hospital terciario, se mostró comprometimiento del bienestar global y calidad de vida general baja⁽¹⁹⁾.

En una revisión sistemática reciente sobre el tema, se sugirió que una amplia variedad de dominios de calidad de vida sea considerada en la evaluación de personas con enfermedades terminales en cuidados paliativos. Los autores concluyeron que es necesario perfeccionar las medidas para identificar cuestiones valuadas por los pacientes, tales como preparación para la muerte y aspectos inherentes a la prestación de cuidados de salud, entre otros que muchas veces no son contemplados por los instrumentos disponibles en la literatura⁽²⁰⁾. Además, se sabe que los factores determinantes para la calidad de vida de pacientes oncológicos no son bien comprendidos⁽²¹⁾.

En esta investigación, fue observada diferencia estadísticamente significativa con relación a los dominios bienestar físico, psicológico y soporte en la comparación de los grupos. Ese dato es corroborado en un estudio ejecutado con portadores de cáncer de pulmón, en que la calidad de vida fue inferior a aquella de la población en general, pues se ve influida por la severidad de la enfermedad y el número de síntomas. En ese estudio, fatiga y problemas respiratorios contribuyeron hacia la reducción en la dimensión psicológica de calidad de vida⁽²²⁾.

Un estudio desarrollado con 158 pacientes con cáncer avanzado mostró que altos niveles de desesperanza, imagen corporal comprometido y

sufrimiento emocional fueron los principales factores asociados al estrés psicológico⁽²³⁾.

Para responder al segundo objetivo específico en este estudio, fue ejecutado el análisis de regresión lineal múltiple del *score* de calidad de vida, con algunas variables explicativas. La calidad de vida presentó asociación positiva estadísticamente significativa con sexo masculino, religión católica y CRE-Breve total. Esos datos llevan a considerar el efecto benéfico de la religión en la calidad de vida percibida de esos pacientes en un momento tan difícil.

Respecto al CRE, los resultados demostraron alta utilización de esa estrategia por los participantes, principalmente del factor positivo, en ambos grupos. Sin embargo, se observó diferencia estadísticamente significativa con relación al CRE negativo en la comparación de los grupos. Tal resultado probablemente se debe al impacto emocional negativo causado por el cáncer y, a su vez, con repercusión en la religión/espiritualidad de los pacientes con esa enfermedad. La incertidumbre respecto al futuro y la desesperanza que marcan la vida de esas personas en el momento específico probablemente afectaron la utilización del CRE.

Fue identificada asociación positiva de CRE entre los participantes del Grupo B con la calidad de vida total. Ese hecho se puede atribuir al momento divergente de la vida, y la propia condición de salud vivida por los participantes sanos puede justificar los resultados encontrados, aunque las relaciones entre CRE y calidad de vida de pacientes con cáncer incurable sean poco conocidas en la literatura.

Otro estudio, desarrollado con 350 pacientes terminales, la mayoría mujeres, casadas y con cáncer pulmonar, mostró que los pacientes utilizan una variedad de estrategias de *coping*. La utilización de soporte emocional y de estrategias de aceptación fue correlacionada a mejor calidad de vida en esa investigación⁽²⁴⁾.

Los límites de los resultados del estudio se refieren inicialmente a la aplicación del cuestionario en un único momento, lo que puede no ser suficiente para retratar la magnitud de interferencias y dificultades vividas por el paciente en ese período. Además, la falta de estudios sobre calidad de vida y CRE de pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos dificultó la comparación de los resultados, pero también mostró que otras investigaciones deben ser conducidas en el área. Así, se propone el desarrollo de estudios futuros con diseños longitudinales, que puedan nortear acciones enfermeras dirigidas a esos aspectos, en la medida en que se verifiquen asociaciones de sexo, religión y utilización del CRE.

Conclusión

Los resultados de este estudio indican que la calidad de vida de los participantes fue relativamente buena, y el dominio psicológico el más comprometido en el Grupo A. Cuando asociada a las variables sociodemográficas y clínicas, participantes del sexo masculino, practicantes de religión católica y con las mayores puntuaciones de CRE mostraron mejor percepción de ese constructo.

La utilización del CRE fue alta y prevaleció el uso del enfrentamiento positivo. Sin embargo, en los comparaciones de los grupos, el factor negativo fue más usado por los pacientes bajo cuidados paliativos. En esta investigación, participantes sanos y con mejores puntuaciones de calidad de vida mostraron mejor enfrentamiento religioso-espiritual.

Referencias

1. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Cienc Saúde Coletiva*. [Internet] 2008 [Acesso 10 set 2016];13Supl2:2123-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a17.pdf>. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900017>.
2. Mi-Kyung S, Mary BH. Generating high quality evidence in palliative and end-of-life care. *Heart Lung*. [Internet] 2017 [cited Feb 28, 2017]; 46:1-2. Available from: [http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(16\)30341-7/pdf](http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(16)30341-7/pdf).
3. Provinciali L, Carlini G, Tarquini D, Defanti CA, Veronese S, Pucci E. Need for palliative care for neurological diseases. *Neurol Sci*. [Internet] 2016 [cited Feb 28, 2017] 37:1581-7. Available from: <http://link.springer.com.ez87.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007%2Fs10072-016-2614-x>.
4. Rodriguez KL, Bayllis N, Alexander SC, Jeffreys AS, Olsen MK, Pollak LI, et al. How oncologists and their patients with advanced cancer communicate about health-related quality of life. *Psychooncology*. [Internet] 2010 [cited Sept 10, 2016];19(5):490-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1579/pdf>. doi:10.1002/pon.1579.
5. Peteet JR, Balboni MJ. Spirituality and religion in oncology. *CA Cancer J Clin*. [Internet] 2013 [cited Feb 28, 2017]; 63(4):280-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21187/pdf>.
6. Park CL, Masters KS, Salsman JM, Wachholtz A, Clements AD, Salmoirago-Blotcher E, et al. Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine. *J Behav Med*. [Internet] 2017 [cited Feb 28, 2017];40(1):39-51. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10865-016-9755-5>.
7. Richardson P. Spirituality, religion and palliative care. *Ann Palliat Med*. [Internet] 2014 [cited Feb 28, 2017];3(3):150-9. Available from: <http://apm.amegroups.com/article/view/4175/5049>.
8. Pargament KI, Feuille M, Burdzy D. The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*. [Internet] 2011 [cited Feb 25, 2017]; 2:51-76. Available from: [http://pakademicsearch.com/pdf-files/art/731/51-76%20Volume%202%20Issue%201%20\(March%202011\).pdf](http://pakademicsearch.com/pdf-files/art/731/51-76%20Volume%202%20Issue%201%20(March%202011).pdf).
9. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet] 2013 [cited Sept 13, 2016];21(2):539-45. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0539.pdf. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010>.
10. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol*. [Internet] 2010 [cited Sept 10, 2016];28(3):445-52. Available from: <http://jco.ascopubs.org/content/28/3/445.full.pdf+html>.
11. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Torta R. Religiosity, pain and depression in advanced cancer patients. *World Cult Psychiatry Res Rev*. [Internet] 2012 [cited Sept 20, 2016];8(1):51-9. Available from: <http://www.wcpr.org/wp-content/uploads/2014/04/2013.01.51-59.pdf>.
12. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. [Internet] 2006 [cited Sept 11, 2016];9(3):646-57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2504357/pdf/nihms58582.pdf>. doi: 10.1089/jpm.2006.9.646.
13. Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG. Factors important to patients' quality of life at the end of life. *Arch Intern Med*. [Internet] 2012 [cited Sept 10, 2016];172(15):1133-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806298/pdf/nihms514871.pdf>. doi: 10.1001/archinternmed.2012.2364.
14. Faria SO. Adaptação transcultural e validação da versão em português de questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer em cuidados paliativos no contexto cultural brasileiro [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013. doi: 10.11606/d.5.2013.TDE-22012014-143533.
15. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial

- validation of the RCOPE. *J Clin Psychol.* [Internet] 2000 [cited Sept 10, 2016];56(4):519-43. Available from: <http://www.jpsych.com/pdfs/Pargament,%20Koenig%20&%20Perez,%202000.pdf>. PMID: 10775045.
16. Panzini R, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol Estud.* [Internet] 2005 [Acesso 10 set 2016];10(3):507-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18>. ISSN 1807-0329. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300019>.
17. World Health Organization. The World Health Organization Quality of life (WHOQOL). [cited June 15, 2016]. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/.
18. Mabire JB, Gay MC. Quality of life in dementia: definitions, difficulties and interest of evaluation. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie de Geriatric et psychologie neuropsychiatrie de vieillissement.* [Internet] 2013 [cited March 10, 2017]; 11(1): 73-81. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/236060744>.
19. Thomas S, Walsh D, Shrotriya S, Aktas A, Hullihen B, Estfan B, et al. Symptoms, quality of life, and daily activities in people with newly diagnosed solid tumors presenting to a medical oncologist. *Am J Hosp Palliat Care.* [Internet] 2016 [cited Sept 10, 2016];pii:1049909116649948. Available from: <http://ajh.sagepub.com/content/early/2016/05/20/1049909116649948.full>. doi:10.1177/1049909116649948.
20. McCaffrey N, Bradley S, Ratcliffe J, Currow DC. What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? A systematic review of qualitative research. *J Pain Symptom Manage.* [Internet] 2016 [cited Sept 12, 2016];52(2):318-28. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0885392416300781/1-s2.0-S0885392416300781-main.pdf?_tid=4c9d4e52-79af-11e6-81af-00000aab0f01&acdnat=1473770629_7890ede2f08770db720a8fc9ad52f01e. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.02.012.
21. Laird BJA, Fallon M, Hjermsstad MJ, Tuck S, Kaasa S, Klepstad P, et al. Quality of life in patients with advanced cancer: differential association with performance status and systemic inflammatory response. *J Clin Oncol.* [Internet] 2016 [cited Sept 14, 2016]. Available from: <http://jco.ascopubs.org/content/early/2016/06/22/JCO.2015.65.7742.full.pdf+html>. doi:10.1200/JCO.2015.65.7742.
22. Polanski J, Jankowska-Polanska B, Rosinczuk J, Chabowski M, Szymanska-Chabowska A. Quality of life of patients with lung cancer. *Onco Targets Ther.* [Internet] 2016 [cited Sept 10, 2016];9:1023-8. Available from: http://annonc.oxfordjournals.org/content/12/suppl_3/S21.full.pdf+html. doi:10.2147/OTT.S10 0685.
23. Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, García-Foncillas J, López-Castroman J. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. *Eur J Cancer Care.* [Internet] 2016 [cited Sept 15, 2016];25(4):608-15. Available from: Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.12521/pdf>. doi: 10.1111/ecc.12521.
24. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER, et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer.* [Internet] 2016 [cited Sept 10, 2016];122(13):2110-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.30025/pdf>. doi:10.1002/cncr.30025.

Recibido: 18.10.2016

Aceptado: 4.4.2017

Correspondencia:
Silmara Meneguim
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Faculdade de Medicina de Botucatu
Distrito de Rubião Jr, s/n
CEP: 18618-970, Botucatu, SP, Brasil
E-mail: silmeneguim@fmb.unesp.br

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.