

Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado", Barquisimeto, Venezuela.

Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. Barquisimeto. 2015

Self-transcend, anxiety and depression in cancer patients receiving treatment. Barquisimeto. 2015

Jesús Manuel Guerrero Alcedo^I, Abigail Ramsés Prepo Serrano^{II} y José Gregorio Loyo^{Alvarez III}

^IPsicólogo. Magister en Psicología. Diplomado en Psicología de la Salud. Profesor Asistente e Investigador del programa de Psicología. Decanato Experimental de Humanidades y Artes. jesus.guerrero@ucla.edu.ve

^{II}Licenciado en Psicología. Programa de Psicología. Decanato Experimental de Humanidades y Artes. abigailprepo@hotmail.com

^{III} Licenciado en Psicología. Programa de Psicología. Decanato Experimental de Humanidades y Artes. josegloyo.jl@gmail.com

RESUMEN

Introducción: muchos estudios han verificado la existencia de trastornos psicopatológicos como ansiedad y depresiones, durante y posterior al proceso de enfermedad del paciente con cáncer.

Objetivo: determinar la relación entre autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento.

Material y Métodos: se realizó un estudio de asociación, transversal, realizado entre diciembre de 2014 y abril de 2015. Se utilizó una muestra de 140 pacientes con cáncer en tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia como mínimo un mes, 62 hombres y 78 mujeres en edades comprendidas entre 18 y 60 años, quienes asistieron a cuatro centros de salud del Estado Lara, Venezuela, los cuales respondieron de manera voluntaria y bajo consentimiento informado la Escala de

Autotrascendencia de Reed, Escala de ansiedad manifiesta para adultos y Escala de depresión de Zung.

Resultados: a través del análisis de correlación de Pearson, se encontró una relación negativa baja entre la autotrascendencia y la dimensión de preocupaciones sociales y estrés de la escala de ansiedad ($r=-.235$; $p<.01$), así como relación negativa moderada con la depresión ($r=-.439$; $p<.01$). En cuanto a la ansiedad y la depresión, se encontró una relación positiva moderada ($r=.519$; $p<.01$). La prueba t de student arrojó diferencias significativas en la ansiedad y en las dimensiones inquietud e hipersensibilidad y ansiedad fisiológica.

Conclusiones: los resultados de la presente investigación manifiestan la necesidad de planificar intervenciones dirigidas a potenciar la autotrascendencia en pacientes con cáncer, con la finalidad de mitigar los síntomas asociados a ambos trastornos.

Palabras clave: espiritualidad, ansiedad, depresión, quimioterapia, radioterapia, cáncer.

ABSTRACT

Introduction: many investigations have determined the existence of psychopathological illnesses like anxiety and depression before, during, and after the disease process for cancer patients.

Objective: to determine the relation between Self-Transcend, Anxiety and Depression in cancer patients receiving treatment. As well as, to establish differences based on gender.

Materials and Methods: association, transversal study executed between December 2014 and April 2015. The sample was made up of 140 cancer patients who receive chemotherapy and/or radiotherapy treatment with a minimum of one month in treatment, 62 men and 78 women between the ages of 18-60, who attended four health centers in the state of Lara-Venezuela. Each participant gave their consent and responded voluntarily to Reed's Self-transcendence Scale, the Adult Manifest Anxiety Scale, and Zung's Depression Scale.

Results: using Pearson's correlational analysis, a small negative relation was found between Self-Transcend and the dimension Social Concerns/Stress of the Anxiety scale ($r=-.235$; $p<.01$) as well as, a moderate negative relation with Depression ($r=-.439$; $p<.01$). As for Anxiety and Depression, a moderate positive relation was found ($r=.519$; $p<.01$). Student's T study showed significant differences for Anxiety and the dimensions of Worry/Oversensitivity and Physiological Anxiety.

Conclusion: the results of this study manifest the need for interventions that potentiate self-transcendence in cancer patients, with the purpose of mitigating the symptoms associated with both disorders.

Key words: spirituality, anxiety, depression, chemotherapy, radiotherapy, cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causa de muertes en Venezuela y en el mundo. Es considerado un grave problema de salud pública, debido a las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales para el paciente, así como altos costos económicos y de recursos humanos que representa para el Estado.

Reportes de la Organización Mundial de la Salud ¹ afirman que para 2012 hubo cerca de 8.2 millones de muertes en el mundo, debido a esta enfermedad. En Venezuela, según el anuario de mortalidad de 2011, el cáncer ocupó la segunda causa de muerte con 24.31%.²

El cáncer se define como una alteración caracterizada por el crecimiento tisular patológico, el cual tiene su origen en una proliferación persistente y prolongada de células anormales que desemboca en una patología, determinada esta por la invasión y destrucción de los tejidos del cuerpo. Esta patología no es solo una afección, sino un conjunto de manifestaciones clínicas e inciertas en función de donde estén localizadas.³

Los tipos de cáncer más comunes son los de pulmón, hígado, estómago, colon y mama. Es esencial destacar que las causas fundamentales que resultan en el desarrollo de esta enfermedad, son la herencia y aquellas asociadas al estilo de vida de las personas como alimentación, consumo de tabaco y actividad física, siendo entonces trascendental el papel de la prevención psicosocial para paliar la expansión de la enfermedad.

Hasta ahora se conoce que esta enfermedad ocasiona un impacto a nivel psicológico, familiar y social, pues implica numerosos cuidados, tratamientos continuos e invasivos, que bien pueden vivirse como experiencias traumáticas y/o como impulso para realizar cambios vitales positivos.⁴

Las implicaciones psicológicas que puede tener el cáncer sobre una persona merecen gran atención. Variados estudios han verificado la existencia de la ansiedad y depresión como psicopatologías presentes durante el proceso patológico del paciente con cáncer.⁵⁻⁹

Estas investigaciones sugieren que la evolución, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, se ven afectadas por ambos trastornos. La ansiedad está directamente asociada con diversas expresiones somáticas, en las que el individuo manifiesta preocupación, tensión y nerviosismo; se exterioriza tanto en el momento del diagnóstico, durante el tratamiento, recidiva y en los estados avanzados o terminales, se identifica además con niveles de ansiedad clínicamente representativos a lo largo del proceso de quimioterapia. Con respecto a la depresión, las investigaciones señalan que es un estado de ánimo cuyas características esenciales son el abatimiento y la tristeza, que afectan las habilidades de autocuidado durante la quimioterapia.

Rodríguez¹⁰ afirma que uno de los mecanismos usados para contrarrestar los efectos negativos tanto de la ansiedad como la depresión podría ser la autotrascendencia (espiritualidad), definida por Reed ¹¹ como la reducción de las creencias personales y conductas que expresan una cosmovisión individual en un sentido de relación con una dimensión trascendente, que adquiere gran significación en circunstancias diversas de la enfermedad, explicadas como momentos cruciales en la vida del individuo, pudiendo ayudar a aceptar la enfermedad y lograr que otras personas acepten dicha condición de salud.

La mayoría de las definiciones que involucran la autotrascendencia están asociadas con un ser superior, donde la fe en un poder externo y el esfuerzo por el logro de un gran ideal, son vistos como una expresión de la espiritualidad en los individuos. Esta interrelación conlleva a una "necesidad espiritual" que permite a la persona mantener, aumentar o recuperar creencias, la fe o llevar a cabo obligaciones de tipo religiosas con la finalidad de suplir el vacío que hay en su interior.¹²

Algunos estudios sugieren que esta fortaleza influye sobre la salud y el bienestar, siendo a su vez promotora de comportamientos saludables,¹⁰ que representan un

aporte significativo en la salud de los pacientes con cáncer. Resulta entonces indudable que el "acercamiento espiritual", específicamente sobre la dimensión de autotranscendencia, es resultado del estigma que produce el cáncer, asociándose este a la muerte, lo que acrecienta el anhelo de aprovechar cada momento de la vida y buscar actividades placenteras.13-19

A través de la revisión de la literatura, se observó que son escasos los estudios en Venezuela que vinculen estas tres variables en pacientes con cáncer.

OBJETIVO

Es por ello que la presente investigación se propone determinar la relación entre la autotranscendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de asociación entre variables y comparativo, de corte transversal. Los datos fueron recopilados en el periodo comprendido entre diciembre de 2014 y abril del 2015.

La muestra estuvo conformada por 140 pacientes con cáncer, en edades comprendidas entre 30 y 59 años de edad, de cuatro centros de salud: Sociedad Anticancerosa del Estado Lara, Badam-Lara, Hospital "Luis Gómez López" y Hospital "Plácido Daniel Rodríguez Rivero", de la ciudad de Barquisimeto-Venezuela. La selección de los participantes se realizó bajo un muestreo no probabilístico de tipo intencional.

Como criterios de inclusión se tuvieron los siguientes:

Pacientes que presentaran un diagnóstico médico de cáncer.

Que estuviesen asistiendo a sesiones de quimioterapia y/o radioterapia como mínimo un mes.

Que asistan a algunos de los centros de salud anteriormente mencionados.

Que tengan la disposición física y emocional, y hayan manifestado su voluntad de participar en el estudio.

Se excluyeron aquellos participantes que respondieron los cuestionarios incompletos.

Para la recolección de los datos personales se utilizó un cuestionario ad hoc donde se incluyeron variables tales como: edad, sexo y tipo de tratamiento.

Para medir la autotranscendencia se utilizó la Escala de Autotranscendencia de Reed 20 en su versión colombiana de 15 ítems, el cual consta de una escala tipo Likert de cuatro opciones (No para nada, Muy poco, Algo, Mucho). El puntaje se obtiene al sumar cada uno de los ítems, y el valor resultante varía entre 15 y 60, en el que a mayor puntaje, mayor autotranscendencia. Esta escala arrojó una estructura factorial unidimensional, un índice global de validez de contenido de .97 y una confiabilidad alpha de cronbach de .85.21 Para el presente estudio se realizó una adaptación

lingüística al contexto venezolano, y la confiabilidad alpha de Cronbach fue de .85, similar a la adaptación colombiana.

Los niveles de ansiedad se obtuvieron a través de la Escala de Ansiedad Manifiesta para Adultos (AMAS),²² validada en población peruana por Sotelo et al.²³ Consta de 31 ítems, de los cuales 25 evalúan la ansiedad y 6 se refieren a una subescala de sinceridad, enfocadas en conductas socialmente aceptables. Presenta tres subescalas: Inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica, y preocupaciones sociales y estrés, en un formato de respuesta en escala dicotómica (SÍ/ No). A mayor puntuación, mayor síntoma de ansiedad manifiesta. Esta escala presenta una confiabilidad KR20 de .86 y una validez a través de una estructura factorial que arrojó tres factores que explican 37.42% de la varianza total explicada. Para el presente estudio se realizó una adaptación lingüística al contexto venezolano, y la confiabilidad determinada por el KR20 fue de .80.

La depresión fue medida mediante la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung,²⁴ la cual está compuesta por 20 ítems que examinan síntomas asociados con episodios depresivos (estado de ánimo, síntomas cognitivos y somáticos). Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta que van desde 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces). El puntaje obtenido se multiplica por 1.25, a fin de obtener puntuaciones entre 25 y 100, donde 50 puntos o más (punto de corte) sugieren síntomas de episodios depresivo mayor. La confiabilidad obtenida a través del alpha de Cronbach fue de .88 y la validez de constructo fue obtenida mediante el análisis factorial exploratorio bajo el método de componentes principales con rotación varimax, que arrojó tres factores que explican 56.13% de la varianza total. 25

Para la realización de la presente investigación se solicitaron los respectivos permisos para aplicar los instrumentos en las instituciones de salud. Una vez obtenidos los permisos institucionales se procedió a solicitar el consentimiento informado a los pacientes de manera verbal y escrita para comenzar con la aplicación de los instrumentos. Esta se realizó en una sola sesión dentro de las instalaciones de los centros de salud seleccionados, con una duración entre 45-60 minutos.

Cabe destacar, que se cumplieron los principios éticos propuestos en la Declaración de Helsinki y el Código de Ética del Psicólogo en Venezuela. Algunos de estos principios hacen referencia a la confidencialidad y anonimato de la información, absoluta libertad de aceptar o rechazar su condición de participante, y responsabilidad y respeto por los participantes.

Para analizar los datos se utilizó en primer lugar, la estadística descriptiva (media, desviación típica, valores mínimos y máximo) para conocer los niveles de ansiedad, depresión y autotrascendencia de los participantes. En segundo lugar, se utilizó el coeficiente de correlación bivariada de Pearson para determinar la relación entre las variables de estudio. En tercer lugar, se hizo una comparación de media en función del género, a través de la prueba t de student para grupos independientes. Cabe destacar que en aquellas variables que reflejen diferencias significativas se procedió a calcular el tamaño del efecto bajo la fórmula del omeguita cuadrado, indicando que los efectos pequeños corresponden a $w^2 = .01$, los medianos a $w^2 = .05$ y los fuertes $w^2 = .13$.²⁶

RESULTADOS

La muestra de estudio tuvo una media de edad de 47.14 años, compuesta predominantemente por mujeres y la quimioterapia como tratamiento de elección. (Tabla 1).

En la Tabla 2, se presentan los estadísticos descriptivos de las variables de estudio. En ella se evidencia que los pacientes con cáncer presentan síntomas clínicos de episodios depresivo mayor (>50), bajos niveles de ansiedad manifiesta y moderados-altos de autotrascendencia.

Tabla 1. Distribución según sexo, edad y tratamiento

Variables	No.	%
Sexo		
Hombres	62	44.3
Mujeres	78	57.7
Tratamiento		
Quimioterapia	77	55
Radioterapia	17	12.15
Combinado	46	32.85
Edad	Media aritmética= 47.14 Desviación estándar= 4.83	

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables de estudios

Variables	Valores mínimos	Valores máximos	Media	Desviación
1. Ansiedad Total	4	31	15.64	6.354
2. Inquietud e Hipersensibilidad	2	14	6.97	2.970
3. Ansiedad Fisiológica	0	9	3.57	2.720
4. Preocupaciones sociales y estrés	1	7	3.58	1.583
5. Depresión	32.5	82.5	51.05	10.718
6. Autotrascendencia	24	60	45.64	7.617

Posterior al análisis descriptivo, se procedió a realizar el análisis de correlación de Pearson con la finalidad de conocer la relación entre la autotrascendencia, la ansiedad y la depresión respectivamente. Cabe destacar que se cumplió el supuesto de normalidad ($p > .05$) para cada una de las variables de estudio.

En lo que respecta a la relación entre ansiedad y autotrascendencia, no se encontró una relación estadísticamente significativa; sin embargo, la dimensión preocupaciones sociales y estrés si mantiene una relación con la autotrascendencia; esto quiere decir que a mayores niveles de autotrascendencia menor es la preocupación social y el estrés.

En lo que refiere a la relación entre depresión y autotrascendencia, estas mantienen una relación negativa moderada. Se asume así, que a mayores niveles de autotrascendencia menores niveles de depresión manifestaron los participantes.

En cuanto a la relación entre depresión y ansiedad, se encontró una relación positiva moderada tanto con la ansiedad total, como para las dimensiones inquietud e hipersensibilidad, ansiedad fisiológica y preocupaciones sociales y estrés, lo que indica que a mayor depresión, mayores manifestaciones de ansiedad presentan los participantes. (Tabla 3).

Tabla 3. Correlaciones de las variables ansiedad, depresión y autotrascendencia

Variables	1	2	3	4	5
1. Inquietud e Hipersensibilidad					
2. Ansiedad Fisiológica	.736 ^{**}				
3. Preocupaciones Sociales y estrés	.593 ^{**}	.491 ^{**}			
4. Ansiedad Total	.918 ^{**}	.890 ^{**}	.729 ^{**}		
5. Depresión	.480 ^{**}	.474 ^{**}	.425 ^{**}	.519 ^{**}	
6. Autotrascendencia	-.099	-.048	-.235 ^{**}	-.134	-.439 ^{**}

Nota: ^{**}p<0.01

Posteriormente al análisis de las correlaciones, se realizó un análisis de comparación de medias en función del género. Para esto se aplicó la prueba t de student para grupos independientes, previo cumplimiento de los supuestos de homogeneidad (prueba de Levene) y normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para cada variable de estudio (p>.05).

La prueba de comparación de medias arrojó como resultado diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la ansiedad total y en las dimensiones inquietud e hipersensibilidad y ansiedad fisiológicas. Sin embargo, no se encontró diferencia significativa en la dimensión preocupaciones sociales y estrés, así como en las variables depresión y autotrascendencia. (Tabla 4).

DISCUSIÓN

La muestra estudiada presenta bajos niveles de ansiedad. Dichos hallazgos, concuerdan con los resultados presentados por Landa y colaboradores,⁶ donde 69.5% de la muestra manifestó poseer bajos niveles de ansiedad en comparación con 59.3% que reportó síntomas de depresión. Para algunos autores, la prevalencia de síntomas como fatiga, debilidad, dolor, tristeza, ansiedad, disnea, vómito y deterioro cognitivo han sido reportados en pacientes con cáncer, con un promedio de 10 síntomas durante el periodo de tratamiento y cuatro meses posterior al mismo, 27 incluso estos síntomas que son consecuencias del cáncer y su tratamiento, pueden persistir años después de culminado el tratamiento.²⁸

En el mismo orden de ideas, la muestra estudiada presenta síntomas clínicos de episodio depresivo mayor. Según el National Cancer Institute (NCI) se estima que la depresión afecta entre 5 y 25% de los pacientes que presentan cáncer.²⁹ Kreber y

colaboradores³⁰ en un estudio metanalítico encontraron una prevalencia de este trastorno en una proporción que varió de 8 a 24% y difería por el tipo de instrumento de medición, el tipo de cáncer y la fase de tratamiento en la que se encontraba el paciente.

Para algunos autores establecer un diagnóstico de depresión en este tipo de paciente constituye un reto, pues los criterios diagnósticos para depresión mayor incluyen síntomas asociados al cáncer (pérdida de apetito, pérdida de peso, insomnio, fatiga, anergia, disminución en la capacidad de pensar y concentrarse) y los tratamientos neoplásicos. Sin embargo, algunos de estos síntomas son consistentes con los criterios diagnósticos de la depresión, aunque hay otros que no lo son, ejemplo, la fatiga y las alteraciones del sueño.³¹

La última variable importante a destacar, es la autotrascendencia cuyos niveles se encontraron moderadamente altos, lo que está en concordancia con los resultados de Thomas y colaboradores, ³² quienes en una investigación realizada en la ciudad de Cali Colombia, con una muestra de mujeres con cáncer de mama, encontraron niveles similares de autotrascendencia. Además, corroboraron que la autotrascendencia es un componente esencial que ayuda a las mujeres a recuperarse del cáncer, siendo importante para encontrar un sentido en su vida y para comprender sus experiencias personales enmarcadas dentro de la enfermedad, de una manera holística.

Con respecto a la autotrascendencia y la ansiedad, no se encontró una relación significativa, estos resultados son similares a los reportados por Barboza y Forero,¹⁶ quienes han encontrado que la autotrascendencia no se relaciona con una disminución de los síntomas de ansiedad en paciente con cáncer de seno. Sin embargo, difieren del estudio de Haugan e Innstrand,¹⁷ quienes analizaron la influencia de la autotrascendencia sobre trastornos psicológicos como ansiedad, en pacientes ancianos con estado cognitivo intacto, cuyos resultados demostraron relaciones directas que indican que a mayores niveles de autotrascendencia, menores niveles de ansiedad, representando esta variable un constructo psicológico esencial para hacer frente a trastornos psicológicos. Algo interesante de destacar del presente estudio, es que la autotrascendencia aunque no presenta relación con los síntomas físicos de la ansiedad, sí se relaciona con los aspectos cognitivos de esta, por ejemplo, las preocupaciones sociales.

En cuanto a la ansiedad y depresión, se encontró una relación positiva moderada, lo que coincide con los resultados expuestos por Fernández y colaboradores⁵ quienes manifiestan que las secuelas médicas perjudiciales han sido asociadas tanto con mayores niveles de ansiedad como de depresión, más específicamente cuando los pacientes presentan los peores resultados clínicos. Los resultados de ambos trastornos se reflejan en porcentajes similares (30%) en los pacientes, lo que significa que tanto la ansiedad como la depresión desempeñan factores mediadores en el estado físico y la funcionalidad de los pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento de quimioterapia.

En ese sentido, según la teoría de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck, la ansiedad y la depresión solo se diferencian en los productos cognitivos, es decir, por la forma de los pensamientos disfuncionales, las creencias y las cogniciones que aparecen en cada desorden. Según la hipótesis presentada, las personas con ansiedad y depresión solo difieren en términos de contenidos más que de procesos por se. Asimismo, la depresión se caracterizaría por pensamientos negativos acerca de pérdidas, culpa y desesperanza hacia el futuro, mientras que la ansiedad se configura a través de la concepción de daños y amenazas futuras.³³

La relación entre estos dos factores psicológicos negativos en pacientes con cáncer, ha generado actualmente un gran interés, explicado en un gran número de estudios

realizados, permitiendo recopilar datos sobre la implicación del sistema dopaminérgico relacionado con otros procesos bioquímicos que explican el trastorno depresivo, junto a otros trastornos psicológicos como la ansiedad.³⁴

En lo que respecta a la relación entre la autotrascendencia y la depresión, ambas se relacionan de manera negativa, lo que confirma así lo postulado por autores como Vehling y colaboradores,¹⁸ quienes afirman que las diferentes dimensiones del significado global de la vida, incluyendo la autotrascendencia, son factores de protección importante que contrarrestan el desarrollo de síntomas depresivos, significando que la misma desempeña un papel crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Desde el punto de vista psicológico, un paciente con cáncer logra elaborar procesos cognitivos asociados a la culpa, desesperanzas, aceptación y beneficios percibidos hacia la enfermedad que podrían o no favorecer su adaptación,³⁵ de allí la relación de la autotrascendencia con la depresión, pues esta permite al paciente mirar más allá de su estado de salud actual para conectarse con una energía superior, y utilizar la fuerza de esa conexión para manejar su enfermedad y, en última instancia, alcanzar su propósito en la vida, contribuyendo a encontrar sentido y esperanza, además de fomentar actitudes que ayudan y motivan a estos pacientes a superar limitaciones.^{36,37}

Por último, en cuanto al sexo se encontró diferencia significativa solo en los niveles de ansiedad, siendo las mujeres las que reportan mayores síntomas de este trastorno, estos resultados son contradictorios a los reportados por Pandey y colaboradores³⁸ quienes no encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad, pero sí en los niveles de depresión de paciente oncológicos sometidos a quimioterapia. Maté y colaboradores³⁹ afirma que la ansiedad en población general es más prevalente en el sexo femenino, en personas jóvenes y en bajo nivel socioeconómico; sin embargo, este patrón no se observa en pacientes con cáncer. Además, estos autores afirman que los niveles de ansiedad pueden variar de acuerdo con tres características: a) ansiedad rasgo premórbida; es decir, presencia de este rasgo de la personalidad. b) estadio de la enfermedad, puesto que en estadios avanzados se presentan mayores síntomas de este trastorno, y c) tratamiento oncológico, ya que la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia pueden inducir niveles altos de ansiedad, así como la respuesta del tumor al tratamiento. Algunos autores indican que la quimioterapia a diferencia de la radioterapia puede inducir ansiedad por la anticipación de la toxicidad previa al inicio del tratamiento y por la repetición de náuseas y vómitos, el cual constituye síntomas condicionados que dificultan la adherencia al tratamiento.⁴⁰ No descartamos que las diferencias encontradas en la ansiedad, tanto en hombres como en mujeres, puedan estar asociadas a estas tres características.

A pesar de los hallazgos anteriormente expuestos, actualmente prevalece el enfoque biomédico, que es esencialmente biológico y donde predomina el estudio del cuerpo y sus sistemas, considerándose en ese sentido imprescindible delimitar propósitos y objetivos con la intención de que en la intervención de enfermedades crónicas y degenerativas se tengan en cuenta variables psicológicas que contribuyan no solo a prevenir la enfermedad, sino también a promocionar y preservar la salud.⁴¹

La importancia de la presente investigación reside no solo en el plano teórico, sino además práctico, y logra así tres aportes importantes: primeramente, guiar el camino hacia el extremo de la promoción de la salud a través de elementos complejos e intrínsecos como es la autotrascendencia y no simplemente la prevención de la enfermedad; en segundo lugar, otorgar el espacio al profesional de la Psicología dentro del área de la salud siendo un agente de cambio positivo, y en tercer lugar, lograr el diseño e implementación de futuros programas de promoción de la salud que sean integrales, agrupando todo lo relacionado a la más íntima naturaleza de la

persona como el sentido de la vida, así como también los aspectos psicosociales, emocionales, biológicos e idiosincráticos.

Con la puesta en práctica de planes de intervención integrales, que tengan en cuenta aspectos positivos de los pacientes con cáncer, y en la búsqueda de una salud más holística, enmarcada en una antropología global que se adapte a su vez a las verdaderas necesidades humanas, se podría concluir que el pronóstico de la enfermedad no solo depende del tratamiento farmacológico, sino además de variables psicológicas que pueden determinar la disminución de indicadores fisiológicos de la ansiedad y la depresión, el incremento de conductas positivas en pro de la calidad de vida y el predominio de emociones placenteras asociadas con la autotranscendencia. Además, conocer el posible efecto moderador que cumple la autotranscendencia sobre otras variables de la salud, ofrece pautas para seguir investigando a profundidad los mecanismos fisiológicos y psicológicos involucrados en su relación con la salud.

Este estudio presenta algunas limitaciones, entre las que destacan el no control del estadio evolutivo y tiempo de evolución de la enfermedad, que podrían haber influido sobre las variables de estudios. Además, el diseño trasversal impide observar el desarrollo de la autotranscendencia antes, durante y posterior al periodo de tratamiento, aspectos que sí se han observado en otros estudios con la ansiedad y la depresión.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se evidencia que altos niveles de autotranscendencia se asocian con bajos niveles de depresión y preocupaciones sociales. Asimismo, se evidencia que niveles altos de ansiedad se asocian con niveles altos de depresión. En cuanto al sexo, hombres y mujeres difieren solo en los síntomas de ansiedad y son las mujeres quienes presentan en mayor proporción este trastorno.

RECOMENDACIONES

Planificar intervenciones dirigidas a incrementar los niveles de autotranscendencia en pacientes con cáncer, con la finalidad de disminuir los síntomas asociados a la depresión y ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012.
2. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de mortalidad 2011. Caracas: MPPS; 2014.
3. Campins R, Gómez GW. Mortalidad por cáncer de útero en Venezuela. Rev. Salud Pública. 2013; 1: 25-35.
4. Costa-Requena G, Gil F. Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos. Análisis y Modificación de Conducta. 2007; 33 (148): 229-50.

5. Fernández-Rodríguez C, Padierna-Sánchez C, Villoria-Fernández E, Amigo-Vázquez I, Fernández-Martínez R, Peláez-Fernández I. Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*. 2011; 23 (3): 374-381.
6. Landa-Ramírez E, Pérez-Sánchez IN, Sánchez-Román S, Covarrubias-Gómez A. Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*. 2014; 24(1): 55-63.
7. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González MA, Martín JC. Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*. 2012; 9 (2-3): 233-57.
8. Vázquez OG, Álvarez MA, Alvarado S. Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y período de seguimiento. *Psicooncología*. 2013; 10 (1): 69-78.
9. Giese-Davis J, Collie K, Rancourt KM, Neri E, Kraemer HC, Spiegel D. Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *J Clin Oncol*. 2011; 29 (4): 413-20.
10. Rodríguez N. impacto de la espiritualidad en salud mental. Una propuesta de estrategia de atención comunitaria de salud mental en colaboración con grupos religiosos locales. *Rev. GPU*. 2011; 7(2): 205-13.
11. Reed P. Self-transcendence and mental in oldest-old adults. *Nursing Research*. 1991; 40 (1): 1-5.
12. Galvis MA, Pérez B. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*. 2011; 11(3): 256-73.
13. Johnson KS, Tulsy JA, Hays JC, Arnold RM, Olsen MK, Lindquist JH, Steinhauser KE. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *Journal of Internal Medicine*. 2011; 26 (7): 751-58.
14. Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J. Cancer*. 2011; 48 (1): 55-60.
15. Matsudaira T, Kitamura T. Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. *J. Clin. Psychol*. 2006; 62 (1): 97-109.
16. Barboza F, Forero MJ. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/ religiosidad. Análisis preliminar de datos. *Rev. de Psicol. Antioquia*. 2011; 3 (1): 7-27.
17. Haugan G, Innstrand T. The effect of self-transcendence on depression in cognitively intact nursing home patients. *Psychiatric*. 2012; 1: 1-12.
18. Vehling S, Lehmann C, Oechsle K, Bokemeyer C, Krull A, Koch U, Anja A. Global meaning and meaning related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety and demoralization in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2010; 19 (4): 513-20.
19. Lu X, Chen Z, Cui X, Uji M, Miyazaki W, Oda M, Nagata T, Kitamura T, Katoh T. Effects of temperament and characters profiles on state and trait depression and anxiety: a prospective. *Depress Res Treat*. 2012; 1: 1-8.

20. Reed PG. Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Res Nurs Health*. 1986; 9: 35-41.
21. Díaz L. Promoción de la salud: autotranscendencia, espiritualidad y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol (tesis doctoral). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
22. Reynolds CR, Richmond BO, Lowe PA. AMAS. The Adult Manifest Anxiety Scale. Manual. WPS: Cal; 2003.
23. Sotelo L, Sotelo N, Domínguez S, Padilla. Análisis psicométrico preliminar de la escala de ansiedad manifiesta (AMAS-A) en adultos Limeños. *Rev. Psicol. Trujillo*. 2012; 14 (1): 31-46.
24. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch. of Gen Psychiat*. 1965; 12: 63-70.
25. Rivera BM, Corrales AE, Cáceres O, Piña JA. Validation of the Zung depression scale in persons with HIV. *Ter. Psicol*. 2007; 25 (2): 135-140.
26. Gardner R. Estadística para psicólogos utilizando SPSS. México: Prentice Hall México; 2003, p.320.
27. Cleeland CS. Symptom Burden: Multiple symptoms and their impact as patient reported outcomes. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2007; 37: 16-21.
28. Wang XS, Cleeland CS, Mendoza TR, Yun YH, Wang Y, Okuyama T, Johnson VE. Impact of cultural and linguistic factors on symptom reporting by patients with cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2010; 102: 732-38.
29. National Cancer Institute (NCI). Depression for health professionals. [Consultado 16 Mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/depression-hp-pdq>.
30. Krebber AM, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, de Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology*. 2014; 23(2): 121-30.
31. García RO. Prevalencia de depresión en una población de pacientes con cáncer. *GAMO*. 2010; 9 (3): 89-93.
32. Thomas JC, Burton M, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence, spiritual well-being, and spiritual practices of women with breast cancer. *J. holistic Nurs*. 2012; 28(2): 115-22.
33. Agudelo Vélez DM, Casadiegos Garzón CP, Sánchez Ortíz DL. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Int J Psychol Res*. 2008; 134-39.
34. Sánchez PT, Sánchez JM, De Lamo M, Salvador A. Relación entre estrés y depresión en varones con cáncer metastásico. Estudio preliminar. *Psicobioquímica*. 2013; 2: 14-25.
35. Evers AWM, Kraaimaat FW, van Lankveld W, Jongen PHJ, Jacobs WWG, Bijlsma JWJ. Beyond unfavorable thinking: Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *J Consult Clin Psychol*. 2001; 69(6): 1026-36.

36. Galvis MA, Pérez B. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. Aquichan. 2011; 11 (3): 256-73.
37. Caro S. Abordaje de la necesidad espiritual en la relación de ayuda. Salud Uninorte. Barranquilla. 2004; 18: 3-7.
38. Pandey M, Sarita GP, Devi N, Thomas BC, Hussain BM, Krishnan R. Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. World J SurgOncol. 2006; 4:68
39. Maté J, Hollenstein M F, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Psicooncología. 2004; 1 (2-3): 211-30.
40. Cella DF, Orofiamma B, Holland JC, Silberfarb PM, Tross S, Feldestein M, et al. The relationship of psychological distress, extent of disease and performance status inpatients with lung cancer. Cancer. 1987; 60: 1661-7.
41. Guerrero J, Sánchez J. Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. Psicología y Salud. 2015; 25 (1): 57-71.

Recibido: 29 de septiembre de 2015.

Aprobado: 24 de febrero de 2016.