

# Más allá del comportamiento religioso: escala de las creencias post-críticas en mujeres con cáncer de seno en Colombia<sup>1</sup>

Beyond Religious Behavior: The Post Critical Belief Scale in Women with Breast Cancer in Colombia

María Paula Hurtado<sup>2</sup> y Carolyn Finck<sup>3</sup>

Recibido: 25-Septiembre-2013 • Revisado: 30-Octubre-2013 • Aprobado: 20-Noviembre-2013

## Resumen

El objetivo de la presente investigación fue establecer si la Escala de las Creencias Post-Críticas (PCBS), desarrollada por Hutsebaut et al (1996,1997), es un instrumento válido en el estudio de la religiosidad y espiritualidad de las pacientes con cáncer de seno en Colombia. En segundo lugar, se quiso comprobar la estructura bi-factorial de la escala. Se encontró validez convergente entre los constructos evaluados tanto del SBI-15R (System of Belief Inventory) como del BMMRS (Multidimensional Measure of Religiosity and Spirituality) con el primer factor de la PCBS (Inclusión vs. Exclusión), y por otro lado, las correlaciones entre el segundo factor de la PCBS (Literal vs. Simbólico) y los dos instrumentos mencionados anteriormente, evidenciando validez divergente. Finalmente, los datos de las pacientes no se ajustaron al modelo bi-factorial de la PCBS.

**Palabras clave autores:** PCBS, Religiosidad, Espiritualidad, Salud mental, Cáncer de Seno

**Palabras clave descriptores:** Salud Mental, Neoplasias de la Mama, Espiritualidad.

## Abstract

The aim of this research was to evaluate if the Post Critical Belief Scale (PCBS), developed by Hutsebaut et al (1996, 1997) is a valid instrument in the study of religiosity and spirituality in breast cancer patients in Colombia. The results showed an adequate convergent and divergent validity, when compared with the other two instruments used (SBI-15 TR, System of Belief Inventory and some items of the BMMRS, Brief Multidimensional Measurement of Religiosity/Spirituality). On the other hand the scores obtained in the CFA were not the expected, and three factors were extracted instead of two.

**Key words authors:** PCBS, Religiosity, Spirituality, Mental Health, Breast Cancer.

**Key words plus:** Mental Health, Breast Neoplasms, Spirituality.

**Para citar este artículo:**  
Hurtado, M y Finck, C. (2013). Más allá del comportamiento religioso: escala de las creencias post-críticas en mujeres con cáncer de seno en Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5 (2), 45-62.

1. Este artículo es resultado del proyecto de investigación "Influencia de la Religiosidad y la Espiritualidad en la Calidad de Vida de Pacientes con cáncer de seno en Colombia".
2. Estudiante de psicología de la Universidad de Los Andes (Bogotá, Colombia). Correo electrónico: mp.hurtado730@uniandes.edu.co
3. Profesora asociada del departamento de Psicología de la Universidad de Los Andes. Doctorado Universidad de Leipzig en Psicología y Sociología Médica. Correo electrónico: cfinck@uniandes.edu.co



## Introducción

La salud mental se puede ver ampliamente deteriorada por el diagnóstico de cáncer, y durante el proceso de lucha contra la enfermedad en general. Una de las consecuencias es la angustia psicosocial que se genera, debido a que las condiciones de vida están siendo amenazadas (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson, Newman, 2011; Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau & Florack, 2009). Los pacientes despliegan todo tipo de estrategias psicosociales, como respuesta a las demandas físicas y emocionales que involucra el proceso de adaptación y aceptación del cáncer (Nairn & Merluzzi, 2003). Se ha encontrado que la religiosidad y la espiritualidad son estrategias de afrontamiento que responden a los asuntos existenciales que la persona se plantea una vez dado el diagnóstico y durante el tratamiento. Hay evidencia de que el uso de estas estrategias de afrontamiento son muy comunes en pacientes con cáncer (Sherman, et al 2001); y dada la importancia que tienen la religiosidad y la espiritualidad en momentos de crisis, la investigación se ha volcado en estudiar su relación con el cáncer en general.

Se ha encontrado que las actividades religiosas como rezar o confiar en Dios, están entre las respuestas más comunes en pacientes con cáncer de seno (Sherman, Simonton, Adams, Latif, Plante, Burns, & Poling, 2001.). Este tipo de estrategias se usan para obtener fuerza, esperanza, significado, propósito, y aumento de los niveles de autoestima ante la enfermedad (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, & Newman, 2006). La religiosidad y la espiritualidad se enmarcan en una serie de creencias que proveen un sentido de interpretación y entendimiento ante las diferentes experiencias que ocurren en la vida de una persona, especialmente aquellas

que no tienen explicación alguna como lo es una enfermedad con las características específicas del cáncer de seno (Gall & Cornblatt, 2002).

El rol de la religión y la espiritualidad en el proceso de afrontamiento ha cobrado cada vez mayor importancia dentro de las investigaciones, debido a los resultados encontrados sobre la influencia de estos dos factores sobre la salud de las personas (Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau & Florack, 2009). Los datos que arrojaron las diferentes investigaciones muestran en su gran mayoría, una influencia positiva dentro del ajuste y adaptación a la enfermedad (Nairn & Merluzzi, 2003; Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau & Florack, 2009). Sin embargo, otros estudios señalan que el uso de la religiosidad y la espiritualidad podría llegar incluso a afectar a los pacientes de manera negativa (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar & Newman, 2006). Esta ambigüedad de los resultados ha sido explicada por algunos investigadores resaltando el mal diseño de algunos de los estudios, la falta de coherencia en el tipo de instrumentos utilizados, la pobre conceptualización y diferenciación de religiosidad y espiritualidad, y el tipo de población a quien se dirigía la investigación (Hackney & Sanders, 2003; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar & Newman, 2006).

Si bien la religiosidad y la espiritualidad no son conceptos que se excluyan mutuamente, deben ser entendidos como constructos independientes (Mytko & Knight, 1999). Para muchos investigadores, la religiosidad está asociada a un conjunto de creencias, valores y prácticas, características de una institución que busca a un ser superior a través de diferentes formas de ver la vida (Martínez, Méndez & Ballesteros, 2004; Mytko & Knight, 1999). De otro lado, la espiritualidad es definida como la búsqueda de

“Para muchos investigadores, la religiosidad está asociada a un conjunto de creencias, valores y prácticas, características de una institución que busca a un ser superior a través de diferentes formas de ver la vida. De otro lado, la espiritualidad es definida como la búsqueda de lo sagrado o lo divino a través de la experiencia de vida”

lo sagrado o lo divino a través de la experiencia de vida, en donde están implicados sentimientos de conexión con el yo, la comunidad, la naturaleza y el sentido o propósito de vida. (Martínez, Méndez & Ballesteros, 2004; Mytko & Knight, 1999). Así, la espiritualidad no siempre implica la relación con una religión, de la misma forma que la religiosidad puede o no implicar espiritualidad.

Una escala desarrollada recientemente por investigadores de la Universidad Católica de Leuven en Bélgica, evalúa desde un plano socio cognitivo las actitudes religiosas de las personas (Fontaine, Duriez & Luyten, 2002). Se trata de la escala de creencias post-críticas, o PCBS (Post Critical Belief Scale), la cual ha sido aplicada en diferentes poblaciones, observando la relación entre las actitudes y diversas variables como el racismo, la vergüenza y la culpabilidad, entre otros. Los resultados arrojados demuestran que las actitudes predicen las variables mencionadas anteriormente mejor y con mayor

precisión, frente a la pertenencia o no a una afiliación religiosa determinada (Dezutter, Soenens & Hutsebaut, 2006; Luyten, Corveleyn & Fontaine, 2007).

El objetivo de la presente investigación, fue establecer si la PCBS le ofrece al estudio de la religiosidad y espiritualidad en salud un valor añadido frente a las escalas más clásicas utilizadas en este campo. Se realizó además un análisis para confirmar la estructura factorial de la escala propuesta por los autores y evidenciar si se ajusta a los datos de las pacientes con cáncer de seno.

## 1. Cáncer, religiosidad y espiritualidad en Colombia

En Colombia, el cáncer de seno ocupa el primer lugar de causas de muerte en las mujeres. Cada año aparecen 7000 casos nuevos (Profamilia, 2011), con una incidencia de 31,2 casos por cada 100.000 mujeres. Para el año 2011 en la encuesta preliminar de defunciones del DANE, se registraron 2319 muertes debido a cáncer de seno (DANE, 2011). En el 2012, se presentaron un total de 2425 defunciones a causa de cáncer de mama. En Colombia según el Registro Institucional de Cáncer en el año 2010 la mayoría de los cánceres de seno se diagnosticaron en estados avanzados, haciendo el tratamiento más difícil y disminuyendo la probabilidad de supervivencia (Geo Salud). En la ciudad de Bogotá, cerca del 60% de los casos de cáncer diagnosticados, se encuentran en estados avanzados (Instituto Nacional de Cancerología, 2010)

Por otra parte, una encuesta llevada a cabo por Gallup International Millenium Survey (2012),

sobre el índice de religiosidad y ateísmo, encontró que de los 57 países encuestados, Colombia se encuentra en el puesto número 9 con un índice de religiosidad del 83%. Estas estadísticas resaltan la importancia de estudiar estas variables en el ámbito psico-oncológico, especialmente en la población de mujeres que padecen de cáncer de seno, con el fin de entender sus necesidades religiosas y espirituales: podría existir la posibilidad de que la persona cuestione el sentido de la vida y es aquí en donde puede tener un acercamiento con ese ser superior en el que cree, y dar inicio a un proceso de búsqueda interior en donde la espiritualidad esté presente. En sentido contrario, también podría cuestionar la verdadera existencia de ese ser superior que ha permitido esa situación de sufrimiento, generando sentimientos de rabia, confusión y desesperanza (Echeverri, Méndez & Ballesteros, 2004; Stefanek et al. 2005). Echeverri, Porras y Ballesteros (2005), reportaron el tipo de conductas y prácticas espirituales y religiosas específicas que caracterizan a los diferentes pacientes oncológicos en la ciudad de Bogotá, según la fase de enfermedad en la que se encontraban. Si bien la información ofrecida por dicho estudio es de gran relevancia para conocer los cambios de comportamiento y prácticas asociadas a la enfermedad, nuevamente hace falta en el estudio la posición de cada paciente frente a las creencias que lo llevan a comportarse de una forma determinada, siendo este último aspecto mejor predictor en el ajuste a la enfermedad.

### 1.1. Post-critical belief scale

David Wulff (1997), plantea un esquema en el cual se define las actitudes de las personas consideradas religiosas y las no religiosas mediante un espacio de dos dimensiones (ver Fig. 1). La

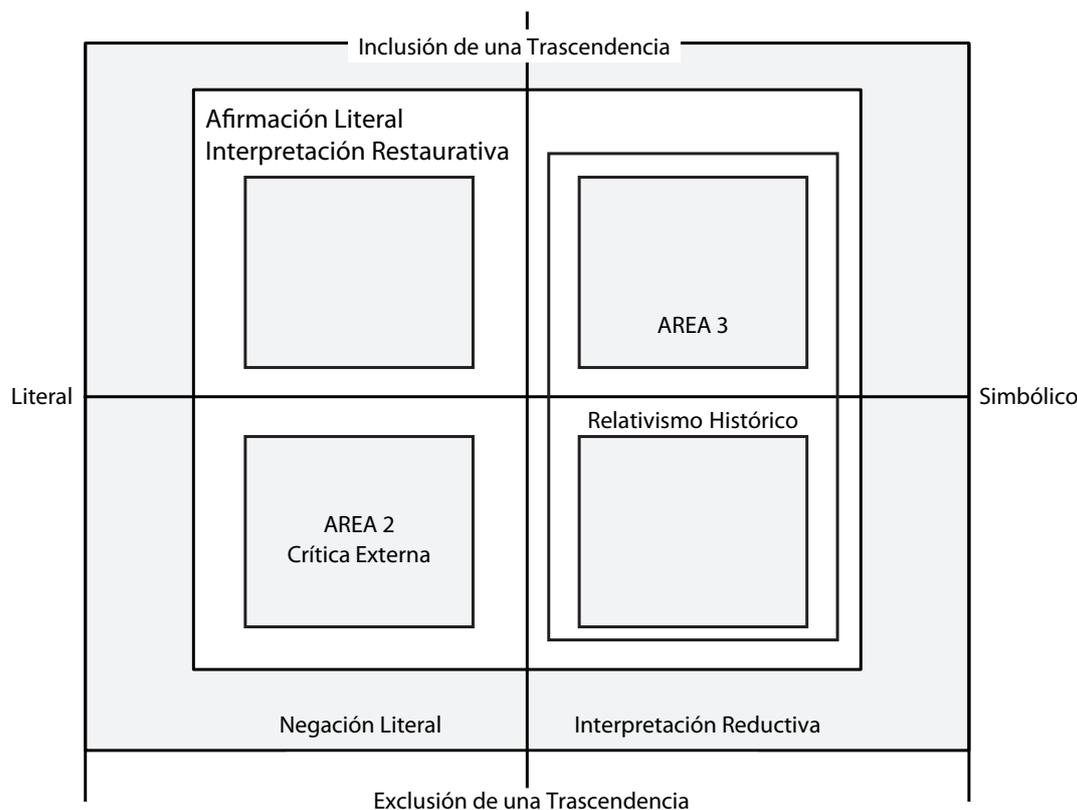
“Hay un esquema en el cual se define las actitudes de las personas consideradas religiosas y las no religiosas mediante un espacio de dos dimensiones. La primera corresponde a la Exclusión vs. Inclusión de una trascendencia, que acepta la existencia de Dios o de otra realidad trascendente. Y la segunda dimensión, Literal vs. Simbólico, especifica si las expresiones o símbolos religiosos son interpretados literal o simbólicamente”

primera dimensión corresponde a la Exclusión vs. Inclusión de una trascendencia, que acepta la existencia de Dios o de otra realidad trascendente. Es decir, si se considera o no religioso. Y la segunda dimensión, Literal vs. Simbólico, especifica si las expresiones o símbolos religiosos son interpretados literal o simbólicamente. A partir de las dos dimensiones, se definen cuatro actitudes desde un nivel socio-cognitivo (Wulff, 1997): *Afirmación Literal*, es la actitud característica de los individuos que comulgan con la existencia de la religión y sus doctrinas de manera literal. Se niegan a escuchar que lo que predica su religión son leyendas o inventos. Puntúan alto en prejuicio y bajo en desarrollo cognitivo. Por otro lado, en la actitud definida como *Negación Literal*, se asume todo lo que la religión dice como literal. Sin embargo, se rechaza la existencia de Dios o de una realidad trascendente y se asocia con una orientación

totalmente antirreligiosa o el simple ateísmo (Wulff, 1997). La tercera actitud, es denominada *Interpretación Reductiva*. Aquí, se niega de igual forma lo que predica la religión, pero no se interpreta literalmente lo que es dicho, sino se busca una explicación del verdadero significado de los mitos y rituales de lo religioso (Wulff, 1997). Finalmente, la última actitud, *Interpretación Restaurativa*, postula que existe un Dios o una realidad trascendente, pero no en el sentido absoluto que plantea la primera actitud. En esta última posición, se busca el significado simbólico que reside en sus prácticas. Las personas que puntúan alto en alguna de las dos últimas actitudes descritas, se caracterizan de forma general, como tolerantes y abiertas (Wulff, 1997).

A partir de este planteamiento teórico, Hutsebaut y sus colaboradores construyeron en 1996 la escala PCBS con 24 ítems originalmente, la cual pretende medir a nivel socio cognitivo las diferentes actitudes de las personas religiosas y no religiosas (Fontaine, Duriez, Luyten & Hutsebaut, 2003). Realizaron un análisis de la estructura interna de la escala mediante un análisis de tipo multidimensional. Los resultados arrojados mostraron una estructura clara de dos dimensiones o componentes, que indicaría una convergencia entre la estructura empírica y la teórica propuesta por Wulff (1997). Por último, se comprobó que la estructura es estable a lo largo de las diferentes versiones (Fontaine, Duriez, Luyten & Hutsebaut, 2003)

Figura 1. Integración de las dimensiones de religiosidad de Hutsebaut en el modelo teórico de Wulff (1997)



Fuente: Tomado y adaptado de Fontaine, J., Duriez, B., Luyten., & Hutsebaut, D. (2003). The internal Structure of the Post Critical Belief Scale. *Personality and Individual Differences*, 35, 501-518.

En suma, la PCBS ofrece información sobre la posición o actitud que tienen las personas frente a la religión, teniendo como núcleo central sus cogniciones, las cuales van a determinar cómo el sujeto evalúa cierta situación (Hutsebaut, 2001).

## 2. Metodología

El tipo de estudio que se llevó a cabo es de tipo descriptivo y transversal, empleando los datos recogidos en el marco del proyecto “Influencia de la Religiosidad y la Espiritualidad en la Calidad de Vida de Pacientes con cáncer de seno en Colombia”. Para revisar si la estructura factorial de la escala coincide con la teoría se realizó un análisis factorial confirmatorio.

### 2.1. Participantes

La muestra estuvo conformada por 84 mujeres, pacientes oncológicas de un hospital universitario de Bogotá, seleccionadas por conveniencia. Como criterio de inclusión, se tomó en cuenta que estas mujeres hubieran recibido formalmente un diagnóstico de cáncer de seno y que estuvieran asistiendo a consulta oncológica. Como criterios de exclusión, se tuvieron en cuenta psicopatologías diagnosticadas con anterioridad, así como la incapacidad para entender y responder al cuestionario.

### 2.2. Procedimiento

Las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno fueron abordadas en el marco de su consulta oncológica habitual, y si accedían a participar en el estudio debían firmar el consentimiento informado para luego completar el cuestionario correspondiente, que les tomaba de 20 a 35 minutos.

“Las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno fueron abordadas en el marco de su consulta oncológica habitual, y si accedían a participar en el estudio debían firmar el consentimiento informado para luego completar el cuestionario correspondiente”

Se garantizaron las condiciones apropiadas para el desarrollo del cuestionario, asegurando la calidad de la información. Las instrucciones fueron estandarizadas y se contó con el apoyo de un investigador en caso de que fuera necesario. El estudio contaba con el aval del comité de ética de la investigación de la Universidad de los Andes y del comité de ética en la investigación del hospital universitario en el que se recogieron los datos.

### 2.3. Instrumentos

Los tres instrumentos seleccionados para el propósito de la presente investigación fueron: El System of Beliefs Inventory (SBI-15R), 15 ítems de la Multidimensional Measure of Religiosity and Spirituality (2 ítems de significado, 2 de valores, 5 de prácticas religiosas privadas, y 2 ítems de prácticas religiosas organizacionales) y la versión corta de la PCBS.

El SBI-15 TR se diseñó con el objetivo medir las creencias religiosas y el apoyo social. La escala cuenta con 15 ítems en total. Con relación a los aspectos psicométricos de la escala, el análisis



arrojó un alfa de Cronbach de 0.97, indicando una alta consistencia interna. Examinando la validez convergente, se encontraron puntajes que se correlacionaban significativamente con aquellos puntajes obtenidos en otras dos escalas que median creencias religiosas y espirituales y negativamente con las escalas BSI (Brief Symptom Inventory), que evalúa patrones de síntomas psicológicos en población médica y la escala MOS (Medical Outcomes Study) que evalúan calidad de vida. De esta forma, el SBI se convierte en un instrumento válido y confiable para explorar el rol de la religión y las creencias espirituales en un proceso de afrontamiento en el ámbito de la salud (Holland et al., 1998).

El segundo instrumento construido bajo la premisa de ser multidimensional, fue el desarrollado por el Instituto Fetzer y el National Institute on Aging Working Group en el año 1997 con el fin de medir la religiosidad y la espiritualidad en poblaciones con determinadas posiciones religiosas y que se pudiera conectar con resultados en el ámbito de la salud (Fetzer Institute/ NIA, 1999; Idler et al., 1998; Masters et al., 2009; Neff, 2006).

El comportamiento, lo psicológico, lo social y lo fisiológico fueron considerados en la construcción

de la escala, así como los posibles efectos negativos de la religiosidad en la salud, para poder entender los mecanismos por los cuales influye la religiosidad y lo espiritual en la salud.

Por último, se utilizó la traducción llevada a cabo por el grupo de investigación del proyecto “Influencia de la Religiosidad y la Espiritualidad en la Calidad de Vida de Pacientes con cáncer de seno en Colombia” de la versión corta de la Escala de las Creencias Post-Críticas (PCBS), la cual está compuesta de 18 ítems, originalmente desarrollada por Bart Duriez, Bart Soenens y Dirk Hutsebaut (2005) a partir de la versión inicial de 33 reactivos. Durante el análisis realizado durante la validación de la versión corta en inglés, las dos dimensiones que se extrajeron, obtuvieron una correlación alta con las dos dimensiones encontradas en la escala original de 33 ítems (Duriez, Soenens & Hutsbeaut, 2005). Valores altos en la dimensión de Exclusión vs. Inclusión indican niveles elevados de inclusión de una trascendencia. Mientras que valores altos en la dimensión Literal vs. Simbólico indican niveles elevados en interpretación simbólica de la religión (Johnson, Yelderman, Haggard & Rowatt, 2013).

## 2.4. Análisis estadístico

Los análisis de validez y confiabilidad de los tres instrumentos se realizaron usando el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS. La estructura factorial de la escala PCBS fue evaluada mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC), realizado mediante el programa estadístico Mplus 7. Se eliminaron tres participantes de la muestra para este análisis, ya que dejaron más de la mitad de los ítems sin responder, los valores perdidos fueron reemplazados por la media de los puntajes. Por otro lado, el ítem

“En la presente investigación se analizaron los datos de un grupo de mujeres, compuesto por un total de 84 pacientes con cáncer de seno, con una edad promedio de 56,6 años”

6 de la escala se eliminó, por no presentar convergencia con los otros ítems de la escala.

Para comprobar los modelos propuestos se usó la matriz de covarianzas, y cada modelo fue estimado con el procedimiento denominado WLSMV, por sus siglas en inglés (Robust Weighted Least Squares). Se realizaron dos análisis factoriales confirmatorios: para el modelo de un factor y el de dos factores propuestos, y se compararon con base en los siguientes índices de ajuste: Índice comparativo de ajuste (CFI); Índice Tucker-Lewis (TLI); la Raíz media cuadrática de error de aproximación (RMSEA); y el Weighted Root Mean Square Residual (WRMR).

## 3. Resultados

### 3.1. Datos de la muestra

En la presente investigación se analizaron los datos de un grupo de mujeres, compuesto por un total de 84 pacientes con cáncer de seno, con una edad promedio de 56,6 años ( $SD=11,2$ ). La mayoría de las participantes tienen nacionalidad colombiana (95,2%) y un 3,6% tienen otra nacionalidad. En la tabla 1 se encuentran los principales resultados en cuanto a los datos socio-demográficos de las pacientes.

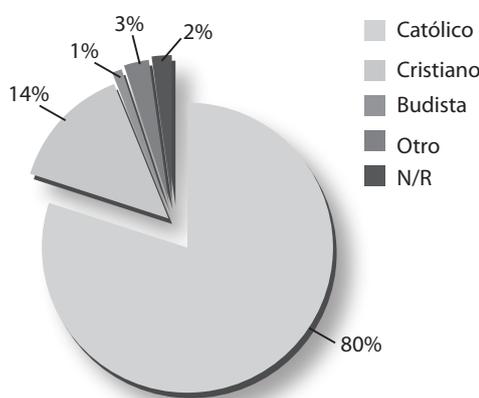
Tabla 1. Características socio demográficas de la muestra

	Muestra Pacientes/ Mujeres N	%
Edad (Años)		
30-39	7	8.3
40-49	10	11.9
50-59	34	40.5
60-69	19	22.6
70-79	11	13.1
≥80	3	3.6
Estado Civil		
Soltero(a)	11	13.1
Casado(a)	49	58.3
Separado/Divorciado(a)	12	14.3
Unión libre	3	3.6
Viudo(a)	9	10.7
Nivel Educativo		
Primaria	4	4.8
Secundaria	11	13.1
Técnicos/Tecnológico	14	16.7
Universitarios	33	39.3
Postgrados	20	23.8
Otros	2	2.4
Ocupación Actual		
Empleado(a)	24	28.6
Independiente	10	11.9
Desempleado(a)	1	1.2
Ama de casa	29	34.5
Estudiante	1	1.2
Retirado/pensionado(a)	17	20.2
Trabajador(a) informal	2	2.4
Pertenencia a religión		
SI	79	94.0
NO	5	6.0
Año del diagnóstico de cáncer		
≥1998	4	4.7
2000-2005	12	14.3
2006-2010	67	79.8
N/R	1	1.2
Recaidas		
SI	16	19.0
NO	67	79.8
N/R	1	1.2

De la muestra de 84 pacientes, a la mayoría (67) se les realizó el diagnóstico de cáncer entre el 2006 y el año 2010, y 16 pacientes tienen un diagnóstico anterior al 2005. Del total de las 84 mujeres, 16 reportan haber sufrido recaídas (Ver Tabla 1). El 44% del grupo reportan tener un estadio inicial del cáncer y un 11,9% en estadio avanzado del cáncer de seno.

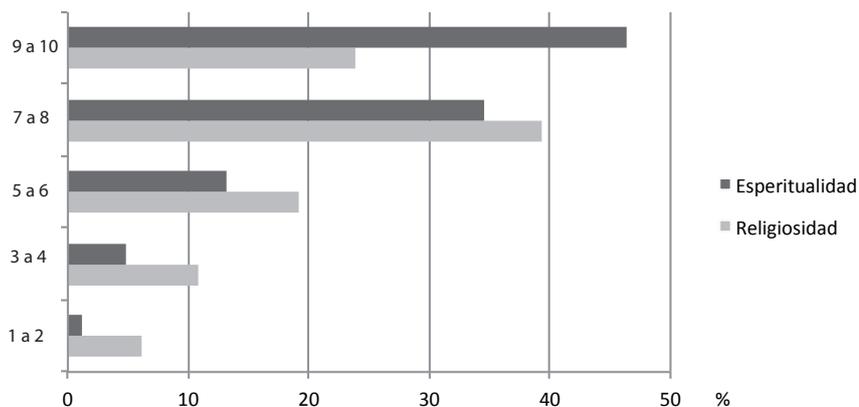
Respecto a la religiosidad/espiritualidad, la gran mayoría del grupo de pacientes (94%) refieren pertenecer a una religión: la mayoría reportaron ser católicas (79,8%), seguidas por el 14,3% que refieren ser cristianas y el 1,2% Budista (Ver Figura 2).

**Figura 2.** Afiliación religiosa en el grupo de pacientes



En la figura 3 se proporciona la información con respecto a los niveles de religiosidad y espiritualidad de las pacientes (se califica los niveles de 1 a 10, siendo 1= No religioso/espiritual y 10= Muy religioso/espiritual). La mayor parte de la muestra refiere tener niveles altos de espiritualidad y religiosidad; sin embargo, se presentan valores más altos para espiritualidad que para religiosidad (Ver Figura 3).

**Figura 3.** Niveles de Espiritualidad y Religiosidad del grupo de pacientes





### 3.2. Confiabilidad y correlaciones entre las escalas

En la Tabla 2 se presenta el alfa de Cronbach de las tres escalas. La validez interna de las dos sub-escalas de la SBI-15-TR es de 0,902 y 0,912 para creencias y prácticas religiosas y apoyo social, respectivamente. La validez interna de las sub-escalas tomadas del cuestionario BMMRS es de 0,770. Por último, la validez interna de la PCBS es de 0,825 (Ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Confiabilidad interna por escalas (Alfa de Cronbach)

Escala	No.de ítems	Alfa de Cronbach
PCBS	18	0,825
SBI-15R—Creencias y prácticas	10	0,902
SBI-15R—Apoyo social	5	0,912
BMMRS (Sub-escalas seleccionadas)	16	0,770

Se realizaron correlaciones entre las sub-escalas de la PCBS, las dos escalas que componen la escala SBI-15R y entre las sub-escalas seleccionadas de la escala BMMRS, presentadas en la Tabla 3. En los datos arrojados por el análisis, no se observa ninguna correlación significativa entre los dos factores (Inclusión vs. Exclusión y Literal vs. Simbólico) de la escala PCBS, lo cual parecería indicar que son ortogonales. Es decir,

que están evaluando diferentes constructos, pero en un mismo instrumento.

**Tabla 3.** Correlaciones entre medidas religiosas

	2	1
1. Inclusión vs. Exclusión		
2. Literal vs. Simbólico	.047	
5. Creencias y prácticas	.518**	-.134
6. Apoyo social	.599**	-.003
7. Significado	.414**	-.100
8. Valores/Creencias	.232*	.077
9. Prácticas religiosas privadas	-.638**	.136
10. Prácticas organizacionales	-.590**	.041
11. Apoyo grupo religioso	-.426**	-.025

p < .05. / p < .01.

La extracción de la correlación de Pearson específicamente entre las tres medidas de variables religiosas, permitió evaluar la validez convergente de la PCBS. En la Figura 3 se puede observar que las dos sub-escalas de la SBI-15R, presentan una correlación positiva con el factor de Inclusión vs. Exclusión de una realidad trascendente. Mientras que no se observa ninguna correlación significativa con el segundo factor, Literal vs. Simbólico. A partir de lo anterior, se infiere que la PCBS (específicamente el factor de Inclusión vs. Exclusión), evalúa constructos semejantes a los evaluados en la SBI-15-R. Esto podría indicar que la escala es adecuada para



la medición del constructo de religiosidad en muestra de pacientes, en principio.

Con respecto a las correlaciones entre la PCBS y las sub-escalas seleccionadas de la BMMRS, se encontró una correlación positiva entre los ítems de las sub-escalas de significado y valores, y el factor Inclusión vs. Exclusión de una realidad trascendente (Ver Figura 3). Así, por ejemplo una persona que esté “algo de acuerdo” o “muy de acuerdo” (Escala tipo Likert: 0= Muy en desacuerdo, 3= Muy de acuerdo) en que los *eventos en su vida ocurren de acuerdo a un plan divino* (ítem 4 y 7 de las sub-escalas significado y valores respectivamente), tiene una alta probabilidad de estar de acuerdo (Escala tipo Likert: 1= Desacuerdo, 7= Acuerdo) en que *Dios ha sido definido de una vez por todas y por eso es inmutable* (ítem 5 de la PCBS).

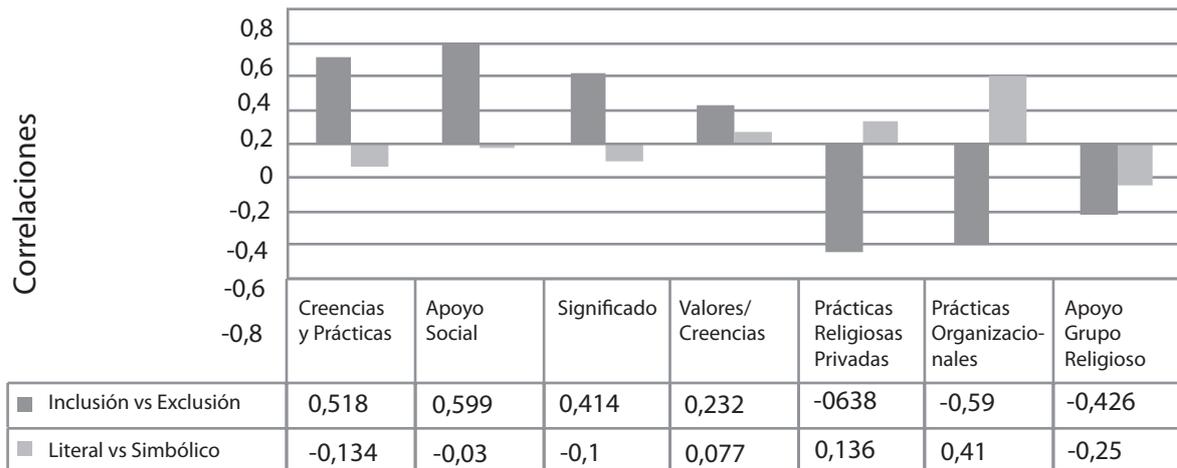
De otra parte, las correlaciones obtenidas entre las sub-escalas de prácticas religiosas privadas, prácticas religiosas organizacionales y apoyo del grupo religioso, y el factor Inclusión vs. Exclusión, fueron significativas y negativas (Ver Figura 4). La correlación negativa es debida a las diferentes escalas tipo Likert que se usan en cada uno de los dos instrumentos que evalúan los ítems. Así, entre menor sea el número en la escala tipo Likert en las sub-escalas mencionadas

anteriormente del BMMRS, mayor es el puntaje en los ítems que son evaluados en el primer factor de la PCBS. Un ejemplo que clarifica la correlación negativa arrojada por el análisis, es la relación entre la sub-escala de apoyo del grupo religioso y el primer factor de la PCBS. Lo que parece indicar, es que obteniendo un puntaje alto en el factor Inclusión vs. Exclusión, creyendo en una realidad trascendente, hay una probabilidad significativa de que en la sub-escala de apoyo del grupo religioso, la paciente obtenga un puntaje bajo, queriendo decir esto que la participante presenta una frecuencia alta de apoyar y sentirse apoyada por su grupo religioso.

Por el contrario, no se encontró ninguna correlación significativa entre las sub-escalas del BMMRS y el segundo factor de la PCBS, arrojando resultados semejantes a los observados en la escala SBI-15-TR, la PCBS muestra una buena validez convergente respecto al primer factor (Inclusión vs. Exclusión), indicando ser apta para la medición de este constructo en población de pacientes.

Por otro lado, el factor Literal vs. Simbólico, presenta una buena validez divergente, al no correlacionar con ningún constructo de los evaluados en las otras escalas (Ver Figura 3). De esta

Figura 4. Gráfico de correlaciones entre los instrumentos



manera, se puede observar que la PCBS, además de evaluar la participación y orientación religiosa de las personas mide las aproximaciones socio-cognitivas o actitudes hacia la religión de la población, lo cual no está incluido en lo que evalúa el SBI-15-TR y el BMMRS. Lo cual tiene una implicación importante en el presente estudio, ya que los resultados evidencian que la PCBS ofrece un valor agregado al estudio de la religiosidad y espiritualidad en pacientes con cáncer de seno.

### 3.3. Estructura factorial de la PCBS

Tabla 4. Índices de ajuste del modelo de dos factores comparado con el de un factor

	Chi 2(gl)	RMSEA	TLI
<b>Modelo de dos factores</b>	329.896(119)	0.148	0.715 1.910
<b>Modelo de un factor</b>	334.346(118)	0.150	0.706 1.910

Nota: GL: Grados de libertad; RMSEA: Error cuadrático medio de aproximación; CFI: Índice de ajuste comparativo; TLI: Índice Tucker-Lewis; WRMR: Weighted Root Mean Square Residual.

En la Tabla 4 se observan los índices de ajuste arrojados por el análisis factorial confirmatorio. Se comparó el modelo de dos factores propuesto por los autores de la escala, y un modelo de un solo factor, con el fin de corroborar que los datos de las pacientes se ajustan al modelo original. Los índices de ajuste para CFI /TLI deberían encontrarse alrededor del 0,95 para considerar que hay un buen ajuste de los datos al modelo. Sin embargo, como puede observarse en los resultados, ninguno de los dos modelos alcanza este puntaje. De igual forma, el índice de RMSEA debe estar cercano al 0.06 o menor para considerarlo aceptable, y lo arrojado por el presente análisis no indica un buen índice de ajuste de ninguno de los dos modelos. Por último, el índice WRMR para considerarlo adecuado debe estar cercano a 0,90 o menor, y los índices obtenidos superan este rango (Ver Tabla 4).

## 4. Discusión

La PCBS mide la religiosidad a partir de dos factores bipolares, que arrojan información sobre la orientación religiosa de la persona y adicionalmente, permite indagar sobre su acti-

“El propósito de la presente investigación fue, en primer lugar, evaluar si la PCBS ofrece un valor agregado respecto a la información que se obtiene de las escalas más clásicas utilizadas en el ámbito de la salud, en el estudio de la religiosidad y espiritualidad en pacientes con cáncer de seno”

tud o posición frente a las creencias religiosas en general. Pero aún más, el instrumento puede aplicarse a toda la población, sin importar la afiliación religiosa que tenga.

El propósito de la presente investigación fue, en primer lugar evaluar si la PCBS ofrece un valor agregado respecto a la información que se obtiene de las escalas más clásicas utilizadas en el ámbito de la salud, en el estudio de la religiosidad y espiritualidad en pacientes con cáncer de seno. Y en segundo lugar, comprobar que la estructura bi-factorial de la escala se replica en los datos obtenidos de la muestra de pacientes.

En la literatura se encontró que se han realizado varios análisis para las diferentes versiones de la escala (cuatro versiones en total) de su estructura interna, con el fin de investigar si las dos dimensiones son suficientes para representar la relación entre los ítems de la escala, si las dimensiones pueden ser interpretadas en estos términos de acuerdo con la teoría planteada y si la estructura es estable a lo largo de las versiones de la escala que se han usado con diferentes muestras (Fontaine,

Duriez, Luyten & Hutsebaut, 2003). Un análisis preliminar realizado por Fontaine et al. (2003), muestra que mediante el análisis de factores seguido por una rotación de tipo VARIMAX, no se extrajeron los dos factores referidos a las dimensiones extraídas por Wulff y tampoco los cuatro factores referidos a las actitudes (Fontaine, Duriez, Luyten & Hutsebaut, 2003). Por el contrario, tres factores fueron extraídos del análisis (Orthodoxy, Historical Relativism, External Critique), que sin embargo presentan cargas positivas en cada una de las 4 aproximaciones descritas por Wulff (1997). Posteriormente a lo anterior, se realizó nuevamente el análisis de la estructura interna de la escala mediante un análisis de tipo multidimensional. Los resultados arrojados en este caso mostraron una estructura clara de dos dimensiones o componentes, que indicaría una convergencia entre la estructura empírica y la teórica propuesta por Wulff. Por último, se comprobó que la estructura es estable a lo largo de las diferentes versiones (Fontaine, Duriez, Luyten & Hutsebaut, 2003).

En la presente investigación se encontró que la consistencia interna de la PCBS ( $\alpha=0,82$ ) es muy buena, indicando una homogeneidad adecuada entre los ítems que componen el instrumento. De igual forma los alfa para las sub-escalas del SBI-15-TR son excelentes (0,902 y 0,912), arrojando resultados similares al estudio realizado por Baider y colaboradores (2001), al validar el cuestionario en Israel (0,98 y 0,96 para Creencias y prácticas, y Apoyo religioso respectivamente). Por último, considerando que no todo el instrumento, ni las sub-escalas con los ítems completos fueron sometidos al análisis, el alfa para el BMMRS es adecuado ( $\alpha=0,77$ ).

Como era de esperarse la correlación entre los dos factores de la PCBS fue muy baja, indicando

que ambos evalúan dimensiones diferentes de la religiosidad en las personas. Es decir, que en un mismo instrumento se evalúa por un lado la orientación religiosa de la persona, y por otro lado la forma en que interpreta las creencias religiosas sin importar si cree o no en algo.

Por otra parte, se encontraron correlaciones significativas entre el factor de Inclusión vs. Exclusión de la escala PCBS y los constructos evaluados en las sub-escalas de los otros dos instrumentos, indicando validez convergente de la escala. Este primer factor correlacionó positivamente con los criterios que evalúan las dos sub-escalas del instrumento SBI-15-TR, indicando que en la PCBS se evalúan constructos similares, posicionándose como un instrumento apto para la medición de la religiosidad y espiritualidad en pacientes con cáncer de seno. De igual forma, las correlaciones encontradas entre los constructos evaluados en las sub-escalas del BMMRS fueron significativas pero negativas. El resultado negativo arrojado por el análisis fue producto de la escala tipo Likert para la respuesta usada en cada una de los instrumentos. Mientras que para la PCBS el número en la respuesta va en aumento según el grado de acuerdo, en el BMMRS es lo contrario: entre más de acuerdo o mayor frecuencia se realizan las actividades o comportamientos evaluados, menor es el número dado como respuesta. En este orden de ideas, las correlaciones negativas y significativas arrojadas por el análisis, indican de igual forma que la PCBS presenta una validez convergente buena respecto a los constructos que están siendo evaluados en el BMMRS, corroborando su utilidad como instrumento apto en la evaluación de los constructos de religiosidad en salud.

Por último, no se encontró ningún tipo de correlación entre el segundo factor de la PCBS (Literal vs. Simbólico) y los constructos evaluados tanto

en el SBI-15-TR como en el BMMRS, presentando una validez divergente buena. Por consiguiente, la PCBS sí tiene un valor agregado respecto a los otros instrumentos, que es la interpretación que las personas dan a aquello en lo que creen, lo cual parece predecir de una forma más exacta la salud de las personas en general (Dezutter, Soenens & Hutsebaut, 2006).

Con respecto a la dimensionalidad de la escala, los índices arrojados por el análisis factorial confirmatorio, indican que los datos de las pacientes no se ajustan a la estructura bifactorial propuesta por los autores de la PCBS. Estos resultados muestran la existencia de una incongruencia entre la literatura revisada así como las investigaciones que sí confirman la estructura factorial del instrumento. Por tal razón, es importante considerar posibles elementos que pudieron haber afectado el resultado:

La distribución de los puntajes de las participantes, evidencian que sus características afectaron las respuestas, y por consiguiente el resultado. Además, la muestra obtenida fue relativamente pequeña, lo cual posiblemente incide en que estos datos sean insuficientes para ajustarse al modelo de la PCBS, siendo algunos de los índices sensibles al tamaño de la muestra. En segundo lugar, la mayoría de la población de mujeres a las cuales se les aplicó la prueba, obtuvieron puntajes altos en la escala, en el polo de inclusión y en el polo literal, lo cual incide en que la muestra no sea lo suficientemente heterogénea para obtener datos representativos en los otros dos polos, limitando de este modo que el modelo factorial se reproduzca en el análisis.

En suma, el instrumento cuenta con un respaldo teórico y empírico significativo reportado en la literatura (Dezutter, Soenens & Hutsebaut, 2006; Luyten, Corveleyn & Fontaine, 2007),

confirmado en los análisis de validez y confiabilidad realizados en esta investigación, en donde se demuestra que la PCBS sí da información adicional a la que ofrecen otros instrumentos, explicando cómo ciertas actitudes o cogniciones pueden ser beneficiosas o perjudiciales, interfiriendo durante el proceso del cáncer. Por ejemplo, una persona que puntúe alto en el polo literal, independientemente de cuál sea su afiliación religiosa, se caracteriza por presentar ciertas dificultades adaptándose a los diferentes eventos o situaciones que se le presenten. Es una persona rígida y de poca flexibilidad, incidiendo probablemente en que su proceso de aceptación y afrontamiento al cáncer de seno sea más difícil, comparado con el de una persona que puntúa alto en el polo simbólico, las cuales se caracterizan, por el contrario, por ser flexibles y de fácil adaptación a las nuevas situaciones y eventos de sus vidas (Wulff, 1997). Lo anterior es una información relevante que debe considerarse durante el apoyo terapéutico que se pueda ofrecer a las pacientes.

El presente estudio tiene limitaciones importantes que se deben considerar: la homogeneidad de la muestra de la población de pacientes con cáncer de seno, en cuanto a preferencias religiosas implicando realizar una interpretación cautelosa de los resultados, restringiendo en ciertos casos las conclusiones. En el futuro, sería necesario contar con una muestra más heterogénea, en donde se obtengan puntajes en ambas dimensiones de la PCBS, con el fin de realizar un análisis que permita una mayor profundidad. Otra limitación fue el tamaño de la muestra, la cual no fue suficiente para ajustarse al modelo de la PCBS. Por último, la redacción de ciertos ítems de la escala los cuales no presentaron convergencia con el resto de los reactivos del instrumento, incidieron probable-

“... una persona que puntúe alto en el polo literal, independientemente de cuál sea su afiliación religiosa, se caracteriza por presentar ciertas dificultades adaptándose a los diferentes eventos o situaciones que se le presenten, esto incide en que su proceso de aceptación y afrontamiento al cáncer de seno sea más difícil”

mente en los resultados obtenidos, razón por la cual se eliminó uno de ellos como se mencionó anteriormente.

Se puede concluir que a pesar de los datos obtenidos por el análisis factorial confirmatorio y partiendo por un lado de los errores que pudieron haber sesgado el resultado, por otro lado de una estructura factorial ya confirmada en la literatura, y por último por los resultados obtenidos de confiabilidad y validez en la presente investigación, el instrumento presenta una alta probabilidad de ser válido y adecuado para la evaluación de religiosidad y espiritualidad en pacientes con cáncer de seno, siendo necesario continuar con la línea de investigación que realizaron los autores, con el fin de extraer la estructura bi-factorial de la escala y de esta manera probar finalmente que el uso de este instrumento es efectivamente adecuado con esta población. Adicionalmente, es importante destacar que los resultados de la presente investigación aumentan la información de la literatura existente en el campo de los instrumentos

utilizados en la evaluación de la religiosidad y espiritualidad, en pacientes con cáncer de seno en Colombia. Finalmente, futuras investigaciones son necesarias con la PCBS, contando con una mayor y más heterogénea muestra de pacientes y de otros grupos poblacionales.

## Referencias

- DANE (2011). *Defunciones no fetales 2011-preliminar, cuadro 11*. Recuperado el 27 de Agosto de 2012 de <http://www.dane.gov.co/index.php/en/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2869-defunciones-no-fetales-2011-preliminar>.
- DANE (2012). *Defunciones no fetales 2012 preliminar, cuadro 11*. Recuperado el 15 de septiembre de 2012 en la página web <http://www.dane.gov.co/index.php/en/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2863-defunciones-no-fetales-2012-preliminar>.
- Dezutter, J., Soenens, B & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. Religious attitudes. *Personality and Individual Differences* 40, 807-818.
- Fetzer Institute/NIA. (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research: A report of the Fetzer Institute/ National Institute on Aging Working Group*. Kalamazoo, MI: Author. Recuperado de <http://www.fetzer.org/research/248-dses>.
- Fontaine, J., Duriez, B., Luyten., & Hutsebaut, D. (2003). The internal Structure of the Post Critical Belief Scale. *Personality and Individual Differences*, 35, pp. 501-518.
- Gall, T.L. & Cornblat, M.W. (2002). Breast Cancer survivor Give Voice: A Qualitative Analysis of Spiritual Factors in Long- Term Adjustment. *Psycho-Oncology* 11, 524-535.
- Gall, T.L, Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C. & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1165-1178.
- Gallup, G. (2012) *Global Index of Religiosity and Atheism*. WIN Gallup International. Recuperado el 15 de septiembre de 2012 en la página web <http://www.wingia.com/web/files/news/14/file/14.pdf>.
- Geo Salud (2012). *Estadios del Cáncer de Mama*. Recuperado el 15 de septiembre del 2012 en la página web <http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/mama/estadios.htm>.
- Hutsebaut, D. (2001). *Ten years of research using the Post Critical Belief Scale*. Paper presented at a conference in honour of Antoon Vergote, Leuven, Belgium, December, 2001. Recuperado de la página web <http://www.kuleuven.be/thomas/page/pkg-pcbs/>.
- Hackney, C. H., & Sanders, G. (2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion* 42 (1), 43-55.
- Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S. M., Baidler, L., Fox, B. (1998). A Brief Spiritual Beliefs Inventory for use in Quality of Life Research in Life-Threatening Illness. *Psycho-Oncology* ,7, 460-469.
- Idler, E. L., Musick, M. A., George, L. K., Krause, N., Ory, M. G., Pargament, K. I., Powell, L. H., Underwood, L. G., Williams, D. R. (2003). Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research: Conceptual Background and Findings from the 1998 General Social Survey. *Research on Aging*, 25 (4), 327-365.
- IARC Globocan. (2008). *Breast Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008 summary*. Recuperado de la página web <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/breast.asp>.
- Instituto Nacional de Cancerología (2010). *Cáncer en Cifras: Registro Institucional de Cáncer*. Recuperado de la página web <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=437&conID=790&pagID=1490>.
- Johnson, M., Yelderman, L.A., Haggard, M.C, & Rowatt, W.C. (2013) Disentangling the Belief in God and

Cognitive rigidity/flexibility components of religiosity to predict racial and value-violating prejudice: A Post-Critical Belief Scale. *Analysis. Personality and Individual Differences*.

Martínez, M., Méndez, C. & Ballesteros, P. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro Javeriano de Oncología. *Universitas Psychologica*, 3(2), 106-120.

Masters, K. S., Carey, K. B., Maisto, S. A., Caldwell, P. E., Wolfe, T. V., & Hackney, H. L. (2009). Psychometric Examination of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality among College Students. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 19, 106-120.

Mytko, J.J., & Knight, S.J. (1999). Body, Mind and Spirit: Towards the Integration of Religiosity and Spirituality in Cancer Quality of Life Research. *Psycho-Oncology*, 8, 439-450.

Nairn, R.C. & Merluzzi, T. (2003) The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 12, 428-441.

Profamilia. (2011). *Detección temprana del cáncer de cuello uterino y mama*. Recuperado el 25 de Agosto de 2012, de <http://demografiaysaludbogota.co/admin/acrobat/cap15.pdf>.

Sherman, A.C, Simonton, S., Adams, D.C., Latif, U., Plante, T.G, Burns, K. & Poling, T. (2001). Measuring religious faith in cancer patients: reliability and construct validity of the Santa Clara strength of religious faith questionnaire. *Psycho-Oncology*, 10, 436-443.

Thuné-Boyle, I., Stygall, J.A, Keshtgar, M.R & Newman, S. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 63, 151-164.

Thuné-Boyle, I., Stygall, J.A, Keshtgar, M.R., Davidson, T.I., & Newman, S. (2011). Religious Coping Strategies in Patients Diagnosed with Breast Cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 20, 771-782.

Wulff, D. M. (1997) *Psychology of religion: classic and contemporary*. New York: Wiley.