

Espiritualidad y calidad de vida en personas con esquizofrenia en Cuenca

Spirituality and quality of life in people with schizophrenia in Cuenca

Galarza-Parra, Jhessenia Natalia; Bernal-Sarmiento, Luis Alberto



Jhessenia Natalia Galarza-Parra

jhessenia.psicologa@gmail.com

Investigadora independiente, Ecuador

Luis Alberto Bernal-Sarmiento

luis.bernal@ucuenca.edu.ec

Universidad de Cuenca, Ecuador

Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación

CIDEPRO, Ecuador

e-ISSN: 2588-1000

Periodicidad: Trimestral

Vol. 7, No. 47, 2023

editor@journalprosciences.com

Recepción: 11 Febrero 2023

Aprobación: 9 Marzo 2023

DOI: <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol7iss47.2023pp186-204>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Cómo citar: Galarza-Parra, J. N. & Bernal-Sarmiento, L. A. (2023). Espiritualidad y calidad de vida en personas con esquizofrenia en Cuenca. Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación, 7(47), 186-204. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol7iss47.2023pp186-204>

Resumen: La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta al adecuado funcionamiento de quien la experimenta. La enfermedad conlleva al desarrollo de estrategias de afrontamiento espiritual para disminuir el malestar ocasionado por tal circunstancia y mejorar la calidad de vida. Esta investigación fue cuantitativa, no experimental, descriptiva y transversal. El objetivo fue describir la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento espiritual y la percepción del nivel de calidad de vida en personas con esquizofrenia en el hospital psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho de la ciudad de Cuenca. Los participantes fueron 30 personas con un diagnóstico de esquizofrenia. La información se recolectó mediante una ficha sociodemográfica, la escala de estrategias de afrontamiento espiritual y el cuestionario de calidad de vida revisado MCGILL. El procesamiento de datos se realizó a través del SPSS, para el análisis se empleó estadística descriptiva y los resultados se presentaron a través de tablas y figuras. Se encontró una frecuencia media en el uso de estrategias de afrontamiento espiritual, las de tipo religioso fueron utilizadas mayormente por las mujeres y las no religiosas, por quienes tenían pareja sentimental. El nivel de calidad de vida percibido fue alto, los participantes que tenían pareja sentimental puntuaron más en la subescala física, psicológica, existencial y en la calidad de vida total. El nivel de calidad de vida medio y alto fue más frecuente en las personas con tendencia a usar estrategias de afrontamiento espirituales.

Palabras clave: enfermedad mental, calidad de vida, psicología de la religión.

Abstract: Schizophrenia is a mental illness that affects the proper functioning of those who experience it. The disease leads to the development of spiritual coping strategies to reduce the discomfort caused by such a circumstance and improve the quality of life. This research was quantitative, non-experimental, descriptive and cross-sectional. The main objective was to describe the frequency of use of spiritual coping strategies and the perception of the level of quality of life in people with schizophrenia at the Psychiatric Hospital Humberto Ugalde Camacho. The participants were 30 people with a diagnosis of schizophrenia. It used a sociodemographic questionnaire, the spiritual coping strategies scale, and

the revised MCGILL quality of life questionnaire for data collection. The data processing was carried out through SPSS, for the analysis were used descriptive statistics and the results were presented through tables and figures. It found a medium frequency in the use of spiritual coping strategies, those of a religious type were used mostly by women and non-religious ones, by those who had a sentimental partner. The level of perceived quality of life was high, who had a sentimental partner scored more in the physical, psychological, existential subscale and in the total quality of life. The medium and high level of quality of life was more frequent in people with a tendency to use spiritual coping strategies.

Keywords: mental diseases, quality of life, religious behavior.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se caracterizan por anomalías en uno o más de estos dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Del espectro de estos trastornos, la esquizofrenia constituye un trastorno psiquiátrico grave con altas tasas de mortalidad prematura (Bai et al., 2021) y menos esperanza de vida (Bueno-Antequera y Munguía-Izquierdo, 2020).

Las características clínicas de la esquizofrenia consisten en la presencia de síntomas positivos y negativos, síntomas del estado de ánimo, síntomas de desorganización y de deterioro cognitivo (Batinic, 2019). Los síntomas positivos incluyen los delirios y alucinaciones (McCutcheon et al., 2020). Y, los síntomas negativos hacen referencia a la ausencia relativa de sentimientos, cognición y conducta dirigida a objetivos, lo que genera un efecto perjudicial sobre el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida (Batinic, 2019). La disminución de la expresión de las emociones (emoción expresiva disminuida) y de las actividades ejecutadas por iniciativa y con una motivación (abulia) son los síntomas negativos más prominentes en la esquizofrenia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Para establecer un diagnóstico de esquizofrenia, la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) propone los siguientes criterios: la presencia de dos o más síntomas como delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Desde el inicio de la enfermedad, el nivel de funcionamiento en una o más áreas de la persona se encuentra por debajo del nivel alcanzado. Los signos continuos duran mínimo seis meses. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. No se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica. En caso de existir antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, los delirios o alucinaciones notables deben estar presentes durante al menos un mes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Pese a la complejidad de estos criterios cabe la posibilidad de una recuperación, desde luego, implica un gran esfuerzo en la atención clínica así como un impacto económico y social. Hasta hace algunos años, las personas con esta condición permanecían en instituciones psiquiátricas o en asilos, por lo general sin una expectativa de reintegrarse a la comunidad. Sin embargo, actualmente, uno de cada siete pacientes con esquizofrenia puede lograr una recuperación funcional (Silva y Restrepo, 2019). Cabe señalar que implica también interacciones familiares de apoyo que contribuyan a construir recursos clave, como la esperanza, que son fundamentales en la recuperación, particularmente cuando se toma en cuenta los desafíos que estas personas pueden experimentar en las relaciones interpersonales debido a la sintomatología (Hernández et al., 2018). Debido a que la participación de las familias puede mejorar la capacidad de los pacientes para integrarse en la comunidad y ser más activos socialmente (Hasan y Tumah, 2018).

Por tanto, la remisión de los síntomas positivos debe verse como una base que permita un mejor funcionamiento social y cognitivo para así lograr una mejor calidad de vida (Silva y Restrepo, 2019). En este sentido, la remisión parcial es cuando los síntomas se presentan de forma leve o por debajo del umbral de alucinaciones o delirios, y la remisión total, cuando los indicadores del trastorno están ausentes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Religión y espiritualidad en la esquizofrenia

En la vida de las personas con esquizofrenia la religión y la espiritualidad desempeñan un papel importante (Grover, Davuluri y Chakrabarti, 2014). El constructo religión se trata de una institución socialmente objetiva que se sustenta en normativas y reglas morales que permiten un acercamiento del feligrés, ya sea con Dios o con lo sagrado, de acuerdo al sistema religioso de cada persona (Bernal, 2018). Se lo considera también como un estilo específico de uso de la espiritualidad, que por lo general, se asocia con una afiliación religiosa institucional (Sadeghifar et al., 2014).

El constructo espiritualidad se refiere a la búsqueda propia para llegar a comprender las respuestas a las preguntas últimas sobre la vida, o sobre su significado, y la relación con lo sagrado/transcendente (Koenig et al., 2001). Implica un sentido de conexión, de creación de significado y de trascendencia. Involucrarse en la propia espiritualidad se trata de conectarse con el yo interior, de volverse más consciente de la humanidad y de las limitaciones de uno mismo. Ser espiritual no significa necesariamente expresar puntos de vista religiosos, sino que se refiere a un conjunto de creencias que valoran mucho la búsqueda de significado personal en los eventos de la vida, la trascendencia y la conexión con los demás (Baldacchino, 2017).

La espiritualidad puede o no incorporar la religión (Baldacchino, 2017), por tanto se propone que tiene dos dimensiones, una vertical que se enfoca en la relación con Dios y, una horizontal que se encauza en la relación con las personas y la búsqueda de un significado y un propósito (Streib y Hood, 2016; Williamson y Ahmad, 2019). Esta última, llegaría a ser la espiritualidad netamente, que es vista como una dimensión más del ser humano (Baldacchino, 2002; Bellido et al., 2020; Puche y Botella, 2020).

La religión y la espiritualidad en ocasiones pueden constituir factores de riesgo en el desarrollo de la esquizofrenia (Oman y Lukoff, 2018). En algunos casos, la espiritualidad y la religiosidad son una fuente de sufrimiento (Mohr et al., 2011). Se sugiere que una fuerte actividad religiosa es un factor de riesgo independiente para la aparición de delirios religiosos en la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo (Anderson-Schmidt et al., 2019). Si bien, la orientación de la religiosidad intrínseca puede estar asociada con una mejora modesta en la adherencia a la medicación, la actividad religiosa no organizacional y organizacional, tienden a enredarse con el tratamiento médico (Amadi et al., 2021).

Estos mismos constructos pueden ser vistos como factores de protección (Oman y Lukoff, 2018), porque se sugiere que los niveles más altos de espiritualidad están asociados con una menor gravedad de la psicopatología, una mayor probabilidad de estar en remisión y un mejor funcionamiento (Esan y Lawal, 2021). La religión y la espiritualidad llegan a ser una forma de afrontamiento que ayuda a las personas con esquizofrenia, en fase de remisión, a hacer frente a una amplia variedad de situaciones difíciles de la vida, por tanto pueden afrontar de mejor manera los factores estresantes relacionados con la enfermedad (Das et al., 2018). Además, constituyen un factor de protección en la medida que permiten la implementación de prácticas religiosas o espirituales, como la oración y la meditación, siempre y cuando haya una adecuada sensibilidad cultural y la educación religiosa-espiritual y se integren las intervenciones terapéuticas religiosas-espirituales en el modelo biopsicosocial (Plantz, 2018).

Las estrategias de afrontamiento espiritual son destrezas que favorecen en la búsqueda de un significado y un propósito para vivir frente a situaciones de crisis y aplican para las personas que creen en Dios y para quienes no (Baldacchino y Buhagiar, 2003; Baldacchino y Draper, 2001). Por eso, se proponen estrategias religiosas y no religiosas (Baldacchino y Buhagiar, 2003).

Religión, espiritualidad y calidad de vida en esquizofrenia

Un sistema de creencias espiritual, religioso o personal sólido se asocia con estrategias de afrontamiento activas y adaptativas en sujetos con esquizofrenia residual. Por tanto, comprender y evaluar la espiritualidad y la religiosidad de los sujetos con esquizofrenia puede ayudar a controlar mejor el trastorno (Shah et al., 2011a). Cada vez se reconoce más que las experiencias espirituales o religiosas de una persona contribuyen a la calidad de vida, esto ocurre también en personas que experimentan esquizofrenia (Shah et al., 2011b).

La calidad de vida es la percepción que tiene un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura en la que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (Organización Mundial de la Salud, citado en Haraldstad et al., 2019). También se señala que es un estado de bienestar subjetivo que tiene relación con aspectos físicos, psicológicos y existenciales (Cohen et al., 1996; Cohen et al., 1997).

Existen cuatro dimensiones de la calidad de vida: física, psicológica, existencial y social. La dimensión física trata sobre el bienestar en relación a lo somático. La dimensión psicológica analiza los estados emocionales a saber, el ánimo deprimido, la tristeza, el miedo y la preocupación. La dimensión existencial o espiritual reconoce los elementos fenomenológicos y los propósitos en la vida y el bienestar con uno mismo. Y, la dimensión social se refiere al apoyo y se centra en las relaciones interpersonales (Cohen et al., 2016).

Se incluye el dominio existencial o espiritual porque es un aspecto clave en las personas con una enfermedad que limita la vida (Albers et al., 2010; McCaffrey et al., 2016; Cohen et al., 2019). Aunque recientemente, se ha visto la necesidad de incorporar más dominios a la calidad de vida, estos son: la atención médica, el funcionamiento cognitivo, el sentimiento de ser una carga y el medio ambiente (Cohen et al., 2019).

La calidad de vida también engloba las expectativas y las condiciones objetivas de cada individuo, por tanto una situación estresante puede ser vista como una oportunidad para profundizar en relaciones interpersonales importantes (Cohen et al., 2006).

Estado del arte

En Estados Unidos, las estrategias generales de afrontamiento, no necesariamente religiosas, pueden tener efectos directos sobre la calidad de vida (Cohen et al., 2011). El afrontamiento religioso positivo se relacionó positivamente con el dominio de la calidad de vida de la salud psicológica. Hubo un alto nivel de afrontamiento religioso positivo y un nivel bajo de afrontamiento religioso negativo. La puntuación media más alta para una faceta de la calidad de vida fue la calidad de vida general y la satisfacción con la salud y la más baja fue la salud física (Nolan et al., 2012).

En República Checa, los pacientes que prefirieron las estrategias de afrontamiento positivas tuvieron una mayor calidad de vida (Holubova et al., 2015).

En Nigeria, las estrategias empleadas principalmente fueron: el uso de oraciones privadas y mantener una relación con Dios o un poder superior como la fuente de la fuerza y la esperanza. La estrategia utilizada en menor medida fue recibir la comunión (Mume y Ilesanmi, 2017).

En Turquía, los puntajes de afrontamiento y aceptación religiosos fueron más altos, la puntuación media de las estrategias de afrontamiento fue de 168.62 (mínimo 78 y máximo 228). No hubo diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento y las puntuaciones medias de las subescalas en términos de edad, estado civil, educación, estado parental, lugar en el orden de nacimiento familiar, estado laboral, estado de convivencia, hábito de fumar, antecedentes de trastornos físicos y psiquiátricos en la familia, frecuencia de tratamiento, antecedentes de daño a otros o intento de suicidio y esperanza (Yigitoglu y Keskin, 2020).

En Singapur, la religión era importante, muy importante o esencial para el 68.6% de los pacientes en el afrontamiento de la enfermedad, mientras que el 15.7% dijo que era algo importante y el 15.4% dijo que no era importante. Informaron también niveles altos de uso de afrontamiento religioso tanto positivo como negativo (Roystonn et al., 2021).

En Irán, el puntaje medio más alto de los dominios de calidad de vida correspondió a factores ambientales y la puntuación más baja a las relaciones sociales (Moslehi et al., 2015). En Jordania, la calidad de vida se correlacionó negativamente, entre otras variables, con edad avanzada, sexo masculino, duración más prolongada de la enfermedad y se correlacionó positivamente con empleo y estar casado (Hasan y Tumah, 2019). En China, no hubo diferencias significativas entre los géneros en todos los dominios de calidad de vida Peng et al. (2020). En Francia, hubo una baja calidad de vida, puesto que la media del puntaje total fue =52.2 (Media escala=63) (Hoertel et al., 2020).

En Etiopia, el dominio relación social de la calidad de vida entre las personas con esquizofrenia tuvo la puntuación media más baja (Desalegn et al., 2020). En Brasil, la mayoría de los participantes tenían una peor calidad de vida (Machado et al., 2021). En Alemania, ser hombre mostró valores más altos para la puntuación total de calidad de vida y todos los dominios excepto las relaciones sociales (Stentzel et al., 2021). En Nigeria, la mayoría de participantes tenían una pobre calidad de vida (Ogundare et al., 2021). En Singapur, la puntuación media para la calidad de vida fue de 3.55 (rango: 1–5) con una desviación estándar de .9 (Roystonn et al., 2021). Y, en una revisión sistemática se reportó que la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia se encontraba en un buen estado (Hoseinipalangi et al., 2021).

En América Latina, los factores socioculturales y económicos, incluida la participación religiosa, se asociaron con la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, por tanto, pueden influir positivamente en los resultados de salud. Aunque esas relaciones fueron moderadas en

fuerza, especialmente en comparación con la gravedad de los síntomas, que siguieron siendo las características más importantes asociadas con la calidad de vida. La participación religiosa y la calidad de vida tuvieron una asociación positiva significativa y factores como ser mujer, paciente mayor, tener un bajo nivel educativo y ser aymara que se asociaron con un bajo nivel de calidad de vida (Caqueo-Urizar et al., 2015).

Finalmente, En Singapur, un mayor uso de afrontamiento religioso positivo se asoció con mejores puntuaciones en los dominios físico y psicológico de la calidad de vida. Los participantes que reportaron la religión como importante en el afrontamiento se relacionaron con mejores puntajes en la dimensión psicológica de la calidad de vida (Roystonn et al., 2021).

Se planteó la pregunta de investigación ¿Cuál es la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento espiritual según la percepción del nivel de calidad de vida en personas con esquizofrenia?

Por tanto, el objetivo general fue describir la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento espiritual según la percepción del nivel de calidad de vida en personas con esquizofrenia.

METODOLOGÍA

Este artículo se derivó de un trabajo final de titulación de psicología clínica que se desarrolló dentro de la línea de investigación en Espiritualidad de la Universidad de Cuenca, en el marco del proyecto de investigación Sistemas de creencias y afrontamiento espiritual, percepción de la enfermedad y calidad de vida en contextos de salud.

Se trató de un estudio no experimental, con un enfoque cuantitativo, el alcance fue descriptivo y transversal. Se contó con la participación de 30 personas adultas con un diagnóstico de esquizofrenia atendidas durante los últimos seis meses en el Centro de Reposo y Adicciones del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho (CRA) y que al momento de la aplicación de los instrumentos se encontraban clínicamente estables.

La información se recolectó desde septiembre de 2018 a marzo de 2019, a través de una ficha sociodemográfica y dos instrumentos:

- Escala de estrategias de afrontamiento espiritual desarrollada por Baldacchino y Buhagiar (2003). Tiene 20 ítems organizados en dos dimensiones: dimensión religiosa y no religiosa. Se empleó la adaptación lingüística para usuarios en contextos de salud en Cuenca (Bernal, 2018). Las opciones de respuesta van desde 0=nunca utilizada hasta 3=a menudo utilizada. Para la calificación se suma el puntaje obtenido, cuanto mayor es el puntaje, mayor es la frecuencia de uso de cada estrategia. En este trabajo se obtuvo un alfa de cronbach aceptable ($\alpha=.83$).
- Cuestionario de Calidad de Vida Revisado MCGILL desarrollado por Cohen et al. (2016) para medir la percepción de la calidad de vida de personas con una enfermedad potencialmente mortal. Tiene 14 ítems organizados en cuatro subescalas: bienestar físico, psicológico, existencial y social. Se empleó la adaptación lingüística para contextos de salud desarrollada por parte del equipo de investigación en Espiritualidad de la Universidad de Cuenca. En esta versión las opciones de respuesta tienen cuatro puntos, de modo que, el nivel bajo de calidad de vida corresponde a los valores de 0 a 1.1, el nivel medio de 1.2 a 1.8 y el nivel alto de 1.9 a 3. El alfa de cronbach fue aceptable ($\alpha=.85$).

Se contó con el permiso respectivo y la aplicación tardó 30 minutos aproximadamente, se realizó de manera individual y bajo la supervisión de personal del CRA. Se calcularon medidas de tendencia central, frecuencias, dispersión, máximos y mínimos, a través del paquete estadístico para las ciencias sociales (IBM SPSS) versión 25 y las tablas se editaron en Microsoft Excel 2016.

El estudio se apegó a los principios éticos establecidos por la Asociación Americana de Psicología (2017), por tanto se garantizó la confidencialidad, la voluntariedad y el anonimato de los participantes, a través de la firma del consentimiento informado. Además, tanto el protocolo de investigación como el modelo de consentimiento informado, fueron aprobados por el Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud.

RESULTADOS

Características de los participantes

Participaron 30 personas con un diagnóstico de esquizofrenia de entre con 19 y 67 años, con una media aritmética (M) de 35.23 y una desviación típica (DT) de 12.34. La mayoría tuvo las siguientes características: fueron hombres, católicos, finalizaron estudios de bachillerato, refirieron no tener una pareja sentimental, no tener hijos e indicaron que realizaron una actividad remunerada antes del ingreso al CRA (tabla 1).

Tabla 1. Características de los participantes

Variable		N	Variable		N
Religión	Ninguna	8	Nivel de estudios	Básica elemental	1
	Católica	16		Básica media	3
	Cristiana	1		Básica superior	4
	Evangélica	3		Bachillerato	16
	Angóstica	2		Tercer nivel	6
Sexo	Mujer	12	Actividad remunerada	Sí	17
	Hombre	18		No	13
Pareja sentimental	Sí	4	Hijos	Sí	7
	No	26		No	23

Estrategias de afrontamiento espiritual

Las estrategias de afrontamiento pueden ser de tipo religioso o no religioso y, al conjunto de estas, se denomina estrategias de afrontamiento espiritual. Sobre la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento espiritual se obtuvo un puntaje que muestra neutralidad, es decir, los participantes utilizaron estas estrategias con una frecuencia media (M=33.25 y una DT =11.71).

Estrategias de tipo religioso

La tendencia al empleo de las estrategias de tipo religioso fue alta (17 participantes=tendencia alta) y la frecuencia de su uso fue media, pues el puntaje estuvo muy cercano a la media de la escala original que es 13.5 (M= 13.70 y DT= .28, ver figura 1).

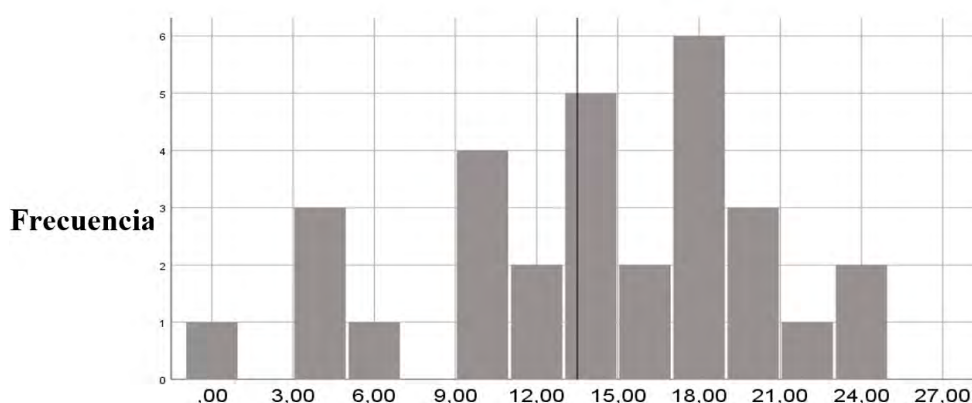


Figura 1. Frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento religioso

La tabla 2 muestra las nueve estrategias de tipo religioso y se evidencia que las utilizadas con mayor frecuencia fueron: confío en Dios o en un poder superior con la esperanza de que las cosas van a mejorar ($M= 2.96$, $DT=.21$), practico oraciones cuando estoy solo y mantengo una relación con Dios o un poder superior porque me da fuerza y esperanza ($M=2.83$, $DT=.49$ y $.39$ respectivamente). Aquellas empleadas menos fueron: utilizo objetos o símbolos religiosos o espirituales ($M=2.11$, $DT=.93$) y leo textos de inspiración religiosa o espiritual ($M=2.12$, $DT=.28$).

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento religioso

Estrategias	Estadísticos		
	N	M	DT
Practico oraciones cuando estoy solo.	23	2.83	.49
Mantengo una relación con Dios o un poder superior porque me da fuerza y esperanza.	23	2.83	.39
Practico oraciones con otra persona o con un grupo de personas.	16	2.31	.79
Utilizo objetos o símbolos religiosos o espirituales.	9	2.11	.93
Escucho en la radio música religiosa o miro en la TV programas religiosos.	13	2.15	.90
Leo textos de inspiración religiosa o espiritual.	17	2.12	.78
Asisto a la iglesia para las prácticas religiosas.	20	2.15	.88
Confío en Dios o en un poder superior, con la esperanza de que las cosas van a mejorar.	23	2.96	.21
Recibo la comunión.	16	2.13	.89

Estrategias de tipo no religioso

La tendencia al empleo de las estrategias de tipo no religioso fue baja (19 participantes=tendencia baja) y la frecuencia de su uso fue alta, pues el puntaje estuvo sobre la media de la escala original ($M= 21.00$, $DT= .8.17$, ver figura 2). Considérese lo planteado sobre la religión y la espiritualidad, estos datos muestran que los participantes, en la práctica, se mostraron más espirituales que religiosos, pese a que la mayoría se identificó como con la religión.

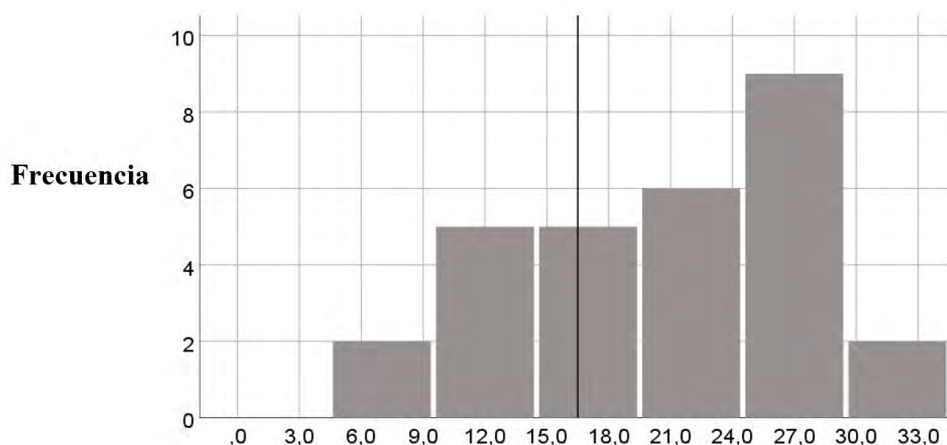


Figura 2. Frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento de tipo no religioso

La tabla 3 muestra las 11 estrategias de tipo no religioso, aquellas usadas mayormente fueron: acepto la situación actual de mi vida y encuentro propósitos para vivir con mi enfermedad ($M=2.73$, $DT=.63$ y $.59$ respectivamente). Aquellas con una menor frecuencia fueron: aprecio la belleza de las artes por ejemplo música, pinturas y artesanías ($M=2.19$, $DT=.85$) y construyo o mantengo las relaciones con familiares o amigos ($M=2.24$, $DT=.88$). También se contempla que las estrategias usadas por más personas, independientemente de la frecuencia, fueron: aprecio la naturaleza, vivo día a día con la esperanza de que el futuro será mejor para mí, soy cercano a mis familiares y amigos y confío en ellos y veo el lado positivo de mi situación.

Tabla 3. Estrategias de afrontamiento no religioso

Estrategias	Estadísticos		
	N	M	DT
Construyo a mantengo relaciones con familiares o amigos.	25	2.24	.88
Discuto mis problemas con alguien que tiene o ha tenido la misma enfermedad.	14	2.36	.84
Veo el lado positivo de mi situación.	23	2.52	.79
Vivo día a día con la esperanza de que el futuro será mejor para mí.	25	2.48	.87
Acepto la situación actual de mi vida.	22	2.73	.63
Encuentro propósitos para vivir con mi enfermedad.	15	2.73	.59
Aprecio la belleza de las artes, por ejemplo, música, pinturas, artesanías.	26	2.19	.85
Soy cercano a mis familiares /amigos y confío en ellos.	24	2.46	.83
Uso la reflexión para identificar mis capacidades y fortalezas	18	2.61	.70
Ayudo a los demás para entregar amor y paz a los otros.	20	2.40	.88
Aprecio la naturaleza, por ejemplo, mar, el sol, las flores.	28	2.71	.66

Estrategias de afrontamiento y variables sociodemográficas

La tabla 4 muestra las estrategias de afrontamiento religioso, no religioso y espiritual, de acuerdo a las variables sociodemográficas: sexo, actividad remunerada y pareja sentimental. Las estrategias religiosas se usaron mayormente por mujeres ($M=16.50$, $DT=4.0$), y en menor medida, por hombres ($M=11.83$, $DT=6.90$). Las estrategias religiosas puntuaron más en los participantes con pareja ($M=22.75$, $DT=7.18$) y el puntaje menor se encontró en quienes no realizaban una actividad remunerada ($M=19.85$, $DT=8.36$). Por último, las estrategias espirituales tenían un puntaje mayor en los individuos con pareja sentimental ($M=38.25$, $DT=11.30$) y el puntaje más bajo se ubicó en los participantes que no realizaban una actividad remunerada ($M=32.15$, $DT=12.97$).

Tabla 4. Frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento según variables sociodemográficas

Variable		Estrategias			
		Estadísticos	Religiosas	No religiosas	Espirituales
Sexo	Mujer	M	16.50	20.67	37.17
		DT	4.01	7.25	9.47
	Hombre	M	11.83	21.22	33.06
		DT	6.90	8.92	12.99
Actividad remunerada	Sí	M	14.76	21.88	36.65
		DT	6.04	8.16	10.63
	No	M	12.31	19.85	32.15
		DT	6.56	8.36	12.97
Pareja	Sí	M	15.50	22.75	38.25
		DT	7.23	7.18	11.30
	No	M	13.42	20.73	34.15
		DT	6.24	8.40	11.89

Calidad de vida

Calidad de vida y sus dimensiones

La calidad de vida total está compuesta por cuatro dimensiones: física, psicológica, existencial y social. En la tabla 5 se muestra que de las cuatro dimensiones, la psicológica presentó una cifra más elevada, mientras que la social puntuó más bajo. Se encontró un nivel alto de calidad de vida psicológica (M=2.13, DT=.74) y física (M=2.04, DT=.81) y un nivel medio en existencial (M=1.88, DT=.65) y social (M=1.83, DT=.80). El nivel total de la calidad de vida percibida por los participantes fue alto (M=1.97, DT .57).

Tabla 5. Nivel de calidad de vida total

Calidad de vida	Descriptivos		
	Media	DT	Nivel
Física	2.04	.81	Alto
Psicológica	2.13	.74	Alto
Existencial	1.88	.65	Medio
Social	1.83	.80	Medio
Calidad de vida total	1.97	.57	Alto

Calidad de vida y variables sociodemográficas

La tabla 6 muestra el nivel de calidad de vida según las variables sociodemográficas sexo, actividad remunerada y pareja sentimental. La calidad de vida física presentó niveles altos, aunque el puntaje mayor fue en las personas con una pareja sentimental (M=2.42, DT=.50) y, el más bajo, en las mujeres (M= 1.94, DT=1.00).

La calidad de vida psicológica obtuvo, asimismo, niveles altos. No obstante, las personas con pareja sentimental mostraron un puntaje mayor (M=2.56 DT=.38) y, quienes realizaban una actividad remunerada, el menor puntaje (M=2.03, DT=.79).

La calidad de vida existencial tuvo niveles altos en las mujeres, en quienes realizaban una actividad remunerada y en las que tenían pareja sentimental, las demás personas analizadas presentaron un nivel medio. El puntaje más alto se encontró en los participantes con pareja sentimental ($M=2.31$, $DT=.55$) y el más bajo, en los hombres ($M=1.76$, $DT=.68$).

La calidad de vida social mostró puntajes altos, excepto para quienes realizaban una actividad remunerada. El mayor puntaje se informó en las personas que no realizaban una actividad remunerada ($M=1.96$, $DT=.68$).

En la calidad de vida total, según las tres variables sociodemográficas analizadas, se encontró un nivel alto. A pesar de ello, el puntaje más elevado fue para las personas que tenían pareja sentimental ($M=2.30$, $DT=.39$) y el más bajo, para quienes no tenían pareja ($M=1.92$ y $DT=.58$).

Tabla 6. Nivel de calidad según variables sociodemográficas

Variables		Calidad de vida					
		Estadísticos	Física	Psicológica	Existencial	Social	Total
Sexo	Mujer	M	1.94	2.04	2.04	1.89	1.98
		DT	1.00	1.01	.60	.83	.67
	Hombre	M	2.11	2.18	1.76	1.80	1.96
		DT	.68	.53	.68	.79	.51
Remuneración	Sí	M	1.98	2.03	1.96	1.75	1.93
		DT	.87	.79	.66	.89	.61
	No	M	2.13	2.25	1.77	1.95	2.02
		DT	.75	.69	.65	.68	.53
Pareja	Sí	M	2.42	2.56	2.31	1.92	2.30
		DT	.50	.38	.55	.69	.39
	No	M	1.99	2.06	1.81	1.82	1.92
		DT	.84	.77	.65	.82	.58

Nivel de calidad de vida según estrategias de afrontamiento

Finalmente, la figura 3 muestra que los niveles de calidad de vida medio y alto fueron más frecuentes en los participantes con tendencia al empleo de estrategias de afrontamiento espirituales. Aunque, el nivel bajo se observó solo en este grupo.

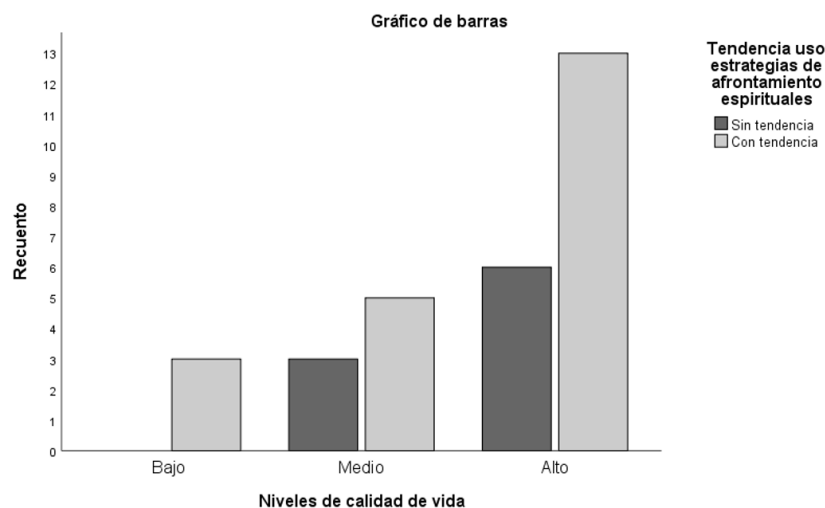


Figura 3. Niveles de calidad de vida según estrategias de afrontamiento espirituales

DISCUSIÓN

En este trabajo, la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento espiritual en general (que incluye las estrategias de tipo religioso y no religiosas) fue media. Al respecto, conviene tener en cuenta que la esquizofrenia deteriora la vida de las personas y las estrategias de afrontamiento espiritual son habilidades propias del organismo que se activarían para coadyuvar los efectos de la enfermedad, pues se ha señalado que las estrategias de afrontamiento pueden incidir en la calidad de vida (Cohen et al., 2011; Holubova et al., 2015; Nolan et al., 2012).

Hubo una frecuencia media en el uso de estrategias de tipo religioso. Este resultado es contrario a otras investigaciones, desarrolladas en Singapur y Turquía, que reportaron puntajes más altos respecto a las estrategias religiosas (Roystonn et al., 2021; Yigitoglu y Keskin, 2020). Téngase en cuenta que un sistema de creencias espiritual, religioso o personal sólido tiene asociación con estrategias de afrontamiento activas y adaptativas en esquizofrenia (Shah et al., 2011a).

Las estrategias de tipo religioso utilizadas con mayor frecuencia fueron: confío en Dios o en un poder superior con la esperanza de que las cosas van a mejorar, practico oraciones cuando estoy solo y mantengo una relación con Dios o un poder superior porque me da fuerza y esperanza. Aquellas empleadas con menor frecuencia fueron: utilizo objetos o símbolos religiosos o espirituales y leo textos de inspiración religiosa o espiritual. En un estudio realizado en Nigeria se señalaron las mismas estrategias empleadas mayormente, al igual que en este trabajo. Pero difirieron en la estrategia utilizada en menor medida, para estos autores fue, recibir la comunión (Mume y Ilesanmi, 2017). Téngase en cuenta el valor que tendría la oración, desde una actitud de afrontamiento para las personas que poseen un diagnóstico de esquizofrenia.

Hubo una frecuencia alta en el uso de estrategias de tipo no religioso. Considérese lo planteado sobre la religión y la espiritualidad, estos datos muestran que los participantes, en la práctica se mostraron más espirituales que religiosos, a pesar de que la mayoría se identificó con una institución religiosa como la católica, por ejemplo. En este sentido, habría un mayor desarrollo de la dimensión horizontal (Streib y Hood, 2016; Williamson y Ahmad, 2019).

Las estrategias de tipo no religioso utilizadas con mayor frecuencia fueron: acepto la situación actual de mi vida y encuentro propósitos para vivir con mi enfermedad. Este dato es contrario al expuesto en el trabajo desarrollado en Nigeria que indicó que la estrategia vivir día a día con la esperanza de que las cosas van a mejorar fue la estrategia no religiosa utilizada con mayor frecuencia (Mume y Ilesanmi, 2017). Esta diferencia debe considerar la notoria función psico-emocional que cumpliría la estrategia aceptar la situación en los participantes, que son personas que experimentan una enfermedad de carácter crónico.

Las mujeres emplearon con mayor frecuencia las estrategias religiosas en tanto que los hombres emplearon estas estrategias en menor medida. Este dato indica que las participantes se relacionarían, emocionalmente de manera más profunda con la representación Dios. Aparentemente, en este grupo el sistema religioso estaría más consolidado (Bernal, 2018).

Las personas que tenían pareja sentimental puntuaron más alto en el uso de estrategias no religiosas mientras que los participantes que no realizaban una actividad remunerada presentaron un puntaje más bajo. En este trabajo, aparentemente, la pareja sentimental posibilitaría el desarrollo de la dimensión horizontal de la espiritualidad que facilita la interacción con uno mismo y con los otros (Baldacchino, 2002; Bellido et al., 2020; Puche y Botella, 2020; Streib y Hood, 2016; Williamson y Ahmad, 2019).

En las estrategias espirituales las personas con pareja sentimental presentaron un puntaje más alto y los participantes que no realizaban una actividad remunerada, mostraron la puntuación más baja. Este dato indicaría que los participantes con interacciones sentimentales se encuentran más abiertos para las interacciones grupales y también tendrían una visión más positiva de su realidad. En relación con esto, la pareja sentimental actuaría, al igual que la familia, como un factor de apoyo en el desarrollo de la habilidad para formar parte de una comunidad y tener actividad social (Hasan y Tumah, 2018; Hernandez et al., 2018).

El nivel total de calidad de vida fue alto. Este resultado es similar a los hallazgos de un estudio realizado en Singapur (Roystonn et al., 2021) y en una revisión sistemática (Hoseinipalangi et al., 2021). Sin embargo, difiere de lo enunciado en un trabajo realizado en países de América Latina, que indicó un nivel medio (Caqueo-Urizar, et al., 2015), en tanto que en Nigeria (Ogundare et al., 2021), Francia (Hoertel et al., 2020) y Brasil (Machado et al., 2021), la mayoría de los participantes tenían una baja calidad de vida. Es preciso recordar que las personas que fueron parte de este estudio, al momento del levantamiento de información se encontraban estables clínicamente y recibían tratamiento tanto psiquiátrico como psicológico, lo que influiría en la percepción de su calidad de vida.

La subescala de calidad de vida física y psicológica presentó un nivel alto, en tanto que la existencial y la social, un nivel medio. De las cuatro subescalas, la psicológica presentó una cifra más elevada, mientras que la social puntuó más bajo. El dato de la subescala social con los valores más bajos concuerdan con los resultados de los estudios desarrollados en Irán (Moslehi et al., 2015) y en Etiopia (Desalegn et al., 2020) que mencionaron niveles bajos. Aunque en este trabajo no representa un nivel bajo, si deja ver que fue la dimensión menos puntuada, por lo que en las personas indagadas se experimentaría cierto deterioro en el apoyo y en las relaciones interpersonales.

Según las variables sociodemográficas, el puntaje más elevado se encontró en las personas que informaron tener una pareja sentimental y el más bajo, en las mujeres. Este último resultado se confirmó en los resultados del trabajo ejecutado en América Latina, en el que ser mujer se asoció con un bajo nivel de calidad de vida (Caqueo-Urizar et al., 2015). Pero, en el estudio llevado a cabo, en Alemania, los hombres tenían valores más altos (Stentzel et al., 2021), y en Jordania, fue el sexo masculino el que tuvo una correlación negativa con la calidad de vida (Hasan y Tumah, 2019) y en China, no se señalaron diferencias significativas entre los géneros en todos los dominios de calidad de vida (Peng et al. (2020).

En la calidad de vida total, según variables sociodemográficas, se encontró un nivel alto, a pesar de ello el puntaje más elevado fue para las personas que tenían pareja sentimental y el más bajo, para quienes no tenían pareja. Estos hallazgos difieren de lo encontrado en Jordania, pues la calidad de vida presentó una correlación negativa con la variable estar casado (Hasan y Tumah, 2019). Lo expuesto resalta la importancia que tiene la pareja sentimental en la percepción de la calidad de vida de los participantes de este estudio.

El nivel de calidad de vida medio y alto fue más frecuente en las personas con tendencia a usar estrategias de afrontamiento espirituales. Otras investigaciones refieren que las experiencias espirituales o religiosas de una persona aportan a la calidad de vida, situación que sucede también en personas con esquizofrenia (Cohen et al., 2011; Holubova et al., 2015; Nolan et al., 2012; Roystonn et al., 2021; Shah et al., 2011b). En tal sentido, la religión y la espiritualidad actuarían como factores de protección (Oman y Lukoff, 2018; Plantz, 2018), que ayudarían a un mejor funcionamiento (Esan y Lawal, 2021) y a hacer frente a situaciones conflictivas vinculadas con la enfermedad (Das et al., 2018).

Para futuras investigaciones se recomienda ampliar los criterios como, por ejemplo: espectro de la esquizofrenia que incluye el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante para desarrollar estudios con un mayor número de participantes para que los hallazgos puedan ser generalizados. Analizar otras variables en próximos estudios, por ejemplo, el sistema de creencias religioso-espiritual para entender si esta variable es un factor de riesgo que predispone el desarrollo de una patología o si constituye un factor de protección ante los sucesos adversos. Explorar factores relacionados en los familiares cercanos de personas con enfermedades mentales, por ejemplo, el burnout, el afrontamiento y el estrés. Generar campañas dirigidas para la ciudadanía en general, por parte de profesionales y estudiantes de psicología, psiquiatría y medicina con el objetivo de proporcionar información sobre las enfermedades mentales y generar sensibilización en la población cuencana.

CONCLUSIONES

Las personas con esquizofrenia que fueron parte de este estudio mostraron una frecuencia media en el uso de estrategias de afrontamiento espiritual, las de tipo no religioso fueron utilizadas con mayor frecuencia que las religiosas. La espiritualidad actúa como un factor de protección que posibilita el desarrollo de destrezas para hacer frente a eventos adversos como la enfermedad.

En relación a las variables sociodemográficas, las mujeres emplearon con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de tipo religioso y quienes tenían pareja sentimental usaban principalmente estrategias de tipo no religioso. En el contexto cuencano las mujeres serían más cercanas a las prácticas religiosas por un mayor sentimiento de comunidad, introyectado desde los primeros años de vida. El vínculo emocional con otra persona puede adquirir un matiz espiritual y asociarse a prácticas no religiosas basadas en la interacción.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia fueron: yo confío en Dios o en un poder superior con la esperanza de que las cosas van a mejorar, practico oraciones cuando estoy solo y mantengo una relación con Dios o un poder superior porque me da fuerza y esperanza, estas corresponden a las de tipo religioso. Y las estrategias como: acepto la situación actual de mi vida y encuentro propósitos para vivir con mi enfermedad, que integran el factor no religioso.

Los participantes pertenecen a una sociedad en donde culturalmente se asume a la divinidad como un Dios, con la capacidad para crear el mundo y a la especie humana, en los pueblos de occidente se ha atribuido una representación patriarcal a esta figura. Cuando las personas enferman se hace más notoria la vulnerabilidad del ser humano, así, se activaría la fe (intensión emotiva) en un poder superior benevolente que provee refugio y protección. Las estrategias no religiosas relativas a la aceptación y a encontrar propósitos, permitirían a las personas analizadas adentrarse en la búsqueda espiritual de las respuestas últimas de la existencia.

La percepción del nivel total de la calidad de vida de los participantes de esta investigación fue alto, al igual que en la subescala física y psicológica, en tanto que la subescala existencial y social puntuaron con un nivel medio, este último dominio presentó el puntaje más bajo. Nótese que la esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que deteriora el funcionamiento en uno o más ámbitos en los que se desarrolla la persona. En este caso, pese a que percibieron un nivel alto en la calidad de vida total, se evidencia que el ámbito social muestra cierto deterioro. El puntaje bajo en la subescala social se entiende desde las consecuencias que producen los síntomas de la enfermedad.

Se evidencia, además, que al experimentar una enfermedad crónica se verían alterados componentes del dominio existencial, debido a que fenomenológicamente, el sufrimiento inherente a la vida humana es más palpable en momentos de crisis.

Respecto a las variables sociodemográficas, las personas que informaron tener una pareja sentimental, percibieron un nivel más elevado en la calidad de vida total, así como en la dimensión física, psicológica y existencial y quienes no realizaban una actividad remunerada, presentaron un puntaje más alto en la dimensión social. Se conoce que la pareja sentimental es un factor importante en el bienestar subjetivo de las personas, en los participantes de este estudio la pareja, aparentemente, desempeñó un rol positivo en la percepción de la calidad de vida.

El nivel de calidad de vida medio y alto fue más frecuente en las personas con tendencia a usar estrategias de afrontamiento espirituales. A este respecto, factores como la religión y la espiritualidad pueden actuar como factores de protección.

Se debe recordar que este trabajo, por el tipo de alcance, proporcionó resultados de tipo descriptivo y por tanto, no es posible establecer si las diferencias entre los puntajes según la variable sociodemográfica sexo de los participantes, pareja sentimental y actividad remunerada, muestran una diferencia estadísticamente significativa.

A partir de la revisión bibliográfica efectuada para este estudio, se evidencia que la investigación en torno a la esquizofrenia, durante los últimos años se ha venido desarrollando mayormente en países anglosajones. Finalmente, en escenarios de la Psicología Clínica y la Psiquiatría de Cuenca se deben desarrollar procesos holísticos de evaluación, puesto que las personas con enfermedades constituyen un sistema bio-psico-socio-espiritual que se encuentran en contaste interacción con elementos históricos, culturales, económicos y políticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albers, G., Echteld, M., De Vet, H., Onwuteaka-Philipsen, B., Van Der Linden, M., & Deliens, L. (2010). Content and Spiritual Items of Quality-of-Life Instruments Appropriate for Use in Palliative Care: A Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 290–300. <https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2009.12.012>
- Amadi, K., Aguocha, C., Attama, M., Onu, J., Odinka, P., Nduanya, C., ... Ndukuba, A. (2021). Religiosity and treatment adherence among out-patients with schizophrenia. *Mental Health, Religion & Culture*, 24(5), 493–503. <https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1826916>
- Anderson-Schmidt, H., Gade, K., Malzahn, D., Papiol, S., Budde, M., Heilbronner, U., ... Schulze, T. (2019). The influence of religious activity and polygenic schizophrenia risk on religious delusions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 210, 255–261. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2018.12.025>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5^{ta} ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bai, W., Liu, Z., Jiang, Y., Zhang, Q., Rao, W., Cheung, T., ... Xiang, Y. (2021). Worldwide prevalence of suicidal ideation and suicide plan among people with schizophrenia: a meta-analysis and systematic review of epidemiological surveys. *Translational psychiatry*, 11(1), 552. <https://doi.org/10.1038/S41398-021-01671-6>
- Baldacchino, D. (2002). *Spiritual coping of maltese patients with first acute myocardial infarction: a longitudinal study* [tesis de doctorado]. <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.272012>

- Baldacchino, D, & Buhagiar, A. (2003). Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 558–570. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02659.x>
- Baldacchino, D, & Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 833–841. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01814.x>
- Baldacchino, Donia. (2017). Spirituality in the Healthcare Workplace. *Religions*, 8(12), 260–270. <https://doi.org/10.3390/REL8120260>
- Batinic, B. (2019). Cognitive models of positive and negative symptoms of schizophrenia and implications for treatment. *Psychiatria Danubina*, 31(2), 181–184.
- Bellido, N., Joleanes, Y., & Agudelo, M. (2020). Vista de educación emocional y espiritual: un Desafío para la escuela del siglo XXI. *CEDOTIC Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación*, 5(2), 34–55. <https://acortar.link/78uZb1>
- Bernal, L. (2018). Adaptación y Validación Psicométrica de la Escala Estrategias de Afrontamiento Espiritual en Cuenca-Ecuador. *Revista médica HJCA*, 10(3), 228–234. <https://doi.org/10.14410/2018.10.3.ao.37>
- Bueno-Antequera, J., & Munguía-Izquierdo, D. (2020). Exercise and Schizophrenia. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1228, 317–332. doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_21
- Caqueo-Úrizar, A., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, D. (2015). Religion involvement and quality of life in patients with schizophrenia in Latin America. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(4), 521–528. <https://doi.org/10.1007/S00127-015-1156-5>
- Cohen, C., Hassamal, S., & Begum, N. (2011). General coping strategies and their impact on quality of life in older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 127(1–3), 223–228. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2010.12.023>
- Cohen, S., Mount, B., Tomas, J., & Mount, L. (1996). Existential well-being is an important determinant of quality of life: Evidence from the McGill Quality of Life Questionnaire. *American Cancer Society*, 77(3), 576–586. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19960201\)77:3<576::AID-CNCR22>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19960201)77:3<576::AID-CNCR22>3.0.CO;2-0)
- Cohen, S. R., Leis, A., Kuhl, D., Charbonneau, C., Ritvo, P., & Ashbury, F. (2006). QOLTI-F: measuring family carer quality of life. *Palliative Medicine*, 20(8), 755–767. <https://doi.org/10.1177/0269216306072>
- Cohen, S. R., Mount, B., Bruera, E., Provost, M., Rowe, J., & Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: A multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine*, 11(1), 3–20. <https://doi.org/10.1177/026921639701100102>
- Cohen, S., Russell, L., Leis, A., Shahidi, J., Porterfield, P., Kuhl, D. R., ... Sawatzky, R. (2019). More comprehensively measuring quality of life in life-threatening illness: The McGill Quality of Life Questionnaire - Expanded. *BMC Palliative Care*, 18(92), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12904-019-0473-Y/TABLES/5>
- Cohen, S., Sawatzky, R., Russell, L., Shahidi, J., Heyland, D., & Gadermann, A. (2016). Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire-Revised. *Palliative Medicine*, 31(2), 120–129. <https://doi.org/10.1177/0269216316659603>
- Das, S., Punnoose, V., Doval, N., & Nair, V. (2018). Spirituality, religiousness and coping in patients with schizophrenia: A cross sectional study in a tertiary care hospital. *Psychiatry Research*, 265, 238–243. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.04.030>
- Desalegn, D., Girma, S., & Abdeta, T. (2020). Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: A hospital-

- based cross-sectional study. *PloS one*, 15(2), 1–15. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0229514>
- Esan, O., & Lawal, K. (2021). Spirituality and Suicidality Among Patients with Schizophrenia: A Cross-sectional Study from Nigeria. *Journal of Religion and Health* 2021, 60(4), 2547–2559. <https://doi.org/10.1007/S10943-021-01244-3>
 - Grover, S., Davuluri, T., & Chakrabarti, S. (2014). Religion, Spirituality, and Schizophrenia: A Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 119–124. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.130962>
 - Haraldstad, K., Wahl, A., Andenaes, R., Andersen, J., Andersen, M., Beisland, E., ... Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 28, 2641–2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
 - Hasan, A. A., & Tumah, H. (2019). Determinants of quality of life among people diagnosed with schizophrenia at outpatient clinics. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 30–39. <https://doi.org/10.1111/PPC.12278>
 - Hasan, A., & Tumah, H. (2018). The correlation between the quality of life and clinical variables among outpatients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care - Wiley Online Library*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.09.062>
 - Hernández, M., Barrio, C., Gaona, L., Helu-Brown, P., Hai, A., & Lim, C. (2018). Hope and Schizophrenia in the Latino Family Context. *Community Mental Health Journal*, 55(1), 42–50. <https://doi.org/10.1007/S10597-018-0354-5>
 - Hoertel, N., Rotenberg, L., Blanco, C., Camus, V., Dubertret, C., Charlot, V., ... CSA Study Group, G. (2020). A comprehensive model of predictors of quality of life in older adults with schizophrenia: results from the CSA study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(8), 1411–1425. <https://doi.org/10.1007/S00127-020-01880-2>
 - Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Kamaradova, D., Ociskova, M., Latalova, K., & Gramball, A. (2015). Neuropsychiatric Disease and Treatment Dovepress coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 3041–3048. <https://doi.org/10.2147/NDT.S96559>
 - Hoseinipalangi, Z., Golmohammadi, Z., Rafiei, S., Pashazadeh Kan, F., Hosseinifard, H., Rezaei, S., ... Ghashghaee, A. (2021). Global health-related quality of life in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1–9. <https://doi.org/10.1136/BMJSPCARE-2021-002936>
 - Koenig, H., McCullough, M., & Larson, D. (2001). *Handbook of religion and health: a century of research revised*. University Press.
 - Machado, F., Soares, M., Francisquini, P., Villar, M., & Martins, J. (2021). Factors related to psychological impairment and quality of life in patients with schizophrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(5), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0060>
 - McCaffrey, N., Bradley, S., Ratcliffe, J., & Currow, D. (2016). What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients' Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(2), 318–328. <https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2016.02.012>
 - McCutcheon, R., Reis, T., & Howes, O. (2020). Schizophrenia-An Overview. *JAMA psychiatry*, 77(2), 201–210. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2019.3360>
 - Mohr, S., Perroud, N., Gillieron, C., Brandt, P. Y., Rieben, I., Borrás, L., & Huguelet, P. (2011). Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 186(2–3), 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.012>

- Moslehi, S., Atefimanesh, P., & Asgharnejad, A. (2015). The relationship between problem-focused coping strategies and quality of life in schizophrenic patients. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(288), 2–7. <http://mjiri.iums.ac.ir>
- Mume, C., & Ilesanmi, O. (2017). Validation of spiritual coping strategies scale for clinical research in Nigeria. *Paripex-Indian Journal of Research*, 6(8), 47–51. <https://acortar.link/1wkVzi>
- Nolan, J., McEvoy, J., Koenig, H., Hooten, E., Whetten, K., & Pieper, C. (2012). Religious Coping and Quality of Life Among Individuals Living With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 63(10), 1051–1054. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.1012>.
- Ogundare, T., Onifade, P., Ogundapo, 'Deji, Ghebrehwet, S., Borba, C., & Henderson, D. (2021). Relationship between quality of life and social integration among patients with schizophrenia attending a Nigerian tertiary hospital. *Quality of Life Research*, 30(6), 1665–1674. <https://doi.org/10.1007/S11136-021-02764-X>
- Oman, D., & Lukoff, D. (2018). Mental Health, Religion, and Spirituality. En Oman. D (Ed.), *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health. Religion, Spirituality and Health: A Social Scientific Approach* (2 vol, 225–243). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3_13
- Peng, X., Wang, S., Bi, J., You, L., Zhou, Z., Tan, W., ... Liu, T. (2020). Gender differences in socio-demographics, clinical characteristic and quality of life in patients with schizophrenia: A community-based study in Shenzhen. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(2), 1–8. <https://doi.org/10.1111/APPY.12446>
- Plantz, A. (2018). Schizophrenia and Spirituality: A Paradigm Shift. *Praxis: Where Reflection & Practice Meet*, 18, 36–42. https://www.luc.edu/media/lucedu/socialwork/pdfs/praxis/Volume18_Praxis_Final_Publication.pdf#page=36
- Puche, A., & Botella, L. (2020). Vista de Desarrollo Personal y Práctica Espiritual: Análisis Narrativo de Vivencias. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 57–83. doi.org/10.33898/rdp.v31i117.449
- Roystonn, K., Cetty, L., Jeyagurunathan, A., Devi, F., Abdin, E., Tan, S. T., ... Subramaniam, M. (2021). Quality of Life and Its Associations with Religiosity and Religious Coping among Outpatients with Psychosis in Singapore. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7200. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18137200>
- Sadeghifar, J., Bahadori, M., Baldacchino, D., Raadabadi, M., & Jafari, M. (2014). Relationship between Career Motivation and Perceived Spiritual Leadership in Health Professional Educators: A Correlational Study in Iran. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 145–154. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p145>
- Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., & Tyagi, S. (2011a). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*, 190(2–3), 200–205. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2011.07.034>
- Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., & Tyagi, S. (2011b). Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. *Quality of Life Research*, 20(7), 1053–1060. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9839-6>
- Silva, M., & Restrepo, D. (2019). Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(4), 252–260. <https://doi.org/10.1016/J.RCP.2017.08.004>
- Stentzel, U., Van den Berg, N., Moon, K., Schulze, L., Schulte, J., Langosch, J., ... Grabe, H. (2021). Telemedical care and quality of life in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 21(1), 318. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03318-8>

- Streib, H., & Hood, R. (2016). Understanding “Spirituality”—Conceptual Considerations. En J. R. Streib H., Hood (Ed.), *Semantics and Psychology of Spirituality* (3–17). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-21245-6_1
- Williamson, W., & Ahmad, A. (2019). The Bidirectional Spirituality Scale: Construction and initial evidence for validity. *Spiritual Psychology and Counseling*, 4, 7–23. <https://doi.org/10.12738/spc.2019.4.1.0057>
- Yigitoglu, G., & Keskin, G. (2020). Assessment of coping with stress in patients with Schizophrenia in a community mental health centre, in Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(12), 2168–2173. <https://doi.org/10.47391/JPA.075>