

## ARTÍCULO ORIGINAL

### Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado

### Spirituality and quality of life in patients with advanced cancer

Sofía Elizabeth Muñoz-Medina<sup>1,2</sup>, Claudia Isabel Hernández-Castillo<sup>1</sup>, Ricardo Sánchez-Pedraza<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., Colombia.

<sup>2</sup> Grupo de Investigación Clínica y Epidemiológica del Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia.

Fecha de sometimiento: 15/09/2022

Fecha de aceptación: 03/02/2023

Disponible en internet: 29/09/2023

#### Citación:

Muñoz-Medina SE, Hernández-Castillo CI, Sánchez-Pedraza R. Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado. Rev Col Cancerol. 2023;27(3):332-41. <https://doi.org/10.35509/01239015.914>

#### Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

#### Correspondencia:

Sofía Elizabeth Muñoz Medina

Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., Colombia. Grupo de Investigación Clínica y Epidemiológica del Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia

Correo electrónico: [semunozme@unal.edu.co](mailto:semunozme@unal.edu.co)

#### Abstract

**Objectives:** In patients with advanced-stage cancer, quality-of-life alterations are an important outcome to evaluate. It has been proposed that health interventions aimed at improving quality of life should be more effective, and spirituality may be related to it. This article aimed to determine factors related to spirituality and quality of life in patients with advanced cancer.

**Methods:** An observational cross-sectional study was carried out in patients with advanced cancer, applying the FACIT-Sp (Quality of Life Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being) scale. A multiple linear regression was developed with the score of the spirituality domains of the FACIT-Sp scale as the dependent variable, and the sociodemographic and clinical characteristics and the quality-of-life components of the FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) scale as explanatory variables.

**Results:** Among the 476 patients selected in the outpatient and chemotherapy services of the Instituto Nacional de Cancerología (INC), a median age of 61 years (IQR=15.5) was found, and the majority (65%) were from Bogotá. Separately, greater spirituality was associated with higher quality of life in patients (FACT-G scale), with a correlation of 0.58 ( $p < 0.001$ ). When reviewed together, greater spirituality was found in the female gender, in non-single patients, and in patients with a higher score on the FACT-G scale and in the domain of physical well-being.

**Conclusions:** Spirituality in patients with advanced cancer is positively correlated with female gender, having a partner, quality of life, and physical well-being.

**Keywords:** Spirituality, quality of life, neoplasm metastasis, neoplasms, surveys and questionnaires, needs assessment

#### Resumen

**Objetivos:** En los pacientes con cáncer en estado avanzado, la afectación de la calidad de vida es un resultado importante de evaluar. Se ha planteado que las intervenciones en salud destinadas a mejorar la calidad de vida sean más efectivas, y la espiritualidad se puede relacionar con esta. El objetivo fue determinar los factores relacionados con la espiritualidad y la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal en pacientes con cáncer avanzado, aplicando la escala FACIT-Sp (*Quality of life Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being*). Se desarrolló una

regresión lineal múltiple con la puntuación de los dominios de espiritualidad de la escala FACIT-Sp como variable dependiente y las características sociodemográficas, clínicas y los componentes de calidad de vida de la escala funcional general *Functional Assessment of Cancer Therapy - General* (FACT-G) como variables explicativas.

**Resultados:** Entre los 476 pacientes seleccionados en los servicios de consulta externa y quimioterapia del Instituto Nacional de Cancerología (INC) se encontró una mediana de edad de 61 años (RIC=15,5), la mayoría (65%) eran de Bogotá. De manera aislada, se encontró que, a mayor espiritualidad, mejor calidad de vida del paciente (escala FACT-G), con una correlación de 0,58 ( $p<0,001$ ), y cuando se revisaron en conjunto, se evidenció una mayor espiritualidad en el género femenino, en no soltero(a), y en puntajes mayores en la escala general de calidad de vida (FACT-G) y en el dominio de bienestar físico.

**Conclusiones:** La espiritualidad en pacientes con cáncer avanzado se correlaciona positivamente con el género femenino, tener pareja, la calidad de vida y con el bienestar físico.

**Palabras clave:** espiritualidad, calidad de vida, metástasis de la neoplasia, neoplasias, encuestas y cuestionarios, evaluación de necesidades

## Introducción

Las personas con diagnóstico de cáncer avanzado frecuentemente experimentan miedo, angustia, temor, depresión y aislamiento, lo que puede afectar la salud física y emocional (1-3). Recientemente, la investigación oncológica ha identificado que además del diagnóstico y el tratamiento, los aspectos psicológicos y sociales son relevantes en el escenario clínico por su influencia en el concepto de *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS) (4,5). Este concepto permite evaluar la percepción de los pacientes acerca de los efectos de la enfermedad y los tratamientos en los aspectos físicos, psicológicos, económicos, espirituales y sociales de la vida (6,7), por lo que es relevante la evaluación de la CVRS en los pacientes con cáncer avanzado, tanto como la supervivencia (8,9).

En los últimos años, la *espiritualidad* ha empezado a cobrar importancia en el cuidado de los pacientes, pues al proporcionar herramientas como la *esperanza*, el afrontamiento de la enfermedad oncológica se relaciona positivamente con la *calidad de vida* y también con la toma de decisiones durante las diferentes etapas de la enfermedad y al final de la vida (10). Diversos estudios han evidenciado que el apoyo médico espiritual contribuye a la *calidad de vida*, a pesar de que algunos pacientes pueden considerar su enfermedad como un sufrimiento espiritual o “castigo de Dios”, aspecto que resalta la necesidad de que en las instituciones de salud se les brinde apoyo y orientación adecuados sobre aspectos espirituales a los pacientes oncológicos (11).

El constructo (12) de la *espiritualidad* ha sido incorporado a la escala de *calidad de vida* FACIT-Sp (*Quality of life Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being*), utilizada en pacientes crónicos o con cáncer. Esta escala construye la definición de *espiritualidad* centrada

en el *significado o sentido de la vida* refiriéndose al *propósito de vida*, el *logro de la paz y trascendencia*, incluyendo la *fe* como una creencia en algo externo con poder trascendente, sin que se relacione con el constructo de religiosidad al no medir su pertenencia a un credo o su participación en rituales (13-15).

Entre las diferentes escalas que se han usado para “medir” la CVRS, las más utilizadas son la *escala de calidad de vida en general* (FACT-G) y la FACIT-Sp ya referida (14-19). La escala FACT-G (por sus siglas en inglés de *Functional Assessment of Cancer Therapy-General*) —validada para su uso en diferentes países de Latinoamérica— corresponde a la evaluación funcional de la terapia ofrecida a enfermedades crónicas incluido el cáncer; esta genera un reporte de propiedades psicométricas adecuadas para la medición de CVRS en población oncológica: evalúa el *estado físico general de salud* (PWB, por sus siglas en inglés) con 7 ítems; el *bienestar social* (SWB, por sus siglas en inglés) con 7 ítems; el *bienestar emocional* (EPW, por sus siglas en inglés) con 6 ítems y el *bienestar funcional* (FWB, por sus siglas en inglés) con 7 ítems. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta tipo Likert, cuyos resultados de las 4 propiedades psicométricas son sumados para obtener un resultado general de la escala, donde un mayor puntaje total de la escala indica una mejor *calidad de vida* (14,20-23). En Colombia se encontró una adecuada consistencia interna y confiabilidad test-retest con este instrumento (Alpha de Cronbach=0,8 y concordancia y correlación de Lin entre 0,64 y 0,76) (20,22).

La escala FACIT-Sp, creada posteriormente, incluyó los mismos dominios de la escala FACT-G y adicionó 12 ítems con las mismas opciones de respuesta para la evaluación de la *espiritualidad*, esta última compuesta por una estructura de tres factores, dominios o componentes: “Significado”, “Paz” y “Fe”. El factor Significado/Paz se divide en el

“Significado” (sentido y propósito que se le da a la vida) de tipo cognitivo y el de “Paz” de tipo afectivo, mientras la “Fe” se refiere a la relación entre la fe y el afrontamiento de la enfermedad. En Colombia esta escala se validó en pacientes con cáncer, evidenciando una adecuada consistencia interna para estos dominios (Alpha de Cronbach=0,89 para el total de la escala y 0,80 para el dominio de *bienestar espiritual*); se observó un mejor ajuste al incluir los tres dominios (como en la escala original) a diferencia de solo dos dominios (14).

El objetivo de esta investigación fue determinar los factores relacionados con la *espiritualidad* y la *calidad de vida* en pacientes con cáncer avanzado atendidos en una institución de salud de Bogotá.

## Metodología

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, prospectivo, en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) en Bogotá, entre julio de 2019 y junio de 2020. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con cáncer avanzado, cuyas historias clínicas informaran metástasis (estadio IV) según la clasificación TNM (Tumor, Número de ganglios y Metástasis) o la definición del *National Cancer Institute (NCI)* —aquel que se ha diseminado a otras partes del cuerpo o que no se le puede ofrecer tratamiento curativo (24)—, independientemente del tiempo de diagnóstico y la extensión de la enfermedad.

Se excluyeron los pacientes con alteraciones sensoriales o cognitivas que no permitieran utilizar los instrumentos de medición y los que no aceptaron participar. Este estudio hizo parte del proyecto de investigación de sobrecarga en cuidadores de pacientes con cáncer avanzado, e incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado que respondieron una encuesta y las escalas FACT-G y FACIT-Sp. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones (CEI) del Instituto Nacional de Cancerología (INC) en la sesión del 25 de julio de 2018, Acta N° 026 de 2018.

La muestra se seleccionó mediante consulta de la historia clínica de pacientes programados para consulta externa, cuidados paliativos o quimioterapia en el INC. Una vez verificados los criterios de inclusión —revisando los códigos CIE10 y la clasificación TNM y/o estadificación grado IV correspondiente a cáncer con metástasis—, uno de los investigadores se contactó telefónica o

personalmente con los pacientes, les explicó los objetivos, los beneficios y los riesgos de participar, con el fin de contar con su consentimiento verbal. De manera presencial se aplicó el formato de recolección de datos que contenía preguntas sociodemográficas y clínicas (edad, género, nivel de escolaridad, procedencia, ocupación, estado civil, estrato socioeconómico, fecha de diagnóstico, tratamiento y puntuación en la herramienta de funcionalidad de Karnofsky) (25) y posteriormente se aplicaron las escalas de *calidad de vida* general (FACT-G) y *bienestar espiritual* (FACIT-Sp).

## Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables independientes (datos sociodemográficos y clínicos) y luego se hizo el análisis de las dos escalas medidas con sus subcomponentes por separado. Para las variables continuas se utilizaron medias o medianas con sus respectivas medidas de dispersión: desviaciones estándar (DE) o rangos intercuartílicos (RIC), respectivamente, según la normalidad de los datos (Test Shapiro Wilk). Las variables categóricas se resumieron en forma de frecuencias absolutas y relativas.

Las variables independientes exploradas fueron: edad, género, escolaridad, procedencia, ocupación, estado civil, estrato socioeconómico, tipo de cáncer, tiempo desde el diagnóstico, puntaje de la escala de Karnofsky, puntaje de la escala FACT-G con sus dominios (*bienestar físico, bienestar social, bienestar emocional y bienestar funcional*) y tipo de tratamiento.

Se determinó la correlación de Spearman entre cada una de las variables independientes registradas, contra la escala general FACT-G, contra la escala FACIT-Sp, y contra cada uno de sus componentes. Posteriormente, se realizó la correlación de la escala FACT-G contra la escala FACIT-Sp y sus subcomponentes entre sí.

Finalmente, se hizo un análisis exploratorio de la posible relación entre las variables independientes registradas y el componente de *espiritualidad* de FACIT-SP y sus subcomponentes de “Significado”, “Paz” y “Fe” por medio de regresiones lineales múltiples.

Para las pruebas de hipótesis se utilizaron un nivel de significancia del 5% e hipótesis de dos colas.

Teniendo en cuenta el principio de parsimonia se intentó seleccionar el mejor modelo de regresión entre las variables sociodemográficas y clínicas de manera independiente y en conjunto, contra los puntajes de la escala general de *calidad de vida* (FACT-G), el componente de *espiritualidad* de la escala FACIT-Sp y con cada uno de sus subcomponentes “Significado”, “Paz” y “Fe”. Los modelos fueron valorados mediante el *Criterio de Información de Akaike* (AIC, por sus siglas en inglés), escogiendo el modelo con menor valor AIC, al representar un equilibrio entre la bondad de ajuste del modelo y la complejidad de este. Se verificó la validez de las mediciones correspondientes y se revisó la incorporación de las mediciones a los modelos, utilizando el método de regresión robusta, evaluando la colinealidad y estimando el *factor de inflación de varianza* (VIF, por sus siglas en inglés) (26,27).

Se verificaron correlaciones multivariadas para cada uno de los factores del componente *espiritualidad* de FACIT-Sp. El análisis de los datos se realizó empleando el *software* Stata versión 15 (StataCorp. Stata statistical software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC; 2017).

## Resultados

Fueron seleccionados y reclutados de manera consecutiva 476 pacientes con cáncer avanzado, entre julio de 2019 y junio de 2020, procedentes principalmente de Bogotá, con ligera predominancia del género femenino (57,8%), con una mediana de edad de 61 años (RIC=51,9-67,3); la mayoría (53,8%) con educación básica y media incompleta y solo una cuarta parte con bachillerato completo; el 77,7% no estaban activos laboralmente; la mayoría tenía algún tipo de pareja, incluyendo casados o en unión libre ( $n=292$ ; 61,3%). El 67,2% pertenecían a estratos socioeconómicos bajos (1 y 2). El tiempo de diagnóstico de cáncer avanzado presentó una mediana de 16,5 meses (RIC=6,0-45,5) teniendo un mínimo de 0 meses (7 días) y máximo de 206 meses. El cáncer de mama fue el más frecuente, seguido del cáncer colorrectal. Se encontraban en tratamiento con quimioterapia 71,6% ( $n=341$ ). En cuanto a la funcionalidad según la escala de Karnofsky, el 61,3% presentaban una actividad normal sin estar incapacitados (tabla 1).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes ( $n=476$ )

Características	n (%)
<b>Edad</b>	
Mediana (RIC)	61,2 (51,9-67,3)
<b>Género</b>	
Femenino	275 (57,8)
Masculino	201 (42,2)
<b>Escolaridad</b>	
No estudió	15 (3,2)
Primaria incompleta	79 (16,6)
Primaria completa	96 (20,2)
Bachillerato incompleto	81 (17,0)
Bachillerato completo	123 (25,8)
Educación superior	68 (14,3)
Posgrado	14 (2,9)
<b>Procedencia</b>	
Bogotá	309 (64,9)
Otro	167 (35,1)
<b>Ocupación</b>	
Empleado	43 (9,0)
Independiente	63 (13,2)
Jubilado	68 (14,3)
Hogar	107 (22,5)
Cesante	190 (39,9)
Estudiante	4 (0,8)
Religiosa	1 (0,2)
<b>Estado civil</b>	
Casado	180 (37,8)
Unión libre	112 (23,5)
Soltero	107 (22,5)
Viudo	37 (7,8)
Separado	39 (8,2)
Religioso	1 (0,2)
<b>Estrato socioeconómico</b>	
1	113 (23,7)
2	207 (43,5)
3	121 (25,4)
4	18 (3,8)
5	9 (1,9)
Sin dato	8 (1,7)
<b>Diagnóstico</b>	
Cáncer de mama	102 (21,4)
Cáncer colorrectal	87 (18,3)
Cáncer de próstata	56 (11,8)
Cáncer ginecológico (cuello uterino, ovario, endometrio)	52 (10,9)
Cáncer hematológico	41 (8,6)
Cáncer gástrico	37 (7,8)
Cáncer renal	11 (2,3)
Otros	90 (18,9)

Características	n (%)
<b>Tiempo de diagnóstico en meses</b>	
Mediana (RIC)	16,5 (6,0-45,5)
<b>Recibe tratamiento en el momento</b>	
469 (98,5)	
<b>Tipo de tratamiento</b>	
Quimioterapia	341 (71,6)
Radioterapia	91 (19,1)
Cirugía	208 (43,7)
Cuidado paliativo	178 (37,4)
Terapia dirigida	83 (17,4)
Terapia hormonal	60 (12,6)
<b>Escala de Karnofsky</b>	
Actividad normal. Sin evidencia de enfermedad (Puntaje: 100)	13 (2,7)
Actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad (Puntaje: 90)	161 (33,8)
Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad (Puntaje: 80)	118 (24,8)
Cuida de sí mismo, pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal (Puntaje: 70)	92 (19,3)
Necesita ayuda ocasional de otros, pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades (Puntaje: 60)	51 (10,7)
Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes (Puntaje: 50)	31 (6,5)
Incapacitado. Requiere cuidados especiales (Puntaje: 40)	10 (2,1)

RIC: rango intercuartílico (Q1-Q3).

Con respecto a la escala general de *calidad de vida* FACT-G, los pacientes mostraron una mediana de puntuación de 70 (RIC=59-81), mediana equivalente al 65% del total de la escala, con una puntuación mínima de 16 y máxima de 102 de 108 puntos posibles, siendo similares los puntajes entre los diferentes dominios. En cuanto a los componentes de la *espiritualidad*, se obtuvo una mediana de 38 (RIC=34-41) equivalente al 79,2% del total de la sumatoria del componente de *espiritualidad*, con una puntuación mínima de 8 y máxima de 48, encontrando también un porcentaje del 81,3% de la mediana obtenida del total de la escala para el subcomponente de “Significado”, y un 75,0% para los subcomponentes de “Paz” y de “Fe” (tabla 2).

Se determinó una correlación (lineal bivariable) de 0,58 ( $p<0,001$ ) entre el subcomponente de *espiritualidad* de la escala FACIT-Sp y la *calidad de vida* de la escala FACT-G, a la vez que una correlación positiva significativa, mayor en el dominio de “Paz” y FACT-G (0,61;  $p<0,001$ ) que en el dominio de “Fe” y FACT-G (0,36;  $p<0,001$ ).

Respecto a los componentes de la escala FACT-Sp, se encontró una menor correlación entre el componente de *espiritualidad* y sus tres subcomponentes con el de *bienestar físico* de *calidad de vida* (rango del coeficiente entre 0,190 y 0,307), correlación que fue mayor con el componente de *bienestar funcional* (rango del coeficiente entre 0,445 y 0,580), todos con un valor de  $p<0,001$ . Estos resultados, sin embargo, fueron menores a los obtenidos para las correlaciones entre los diferentes componentes de la escala FACT-G con el resultado total de esta escala, que evidenciaron correlación positiva en el rango de 0,585 a 0,844 ( $p<0,001$ ), menor en el componente de *bienestar social* y mayor en el componente de *bienestar funcional*.

Mediante una regresión lineal, se modeló el puntaje total del dominio de *espiritualidad* de la escala FACIT-Sp (como variable *dependiente*), utilizando las siguientes variables independientes: características sociodemográficas, clínicas, puntaje de la escala FACT-G total y puntaje de cada uno de sus dominios. Verificando el ajuste del modelo y estimando el VIF —menor de 10 en cada variable incluida—, las variables que mejor se correlacionaron en conjunto con el componente *espiritualidad* de FACIT-SP, de manera directamente proporcional, fueron el género femenino, no estar soltero (sin tener en cuenta su red de apoyo), mayor puntaje en la escala general de la *calidad de vida* (FACT-G) y un mayor puntaje en la dimensión del *bienestar físico* de FACIT-Sp ( $p<0,001$ ) (tabla 3).

Para cada uno de los factores del componente *espiritualidad* de FACIT-SP se encontraron las siguientes correlaciones multivariadas (tabla 3):

- “Significado”: un mayor puntaje en la escala FACT-G se correlacionó positivamente, en tanto que, la procedencia (Bogotá), el manejo con terapia dirigida, los meses desde el diagnóstico, los dominios de *bienestar físico* y *bienestar emocional* de la escala FACT-G, se encontraron correlacionados de manera negativa.
- “Paz”: la edad y la puntuación de la escala FACT-G se correlacionaron positivamente, mientras que la escolaridad (sin estudio) y el dominio de *bienestar físico* de la escala FACT-G se correlacionaron de manera negativa.
- “Fe”: el género femenino, recibir tratamiento, el dominio de *bienestar funcional* y el puntaje total de la escala FACT-G se correlacionaron positivamente; a diferencia del estado civil (soltero) y el *bienestar físico* de la escala FACT-G que se correlacionaron de manera negativa.

**Tabla 2.** Resultados de las puntuaciones de las escalas FACT-G y FACIT-Sp y sus dominios

Escala	Componentes	Mediana de puntaje obtenido (RIC)	Porcentaje de la mediana obtenida	Puntaje mínimo obtenido	Puntaje máximo obtenido	Puntaje máximo posible
FACT-G		70,0 (59-81)	64,8%	16	102	108
FACIT-Sp		107,5 (93-120)	68,9%	24	150	156
	Bienestar físico	18,5 (13-24)	66,1%	1	28	28
	Bienestar social	18,0 (15-21)	64,3%	4	28	28
	Bienestar emocional	18,0 (15-21)	75,0%	4	24	24
	Bienestar funcional	16,0 (12-20)	57,1%	1	28	28
	Espiritualidad	38,0 (34-41)	79,2%	8	48	48
	Subcomponente "Significado"	13,0 (12-14)	81,3%	1	16	16
	Subcomponente "Paz"	12,0 (10-13)	75,0%	1	16	16
	Subcomponente "Fe"	12,0 (12-14)	75,0%	3	16	16

RIC: rango intercuartílico (Q1-Q3)

**Tabla 3.** Resultados del modelo multivariado de correlación de cada uno de los dominios de *espiritualidad* considerados en la escala FACIT-Sp en pacientes con cáncer avanzado

Correlación multivariada	Variables independientes	Coficiente ( $\beta$ )	IC <sub>95%</sub> LI	IC <sub>95%</sub> LS	Valor p
Con el componente de <i>espiritualidad</i> de FACIT-Sp Valor p=0,000 Coficiente de determinación=0,48 AIC= 2784	Género femenino	1,10	0,24	1,94	0,01
	Estado civil (soltero)	-1,85	-2,85	-0,85	0
	Bienestar físico	-0,41	-0,52	-0,30	0
	Escala FACT-G	0,36	0,31	0,40	0
Del subcomponente "Significado" del componente <i>espiritualidad</i> de FACIT-Sp Valor p=0,000 Coficiente de determinación=0,44 AIC=1980	Procedencia (Bogotá)	-0,48	-0,85	-0,11	0,01
	Terapia dirigida	-0,41	-1,87	0,06	0
	Fecha de diagnóstico (meses)	0,00	-0,01	0,00	0,02
	Bienestar físico	-0,15	-0,20	-0,10	0
	Bienestar emocional	-0,69	-0,13	-0,01	0,02
Del subcomponente "Paz" del componente <i>espiritualidad</i> de FACIT-Sp Valor p=0,000 Coficiente de determinación=0,40 AIC=2017	Escala FACT-G	0,13	0,10	0,15	0
	Edad	0,02	0,00	0,03	0,01
	Escolaridad (sin estudio)	-0,15	-2,28	-0,02	0,03
	Bienestar físico	-0,17	-0,21	-0,12	0
Con el subcomponente "Fe" del componente <i>espiritualidad</i> de FACIT-Sp Valor p=0,000 Coficiente de determinación=0,43 AIC=2104	Escala FACT-G	0,16	0,14	0,18	0
	Género femenino	0,56	0,13	0,94	0,01
	Estado civil (soltero)	-0,48	-0,96	0,07	0,04
	Recibe tratamiento	1,63	0,02	3,42	0,04
	Bienestar físico	-0,11	-0,17	-0,06	0
	Bienestar funcional	0,05	-0,02	0,12	0,05
Escala FACT-G	0,08	0,05	0,11	0,00	

IC: Intervalo de confianza, LS: Límite superior, LI: Límite inferior, AIC: Criterio de Información de Akaike

## Discusión

Las características sociodemográficas y clínicas presentadas en el estudio son similares a la información documentada sobre cifras de cáncer en el país, en la que la mayoría son mujeres y los tipos de cáncer más frecuentes en ambos géneros son los de mama, colorrectal y de próstata (28). En este análisis se incluyeron pacientes con cáncer en estadio avanzado que de acuerdo con la definición del NCI tienen diseminación a otras partes o no tienen opciones curativas (por tanto, solo paliativas). Adicionalmente, estos pacientes en su mayoría fueron adultos mayores de 60 años (52,9%), con bachillerato completo o educación superior (40,1%), procedentes de Bogotá (64,9%), dedicados al hogar o cesantes (62,4%), casados (37,8%) y de estratos socioeconómicos bajos (67,2%), con un diagnóstico de cáncer avanzado desde los 7 días hasta 206 meses. Casi todos se encontraban en tratamiento (98,5%) y con una funcionalidad física que les permitía cuidar de sí mismos, a pesar de algunos síntomas de la enfermedad, de acuerdo con el puntaje de escala de Karnofsky (>70 puntos: 80,7%). Muchos de estos factores podrían tener influencia en el *bienestar físico* o *bienestar emocional* del paciente. Por ejemplo, se ha identificado que los pacientes que obtienen una puntuación menor o igual a 50 puntos en la escala de Karnofsky se relacionan con el desenlace fatal en menos de 6 meses (29); en este estudio, cerca del 8,6% de los pacientes evidenciaron este puntaje menor o igual a 50.

Es importante tener en cuenta la relación entre la *espiritualidad* y la *calidad de vida*. Se ha visto que los pacientes con cáncer avanzado pueden tener una afectación en la *calidad de vida* por su enfermedad y por otros factores de la vida diaria (30), por lo que la *espiritualidad* puede contribuir en el comportamiento social, mental y en la salud física de las personas (31). La *espiritualidad* es una dimensión única de los seres humanos que los distingue de los otros seres sobre la faz de la tierra. En este estudio se observó que los pacientes con cáncer avanzado mostraron niveles altos de *espiritualidad* (escala FACIT-Sp) y en sus tres factores (“Significado”, “Paz” y “Fe”), y se encontró que la *espiritualidad* aumentaba el puntaje total de la *calidad de vida* (14,20), lo que permite reconocer la relevancia de evaluar la relación entre la *calidad de vida* y la *espiritualidad* en los escenarios oncológicos.

Es necesario tener en cuenta que la *espiritualidad* y la religiosidad son conceptos teóricos diferentes (13): la religión se refiere a las prácticas y creencias de una comunidad que cree en una deidad (32),

mientras que la *espiritualidad* es multidimensional y se relaciona con la forma como las personas entienden su vida, buscan el sentido y propósito de vida, y la fe contribuye a ello (33,34). En contraste con los términos *religión* y *espiritualidad*, no se puede descartar que los pacientes relacionen la *espiritualidad* con la religión, ya que en los ítems del factor de “Fe” de la escala FACIT-Sp se pregunta por la fe o las creencias espirituales de cada paciente, sin excluir la posibilidad de interpretarla en términos de religión.

Diferentes estudios han determinado la relación entre la *calidad de vida* y el *bienestar espiritual*, en la que los factores de “Significado” y “Paz” fueron predictores de *calidad de vida* (35-37). En este estudio se encontró una correlación positiva entre la *espiritualidad* y los dominios con la *calidad de vida* de la escala FACIT-Sp (rango entre 0,36 y 0,61;  $p<0,001$ ), y se encontró que el *bienestar funcional* tuvo una correlación mayor mientras que el *bienestar físico*, una correlación menor. Por el contrario, en esta investigación se encontró que al evaluar la *calidad de vida* de los pacientes con la escala FACT-G las puntuaciones de *bienestar físico* se relacionaron directamente con la *calidad de vida* (Spearman=0,82;  $p<0,001$ ), es decir, a mayor *bienestar físico* mayor *calidad de vida* experimentada por el paciente.

De conformidad con lo anterior, un estudio realizado en Estados Unidos encontró que la *espiritualidad* fue un factor protector en la *calidad de vida* de pacientes negros con cáncer, sin embargo, no se encontró relación entre el *bienestar espiritual* y la *calidad de vida* cuando los pacientes experimentaban dolor, ya que estos pacientes presentaron menor *calidad de vida*, pero tuvieron puntajes más altos de *bienestar espiritual* (31). Así mismo, otro estudio con diseño transversal realizado en Medellín (Colombia) evidenció una correlación positiva y significativa del sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado con las dimensiones física, psicológica y espiritual, pero no con la social (38), similar a lo descrito en este estudio, en el que la menor correlación se tuvo en el dominio de *bienestar social* (Spearman=0,58;  $p<0,001$ ).

En el presente estudio se encontró una mediana en la escala de *espiritualidad* FACIT-SP de 38 (RIC=7), en la que la mayoría de los pacientes tuvieron puntuaciones altas. Las puntuaciones más altas, en el factor “Significado”, se obtuvieron para el ítem: “a mi vida le faltan sentido y propósito” (calificado inversamente), en el factor “Paz”, para el ítem: “tengo dificultades para conseguir paz mental” (calificado inversamente) y en el factor “Fe”, para

el ítem: “encuentro fuerza en mi fe o mis creencias espirituales”. Los ítems más bajos de la escala fueron: “me siento triste”, “disfruto con mis pasatiempos de siempre”, y “estoy satisfecho con mi *calidad de vida* actual”. Todos los resultados fueron mayores a lo reportado en la validación de la escala FACIT-Sp en Colombia, que tuvo en cuenta pacientes oncológicos en todos los estadios de cáncer (tanto tempranos como avanzados), con un promedio en la escala de *espiritualidad* FACIT-SP de 36,1 (DE=5,4) (14).

Las variables que mejor se correlacionaron con la *espiritualidad* fueron el género (las mujeres muestran mayor *espiritualidad*), el estado civil soltero (resultado negativo), el dominio de *bienestar físico* (resultado negativo) y el puntaje total de la escala FACT-G (resultado positivo). Los dominios de *bienestar funcional* (con tendencia positiva) y de *bienestar emocional* (con tendencia inversa) no se incluyeron en el modelo al no ser significativos y presentar un mayor AIC. En otros estudios, realizados en Colombia y en Perú, se identificaron la edad, el estado civil y el estado laboral como factores importantes para el *bienestar espiritual* y en estos países el factor religioso-espiritual ayudó a la *calidad de vida* en los pacientes oncológicos (13,39).

No hay muchos estudios que hayan evaluado los factores relacionados en cada componente de la *espiritualidad*, sin embargo, se ha mencionado que predomina el componente de “Fe”, estando relacionado con el factor religioso a pesar de las creencias de los pacientes (14,39). En este estudio no se evaluaron las creencias de los pacientes si no otros factores demográficos y clínicos, encontrando que para el subcomponente de “Significado” se correlacionaron como factores negativos la procedencia de Bogotá, el recibir terapia dirigida, tener una fecha mayor desde el diagnóstico, y los dominios de *bienestar físico* y *bienestar emocional* de la escala FACT-G, mientras que un mayor puntaje en la escala FACT-G se correlacionó como factor positivo. En el subcomponente de “Paz”, no tener escolaridad y el dominio de *bienestar físico* fueron factores negativos, mientras que una mayor edad y puntajes altos de la escala FACT-G fueron factores positivos. En el subcomponente de la “Fe”, el ser mujer, recibir tratamiento, el dominio de *bienestar funcional* y la escala FACT-G se relacionaron positivamente con la *espiritualidad*, mientras que el estar en unión libre y el *bienestar físico* fueron factores negativos.

En un estudio en pacientes con cáncer de mama realizado en Medellín (Colombia), la *calidad de vida* fue mejor en las mujeres que tenían un mayor nivel de escolaridad, estaban afiliadas al régimen contributivo en salud, tenían apoyo familiar y un nivel socioeconómico alto, a la vez que creencias personales tanto religiosas como espirituales que les permitían afrontar mejor la enfermedad. El nivel socioeconómico bajo y ser escépticas, fueron factores de riesgo para puntajes menores de *calidad de vida* (16).

Llaman la atención los resultados negativos obtenidos para los dominios de *bienestar físico* y *bienestar emocional*, en los que un mejor estado de *bienestar físico* y *bienestar emocional* se correlacionaron con un menor *bienestar espiritual*, y viceversa. Un estudio en pacientes con cáncer que recibían manejo con quimioterapia encontró una correlación negativa entre el *bienestar espiritual* y el *bienestar emocional* ( $p=0,019$ ) (40). Lo que puede representar que las personas con peores estados físico (incluyendo síntomas de dolor, náuseas, efectos secundarios del tratamiento) y emocional, se refugian en la *espiritualidad*.

Entre las limitaciones de este estudio se reconoce que al hacer la aplicación de la escala solo en un momento específico, y no en diferentes momentos, no es posible evaluar los cambios que se presentan en estos factores y cómo contribuyen con el cambio de la *espiritualidad*, sobre todo, cuando cambian los dominios de *bienestar físico* y *bienestar emocional*. Adicionalmente, algunas covariables no se lograron evaluar, entre ellas las comorbilidades de los pacientes y el nivel de dolor del paciente, esta última, así como el dominio de *bienestar físico*, capaces de influir en los resultados de *espiritualidad*. Este estudio no tuvo en cuenta la diferencia entre los conceptos de religión y *espiritualidad*, basándose solo en la *espiritualidad* al utilizar la escala FACT-Sp.

Se puede concluir que ciertos factores sociodemográficos y clínicos estarían asociados con la *espiritualidad* en pacientes con cáncer avanzado, el cual está relacionado con la *calidad de vida*. Estos factores se deben tener en cuenta en el manejo integral, al propender por una mejor *calidad de vida* de estos pacientes apoyados en la *espiritualidad*.

**Financiación:** Este proyecto fue financiado con recursos de inversión nación del Instituto Nacional de Cancerología, Colombia, entidad sin ánimo de lucro.

## Referencias

- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, *et al.* Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160-74. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- Higginson IJ, Costantini M. Dying with cancer, living well with advanced cancer. *Eur J Cancer.* 2008;44(10):1414-24. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.024>
- Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Leighl N, Rydall A, Rodin G, *et al.* Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ.* 2016;188(10):E217-27. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151171>
- Sanson-Fisher R, Fakes K, Waller A, Mackenzie L, Bryant J, Herrmann A. Assessing patient's experiences of cancer care across the treatment pathway: a mapping review of recent psychosocial cancer care publications. *Support Care Cancer.* 2019;27(6):1997-2006. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04740-1>
- Sitlinger A, Zafar SY. Health-related quality of life: The impact on morbidity and mortality. *Surg Oncol Clin N Am.* 2018;27(4):675-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30213412/>
- Karimi M, Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *Pharmacoeconomics.* 2016;34(7):645-9. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1383-94. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00116-o](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00116-o)
- Davis MP, Huy D. Quality of life in palliative care. *Expert Rev Qual Life Cancer Care.* 2017;2(6):293-302. <https://doi.org/10.1080/23809000.2017.1400911>
- Arrarás JI, Arias de la Vega F, Illarramendi JJ, Manterola A, Salgado E, Domínguez MA, *et al.* Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *An Sist Sanit Navar.* 2011;34(1):9-20. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000100002>
- Folkman S. Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology.* 2010;19(9):901-8. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Instituto Nacional del Cáncer. La espiritualidad en el tratamiento del cáncer (PDQ®)-Versión para pacientes [Internet]. 2020 [citado: 2022 ago 14]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pdq>
- Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2004 [citado: 2022 ago 15];6(3):302-18. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642004000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000300006&lng=en&nrm=iso)
- Sánchez R, Sierra F, Zárate K. ¿Son la religiosidad y la espiritualidad dimensiones diferentes? *Rev Colomb Cancerol.* 2014;18(2):62-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2014.04.002>
- Sierra Matamoros FA. Validación para la utilización en Colombia de la escala FACIT-Sp para evaluación de bienestar espiritual en pacientes con cáncer [tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20950>
- Agli O, Bailly N, Ferrand C. Validation of the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being (FACIT-Sp12) on French old people. *J Relig Health.* 2017;56(2):464-76. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0220-0>
- Salas C, Grisales H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2010;28(1):9-18. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9667>
- Vinaccia S, Quiceno JM, Zapata C, Obesso S, Quintero DC. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicol desde el Caribe.* 2006;18(1):89-108. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21301805.pdf>
- Gaviria AM, Vinaccia S, Riveros MF, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicol desde el Caribe.* 2007;20(1):50-75. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2441>
- Payán EC, Vinaccia S, Quiceno JM. Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. *Acta Colomb Psicol.* 2011;14(2):79-89. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552011000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552011000200008&lng=en&nrm=iso)
- Sánchez R, Ballesteros M, Arnold BJ. Validation of the FACT-G scale for evaluating quality of life in cancer patients in Colombia. *Qual Life Res.* 2011;20(1):19-29. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9727-0>
- Cramarossa G, Chow E, Zhang L, Bedard G, Zeng L, Sahgal A, *et al.* Predictive factors for overall quality of life in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2013;21(6):1709-16. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1717-7>
- Valdelamar J, Valdelamar A, Fontibón L, Acosta L, Sánchez R. Comparación de las escalas EQ-5D y FACT-G en la evaluación de la calidad de vida en pacientes colombianos con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2015;33(3):413-21. <https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.04>
- Albers G, Echteld MA, De Vet HC, Onwuteaka-Philipsen BD, Van Der Linden MH, Deliëns L. Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: A systematic review. *Palliat Med.* 2010;24(1):17-37. <https://doi.org/10.1177/0269216309346593>
- National Cancer Institute. Cancer staging [Internet]. NIH. 2022 [citado: 2022 nov. 24]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>
- Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En: MacLeod CM. Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press; 1949. 196 p.
- Sosa JC, Díaz LG. Estimación de las componentes de un modelo de coeficientes dinámicos mediante las ecuaciones de estimación generalizadas. *Rev Colomb Estad.* 2010;33(1):89-109. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-17512010000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-17512010000100006&lng=en&nrm=iso)

27. Chatterjee S, Hadi AS. Regression analysis by example. 5th. Ed. John Wiley & Sons; 2012. 1-421 p.
28. The Global Cancer Observatory. Colombia Source: Globocan. 2018. [citado: 2022 ago 11]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheets.pdf>
29. Reuben DB, Mor V, Hiris J. Clinical symptoms and length of survival in patients with terminal cancer. *Arch Intern Med.* 1988;148(7):1586-91. <https://doi.org/10.1001/archinte.1988.00380070082020>
30. Frost MH, Sloan JA. Quality of life measurements: A soft outcome - Or is it? *Am J Manag Care.* 2002;8(18 SUP):574-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12512981/>
31. Bai J, Brubaker A, Meghami S, Brunner D, Yeager K. Spirituality and quality of life in black patients with cancer pain. *J Pain Symptom Manag.* 2018;56(3): 390-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.020>
32. Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist.* 2002;42(3):24-33. [https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl\\_3.24](https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24)
33. Muldoon M, King N. Spirituality, health care, and bioethics. *J Relig Health.* 1995;34(4):329-49. <https://doi.org/10.1007/BF02248742>
34. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2002;10(4):272-80. <https://doi.org/10.1007/s005200100289>
35. Dapuelto JJ, Servente L, Francolino C, Hahn EA. Determinants of quality of life in patients with cancer. *Cancer.* 2005;103(5):1072-81. <https://doi.org/10.1002/cncr.20870>
36. Lazenby M, Khatib J, Al-Khair F, Neamat M. Psychometric properties of the functional assessment of chronic illness therapy--spiritual well-being (FACIT-Sp) in an Arabic-speaking, predominantly Muslim population. *Psychooncology.* 2013;22(1):220-7. <https://doi.org/10.1002/pon.2062>
37. Whitford HS, Olver IN. The multidimensionality of spiritual wellbeing: peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. *Psychooncology.* 2012;21(6):602-10. <https://doi.org/10.1002/pon.1937>
38. Krikorian A, Limonero JT. Factores asociados a la experiencia de sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. *Av en Psicol Latinoam.* 2015;33(3):423-38. <http://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.05>
39. Pedraz-Petrozzi B, Mendoza-Saldaña JD, Altamirano-Quiroz A, Saldivar-Ampuero G, Pilco-Inga J, Pando-Alvarez F, et al. Aspectos psico-espirituales medidos con la FACIT-Sp en pacientes con cáncer estadio IV. *Rev Neuropsiquiatr.* 2020;83(1):5-14. <http://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3681>
40. Zare A, Bahia NJ, Eidy F, Adib N, Sedighe F. The relationship between spiritual well-being, mental health, and quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. *J Family Med Prim Care.* 2019;8(5):1701-5. [http://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc\\_131\\_19](http://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_131_19)