



## ORIGINAL

# Relación entre espiritualidad y bienestar emocional en pacientes oncológicos paliativos: estudio preliminar

Nieves Moyano\*<sup>1</sup>, Alfonso Cuvi y Ester Ayllón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza, Campus de Huesca, España.

Recibido el 18 de junio de 2018

Aceptado el 9 de octubre de 2018

### PALABRAS CLAVE

Cáncer, espiritualidad, ansiedad-estado, depresión.

### Resumen

**Objetivo:** Examinar la relación entre la percepción de espiritualidad y bienestar emocional a través de la evaluación subjetiva de ansiedad como estado y depresión en pacientes oncológicos en cuidados paliativos en Ecuador.

**Método:** Se evaluaron 74 pacientes de cáncer en cuidados paliativos (19 varones y 55 mujeres) con edades entre 24 y 88 años ( $M = 58,07$ ;  $DT = 13,84$ ). Se administraron: FACIT-Sp-12, STAI-E y PHQ-9 para evaluar espiritualidad y sus dimensiones (significado, paz y fe), ansiedad-estado y depresión, respectivamente.

**Resultados:** Los análisis de clúster, jerárquico y basado en k-medias, indicaron cuatro clúster. Dos clúster ofrecieron niveles altos y bajos respectivamente en espiritualidad, con correspondientes puntajes en ansiedad y depresión, bajos en el primer caso y elevados en el segundo. Niveles medios de espiritualidad se asociaron con niveles medios en bienestar emocional. Finalmente, se destacó un clúster que representó elevados niveles en fe y medios en paz y significado, que no demostraron diferencias en bienestar emocional, pero sí en variables sociodemográficas como nivel educativo y edad.

**Discusión y conclusión:** La espiritualidad resulta relevante para la ansiedad y depresión. La dimensión de espiritualidad y fe parece diferenciarse de significado y paz, si bien su impacto sobre el afecto negativo no resulta claro. Se considera la implicación clínica de la espiritualidad en el bienestar de los pacientes.

\*Autor para correspondencia:

Nieves Moyano

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, Campus de Huesca. C/ Valentín Cardenera, 4, 22003. Huesca. España.

Correo electrónico: [nmoyano@unizar.es](mailto:nmoyano@unizar.es)

DOI: [10.20986/medpal.2019.1067/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1067/2019)

1134-248X/© 2019 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

Cancer, spirituality, state anxiety, depression.

**Abstract**

**Objective:** To examine the role spirituality plays on mental health through an assessment of state anxiety and depression in palliative care cancer patients in Ecuador.

**Method:** Data were collected from 74 palliative care patients with cancer (19 men and 55 women) aged between 24 and 88 years ( $M = 58.07$ ;  $SD = 13.84$ ). We administered the following self-reported measures: FACIT-Sp-12, STAI-E, and PHQ-9 to evaluate spirituality and its dimensions (*meaning, peace, faith*), state anxiety, and depression, respectively.

**Results:** A cluster analysis, both hierarchical and based on k-means, revealed four clusters. Two clusters provided high and low scores in spirituality, respectively, with scores for anxiety and depression being low and high, respectively. Furthermore, intermediate levels of spirituality were associated with intermediate scores in emotional well-being. Finally, the last cluster represented high levels in faith and intermediate levels for peace and meaning, which did not yield significant differences in emotional well-being. Instead, there were differences in education and age.

**Discussion and conclusion:** Spirituality is relevant for anxiety and depression. The *faith* dimension of spirituality differs from *meaning* and *peace*, albeit its impact on negative affect remains unclear. Clinical implications for patient well-being are discussed.

Moyano N, Cuvi A, Ayllón E. Relación entre espiritualidad y bienestar emocional en pacientes oncológicos paliativos: estudio preliminar. *Med Paliat.* 2019;26(3):211-217.

**Introducción**

En las últimas décadas, el estudio de la espiritualidad ha generado un amplio interés vinculado al área de salud y bienestar, siendo creciente las investigaciones realizadas en pacientes con cáncer, dada su influencia en el ajuste del paciente. De este modo, la espiritualidad juega un papel relevante en la reducción del sufrimiento, en el ajuste e incluso en el afrontamiento de la enfermedad<sup>1,2</sup>. Así, varias investigaciones evidencian el importante vínculo entre espiritualidad y los principales dominios de la calidad de vida del individuo<sup>3</sup>, siendo esta considerada un recurso importante de afrontamiento en quienes padecen enfermedades crónicas o terminales<sup>4</sup>.

La espiritualidad se define como una serie de experiencias y sentimientos internos del individuo que le llevan a la búsqueda de significados, a estrechar la relación consigo mismo y con otros seres, así como con la sociedad, la naturaleza, o lo sagrado<sup>5,6</sup>. Su desarrollo y cuidado facilita estados más positivos en pacientes oncológicos, siendo actualmente este aspecto vital y reconocido por diversas entidades internacionales. Tal es así que, en España, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ha creado una guía específica de cuidado de la espiritualidad que reconoce en el ser humano sus dimensiones biológicas, psíquicas, sociales, morales y espirituales, incidiendo en la espiritualidad como otro "universal humano".

Por otro lado, la espiritualidad está asociada a un mejor bienestar emocional<sup>7</sup>, entendiéndose desde el marco del presente estudio como un componente afectivo relacionado con constructos psicológicos positivos<sup>8</sup> y emociones positivas<sup>9</sup>. Este bienestar se encuentra claramente deteriorado en pacientes con cáncer, tal como se observa en diversos estudios en los que existe una alta presen-

cia de afecto negativo, como ansiedad y depresión<sup>10-12</sup>. Mayor bienestar espiritual se asocia significativamente con menores síntomas de ansiedad y depresión<sup>13</sup>; asimismo, la relación entre un mayor bienestar espiritual y la depresión es negativa<sup>14</sup>. En esta misma línea, otra investigación<sup>15</sup> indica que mayores puntuaciones en espiritualidad se asocian con menos síntomas de ansiedad y depresión. Por tanto, se ha considerado en los últimos años a la espiritualidad como un recurso protector ante el sufrimiento, sobre todo en enfermedades en las que la vida está en riesgo.

Considerando las implicaciones clínicas que parece tener la espiritualidad sobre el estado emocional, y en definitiva el bienestar del paciente, así como los escasos estudios realizados en países latinoamericanos como Ecuador, en el que el cáncer ocupa la segunda causa de mortalidad general después de las enfermedades cardiovasculares<sup>16</sup>, se plantea esta investigación. La consideración del cuidado de la espiritualidad del paciente supone en este contexto en particular una cuestión de amplio alcance social y relevancia en el sistema de salud.

El objetivo del estudio es examinar la relación entre las diversas dimensiones de la espiritualidad, el estado de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes con cáncer, a través de la creación de perfiles concretos de sujetos o análisis de clúster. Se plantea como hipótesis la obtención de subgrupos de pacientes oncológicos relativamente homogéneos que diferirán de los miembros de otros subgrupos en términos de su nivel de espiritualidad. En concreto, quienes informen de niveles elevados de espiritualidad, obtendrán menores puntuaciones en sus niveles de ansiedad-estado y depresión, en tanto que quienes informen de niveles bajos de espiritualidad, obtendrán mayores puntuaciones en ansiedad-estado y depresión.

## Método

### Participantes

Inicialmente se procedió a la evaluación de 102 sujetos, sin embargo, 28 de ellos fueron descartados de la muestra final debido a que diez de ellos tenían dificultad para seguir las instrucciones durante la aplicación de los cuestionarios, cuatro decidieron voluntariamente cancelar su participación durante la aplicación de los mismos, ocho fueron excluidos debido a la intervención de su cuidador primario durante las respuestas, lo que podría afectar a la veracidad de la información, y seis por datos incompletos o ilegibles en los cuestionarios.

Por tanto, la muestra final estuvo compuesta por 74 pacientes oncológicos (19 varones y 55 mujeres) con edades entre 24 y 88 años ( $M = 58,07$ ;  $DT = 13,84$ ). Todos ellos pacientes en el área de Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor del Hospital Oncológico SOLCA (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer) de Guayaquil, Ecuador. La media de tiempo transcurrido desde que recibieron el diagnóstico fue de 33,68 meses (2 años y 8 meses) ( $DT = 42,42$ ), oscilando el rango desde 1 mes hasta 20 años. El tipo de cáncer más común fue el de mama (37,8 %). Por otro lado, la mayoría de los pacientes (64,9 %) se encontraba en proceso de remisión del cáncer, por lo que acudían al centro para realizar revisiones médicas, en tanto que el 35,1 % se encontraba recibiendo tratamiento de diversos tipos, predominando la quimioterapia. Según gravedad, del 21,6 % de pacientes (16) que reciben quimioterapia, cinco se encontraban en estadio I, siete en el estadio II y cuatro en estadio III. Los tres pacientes que recibieron radioterapia paliativa se encuentran en estadio III para alivio de síntomas. De los cinco pacientes que reciben hormonoterapia, dos se encuentran en estadio I y tres el estadio II. Los dos pacientes con tratamiento psiquiátrico se encuentran en el estadio I. En la Tabla I se muestran las características sociodemográficas de la muestra.

### Instrumentos

Se empleó la Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being (FACIT-Sp), instrumento ampliamente utilizado para evaluar la espiritualidad en pacientes oncológicos<sup>17</sup>. Se aplicó su versión original<sup>18</sup> en español. Este instrumento se deriva del FACIT-G, que evalúa la funcionalidad y bienestar general del paciente<sup>19</sup>. Consta de 12 ítems y las respuestas se puntúan en una escala Likert de 5 puntos de 0 (Nada) a 4 (Muchísimo). Está conformada por tres dimensiones o subescalas, de 4 ítems cada una de ellas: significado, paz y fe. El rango total de respuesta oscila entre 0 y 48 para la dimensión global, y entre 0 y 16 para cada subescala. Puntuaciones más altas indican mayor bienestar espiritual. Se ha documentado su consistencia interna y validez significativa con los dominios de calidad de vida relacionada con el sujeto<sup>18</sup>, habiendo sido validada en pacientes con cáncer. En el presente estudio el alfa de Cronbach fue de 0,66 para significado, 0,79 para paz, y 0,85 para fe. Para su uso en el presente estudio se solicitó la versión autorizada en español y se obtuvo el permiso de sus autores.

Se aplicó la escala de Ansiedad-Estado (STAI-E)<sup>20</sup>, la versión adaptada en España<sup>21</sup>. La versión original cuenta con dos

**Tabla I. Características sociodemográficas de los participantes pacientes**

	Nivel de estudios	n (%)
Sin estudios/Primaria/Secundaria		50 (67,7)
Universitarios		24 (32,4)
Estado civil		
Casado/a		38 (51,4)
Soltero/a		15 (20,3)
Otros (pareja de hecho, divorciado/a, viudo/a)		21 (28,4)
Religión		
Católica		50 (67,6)
Evangélica		16 (21,6)
Ninguna		8 (10,9)
Tipo de diagnóstico		
Mama		28 (37,8)
Útero		11 (14,9)
Colorrectal, hígado, estómago		8 (10,9)
Tiroides		8 (10,8)
Próstata		6 (8,1)
Melanoma, mieloma, linfoma y otros		13 (18)
Estado		
Tratamiento (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, psiquiátrico)		26 (35,1)
Estadio I		9 (34,6)
Estadio II		10 (38,4)
Estadio III		7 (26,9)
Revisiones médicas (seguimiento)		48 (64,9)

subescalas que distinguen entre ansiedad como estado y como rasgo, si bien para el objetivo del presente estudio se aplicó solo la escala de ansiedad-estado. Consta de 20 ítems que son contestados en una escala tipo Likert de 4 puntos, desde 0 (Nada) a 3 (Mucho). Sus valores de fiabilidad han sido ampliamente demostrados<sup>22</sup>. En el presente estudio el alfa de Cronbach fue de 0,90.

The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)<sup>23</sup> se utilizó la versión española<sup>24</sup>. Es un instrumento ampliamente utilizado para realizar diagnósticos basados en criterios de depresión y síntomas presentes en las dos últimas semanas<sup>25</sup>. La validez diagnóstica consiste en los 9 criterios del DSM-IV para el trastorno depresivo, y ha demostrado óptimos valores alfa de Cronbach en su versión original en inglés<sup>26</sup> y en español<sup>27</sup>. En el presente estudio el alfa de Cronbach fue de 0,84.

### Procedimiento

Inicialmente se obtuvo el permiso del médico jefe del área y posteriormente del departamento de Investigación y Docencia del centro SOLCA. Mediante muestreo incidental se procedió a informar a los pacientes sobre el estudio, quienes pertenecían al área de cuidados paliativos y manejo del dolor. Cada paciente fue informado por su respectivo médico. Se incluyeron todos los diagnósticos presentes en la clínica desde mayo a junio de 2016, desde la edad de 20 años y con diagnósticos con un

rango temporal igual o superior a un mes. La aplicación de los cuestionarios se realizó por un único evaluador con experiencia en la aplicación de test, escalas y cuestionarios, así como en el ámbito laboral con pacientes con cáncer. Los instrumentos se aplicaron en el mismo departamento en la sala de reuniones de forma privada e individual. El formato de administración fue en papel. Dependiendo del estado de salud, edad y nivel educativo del paciente, se administraron los cuestionarios en forma de entrevista o de autoadministración. El primer procedimiento se utilizó cuando el paciente presentaba problemas visuales, su nivel educativo no superaba los estudios primarios o cuando su edad era superior a los 80 años. La duración de la entrevista osciló entre 15 y 30 minutos según el paciente. Todos los procedimientos se realizaron siguiendo estándares éticos requeridos y priorizando el bienestar del paciente.

## Resultados

En primer lugar, se valoró si la gravedad de los pacientes (aquellos que acuden a revisiones médicas frente a quienes siguen algún tipo de tratamiento o terapia) tenía algún efecto en las variables evaluadas. Para ello se llevó a cabo una comparación a través de la prueba no paramétrica Mann-Whitney. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas: espiritualidad, ansiedad-estado o depresión.

En la Tabla II se muestran los estadísticos descriptivos de las variables evaluadas. Posteriormente se procedió a realizar el análisis de clúster que se basa en los 12 ítems de espiritualidad del FACIT-Sp, usando la distancia euclídea como media de similitud, ya que las variables estudio son métricas. En el análisis jerárquico, a través del dendograma y la aglomeración de casos, se sugirió la existencia de 4 clúster. Al observar los conglomerados se observó que los cambios más pronunciados se producían al combinar 4 conglomerados. A través del análisis de clúster basado en k-medias, se ratificó el número más adecuado de clúster, por lo que se propusieron siguiendo el estudio de Bai y cols.<sup>28</sup> la existencia de 4 clúster. Para valorar si las diferencias entre los cuatro clúster eran significativas, y tal distinción podía mantenerse, se llevó a cabo una comparación en las variables evaluadas. La Tabla III, presenta la media en los clúster para cada uno de los doce ítems del FACIT-Sp. En la Tabla IV, se muestra la comparación de los cuatro clúster en cada dimensión del FACIT-Sp, en el puntaje

global, en síntomas depresivos, en ansiedad-estado, así como en problemas relacionados con la enfermedad, tiempo de tratamiento, religión, nivel de estudios y edad. Se llevaron a cabo diversas comparaciones entre los clúster a través de prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Como se observa, se distinguen dos clústers (2 y 3) que aglutinan la mayor parte de sujetos y que distinguen un patrón según las dimensiones de paz, significado y fe diferente. En el clúster 2 se distingue, al comparar los puntajes obtenidos con los valores de referencia<sup>29</sup>, un patrón cuyos valores de paz y significado son medios, si bien se distingue un elevado puntaje en fe. En el clúster 3 todos los puntajes de paz, significado y fe son medios. Por otro lado, en los clúster 1 y 4 permiten distinguir niveles altos en todos los subcomponentes de espiritualidad y niveles bajo respectivamente en cada clúster.

Las comparaciones por pares indicaron que los cuatro clúster eran diferentes en cada subcomponente de espiritualidad, así como en el puntaje global. Por un lado se observó que el clúster 1 (alto en todos los subcomponentes de espiritualidad) aglutinó a un grupo de sujetos con muy bajos niveles de depresión y ansiedad, en contraste con el clúster 4, que agrupo niveles bajos de todos los subcomponentes de espiritualidad y niveles muy altos de depresión y ansiedad. Por otro lado, en relación a clúster 3 (niveles medios en todos los subcomponentes), se observaron también niveles medios de depresión y un nivel de ansiedad ligeramente elevado, si bien en clúster 2 (medio en paz y significado y alto en fe), se observaron bajos niveles de depresión y ansiedad.

## Discusión y conclusión

En primer lugar, se encuentra, en términos de la factorialidad de la espiritualidad, que el patrón que se obtiene de espiritualidad a través de cuatro clúster da apoyo a la existencia de tres componentes diferentes de la espiritualidad. Así, el presente estudio identifica de forma clara un grupo, con el mayor número de sujetos, que tienen niveles medios en espiritualidad y niveles medios en ansiedad y depresión. Por otro lado, existen dos grupos (formados por un reducido número de sujetos que aglutinan a aquellos con elevados niveles de espiritualidad y bajos niveles de ansiedad y depresión) y un grupo con bajos niveles en espiritualidad, y elevados niveles de ansiedad y depresión. Tal como se esperaba, la espiritualidad resulta relevante, siendo a mayor la espiritualidad, menor la ansiedad y depresión de los pacientes. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos<sup>15</sup>.

De modo interesante, se identifica un subgrupo de pacientes que informan de niveles medios de paz y significado con un elevado nivel de fe, sus niveles de ansiedad y depresión son inferiores a quienes experimentan bajos niveles de espiritualidad, sin embargo, no difieren con respecto a quienes experimentan niveles medios de espiritualidad. Aunque no existen diferencias significativas, parece existir una tendencia que indica que mayores niveles de fe se asociarian con niveles más bajos de ansiedad y depresión. Estudios previos<sup>30</sup> distinguieron un patrón de sujetos con niveles medios de paz y significado, y niveles bajos en fe, quienes pese a ello informaron de mayor calidad de vida. Es probable que la fe sea un concepto mucho más complejo, por lo que la cultura y contexto del sujeto darían un matiz propio al significado de la fe. Por ello, estos hallazgos requieren de una interpre-

**Tabla II. Estadísticos descriptivos de las medidas espiritualidad, ansiedad-estado y depresión**

Escala	M	DT	Min.	Máx.	$\alpha$
FACIT-Sp	36,39	7,71	0	48	0,87
Paz	11,01	3,17	0	16	0,79
Significado	12,58	2,63	0	16	0,66
Fe	12,70	3,01	0	16	0,84
STAI-E	20,36	10,49	0	60	0,90
PHQ-9	7,28	5,43	0	27	0,84

M: mediana. DT: desviación típica. Min: mínimo. Máx: máximo

Tabla III. Clúster sobre puntajes de los ítems del FACIT-Sp (n = 74)

	M	Clúster 1 (n = 7)	Clúster 2 (n = 28)	Clúster 3 (n = 31)	Clúster 4 (n = 7)	F	p	
Paz	1. Me siento en paz	2,61	4,00 <sup>a,b</sup>	2,86 <sup>a</sup>	2,42 <sup>b</sup>	1,14 <sup>a,b</sup>	12,49	0,000
	4. Tengo dificultades para conseguir paz mental (inverso)	3,03	3,86 <sup>a,b</sup>	2,96 <sup>a</sup>	3,10	2,00 <sup>b</sup>	3,38	0,023
	6. Soy capaz de encontrar consuelo dentro de mí mismo/a	2,78	4,00 <sup>a,b</sup>	3,18 <sup>a,b</sup>	2,39 <sup>b</sup>	1,86 <sup>a</sup>	12,18	0,000
	7. Tengo un sentimiento de armonía interior	2,59	4,00 <sup>a</sup>	2,86 <sup>a</sup>	2,39 <sup>a</sup>	1,14 <sup>a</sup>	15,37	0,000
Significado	2. Tengo una razón para vivir	3,39	4,00 <sup>b</sup>	3,89 <sup>a</sup>	3,10 <sup>a,b</sup>	2,29 <sup>a</sup>	21,02	0,000
	3. Mi vida ha sido productiva	3,16	4,00 <sup>b</sup>	3,54 <sup>a</sup>	2,87 <sup>a,b</sup>	2,29 <sup>a</sup>	14,94	0,000
	5. Siento que mi vida tiene sentido	3,01	4,00 <sup>a</sup>	3,46 <sup>a</sup>	2,84 <sup>a</sup>	1,14 <sup>a</sup>	39,67	0,000
	8. A mi vida le falta sentido y propósito (inverso)	3,01	4,00 <sup>a,b</sup>	2,82 <sup>a</sup>	3,26 <sup>b</sup>	1,86 <sup>b</sup>	5,16	0,003
Fe	9. Encuentro consuelo en mi fe o en mis creencias espirituales	3,30	4,00 <sup>b,c</sup>	3,86 <sup>a</sup>	2,84 <sup>b</sup>	2,43 <sup>a,c</sup>	25,90	0,000
	10. Encuentro fuerza en mi fe o mis creencias espirituales	3,28	4,00 <sup>a</sup>	3,89 <sup>a</sup>	2,97 <sup>a</sup>	1,71 <sup>a</sup>	71,22	0,000
	11. Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales	3,15	4,00 <sup>a</sup>	3,68 <sup>a</sup>	2,90 <sup>a</sup>	1,43 <sup>a</sup>	23,64	0,000
	12. Pase lo que pase con mi enfermedad, todo va a ir bien	3,01	4,00 <sup>b</sup>	3,54 <sup>a</sup>	2,48 <sup>a,b</sup>	2,43 <sup>a,b</sup>	15,28	0,000

Nota: las medias en la misma fila con diferentes superíndices <sup>a,b</sup> difieren significativamente a través de comparaciones por pares post hoc Mann-Whitney.

M: mediana. F: F-valor. p: p-valor.

Tabla IV. Patrones de espiritualidad y bienestar emocional a través de cuatro clúster

	Valor norma	M	DT	Clúster 1 Alto paz Alto significado Alto fe (n = 7)	Clúster 2 Medio paz Medio significado Alto fe (n = 28)	Clúster 3 Medio paz Medio significado Medio fe (n = 31)	Clúster 4 Bajo paz Bajo significado Bajo fe (n = 7)	F	p
Paz	11,81	11,01	3,17	15,85 <sup>a</sup>	11,85 <sup>a</sup>	10,29 <sup>a</sup>	6,14 <sup>a</sup>	22,93	0,000
Significado	13,47	12,58	2,63	16,00 <sup>a</sup>	13,71 <sup>a</sup>	12,06 <sup>a</sup>	7,57 <sup>a</sup>	37,41	0,000
Fe	12,61	12,70	3,01	16,00 <sup>a</sup>	14,96 <sup>a</sup>	11,19 <sup>a</sup>	8,00 <sup>a</sup>	58,77	0,000
FACIT-Sp-12	37,89	36,29	7,71	47,85 <sup>a</sup>	40,53 <sup>a</sup>	33,54 <sup>a</sup>	21,71 <sup>a</sup>	70,75	0,000
PHQ-9		7,28	5,43	2,71 <sup>a,b</sup>	6,71 <sup>a</sup>	7,35 <sup>b</sup>	14,85 <sup>a,b</sup>	8,25	0,000
STAI-E		20,36	10,49	14,85 <sup>a,b</sup>	19,17 <sup>a</sup>	0,71	31,42 <sup>a,b</sup>	11,64	0,000
PHQ-Problemas		0,76	0,87	0,43	0,79	41,13	1,29	1,23	0,30
Tiempo diagnóstico (meses)		33,68	42,42	24,29	29,29		23,86	0,64	0,59
Edad (años)		58,07	13,85	50,71 <sup>b</sup>	55 <sup>a</sup>	63,10 <sup>a,b</sup>	56,29	2,66	0,05
Nivel de estudios					**	**		4,95	0,04
Primaria				14,3	14,3	45,2	42,9		
Secundaria				42,9	32,1	38,7	42,9		
Universitarios				42,9	53,6	16,1	14,3		
Religión				*	*			2,84	
Católica			57,1	60,7	77,4	57,1			
Evangélica			43	25	9,7	42,9			0,44
Ninguna				14,3	12,9				

Nota. Las medias en la misma fila con diferentes superíndices <sup>a,b</sup> difieren significativamente a través de comparación por pares post hoc Mann-Whitney. \*\* p < 0,01; \* p < 0,5 aparecen indicados en la columnas correspondientes a clusters que difieren significativamente. M: mediana. DT: desviación típica. F: F-valor. p: p-valor.

tación cautelosa. Futuros estudios deberán profundizar en el significado de los ítems de esta dimensión claramente diferente a las anteriores y explorar con qué otros conceptos se asocia (abriendo la posibilidad de explorar conceptos como fortaleza interna, aspecto que se ve fortalecido a través de la espiritualidad<sup>31</sup> y al que los pacientes con cáncer hacen mención a través de técnicas de recogida de información cualitativas<sup>32</sup>. Asimismo, se debería precisar una medida adaptada al entorno hospitalario).

De forma global, las variables sociodemográficas no tienen un impacto significativo en los niveles de ansiedad y depresión. En particular, el tiempo de diagnóstico no resultó ser diferente al comparar los cuatro grupos de pacientes. Este dato se añade a estudios previos como el de Morgan y cols.<sup>33</sup>, en el que no se encontraron correlaciones significativas entre el tiempo de diagnóstico y su salud emocional (i.e., ansiedad y depresión). Solo al distinguir entre el grupo de sujetos con niveles medios de espiritualidad y quienes informan niveles medios en paz y significado y elevado en fe se observa que el primer grupo cuenta con un nivel educativo más alto. Estudios previos muestran esta relación<sup>34</sup>. Es probable que quienes cuentan con mayor nivel de estudios haya podido realizar otro tipo de actividades laborales que les permitan sentirse con un mayor valor o significado en su vida, lo que se ve reflejado en ítems del FACIT-Sp tales como "Mi vida ha sido productiva". Por otro lado, quienes tienen un mayor nivel de estudios suelen contar con una mayor red de apoyo social, lo que se ha evidenciado como una estrategia de utilidad para afrontar el estrés durante la enfermedad<sup>34,35</sup>.

La dimensión de espiritualidad fe no parece destacarse en mantener una relación diferente con el bienestar emocional. A este respecto uno de los autores<sup>18</sup> del FACIT-Sp, indica que la subescala fe no tiene asociaciones tan robustas con la calidad de vida relacionada con la salud, las cuales sí se observan en las de significado y paz. Este hallazgo, añade robustez al argumento de que los factores de paz y significado miden aspectos más universales de la espiritualidad que trascienden a las creencias religiosas medidas por la fe. Por otro lado, tales hallazgos plantean nuevos retos a los médicos, debiendo considerar la implementación de intervenciones enfocadas a las necesidades espirituales de los pacientes y la comprensión individual de su religión o creencias espirituales. Como ejemplo, el Proyecto OASIS, realizado en Estados Unidos<sup>36</sup>, demostró que los sanitarios de pacientes oncológicos que realizaron una breve intervención de espiritualidad informaron de un decremento en los síntomas depresivos en comparación con el grupo control. Por tanto, realizar intervenciones que mejoren el bienestar espiritual del sujeto serían de utilidad para reducir el afecto negativo<sup>37</sup>. Considerando los hallazgos del presente estudio, resulta importante, por un lado, desglosar el concepto de "espiritualidad" y desarrollar estrategias de intervención específicas para cada uno de sus componentes. En concreto, se destaca la importancia de favorecer que el paciente encuentre significado y sentido a su vida, así como "refugio interior", consuelo y fuerza en sí mismo, aspectos más claramente vinculados a la reducción del afecto negativo.

El presente estudio debe ser interpretado considerando ciertas limitaciones: 1) El diseño de la investigación fue transversal, y por tanto la interpretación de los datos es correlacional, no pudiéndose establecer interpretaciones causales. Se requiere de una mayor cantidad de investigaciones lon-

gitudinales controladas para evaluar el efecto de las intervenciones basadas en la espiritualidad a lo largo del tiempo; 2) el instrumento de evaluación de espiritualidad, FACIT-Sp, ampliamente utilizado en la evaluación de la espiritualidad, no debe considerarse, como se indica en una revisión de cuestionarios de espiritualidad partiendo de la evidencia para su aplicación clínica<sup>16</sup>, una prueba de evaluación específica, sino más bien una herramienta de aproximación al fenómeno de la espiritualidad, por tanto será necesaria una evaluación más exhaustiva, acompañada de otros elementos de análisis para obtener información más completa y profunda que permitan capturar la complejidad de este constructo; 3) adicionalmente, el tamaño relativamente de la muestra analizada es reducido, lo que limita el poder estadístico y la generalización de los datos obtenidos a otras poblaciones u otros contextos particulares, por lo que futuros estudios deberán ampliar su análisis en muestras más amplias y diversas; y 4) la falta de homogeneidad de la muestra, tanto de la gravedad o estadio, así como de los clúster que emergieron, ya que presentan un número de sujetos poco equitativo y reducido, estando dos de los grupos formados solo por siete sujetos. Por ello, los datos deben ser interpretados con prudencia y considerando la posibilidad de sesgos como la deseabilidad social o aquiescencia, ya que son sujetos (clúster 1) que han elegido como opción de respuesta la máxima puntuación ("completamente de acuerdo").

Si bien, este estudio realiza una serie de contribuciones. En concreto, se aportan datos de espiritualidad, ansiedad y depresión en una muestra latinoamericana, apenas examinada con anterioridad y que requiere de mayor investigación<sup>38</sup>. De este modo, se espera que la investigación siga acompañando la reforma de salud de Ecuador que, desde 2008, promueve un modelo de atención centrado en "las personas, sus comunidades y sus necesidades de salud" (p. 1)<sup>39</sup>. Asimismo, la utilización de instrumentos como los empleados, siendo de especial consideración el FACIT-Sp, tal como indica una reciente revisión sistemática<sup>40</sup>, proporciona resultados que permiten ser contrastados con estudios previos realizados en diversos países.

## Bibliografía

1. El Nawawi NM, Balboni mj, Balboni ta. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6:269-74.
2. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Support Care Cancer*. 2015;23:919-23.
3. Winkelman WD, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Peteet JR, Block SD, et al. The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings. *J Palliat Med*. 2011;14:1022-8.
4. Davison S, Janghri G. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *J Pain Symptom Management*. 2013;45:170-8.
5. Austin P, Macdonald J, MacLeod R. Measuring Spirituality and Religiosity in Clinical Settings: A Scoping Review of Available Instruments. *Religions*. 2018;9:70.
6. Baumsteiger R, Chenneville T. Challenges to the conceptualization and measurement of religiosity and spirituality in mental health research. *J Relig Health*. 2015;54:2344-54.

7. Barreto P, Fombuena M, Diego R, Galiana L, Oliver A, Benito E. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Med Paliat*. 2015;22:25-32.
8. Howell RT, Kern ML, Lyubomirsky S. Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychol Rev*. 2007;1:83-136.
9. Veenhoven R. Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *J Happiness Stud*. 2008;9:449-69.
10. Hernández F, Landero, R. Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Suma Psicológica*. 2014;11:99-104.
11. Vehling S, Koch U, Ladehoff N, Shon G, Wegscheider K, Heckl U, et al. Prevalence of affective and anxiety disorders in cancer: systematic literature review and meta-analysis. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2012;62:249-58.
12. Galloway S, Baker K, Giglio P. Depression and anxiety symptoms relate to distinct components of pain experience among patients with breast cancer. *Pain Res Treatment*. 2012;1-4.
13. Haugan G. Meaning-in-life in nursing-homes patients: a correlate with. *J Clinic Nurs*. 2013;23(7-8):1030-43.
14. McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*. 2003;361(9369):1603-7.
15. Kandasamy A, Chaturvedi S, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer*. 2011;48:55-9.
16. Ministerio de Salud Pública. Gobierno Nacional de la República del Ecuador; 2014.
17. Galiana L, Oliver A, Benito E, Sansó N. Cuestionarios de atención espiritual en cuidados paliativos: revisión de la evidencia para su aplicación clínica. *Psicooncología*. 2016;13:385-97.
18. Peterman A, Fitchett G, Brady M, Hernandez L, Cella D. Measuring Spiritual Well-Being in People with Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. 2002;24:49-58.
19. Cella D, Bredle J, Salsman J, Scott M. Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions*. 2011;2:77-94.
20. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. 1.ª Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.
21. Buela-Casal G, Guillén-Riquelme A, Seisdedos Cubero N. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. 8.ª ed. Madrid: TEA ediciones; 2011.
22. Barnes L, Harp D, Jung W. Reliability generalization of scores on the Spielberger State-Trait anxiety Inventory. *Educational Psychol Measurement*. 2002;62:603-18.
23. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA*. 1999;282:1737-44.
24. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. 2001;63:679-86.
25. Williams J, Kroenke K, Spitzer R. The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13.
26. Kroenke K, Williams J, Spitzer R. Validity and utility of the Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:759-69.
27. Baader T, Molina J, Venezian S. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuropsychiatry*. 2012;50:10-22.
28. Bai M, Dixon J, Williams AL, Jeon S, Lazenby M, McCorkle R. Exploring the individual patterns of spiritual well-being in people newly diagnosed with advanced cancer: a cluster analysis. *Qual Life Res*. 2016;25:2765-73.
29. Munoz AR, Salsman JM, Stein KD, Cella D. Reference values of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being: A report from the American Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer*. 2015;121:1838-44.
30. Krupski T, Kwan L, Fink A, Sonn G. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psychooncology*. 2006;15:121-31.
31. Jenkinson A, Cantrell MA. Inner strength in women with chronic illness. *Chronic Illn*. 2017;13:100-16.
32. Antony L, George LS, Jose TT. Stress, coping, and lived experiences among caregivers of cancer patients on palliative care: A mixed method research. *Indian J Palliat Care*. 2018;24:313-9.
33. Morgan P, Gaston F, Mock V. Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African-american breast cancer treatment: a pilot study. *ABNF J*. 2006;17:73-7.
34. Bussing AT, Ostermann T, Mathiessen PF. Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3-10.
35. Yilmaz SD, Bal MD, Beji NK, Arvas M. Ways of coping with stress and perceived social support in gynecologic cancer patients. *Cancer Nurs*. 2015;38:E57-E62.
36. Kristeller J, Rhodes M, Cripe M, Sheets V. Oncologist assisted spiritual intervention study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. *Int J Psychiatry Med*. 2005;35:329-47.
37. Lee MS, Tyson DM, Gonzalez BD, Small BJ, Lechner SC, Antoni MH, et al. Anxiety and depression in Spanish-speaking Latina cancer patients prior to starting chemotherapy. *Psychooncology*. 2018;27:333-8.
38. Landa-Ramírez E, Cárdenas-López G, Greer JA, Sánchez-Román S, et al. Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: Una revisión. *Salud mental*. 2014;37:415-22.
39. Espinosa V, Acuña C, de la Torre D, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e96.
40. Rudilla D, Soto A, Pérez MA, Galiana L, Fombuena M, Oliver A, Barreto P. Intervenciones psicológicas en espiritualidad en cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Med Paliat*. 2018;3:203-12.