

■ ARTÍCULO ORIGINAL

Bienestar espiritual en pacientes de servicios de oncología y hemodiálisis de dos centros de referencia

Spiritual well-being in patients of oncology and hemodialysis services of two reference centers

Silvia Abente¹ , Héctor García¹ , Miriam Riveros² , Walter Cabrera¹ 

¹Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra De Fisiopatología. Asunción, Paraguay

²Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra de Bioética y Ética Médica. Asunción, Paraguay

RESUMEN

Introducción: la espiritualidad es un concepto muy amplio para la humanidad, su consenso para los diversos grupos se encuentra en estudio permanente. La importancia de introducir su abordaje en la salud integral del paciente es cada vez más significativa en la práctica médica.

Objetivos: validar la escala MLQ de Steger de bienestar espiritual en idioma guaraní y evaluar el bienestar espiritual en pacientes de los servicios de oncología y hemodiálisis de dos centros de referencia.

Métodos: la población enfocada fueron los pacientes en tratamiento oncológico y en diálisis de los servicios de oncología del Hospital de Clínicas (San Lorenzo) y de hemodiálisis del Sanatorio Español-NefroServ (Asunción) durante los meses de mayo, junio y julio de 2021. Se utilizó como instrumento la *escala MLQ de Steger*. El cuestionario evalúa dos dimensiones del significado de la vida utilizando 10 elementos clasificados en una escala de siete puntos. Se respetaron los aspectos éticos de la investigación en humanos.

Resultados: se realizaron 107 cuestionarios, siendo 54 mujeres y 53 varones, 64 fueron tomados en el servicio de hemodiálisis y 41 en el servicio de oncología, 42 fueron realizados en guaraní y 65 en español, según preferencia del encuestado. El promedio de edad de la muestra fue $54,6 \pm 14$ años. De los encuestados, 11,2% (12) tenían formación primaria incompleta, 25,2% (27) primaria completa, 14,01% (15) secundaria incompleta, 13,08% (14) secundaria, 25,2% (27) terciario y 11,2% (12) no respondieron a esta pregunta. En relación con la religión, 99 manifestó profesar la religión católica (92,5%). Se utilizó la medición de confiabilidad alfa de Cronbach para medir el grado de fiabilidad de la escala realizada en idioma guaraní, arrojando un valor de 0,87 (alta confiabilidad).

Conclusión: se ha logrado probar la validez del instrumento en el idioma guaraní para la comunidad paraguaya guaraní-parlante. Además, se han observado las tendencias en términos de medición del bienestar espiritual entre las muestras estudiadas y sus diferentes perfiles, lo que permite un abordaje más integral en el tratamiento, con las repercusiones que este bienestar pueda generar también en el aspecto físico, más allá de la medicina tradicional.

Palabras claves: espiritualidad, medicina paliativa, paciente crónico, servicio de oncología en hospital, en hospital, nefrología

Artículo recibido: 20 abril 2022 **Artículo aceptado:** 27 julio 2022

Autor correspondiente:

Dra. Silvia Abente

Correo electrónico: sabente@med.una.py

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

ABSTRACT

Introduction: Spirituality is a very broad concept for humanity, its consensus for the various groups is under permanent study. The importance of introducing its approach in the comprehensive health of the patient is increasingly significant in medical practice.

Objectives: To validate the Steger MLQ scale of spiritual well-being in the Guarani language and evaluate the spiritual well-being in patients of the oncology and hemodialysis services of two referral centers.

Methods: The target population was patients undergoing cancer treatment and dialysis from the oncology services of the Hospital de Clínicas (San Lorenzo) and the hemodialysis services of the Sanatorio Español-NefroServ (Asunción) during the months of May, June and July 2021. The Steger MLQ scale was used as the instrument. This questionnaire assesses two dimensions of meaning in life using ten items rated on a seven-point scale. The ethical aspects of human research were respected.

Results: One hundred seven questionnaires were completed, 54 women and 53 men, 64 were taken in the hemodialysis service and 41 in the oncology service, 42 were done in Guarani and 65 in Spanish, according to the respondent's preference. The average age of the sample was 54.6 ± 14 years. Of those surveyed, 11.2% (12) had incomplete primary education, 25.2% (27) completed primary, 14.01% (15) incomplete secondary, 13.08% (14) secondary, 25.2% (27) tertiary and 11.2% (12) did not answer this question. In relation to religion, 99 stated that they profess the Catholic religion (92.5%). Cronbach's alpha reliability test was used to measure the degree of reliability of the scale carried out in the Guarani language, yielding a value of 0.87 (high reliability).

Conclusion: It was possible to test the validity of the instrument in the Guarani language for the Guarani-speaking Paraguayan community. In addition, trends have been observed in terms of measuring spiritual well-being in the samples studied and their different profiles, which allows a more comprehensive approach to treatment, with the repercussions that this well-being can also generate in the physical aspect, beyond traditional medicine.

Keywords: spirituality, palliative medicine, chronic patient, hospital oncology service, nephrology

INTRODUCCIÓN

El concepto de espiritualidad no ha sido fácil de consensuar para los diferentes grupos de trabajo que la tratan, pero es el punto de partida para cualquier proyecto que pretenda abordarla, por lo que resulta fundamental dar algunos lineamientos aceptados en la actualidad. La importancia de introducir su abordaje en la salud integral del paciente es cada vez más significativa en la práctica médica y, especialmente, en los cuidados paliativos y la patología crónica. En este punto, la OMS la considera como parte esencial de los cuidados paliativos.

Algunos grupos reconocidos por su trabajo en el campo de la espiritualidad han intentado definir el concepto de la misma en un consenso internacional publicado en 2014: *"la espiritualidad es un aspecto dinámico de la humanidad a través del cual las personas buscan significado, propósito y trascendencia últimos; y experimentan la relación con el yo, la familia, los demás, la comunidad, la sociedad, la naturaleza y lo significativo o sagrado. La espiritualidad se expresa a través de creencias, valores, tradiciones y prácticas"* ^(1,2). Se trata de una concepción amplia de la espiritualidad, que no equivale al concepto de religiosidad, caracterizado por las creencias y prácticas religiosas propias de un grupo.

Es sabido que, dadas las características determinantes de una enfermedad crónica, para ningún paciente es fácil padecerla, siendo también diferente la vivencia de un niño, un adolescente, un adulto joven o un adulto mayor. En los tiempos que vivimos, se tiene un prolongamiento del tiempo de vida

gracias a los innumerables avances científicos y tratamientos médicos, sobre todo en las últimas décadas, aunque para cierto tipo de pacientes este hecho signifique también la prolongación del sufrimiento⁽³⁾.

La enfermedad crónica o terminal origina con regularidad un periodo de crisis que puede desembocar en un aumento de la expresión de la espiritualidad, y una mayor utilización de apoyo espiritual como mecanismo para hacer frente a esa situación. El personal de enfermería suele ser el profesional del equipo de salud que resulta más accesible en esos momentos, y la primera a quien recurriría en dichos momentos de crisis. Se habla de que dicha contención espiritual forma parte del deber de los profesionales de la salud en general pero muchas veces no se da, no solo por la vorágine del trabajo diario que implican los cuidados biofísicos, sino que muchas personas se sienten incómodas con este aspecto del cuidado del paciente⁽⁴⁾.

La investigación clínica ha incurrido en el análisis de la espiritualidad de diferentes contingentes de pacientes, mayormente en patologías terminales al final de la vida o en enfermedades crónicas, a modo de valorar el grado de espiritualidad y su correlación con un mayor bienestar de estos. Resulta así que la espiritualidad es un recurso crítico para muchos pacientes a la hora de hacer frente a la enfermedad y, por ende, un factor importante para la calidad de vida. Por el contrario, en algunos casos la escasez de ésta se torna en resultados negativos para la salud, como mayor índice de depresión, desesperanza, aumento de las tasas de mortalidad y deseo de muerte. A partir de estas observaciones, ha quedado claro la importancia del abordaje espiritual en los entornos sanitarios⁽⁵⁻⁸⁾.

Un aspecto importante por desglosar es la distinción entre religiosidad y espiritualidad, conceptos que pocas veces se encuentran claros incluso entre profesionales. La religiosidad se ocupa de aspectos de las creencias o dogmas acerca de la divinidad, la dedicación y la creencia del culto (en determinadas doctrinas religiosas). Sin embargo, la espiritualidad se considera una dimensión más de la persona, como lo sería la dimensión biológica o social e implica la intención de experimentar estados especiales de bienestar, como la salvación o la liberación. Aunque no existe consenso con respecto a esta definición. En un sentido amplio se podría considerar que un paciente goza de bienestar espiritual cuando tiene una sensación de propósito, coherencia y realización personal en la vida, y conserva la creencia de que la vida tiene valor. La religión puede ser una de las vías de espiritualidad personal, pero ni es necesariamente la más importante, ni mucho menos la única. Recientes revisiones de la literatura científica muestran que la gran mayoría de los expertos sostiene que la espiritualidad se refiere prioritariamente al intento de la persona por comprender el sentido y propósito de su propia vida, pudiendo incorporar o no una práctica religiosa, o la creencia o no de la existencia de un ser superior⁽⁹⁻¹³⁾.

En todo este contexto, es interesante destacar los intentos de medir de cierta manera la espiritualidad y su relación con el modo de sobrellevar distintas patologías crónicas a través de variados cuestionarios y escalas validadas. En el Paraguay tanto la enfermedad renal crónica que precisa tratamiento sustitutivo de diálisis (en muchos casos secundaria a diabetes mellitus) y las enfermedades oncológicas son altamente prevalentes, por lo que es totalmente pertinente una aproximación hacia los niveles de espiritualidad de estos pacientes utilizando escalas validadas, pero sobre todo teniendo en cuenta el hecho de ser un país bilingüe y el uso extendido del *guaraní*, se hace necesaria la validación de una escala en este idioma^(14,15). En este aspecto es de notar que el idioma guaraní es utilizado en un elevado porcentaje de la población paraguaya (80%) y aunque la misma no es monolingüe (comparte su utilización con el castellano), el contexto del uso de este idioma es más íntimo, muy extendido en el hogar, en la cotidianeidad del individuo, pero así también de mayor profundidad conceptual en su significado existencial. Esto lo diferencia del castellano cuyo uso es percibido como más formal, más académico y ciudadano. Por estos motivos consideramos una validación de la escala a nuestro idioma vernáculo, de gran importancia para la posterior inter-

pretación de los resultados.

La elección de estas dos poblaciones (oncológica y en hemodiálisis) se debió a su condición de pacientes con patologías de diagnóstico definitivo e irreversible, en algunos casos incluso terminal y en su mayoría de pronóstico ominoso. La particularidad de la población de pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal es que se trata de pacientes crónicos que deben mantener su dependencia del equipo de hemodiálisis en forma continua hasta una intervención de trasplante que como sabemos en nuestro medio, es remota. Sería esperable encontrar que en ambas muestras exista merma en las expectativas de *significado de vida* y *búsqueda de significado*, aunque a su vez será interesante revisar las diferencias entre ambos grupos, debido a que en los pacientes hemodializados se encuentra en dependencia del proceso en forma permanente lo que agregaría mayor desasosiego y vulnerabilidad espiritual.

La elección del instrumento a ser utilizado se realizó a partir de la valoración de su idoneidad, fiabilidad, validez, capacidad de respuesta, precisión, interpretabilidad, aceptabilidad y viabilidad. Se considera a la escala MLQ de Steger (*Meaning Of Life Questionnaire*) como el instrumento multidimensional, estandarizado y auto administrado, que mejor cubre todos los requerimientos de ser una herramienta de utilidad para esta determinación, representando una escala de corta duración, viable, fiable y de validez certificada en idioma español aplicable para la práctica clínica de pacientes⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar el bienestar espiritual en pacientes de los servicios de oncología y hemodiálisis de dos centros de referencia, validando además la escala utilizada al idioma guaraní. Los objetivos secundarios fueron conocer el tiempo de tratamiento de los pacientes en estudio, referir otras comorbilidades asociadas, describir las características sociodemográficas y reconocer los niveles de salud autoinformada de los pacientes.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue descriptivo, de corte transversal en el que se aplicó una encuesta. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia de casos consecutivos. Los sujetos enfocados fueron pacientes en tratamiento oncológico y en diálisis. La población de pacientes accesibles fue la que acude a tratamiento oncológico o de diálisis en un periodo de tres meses, en el servicio de oncología del Hospital de Clínicas (San Lorenzo) y en el servicio de hemodiálisis del Sanatorio Español-NefroServ (Asunción). El marco temporal incluyó los meses de mayo, junio y julio de 2021.

Los criterios de inclusión fueron los pacientes que acudieron a tratamiento oncológico ambulatorio y de diálisis, de ambos sexos, mayores de 18 años. Se consideraron criterios de exclusión el diagnóstico previo de patología neurológica/psiquiátrica o aquellos pacientes cuyo estado general motive ingreso hospitalario, lo cual impide contestar el cuestionario en forma personal.

El reclutamiento se dio previo consentimiento informado. Las encuestas fueron guiadas por personal de enfermería capacitado y se tomaron las demás variables de la historia clínica como tiempo de tratamiento, adherencia al tratamiento y comorbilidades. Las variables consideradas fueron las siguientes: idioma materno, edad, sexo, nivel de estudios, profesión, religión, diagnóstico, salud autoinformada y la puntuación en la escala MLQ de Steger.

El proceso de traducción al idioma guaraní se realizó teniendo en cuenta la equivalencia semántica y conceptual, mediante la intervención de dos docentes bilingües (certificados en lengua y cultura guaraní, y cuya lengua materna es el guaraní), que realizaron la traducción de manera independiente.

La escala MLQ de Steger evalúa dos dimensiones del significado de la vida utilizando 10 elementos clasificados en una escala de siete puntos de "absolutamente cierto" a "absolutamente falso". A su vez se dividen en dos subescalas que miden las dimensiones de *presencia de significado* y la *búsqueda del significado* para cada encuestado (tablas 1 y 2).

Consta de 10 preguntas con 7 puntos posibles de respuesta para cada una, sumando así 35 puntos posibles en cada ítem. La dimensión presencia de sentido consta de 5 ítems y la búsqueda de sentido de 5. El puntaje mayor a 24, en ambas subescalas, se relaciona positivamente con bienestar.

Tabla 1. Cuestionario MLQ en español

Por favor, dedique un momento a pensar lo que le hace sentir que su vida es importante y tiene un significado. Con esas ideas en mente, por favor, responda a las siguientes cuestiones tan sincera y exactamente como pueda. Y tenga en cuenta que se trata de cuestiones muy subjetivas, que no tienen una respuesta correcta o incorrecta. Responda utilizando la siguiente escala:

Totalmente falso	Bastante falso	Más bien falso	No sé. Ni verdadero ni falso	Más bien verdadero	Bastante verdadero	Totalmente verdadero
1	2	3	4	5	6	7

1. Comprendo el significado de mi vida.
2. Busco algo que me haga sentir que mi vida tiene sentido.
3. Siempre estoy buscando el propósito de mi vida.
4. Mi vida tiene un significado muy claro.
5. Tengo algunas buenas intuiciones acerca de lo que le da sentido a mi vida.
6. He descubierto un significado satisfactorio de mi vida.
7. Estoy siempre buscando algo que haga que mi vida tenga sentido.
8. Estoy buscando un objetivo o misión en la vida.
9. Mi vida no tiene un propósito claro.
10. Estoy buscando el sentido de mi vida.

Tabla 2. Cuestionario MLQ en guaraní

Eñatendemí che rehe, mba' éichapa reñeñandu ko nde rekovépe oĩ porãpa nde rekove terã oĩ vai.
Ko' ãva mba' e neakãme, aipota embohovái chéve, ikatuháicha añetete. Ikatúrõ embohovái, aipota ere chéve oĩ porã terã oĩ vai, yrõ eipuru Ko' ã ñe' ã:

ndaha' ei ete voi upeicha	ndaha' e upeicha	ndaupeichái	ndaikuaái	Ha' e upeicha	upeichaite hina	añetete
1	2	3	4	5	6	7

1. Aikuaa piko mba' épa che rekove
2. Aheka mba' épa ko che rekove omomorã
3. Akóinte aheka mba' épa omomorã ko che rekove
4. Che rekovépa hesãka porã

5. Aguerekópa py´andu porã ko che rekovére
6. Ajuhúpa opa mba´e che mbohorýva ko che rekovépe
7. Akóinte aheka peteĩ mba´e ombovaléva ko che rekove
8. Ahekapahína peteĩ ahupytyseva ko che rekovépe
9. Che rekove ndoguerekói pe hesakáva ajaposéva
10. Aheka mba´e porã che rekovépe gūarã

La *presencia de significado* se centra en cuestionamientos que reflejan qué tan satisfechos se encuentran los encuestados, es decir si sienten que sus vidas tienen sentido. Por otro lado, la *búsqueda de significado* indica qué tan comprometidos y motivados están los individuos en los esfuerzos por encontrar significado o profundizar su propia comprensión del significado de sus vidas.

El puntaje mayor a 24, en ambas subescalas, se relaciona positivamente con bienestar, religiosidad intrínseca, extroversión y amabilidad, y se relaciona negativamente con la ansiedad y la depresión en la subescala de *presencia de significado*.

La subescala de *búsqueda de significado* se correlaciona positivamente con la búsqueda religiosa, la rumiación, las perspectivas del tiempo pasado-negativo y presente-fatalista, el afecto negativo, la depresión y el neuroticismo, y se relaciona negativamente con la perspectiva del tiempo futuro, el dogmatismo y el bienestar. La *presencia* se relaciona, como es de esperar, con las autoevaluaciones de crecimiento personal y los comportamientos altruistas y espirituales.

El MLQ no tiene puntaje de corte, pues no es una escala diagnóstica, sino más bien es una medición guía destinada a brindar un acercamiento del significado de la vida en un amplio espectro del funcionamiento humano ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

La valoración de los resultados consideró los siguientes grupos:

Si obtuvo una puntuación superior a 24 en ambas subescalas, si obtuvo una puntuación menor a 24 en alguna de las dos o si obtuvo una puntuación menor a 24 en ambas (tabla 3).

Tabla 3. Interpretación de resultados de la escala MQL de Steger según el puntaje acumulado en las subescalas de búsqueda y presencia ⁽¹⁶⁾

Presencia	Búsqueda	Interpretación
>24	>24	Siente que su vida tiene valor, significado y propósito, pero todavía está explorando abiertamente ese significado o propósito. Generalmente optimista, experimenta sentimientos de amor con frecuencia y rara vez se siente deprimido o ansioso. Puede ser algo activo en actividades religiosas, pero independientemente de su participación en la religión, usted es probable que sienta que su espiritualidad es importante para usted. Da menos valor a la búsqueda de experiencias sensoriales simples de estimulación y placer que otras personas. Generalmente está seguro de, y ocasionalmente enérgico con respecto a sus puntos de vista y creencias. Aunque se podría decir que prefiere tener una estructura estable en la sociedad y la vida, ve muchas áreas de mejora a la situación actual. Gente que lo conoce probablemente lo describiría como concienzudo, reflexivo, fácil de tratar, abierto a nuevas experiencias, y generalmente tranquilo y emocionalmente estable.

Tabla 3. Interpretación de resultados de la escala MQL de Steger según el puntaje acumulado en las subescalas de búsqueda y presencia ⁽¹⁶⁾ (Continuación)

<p>>24</p>	<p><24</p>	<p>Siente que su vida tiene un significado valioso y propósito, y no está explorando activamente ese significado o buscando significado en su vida. Se podría decir que está satisfecho de haber captado lo que hace que su vida tenga sentido, por qué está aquí, y lo que quiere hacer con su vida. Probablemente esté muy satisfecho con su vida, optimista y tiene una autoestima saludable. Con frecuencia experimenta sentimientos de amor y alegría, y rara vez siente miedo, enojo, vergüenza o tristeza. Probablemente tenga valores tradicionales. Por lo general, está seguro y, a menudo, contundente con respecto a sus puntos de vista y la probable estructura de apoyo y las reglas para la sociedad y la vida. Probablemente esté activo y comprometido con actividades religiosas. Las personas que lo conocen probablemente lo describen como concienzudo, organizado, amigable, fácil de tratar y socialmente extrovertido.</p>
<p><24</p>	<p>>24</p>	<p>Probablemente no sienta que su vida tiene un significado y propósito valiosos, y está buscando activamente algo o alguien que le dará sentido o propósito a su vida. Puede sentirse perdido en la vida, y esta idea puede causarle angustia. Probablemente no siempre esté satisfecho con su vida. Es posible que no experimente emociones como amor y alegría a menudo. Ocasionalmente, o incluso con frecuencia, puede sentirse ansioso, nervioso o triste y deprimido. Probablemente esté cuestionando el papel de la religión en su vida, y puede estar trabajando duro para averiguar si hay un Dios, de qué se trata realmente la vida en la tierra y qué religión, si es que hay alguna, es la correcta.</p>
<p><24</p>	<p><24</p>	<p>Probablemente no sienta que su vida tiene un significado y propósito valiosos, y no están explorando activamente ese significado o buscando sentido en su vida. En general, probablemente no encuentre la idea de pensar que su vida significa algo muy importante. Puede que no siempre esté satisfecho con su vida, o consigo mismo, y es posible que no sea particularmente optimista sobre el futuro. Es posible que no experimente emociones como amor y alegría a menudo. Ocasionalmente, o incluso con frecuencia, puede sentirse ansioso, nervioso o triste y deprimido. Probablemente no tenga valores tradicionales y es más probable que valore experiencias emocionantes y estimulantes, aunque no necesariamente tiene la mente abierta para todo. Cuando tenga grandes decisiones que tomar, es posible que prefiera identificar la respuesta correcta en función de su confianza en que 'lo sabré cuando lo vea'. Las personas que lo conocen probablemente lo describirían como a veces desorganizado, ocasionalmente nervioso o tenso, y no particularmente socialmente activo o especialmente cálido hacia todos.</p>

La validación del cuestionario se realizó mediante la determinación de los aspectos psicométricos relevantes para un cuestionario de estas características: la fiabilidad y la validez con medición del alfa de Cronbach. Las variables fueron analizadas mediante planillas de Microsoft-EXCEL™ en computadoras portátiles. En el análisis y la gestión de datos se aplicó una estadística descriptiva correlacional y de análisis diferencial en las variables de interés

Asuntos éticos: en todo momento se aplicaron los postulados de Helsinki de ética aplicados a la investigación en seres humanos y la participación fue libre y voluntaria. Se respetaron los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y el de justicia.

El principio de *autonomía*, ya que ningún participante fue incluido sin antes preguntarle si deseaba participar del estudio de forma libre y voluntaria, previo informe de los objetivos de la investigación, y firma de un consentimiento informado.

Los principios de *beneficencia* y *no maleficencia*, ya que los datos fueron utilizados solo para los fines de la investigación y sirvieron para comprender la relación entre espiritualidad y afecciones crónicas, pudiendo esto generar cambios en el enfoque del soporte profesional (psicológico) y espiritual necesario y accesible para los mismos.

Finalmente, el principio de *justicia*, ya que no se realizó ninguna distinción entre los participantes del estudio, tratando a todos de igual manera, respeto a la privacidad pues en todo momento se mantuvo la confidencialidad de los datos personales de los participantes.

No existen conflictos de interés comercial en los investigadores.

RESULTADOS

Se realizaron 107 cuestionarios, siendo 54 mujeres y 53 varones, 64 fueron tomados en el servicio de hemodiálisis y 41 en el servicio de oncología, 42 fueron realizados en guaraní y 65 en español según preferencia del encuestado.

El promedio de edad de la muestra fue $54,6 \pm 14$ años, en el servicio de oncología la media de edad fue $53,3 \pm 15$ años y en el servicio de hemodiálisis fue $55,4 \pm 13$ años (gráfico 1).

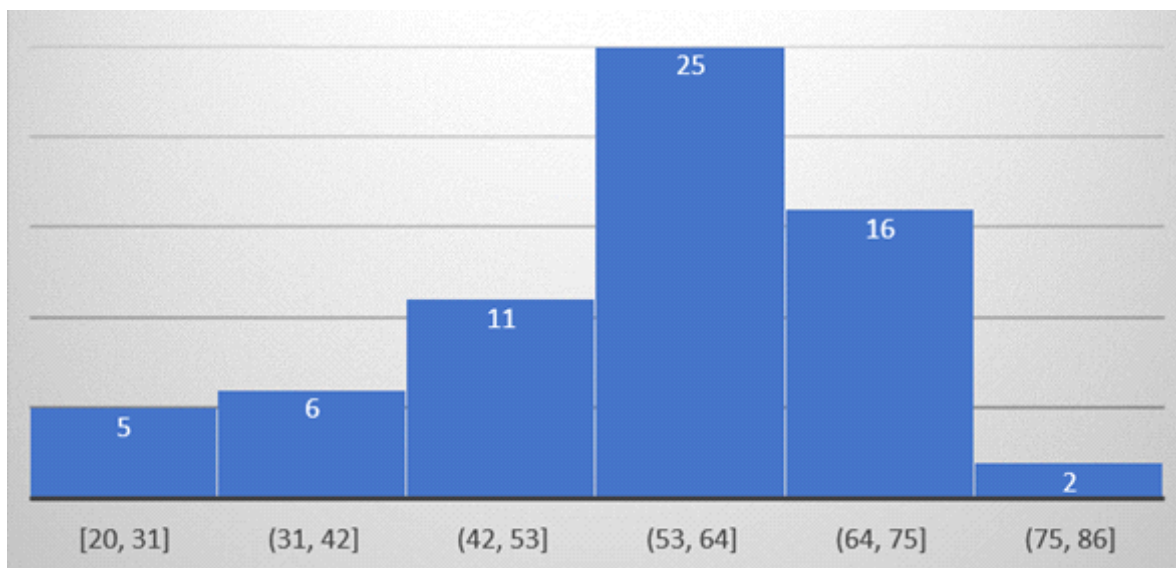


Gráfico 1. Distribución por edades de los pacientes encuestados (n 107)

De los encuestados, 11,2% (12) tenían primaria incompleta, 25,2% (27) poseían primaria completa, 14,01% (15) tenían secundaria incompleta, 13,08% (14) habían culminado la secundaria, 25,2% (27) habrían culminado un estudio terciario y 11,2% (12) no respondieron a este cuestionamiento.

En relación con la religión, 99 de los encuestados manifestó profesar la religión católica (92,5%), 1 era protestante y 5 de ellos tenían otras religiones. Solo 2 encuestados no respondieron.

Los diagnósticos referidos por los pacientes en el servicio de hemodiálisis fueron nefropatía diabética 13, nefropatía hipertensiva 6, poliquistosis renal 2, litiasis renal bilateral 1, hiperplasia prostática 1, glomerulonefritis 1, insuficiencia renal crónica 3 y no saben/no contestan 38 de ellos.

En el caso del servicio de oncología refirieron carcinomas de tiroides 2, de colon 6, hepatocarcinoma/vías biliares 3, carcinoma de próstata 1, de mama 2, de esófago/estómago 3, osteosarcomas/partes blandas 2, coriocarcinoma 1 y metástasis 4 casos, 17 de ellos no saben/no contestan.

La media del índice de salud autoinformada (1 al 5, siendo 1 *muy mal de salud* y 5 *excelente estado*) se encontró en 3,70 para el servicio de hemodiálisis y 3,87 para el servicio de oncología (gráfico 2).

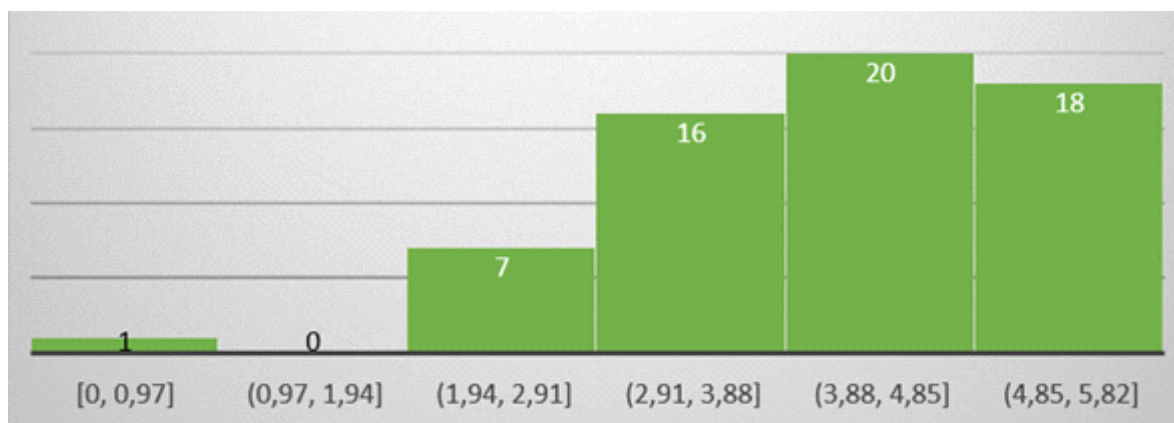


Gráfico 2. Histograma de distribución de puntuaciones asignadas a la salud autoinformada de los pacientes del servicio de hemodiálisis.

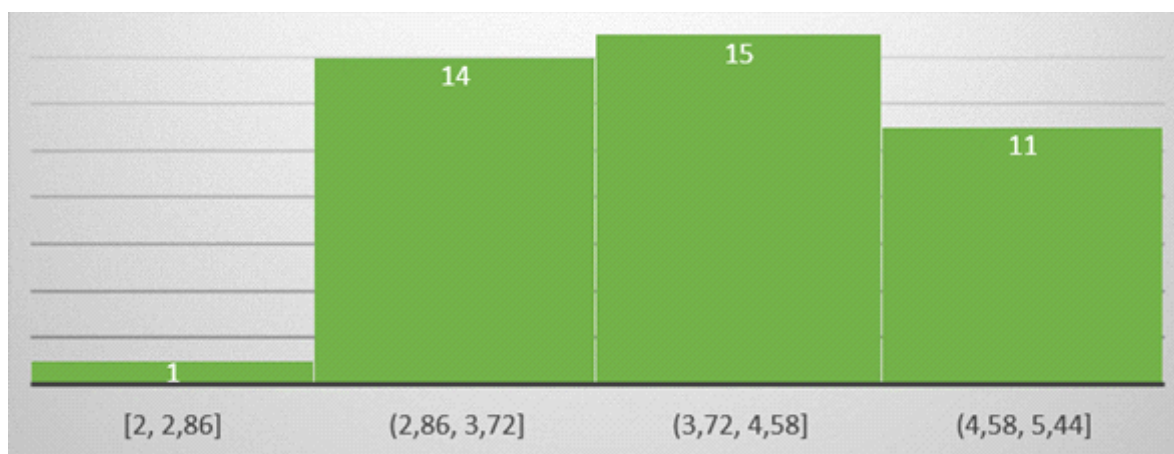


Gráfico 3. Histograma de distribución de puntuaciones asignadas a la salud autoinformada de los pacientes del servicio de oncología.

Se utilizó la medición de confiabilidad alfa de Cronbach para medir el grado de fiabilidad de la escala realizada en idioma guaraní, arrojando un valor de 0,87 [$\alpha = k/(k - 1) * (1 - \sum S_i^2/S_t^2)$] lo que indicaría excelente grado de confiabilidad del instrumento.

Respecto a la puntuación de ambos grupos de pacientes en las subescalas de *presencia* y *búsqueda del significado* los resultados se describen en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de las puntuaciones en las subescalas *presencia (P)* y *búsqueda del significado (B)* por grupo y por servicio.

Servicio	>24 ambas (%)	>24 B <24P (%)	<24B >24P (%)	<24 ambas (%)	Totales (%)
Oncología	30 (73,1)	8 (19,5)	2 (4,8)	1 (2,4)	41 (100)
Hemodiálisis	26 (39,3)	12 (18,1)	22 (33,3)	6 (9,1)	66 (100)

DISCUSIÓN

Se puede decir que la muestra encuestada fue homogénea en la paridad de géneros (54 mujeres vs 53 varones), discretamente superior en la cantidad de encuestas en español (n 65) con relación a las realizadas en guaraní (n 42).

El promedio de edad en ambos subgrupos de los servicios encuestados no mostró diferencias significativas, promediando los 54 años, aunque el desvío estándar en ambos grupos rondó la cifra de 14 demostrando que es una población dispersa en términos de edad.

Sólo la cuarta parte de la muestra evaluada culminó los estudios secundarios y otra cuarta parte culminó la primaria, habiendo 11,2% de participantes que no respondió en este ítem. La distribución observada refleja con buen prisma la realidad de la educación lograda por generaciones en la población paraguaya, teniendo presente que el 64% de los encuestados se encontraba entre los 40 y los 68 años y considerando que la franja generacional de estos grupos corresponde a las tasas de escolarización de los años 1972 a 2000. Si bien no hay datos del Ministerio de Educación y Cultura de Paraguay, previo al año 1990, las tasas netas de escolarización del año 1990 al 2000 van de 15 a 31%, en ascenso progresivo en esta década, lo que refleja de alguna manera lo observado en la población tomada ⁽¹⁸⁾.

No extraña el dato de la preeminencia católica en la muestra encuestada dada la conocida dominancia de la religión católica en nuestro país. Sin embargo, es de notar que la amplísima penetrancia de la fe católica en la población no significó una modificación notable en el promedio de puntuación de esta muestra, frente a otras evaluadas en trabajos originales de población anglosajona, por ejemplo, aunque volveremos a este punto más adelante ^(19,20).

En términos del índice de salud autoinformada se puede ver una tendencia a mejor puntuación dentro del grupo oncológico vs el grupo en hemodiálisis, lo que podría significar que la sensación subjetiva del estado de salud del paciente oncológico que llega a la consulta en el servicio del Hospital de Clínicas es ligeramente superior a la percepción del paciente en etapa de hemodiálisis. Esto resulta llamativo pues, aun siendo ambas patologías de pronóstico comparable en términos de mortalidad, el requerimiento de hemodiálisis no suele conllevar implícita la percepción de muerte que concierne al diagnóstico de cáncer. Sin embargo, la cronicidad y sensación de dependencia en términos generales de los pacientes con patología renal crónica puede hacer mella en su autopercepción de salud y por ende también en su estado de salud mental y espiritual.

Lo anterior va de la mano de la siguiente valoración en el análisis de la puntuación de la escala por grupos, recordando que el grupo 1 es aquel que puntúa más de >24 en ambas subescalas (búsqueda y significado) y el grupo IV aquel que puntúa <24 en ambas subescalas^(16,17).

La tendencia muestra un mayor porcentaje de pacientes en el grupo 4 de los pacientes hemodializados vs aquellos en tratamiento oncológico (9,1% vs 2,4%), lo que da cuenta de una fragilidad emocional con más propensión a comorbilidades psiquiátricas y requerimiento de acompañamiento psicológico social. Se evidencia una clara preeminencia de pacientes dentro del grupo 1 (puntuación >24 en ambas subescalas) entre los pacientes oncológicos, lo cual hace referencia a una "fortaleza espiritual" en términos de claridad de conceptos, objetivos y metas espirituales, comparativamente con el grupo de pacientes hemodializados, de distribución más homogénea. Aunque sigue siendo el grupo 1 más predominante en esta muestra, lo cual no extraña dada la alta penetrancia de la religión católica en la población paraguaya, si es llamativo que exista menor dispersión entre los demás grupos 2, 3 y 4 de los agrupamientos previstos por la escala utilizada.

Habida cuenta que la distribución de estos hallazgos no permite una valoración de datos en términos de significancia estadística, sin embargo, es factible observar una clara tendencia a la ausencia de significado claro y la falta de estímulos para la búsqueda de éste, lo cual se interpreta en el contexto de un paciente agotado no solo físicamente sino mentalmente extenuado, para quien la vida ya no tiene mucho sentido. Esta percepción amerita estudios de enfoque cualitativo para evaluar la relación entre estas variables.

La fortaleza de esta investigación radica en la innovación de comparar dos grupos de pacientes, considerados en situación de salud comprometida, en términos de su estado espiritual, con el fin de valorar posibles diferencias en el impacto del estrés en su salud emocional y quizás también en su salud física. Se provee de una herramienta de intervención que complementa la terapéutica de manera más integral en el abordaje de estos pacientes, impactando de dicha manera en la calidad de vida principalmente.

La debilidad principal de esta comparación radica en la baja potencia estadística, debido a la limitación de aplicación del cuestionario, el cual necesariamente conlleva una inversión de tiempo del profesional y del paciente, en medio del tratamiento médico. Se sugiere aplicar estos cuestionarios en muestras más grandes aplicando un análisis factorial.

CONCLUSIÓN

A partir del estudio se puede deducir que el instrumento *escala MLQ de Steger* traducido al guaraní es válido para su uso en pacientes guaraní-parlantes de la comunidad paraguaya.

Además, es una herramienta que genera cuantiosa información referente al estado espiritual del paciente, discriminando los diferentes grupos de vulnerabilidad y su eventual requerimiento de soporte psicológico y social para la búsqueda de una atención integral que aborde el aspecto emocional, espiritual y humano de la persona, con toda la implicancia física que este bienestar pueda ofrecer, mucho más allá de las fronteras conocidas de la medicina tradicional.

Agradecimientos

A la Dra. Irene Estela Segovia de Villamayor, PhD en Lengua y Cultura Guaraní, por su evaluación de aspecto idiomático del texto en guaraní de este artículo. A la Lic. Rumilda Insfran, trabajadora social del servicio de cuidados paliativos y a la Lic. Lourdes Ocampos del servicio de hemodiálisis de Nefro-Serv, quienes colaboraron amablemente como encuestadoras.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés comercial

Contribución de los autores

Dr. Héctor García: investigación bibliográfica, diseño del estudio, redacción, discusión

Prof. Dr. Walter Cabrera: diseño del estudio, capacitación de los encuestadores, reclutamiento de los pacientes

Dra. Silvia Abente: investigación bibliográfica, estadística, redacción, discusión

Prof. Dra. Miriam Riveros: aspectos éticos, adiestramiento de encuestadores, reclutamiento de pacientes

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McClain CS, 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. doi: 10.1016/S0140-6736(03)13310-7
2. Puchalski Ch, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *J Palliat Med*. 2009;12(10): 885–904. doi: 10.1089/jpm.2009.0142
3. Rivas Castro A, Romero Cárdenas Á, Vásquez Munive M, Canova Barrios C. Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*. 2013; 10(1): 17-26
4. Padín López S. ¿Cuál es el significado de la espiritualidad en pacientes sin filiación religiosa con enfermedades crónicas? *Evidentia*. 2010;7(31)
5. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *Am Psychol*. 2003;58(1):24–35. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.24>
6. Bell IR, Caspi O, Schwartz GER, Grant KL, Gaudet TW, Rychener D, et al. Integrative medicine and systemic outcomes research: issues in the emergence of a new model for primary health care. *Arch Intern Med*. 2002; 162(2):133–40. doi: 10.1001/archinte.162.2.133
7. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*. 1999; 8(5):417–28. doi: 10.1002/(sici)1099-1611(199909/10)8:5 <417::aid-pon398>3.0.co;2-4
8. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, Nelson CJ, Brescia R. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000; 284(22):2907–11. doi: 10.1001/jama.284.22.2907
9. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med*. 2001;161(15):1881–5. doi: 10.1001/archinte.161.15.1881
10. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001
11. Koenig HG, Larson DB. Religion and mental health: Evidence for an association. *Int Rev Psychiatry*. 2001;13(2):67–78. doi: 10.1080/09540260124661
12. Von Streber G. Paraguay y las complejidades de una nación bilingüe: la contradicción del idioma guaraní como símbolo nacional y su condición de diglosia. *Encuentros [Internet]*. 2018 [citado 7 Enero 2022]; 16(1): 107-19. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16925882018000100107&lng=en&rm=iso&tlng=es. doi: <https://doi.org/10.15665/.v16i01.1401>

13. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in Life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *J Couns Psychol.* 2006. 53(1):80-93
14. Steger MF, Kashdan TB. Stability and specificity of meaning in life and life satisfaction over one year. *J Happiness Stud.* 2007; 8(2):161-79
15. Steger MF, Kawabata Y, Shimai S, Otake K. The meaningful life in Japan and the United States: Levels and correlates of meaning in life. *J. Res. Pers.* 2008; 42(3):660-78
16. Steger MF, Kashdan TB, Sullivan BA, Lorentz D. Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *J Pers.* 2008. 76(2):199-228
17. Steger MF, Shin JY. The relevance of the meaning in life questionnaire to therapeutic practice: A look at the initial evidence. *International Forum on Logotherapy.* 2010; 33(2): 95-104
18. Datos Mundiales en Educación VII Edición. 2010/11 Versión revisada, agosto 2010. International bureau of education.
http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/Countries/WDE/2006/LATIN_AMERICA_and_the_CARIBBEAN/Paraguay/Paraguay.htm
19. United States Department of State, Office of International Religious Freedom. 2017 Report on International Religious Freedom [Internet]. United States: Office of International Religious Freedom; 2017. [cited 2022 Feb 20]. Available from:
<https://www.state.gov/reports/2017-report-on-international-religious-freedom/>
20. Romero T. Religion affiliation in Paraguay as of 2020, by type. [Internet]. Jun 21, 2022. [cited 2022 Feb 10]. Available from:
<https://www.statista.com/statistics/1067159/paraguay-religion-affiliation-share-type>