

Espiritualidad y dolor en pacientes con cáncer de mama metastásico

Samantha Brandes¹, Ana Carolline Taborda Kemczenski¹, Ana Paula Niespodzinski¹, Anne Izabelly de Aguiar Cabral Martins Souza¹, Gabriela Barbier¹, Jean Carl Silva¹, Helbert do Nascimento Lima¹

1. Universidade da Região de Joinville, Joinville/SC, Brasil.

Resumen

Este estudio observacional, transversal y cuantitativo utilizó los instrumentos Brief Pain Inventory (dolor), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being (bienestar espiritual) y Beck Depression Inventory – Short Form (depresión), para evaluar si la espiritualidad y la depresión influyen en la percepción del dolor en pacientes con cáncer de mama metastásico. La edad promedio fue de 57,3 años; de las 30 participantes, 24 (80%) recibían atención pública; 17 (57%) tenían diagnóstico de cáncer de mama hace más de cinco años; y 27 (90%) solían tener alguna práctica religiosa/espiritual. Aquellas con puntuación de bienestar espiritual superior a la mediana tuvieron una puntuación más baja de síntomas depresivos (3 vs. 6; $p=0,021$). No hubo diferencias significativas en la mediana de la puntuación total de bienestar espiritual cuando se estratificó por la percepción mediana del dolor (31,5% vs. 28,5%; $p=0,405$). Una mayor sensación de bienestar espiritual se relacionó a bajas tasas de depresión.

Palabras clave: Neoplasias de la mama. Metástasis de la neoplasia. Espiritualidad. Percepción del dolor. Depresión. Cuidados paliativos al final de la vida.

Resumo

Espiritualidade e dor em pacientes com câncer de mama metastático

Mediante estudo observacional, transversal e quantitativo que utilizou os instrumentos de avaliação Brief Pain Inventory (dor), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being (bem-estar espiritual) e Beck Depression Inventory – Short Form (depressão), busca-se avaliar a influência da espiritualidade e da depressão na percepção de dor de pacientes acometidas por neoplasia de mama metastática. A idade média foi 57,3 anos e, das 30 participantes, 24 (80%) tratavam-se em serviço público; 17 (57%) tinham diagnóstico de câncer de mama há mais de cinco anos; e 27 (90%) realizavam alguma prática religiosa/espiritual. Pacientes com escore de bem-estar espiritual acima da mediana apresentaram menor escore dos sintomas depressivos (3 vs. 6; $p=0,021$). Não houve diferença significativa em relação à mediana do escore total do bem-estar espiritual quando estratificado pela mediana da percepção de dor (31,5% vs. 28,5%; $p=0,405$). Maior manifestação de bem-estar espiritual pode estar relacionada a menores índices de depressão.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Metástase neoplásica. Espiritualidade. Percepção da dor. Depressão. Cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Abstract

Spirituality and pain in patients with metastatic breast cancer

This observational, cross-sectional and quantitative study, by means of the assessment instruments Brief Pain Inventory, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being and Beck Depression Inventory – Short Form, evaluated the influence of spirituality and depression in the pain perception of patients with metastatic breast cancer. Mean age was 57.3 years. Of the 30 participants, 24 (80%) were treated in a public service, 17 (57%) had been diagnosed with breast cancer for more than 5 years, and 27 (90%) were religious or spiritual. Patients with spiritual well-being scores above the median had lower depressive symptom scores (3 vs. 6; $p=0.021$). The median total score of spiritual well-being showed no significant difference when stratified by median pain perception (31.5% vs. 28.5%; $p=0.405$). Greater spiritual well-being may be related to lower rates of depression.

Keywords: Breast neoplasms. Neoplasm metastasis. Spirituality. Pain perception. Depression. Hospice care.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-HMSJ-CAAE 28598720.0.0000.5362

El cáncer de mama representa la neoplasia más frecuente en las mujeres en todo el mundo¹. A pesar de los avances en la detección temprana y la comprensión de las bases moleculares de la enfermedad, el 10 % de las pacientes con cáncer de mama tienen metástasis a distancia en el momento del diagnóstico², teniendo el dolor como un factor determinante³. Aunque muchos estudios evalúan la influencia de la religiosidad y/o espiritualidad (R/E) en la calidad de vida, poco se sabe sobre su asociación con la percepción de dolor de estas pacientes.

Según datos del Global Cancer Observatory (GCO), en 2020, cerca de 2,3 millones de mujeres tuvieron diagnóstico de cáncer de mama, y el número de pacientes que fallecieron por esta enfermedad fue de 685 000 en todo el mundo⁴. En el mismo año, se registraron 7,8 millones de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que habían estado en tratamiento durante los cinco años anteriores⁴. En el momento del diagnóstico, aproximadamente el 64 % de las pacientes tenían cáncer de mama en etapa local, el 27 % en etapa regional y el 6 % en etapa distante (metastásico)^{5,6}. Entre el 20 % y el 50 % de las pacientes con neoplasia de mama se quejan de dolor, número que aumenta al 90 % en pacientes metastásicas³.

Además de ser una experiencia sensorial desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, el dolor también es una experiencia emocional negativa⁷. La frecuencia e intensidad del dolor pueden aumentar a medida que el cáncer progresa, causando malestar físico, emocional, espiritual y funcional⁸, lo que lo convierte en algo más complejo que una mera sensación física⁹.

Los estudios sobre mujeres con cáncer de mama afirman que el apoyo a través de la R/E puede apoyarlas, actuando como una fuerza motivadora para enfrentar las dificultades y seguir adelante con sus ideales de vida y afrontamiento de la enfermedad⁹⁻¹². Sin embargo, todavía se sabe poco sobre la influencia de R/E en la percepción del dolor.

Comprender el dolor y la espiritualidad en mujeres con cáncer de mama avanzado puede proporcionar información sobre cómo optimizar el complejo síntoma de dolor y proporcionar una atención integral a estas mujeres⁹. Este estudio tiene como objetivo evaluar la asociación del bienestar espiritual con la percepción de dolor en pacientes afectadas por neoplasia de mama metastásica.

Método

Diseño y ubicación del estudio

Se trata de un estudio transversal, observacional, analítico, con enfoque cuantitativo, realizado por medio de cuestionarios validados relacionados con la espiritualidad y al dolor, aplicados entre octubre de 2020 y marzo de 2021. La muestra estuvo compuesta por mujeres con neoplasia de mama metastásica en seguimiento ambulatorio en la ciudad de Joinville/SC. Las pacientes fueron seleccionadas en los dos principales ambulatorios de la ciudad, un público —Ambulatorio de Oncología del Hospital Municipal San José— y un privado —Centro Ambulatorio de Oncología de Unimed. Ambos ambulatorios atienden toda la región de Joinville/SC, con cerca de 600 000 habitantes. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado, según lo aprobado.

Muestreo, criterios de inclusión y exclusión

El cuadro de muestra se obtuvo con base en el estudio del historial médico de ambos ambulatorios. Todas las pacientes mujeres mayores de 18 años, alfabetizadas, sin déficit cognitivo reconocido y con el código Internacional de enfermedad C50.9 (neoplasia maligna de mama, no especificada) en etapa IV en seguimiento médico regular durante los últimos seis meses fueron invitadas a participar en el estudio por contacto telefónico. Las pacientes que aceptaron participar respondieron a los instrumentos propuestos en un formulario en línea en la plataforma de formularios de Google, debido al aislamiento impuesto por la pandemia de la COVID-19.

Variables recopiladas e instrumentos utilizados

Se recogieron variables sociodemográficas como la edad, la escolaridad y el estado civil. También se evaluaron el tiempo de diagnóstico, los sitios y el número de sitios metastásicos y el uso de medicamentos para el control del dolor.

Para evaluar los signos de depresión se utilizó el Beck Depression Inventory – Short Form (BDI-SF)¹³, una medida de autoevaluación de la depresión que consta de 13 ítems relacionados con los síntomas

depresivos que ha sido validada en la población brasileña y en pacientes con cáncer¹⁴. La suma de la puntuación BDI-SF por encima de cuatro indica síntomas leves de depresión.

Se empleó también el Brief Pain Inventory (BPI) para evaluar el nivel y la repercusión del dolor en las pacientes¹⁵. Se utilizaron los ítems 3 a 9, siendo los ítems 3 a 8 para evaluar la intensidad del dolor y los siete sub-ítems del ítem 9 para evaluar la interferencia del dolor en aspectos de la vida (actividades en general, humor, capacidad para caminar, sueño, trabajo, relación con otras personas y disfrute de la vida).

La intensidad del dolor es evaluada por el paciente teniendo como referencia las últimas 24 horas, en una escala numérica de 0 (ausencia de dolor) a 10 (tan fuerte como se pueda imaginar), en que el puntaje promedio total es calculado con base en los ítems 3-6. La interferencia con aspectos de la vida también se evalúa en una escala numérica de 0 (no interferencia) a 10 (interferencia completa), donde la puntuación media se calcula con base en los siete sub-ítems¹⁶.

La R/E se evaluó mediante preguntas formuladas por los propios investigadores para comprender mejor la participación en actividades religiosas y mediante el cuestionario Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being (Facit-Sp-12)¹⁷. La Facit-Sp-12 es una escala que evalúa el bienestar espiritual, centrado en los aspectos existenciales de la espiritualidad y la fe, no limitado a la posibilidad de respuesta por parte de agnósticos o ateos. El instrumento se subdivide en dos escalas: la primera ("sentido/paz"), con ocho ítems; y la segunda ("fe"), con cuatro ítems. Para obtener la puntuación total, simplemente sume la puntuación de los 12 ítems. Cuanto mayor sea el puntaje, mayor será el bienestar espiritual¹⁷.

Análisis estadístico

Las variables numéricas fueron presentadas por promedio y desviación estándar o mediana y variación mínima y máxima, conforme distribución. La exposición estudiada, R/E, se evaluó mediante la estratificación de la muestra por la mediana de la puntuación total de Facit-Sp-12 (≤ 33 o > 33). El resultado considerado, la percepción de

dolor, fue evaluado de forma binaria utilizando la mediana de la puntuación total del BPI ($\leq 26,5$ o $> 26,5$). Se consideraron otras variables de interés en relación con la variable de exposición y la variable de resultado, utilizando las pruebas chi-cuadrado, para las variables categóricas, y la prueba de Mann-Whitney para las numéricas.

Las puntuaciones Facit-Sp-12 se correlacionaron con las puntuaciones BPI mediante regresión lineal simple. La razón de probabilidad entre el bienestar espiritual (mediana de Facit-Sp-12) y la percepción del dolor (mediana de la puntuación BPI) se evaluó en bruto y se ajustó para posibles factores de confusión mediante el método de Mantel-Haenszel. El valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo en las pruebas utilizadas y los análisis fueron realizados en el programa estadístico STATA versión 15.

Resultados

Presentaron neoplasia de mama metastásica en 26 (12 %) de las 221 pacientes en seguimiento regular en el ambulatorio del servicio privado y en 117 (10 %) de las 1.153 en seguimiento regular en el ambulatorio público. De la muestra total de 143 pacientes, considerando ambos servicios, 30 (21 %) respondieron al cuestionario en línea (20 % del servicio privado y 80 % del servicio público). La edad promedio era de 57 años; 28 (93,3 %) eran blancas; 18 (60 %) estaban casadas o estaban en unión estable; 17 (57 %) tenían un tiempo de diagnóstico mayor de cinco años y el principal sitio de metástasis era óseo (43 %).

Utilizaban algún tipo de analgésico 19 (63 %) mujeres. Cuando se evaluó la percepción de dolor en la muestra total, por medio del BPI (mínimo 0, máximo 10), las medianas fueron 2 y 2,2, respectivamente, para intensidad del dolor y la interferencia del dolor en aspectos de la vida (la puntuación total fue de 2,6). El porcentaje de alivio del dolor en las últimas 24 horas fue del 80 %.

En cuanto a los síntomas depresivos, la mediana encontrada en el BDI-SF fue de 4,5, con 12 (40 %) participantes con síntomas leves y tres (10 %) con síntomas moderados de depresión. Otras características se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características generales de la muestra (n=30)

Variables	Número absoluto o promedio	% o DP
Edad	57,3	17,1
Hospital de atención	8	53
Privado	6	20,0
Público	24	80,0
Color de piel blanco, sí	28	93,3
Casado o en unión estable, sí	18	60,0
Tiempo de casada o en unión estable, años	24,9	13,1
Años de estudio	9,6	4,8
Tiempo de diagnóstico de la neoplasia, años	-	-
1-5 años	13	43,0
> 5 años	17	57,0
Número de sitios de metástasis	1,9	0,8
Sitios de metástasis*	-	-
Huesos	24	42,9
Pulmones	8	14,3
Hígado	11	19,6
Otro	13	23,2
Beck Depression Inventory – Short Form [mediana; VIQ]	4,5	3,0/9,0
Uso de analgésicos, sí	19	63,3
Analgésicos simples	11	36,7
Opioide débil ¹	7	23,3
Opioide fuerte ²	7	23,3
Brief Pain Inventory	11	40,7
Intensidad del dolor [mediana; VIQ]	2,0	1,2/4,4
Interferencia de dolor [mediana; VIQ]	2,2	0,6/6,3
Alivio del dolor en las últimas 24 horas en % [mediana; VIQ]	80	20/100
Puntuación total BPI ³ [mediana; VIQ]	2,6	1,0/5,4

* el paciente podía marcar más de un sitio; 1-codeína, tramadol; 2-morfina, metadona

DP: desviación estándar; BPI: Brief Pain Inventory; VIQ: variación intercuartil (percentil 25/75)

La religión católica fue la más frecuente (43 %) entre las 28 pacientes que declararon tener algún tipo de religión (93 %). En relación con la práctica de actividad religiosa o espiritual, 27 (90 %) pacientes mantenían alguna actividad R/E regular, siendo esta realizada tres o más veces en la semana en el 41 % y de forma grupal en el 63 % de la muestra. La R/E se consideró muy importante para 27 (90 %) participantes.

En cuanto al bienestar espiritual evaluado por el instrumento Facit-Sp-12, la puntuación total medio fue de 33 (mínimo 0, máximo 48); en lo que se refiere al dominio sentido/paz, el promedio fue

de 19,5 (mínimo 0, máximo 32 puntos); en el dominio fe, 14 (mínimo 0, máximo 16 puntos).

Al evaluar las variables principales y la percepción de dolor estratificada por la mediana de la puntuación total del Facit-Sp-12 (Tabla 2), se observó una tendencia hacia un menor nivel educativo en los pacientes con menor calidad de vida relacionada con la R/E (7,4 vs. 10,8 años de estudio, $p=0,077$). Las pacientes en el grupo con puntaje del Facit-Sp-12 por encima de la mediana presentaron menor puntaje de los síntomas depresivos (BDI-SF 3,0 vs. 6,0; $p=0,021$).

Aunque no fue significativo, se observó que las mujeres con puntaje de bienestar espiritual por encima de la mediana tenían mayor tiempo de unión estable, menor tiempo de diagnóstico de neoplasia, menor uso de medicaciones para el dolor y menor mediana de la intensidad y de la interferencia del dolor.

Tabla 2. Análisis de las variables por mediana Facit-Sp-12 (n=30)

Variable	Mediana Facit-Sp-12 ≤33		Mediana Facit-Sp-12 >33		Valor p
	Número absoluto o promedio	% o DP	Número absoluto o promedio	% o DP	
Edad	57,4	19,1	57,0	13,7	0,611
Casada/unión estable, sí	10	52,6	8	72,7	0,442
Tiempo casada/unión estable, años	21,4	10,4	28,7	15,4	0,167
Tiempo de estudio, años	10,8	4,1	7,4	5,4	0,077
Tiempo de diagnóstico					0,132
1 a 5 años	6	31,6	7	63,6	
> 5 años	13	68,4	4	36,4	
Hospital					1,000
Privado	4	21,1	2	18,2	
Público	15	78,9	9	81,8	
Realiza actividad R/E, sí	16	84,2	11	100,0	0,279
Número de sitios de metástasis	1,7	0,8	2,1	0,7	0,250
Beck Depression Inventory – Short Form [mediana; VIQ]	6,0	4,0/10,0	3,0	2,0/4,0	0,021
Uso de medicamentos para el control del dolor, sí	14	73,7	5	45,5	0,238
Analgésicos simples	6	31,6	5	45,5	-
Analgésicos opioides débiles	4	21,1	3	27,3	-
Analgésicos opioides fuertes	7	36,8	0	0	-
Intensidad del dolor BPI [mediana; mínimo/máximo]	3,5	1,0/5,2	1,75	1,2/3,0	0,388
Interferencia de dolor BPI [mediana; variación intercuartil]	4,3	0/6,9	2,0	0,9/5,1	0,681
Puntuación total BPI ³ [mediana; VIQ]	3,9	1,0/6,1	2,1	0,9/4,6	0,518
Alivio del dolor en las últimas 24 horas en % [mediana; variación intercuartil]	80	20/90	80	70/100	0,672

Facit-Sp-12: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being; DP: desviación estándar; R/E: religiosidad y/o espiritualidad; BPI: Brief Pain Inventory; VIQ: variación intercuartil (percentil 25/75)

Las variables asociadas con una menor percepción del dolor (mediana BPI≤2,6) se presentan en la Tabla 3. No hubo diferencias significativas con respecto a la mediana de la puntuación total de bienestar espiritual (Facit-Sp-12) cuando se estratificó entre los grupos por encima o por debajo de la mediana de percepción del dolor (BPI). Aunque no

es significativo, el grupo por encima de la mediana de BPI usó opioides fuertes con más frecuencia que el grupo por debajo de la mediana (40 % vs. 6,7 %). La regresión lineal entre las puntuaciones totales del Facit-Sp-12 y los valores de la puntuación total del BPI no demostraron correlación significativa (β coeficiente=-0,02; IC 95% -0,83 a 0,41; $p=0,492$).

Tabla 3. Análisis de las variables por la mediana Brief Pain Inventory

Variable	Mediana BPI $\leq 2,6$		Mediana BPI $> 2,6$		Valor de <i>p</i>
	Número absoluto o promedio	% o DP	Número absoluto o promedio	% o DP	
Edad	50,7	11,8	54,22	16,2	0,693
Casada/unión estable, sí	8	53,3	10	66,70	0,709
Tiempo casada/unión estable, años	25,2	13,4	24,6	13,7	0,736
Tiempo de estudio, años	10,3	5,4	8,9	4,3	0,393
Tiempo de diagnóstico	-	-	-	-	0,461
1 a 5 años	8	53,3	5	33,3	-
> 5 años	7	46,7	10	66,7	-
Hospital	-	-	-	-	0,648
Privado	4	26,7	2	13,3	-
Público	11	73,3	13	86,7	-
Realiza actividad R/E, sí	14	93,3	13	86,7	1,000
Número de sitios de metástasis	2	1/3	2	1/2	0,329
Beck Depression Inventory - Short Form [mediana; VIQ]	3,5	2,2/7,5	5,0	2,0/9,5	0,204
Uso de medicamentos para el control del dolor, sí	7	46,7	12	80,0	0,130
Analgésicos simples	5	33,3	6	40,0	-
Analgésicos opioides débiles	4	26,7	3	20,0	-
Analgésicos opioides fuertes	1	6,7	6	40,0	-
Beck Depression Inventory - Puntuación Total [mediana; variación intercuartil]	4	3/6	8	3/10	0,217
Facit - 12 Dominio paz, puntuación total	19,2	14,0/20,0	16,0	16,0/19,0	0,136
Facit-12 Dominio de la fe, puntuación total	12,2	8,0/13,5	11,5	9,0/15,0	0,675
Facit-12 Puntuación Total	31,5	22,0/35,0	28,5	27,0/34,0	0,405

BPI: Brief Pain Inventory; DP: desviación estándar; Facit-Sp-12: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being; R/E: religiosidad y/o espiritualidad; VIQ: variación intercuartil (percentil 25/75)

La mayor puntuación de R/E (grupo con mediana Facit-Sp-12>33) no mostró asociación con una menor puntuación de dolor (mediana BPI $\leq 2,6$), *crudo* OR=0,42 (IC 95 % 0,08-2,04; *p*=0,264). Después del ajuste por posibles factores de confusión de forma bivariada, el puntaje de bienestar espiritual más alto permaneció no asociado con la mediana inferior de BPI de manera significativa: ajustado por estado civil (OR_{M-H} = 0,35; IC 95% 0,06-1,88; *p* = 0.201), para el uso de analgésicos (OR_{M-H} = 0,59; IC 95% 0,12-2,95; *p* = 0,517), para la presencia de

signos de depresión (OR_{M-H} = 0,61; IC 95% 0,10-3,53; *p* = 0.577) o por tiempo de enfermedad (OR_{M-H} = 0,52; IC 95% 0,11-2,50; *p*=0,411).

Discusión

Este estudio revela que gran parte de las pacientes con cáncer de mama adopta alguna actividad R/E como forma de afrontamiento de la enfermedad. En la muestra estudiada, un mayor nivel de bienestar

espiritual no se relacionó significativamente con una menor percepción de dolor, sino con puntuaciones más bajas de síntomas depresivos.

En este análisis, mayor puntaje de bienestar espiritual no se relacionó con menor percepción de dolor, aunque los pacientes con puntaje de bienestar espiritual por encima de la mediana usaron menos analgésicos fuertes en relación con aquellos con puntaje por debajo de la mediana. Se han realizado pocos estudios de intervención centrados en R/E en pacientes con cáncer de mama avanzado^{18,19}.

Estudio sobre mujeres con cáncer de mama avanzado sometidas a intervención psicoterapéutica centrada en potenciar la fuerza interior por medio de técnicas psicológicas demostró que las pacientes se beneficiaron de ese uso en situaciones de ansiedad y desesperación debidas a la enfermedad, pero no hubo un beneficio real en lo que se refiere a aspectos relacionados con R/E¹⁸. Por otro lado, cuando la intervención es guiada por un profesional con formación específica en R/E (capellán), los hallazgos pueden ser más amplios, contribuyendo a la mejora de aspectos relacionados con la ansiedad, la paz interior, el sentido de la vida y la aceptación¹⁹.

En esta investigación, la mayoría de las pacientes pertenecían a una religión, con predominio de las de base cristiana. Además, la mayor parte de ellas estaba involucrada con prácticas relacionadas a R/E que consideraban muy importantes en el contexto de la enfermedad. Los estudios se han centrado en la relación entre espiritualidad, salud y calidad de vida en pacientes crónicos con enfermedad avanzada²⁰⁻²³ y algunos teóricos consideran que la espiritualidad puede constituir una forma de replantear el sentido de la vida y de la muerte¹¹.

A menudo, los pacientes oncológicos enfrentan conflictos emocionales y espirituales, así como el miedo a la muerte. Durante el proceso de la enfermedad, estos pacientes adoptan diferentes formas de enfrentarse a la enfermedad, pasando por diversas fases, como las cinco etapas descritas por Elisabeth Kübler-Ross²⁴: negación parcial o total de la enfermedad, ira/revuelta, negociación, depresión y aceptación. Los aspectos existenciales y espirituales del paciente oncológico durante la enfermedad se convierten en herramientas para enfrentar la enfermedad y pueden estar relacionados con la espiritualidad, la depresión y la calidad de vida¹¹.

La espiritualidad viene al encuentro de la necesidad de llenar el vacío explicativo de la enfermedad que se instala o de la muerte que se aproxima. Por lo tanto, puede entenderse como una búsqueda de integridad, un cierre del “ser-en-el-mundo”, suavizando el dolor y favoreciendo la aceptación dolorosa del duelo al constituir un tipo de ayuda que trasciende a sí mismo¹¹.

Se sabe que los pacientes con cáncer necesitan tener sus molestias físicas aliviadas y controladas para que sus necesidades espirituales puedan ser mejor comprendidas y satisfechas. Una persona con dolor intenso no podrá reflexionar sobre el significado de su existencia, ya que el sufrimiento físico se convierte en un factor de amenaza constante para la sensación de plenitud deseada por los pacientes moribundos²⁵.

En el estudio realizado en este trabajo, más de la mitad de la muestra informó haber usado analgésicos, y gran parte obtuvo alivio en las últimas 24 horas antes del análisis, según lo evaluado por el instrumento BPI. De esta forma, la falta de control adecuado de la analgesia no parece afectar la no asociación encontrada entre R/E y dolor. Sin embargo, considerando que gran parte de la muestra que aceptó responder a la investigación practicaba alguna actividad involucrando R/E, no es posible alejar un sesgo de selección de la muestra, lo que disminuye la influencia de los no practicantes de actividades R/E sobre el desenlace del dolor.

Otro aspecto verificado fue la asociación de la R/E y la menor presencia de síntomas depresivos. Se sabe que un mayor bienestar espiritual se asocia con un menor sufrimiento, una mayor adaptación a la enfermedad y, en consecuencia, una mejor calidad de vida^{20,25}.

La prevalencia de depresión en mujeres con cáncer de mama ha sido bastante variable, siendo reportada por el 1,5 % a 30 % de esas pacientes^{13,26}. El diagnóstico de cáncer representa una sobrecarga emocional, pero la depresión también puede estar relacionado con características inherentes a la paciente, además de aquellas relacionadas con el cáncer y su tratamiento²⁶.

Por otro lado, se sabe que la evaluación de la R/E por medio de una escala puede reflejar conceptos que impregnan también aspectos psicológicos o morales²⁷. Las preguntas del instrumento FACIT-Sp-12 relacionadas con paz interior pueden

ser entremezcladas por sentidos y cuestionamientos muy próximos a aquellos encontrados en el instrumento que evalúa calidad de vida y/o síntomas depresivos²⁷. Esta asociación podría explicar, en parte, la relación encontrada entre una puntuación R/E más alta y los individuos con menos síntomas depresivos.

Este estudio tiene limitaciones que deben ser consideradas: 1) debido al aislamiento impuesto por la pandemia de la COVID-19, la estrategia electrónica para contestar el cuestionario puede haber limitado la participación de pacientes con menor escolaridad o dificultad de acceso a medios digitales; 2) aunque el rango de edad, tiempo de diagnóstico, número y localización de las metástasis sean similares al perfil reconocido en otros estudios realizados en Brasil^{28,29}, no es posible descartar un sesgo de selección de la muestra.

Aunque no fue posible detallar mejor las dosis y el esquema de los analgésicos utilizados por las pacientes, la mayoría de ellas pertenecía al mismo ambulatorio y estaban sujetas a una rutina semejante de prescripción analgésica, lo que puede, en parte, minimizar errores de medición.

Este estudio presenta información importante sobre la mayor participación en las prácticas de

R/E por parte de pacientes en etapa avanzada con cáncer de mama. Este hallazgo puede reforzar la necesidad de que el equipo asistencial comprenda mejor las creencias y prácticas de fe de estos pacientes, constituyéndose en punto de apoyo para afrontar la enfermedad.

Consideraciones finales

La búsqueda de compromiso con los aspectos de R/E está bastante presente en pacientes con cáncer de mama metastásico. En la muestra estudiada, un mayor bienestar espiritual no se relacionó con una menor percepción de dolor, pero se verificó que aspectos relacionados con la R/E pueden tener alguna influencia sobre los síntomas depresivos en esas pacientes. Es necesario seguir evaluando esta asociación para determinar su impacto en la percepción del dolor.

Los estudios futuros podrán evaluar las intervenciones que puedan aumentar la espiritualidad, como las prácticas meditativas, la psicoterapia centrada en el significado y la musicoterapia, relacionadas con las experiencias de la enfermedad, específicamente el dolor y la depresión.

Referencias

1. Huang J, Chan PS, Lok V, Chen X, Ding H, Jin Y *et al*. Global incidence and mortality of breast cancer: a trend analysis. *Aging (Albany NY)* [Internet]. 2021 [acceso 6 fev 2023];13(4):5748-803. DOI: 10.18632/aging.202502
2. Ruiterkamp J, Ernst MF, de Munck L, van der Heiden-van der Loo M, Bastiaannet E, van de Poll-Franse LV *et al*. Improved survival of patients with primary distant metastatic breast cancer in the period of 1995-2008: a nationwide population-based study in the Netherlands. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2011 [acceso 6 fev 2023];128(2):495-503. DOI: 10.1007/s10549-011-1349-x
3. Portenoy RK, Lesage P. Management of cancer pain. *Lancet* [Internet]. 1999 [acceso 6 fev 2023];353(9165):1695-700. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)01310-0
4. Lei S, Zheng R, Zhang S, Wang S, Chen R, Sun K *et al*. Global patterns of breast cancer incidence and mortality: a population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer Commun (Lond)* [Internet]. 2021 [acceso 6 fev 2023];41(11):1183-94. DOI: 10.1002/cac2.12207
5. Lee YT. Breast carcinoma: pattern of metastasis at autopsy. *J Surg Oncol* [Internet]. 1983 [acceso 6 fev 2023];23(3):175-80. DOI: 10.1002/jso.2930230311
6. Zhang H, Zhu W, Biskup E, Yang W, Yang Z, Wang H *et al*. Incidence, risk factors and prognostic characteristics of bone metastases and skeletal-related events (SREs) in breast cancer patients: a systematic review of the real world data. *J Bone Oncol* [Internet]. 2018 [acceso 6 fev 2023];11:38-50. DOI: 10.1016/j.jbo.2018.01.004
7. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S *et al*. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* [Internet]. 2020 [acceso 6 fev 2023];161(9):1976-82. DOI: 10.1016/j.jbo.2018.01.004

8. Hui D, Bruera E. A personalized approach to assessing and managing pain in patients with cancer. *J Clin Oncol* [Internet]. 2014 [acceso 6 fev 2023];32(16):1640-6. DOI: 10.1200/JCO.2013.52.2508
9. Flanigan M, Wyatt G, Lehto R. Spiritual perspectives on pain in advanced breast cancer: a scoping review. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2019 [acceso 6 fev 2023];20(5):432-43. DOI: 10.1016/j.pmn.2019.04.002
10. Reynolds D. Examining spirituality among women with breast cancer. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2006 [acceso 6 fev 2022];20(3):118-21. DOI: 10.1097/00004650-200605000-00005
11. Miranda SL, Lanna MAL, Felipe WC. Spirituality, depression, and quality of life in the fight of cancer: an exploratory study. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2015 [acceso 6 fev 2023];35(3):870-85. DOI: 10.1590/1982-3703002342013
12. Nuraini T, Andrijono A, Irawaty D, Umar J, Gayatri D. Spirituality-focused palliative care to improve Indonesian breast cancer patient comfort. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2018 [acceso 6 fev 2023];24(2):196-201. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_5_18
13. Love AW, Grabsch B, Clarke DM, Bloch S, Kissane DW. Screening for depression in women with metastatic breast cancer: a comparison of the Beck Depression Inventory Short Form and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2004 [acceso 6 fev 2023];38(7):526-31. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2004.01385.x
14. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2012 [acceso 6 fev 2023];34(4):389-94. DOI: 10.1016/j.rbp.2012.03.005
15. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singap* [Internet]. 1994 [acceso 6 fev 2023];23(2):129-38. Disponível: <https://bit.ly/3qSE2VE>
16. Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Support Care Cancer* [Internet]. 2011 [acceso 6 fev 2023];19(4):505-11. DOI: 10.1007/s00520-010-0844-7
17. Lucchetti G, Lucchetti AL, Bernardin Gonçalves JP, Vallada HP. Validation of the Portuguese version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp 12) among Brazilian psychiatric inpatients. *J Relig Health* [Internet]. 2015 [acceso 6 fev 2023];54(1):112-21. DOI: 10.1007/s10943-013-9785-z
18. Abernethy AP, Herndon JE 2nd, Coan A, Staley T, Wheeler JL, Rowe K *et al.* Phase 2 pilot study of Pathfinders: a psychosocial intervention for cancer patients. *Support Care Cancer* [Internet]. 2010 [acceso 6 fev 2023];18(7):893-8. DOI: 10.1007/s00520-010-0823-z
19. Cooper RS. Case study of a chaplain's spiritual care for a patient with advanced metastatic breast cancer. *J Health Care Chaplain* [Internet]. 2011 [acceso 6 fev 2023];17(1-2):19-37. DOI: 10.1080/08854726.2011.559832
20. Johannessen-Henry CT, Deltour I, Bidstrup PE, Dalton SO, Johansen C. Associations between faith, distress and mental adjustment: a Danish survivorship study. *Acta Oncol* [Internet]. 2013 [acceso 6 fev 2023];52(2):364-71. DOI: 10.3109/0284186X.2012.744141
21. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2001 [acceso 6 fev 2023];14(4):352-7. DOI: 10.1080/08998280.2001.11927788
22. Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN, Miller DK. Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliat Med* [Internet]. 2002 [acceso 6 fev 2023];16(4):331-8. DOI: 10.1191/0269216302pm544oa
23. Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: a review. *SSM Popul Health* [Internet]. 2016 [acceso 6 fev 2023];2:373-81. DOI: 10.1016/j.ssmph.2016.04.009
24. Kubler-Ross E. *On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. New York: Scribner; 2011.
25. Leão D, Pereira ER, Perez-Marfil MN, Silva R, Mendonca AB, Rocha R *et al.* The importance of spirituality for women facing breast cancer diagnosis: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [acceso 6 fev 2023];18(12):6415. DOI: 10.3390/ijerph18126415
26. Caplette-Gingras A, Savard J. Depression in women with metastatic breast cancer: a review of the literature. *Palliat Support Care* [Internet]. 2008 [acceso 6 fev 2023];6(4):377-87. DOI: 10.1017/S1478951508000606

27. Koenig HG. Concerns about measuring “spirituality” in research. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2008 [acceso 6 fev 2023];196(5):349-55. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31816ff796
28. Matos SEM, Rabelo MRG, Peixoto MC. Análise epidemiológica do câncer de mama no Brasil: 2015 a 2020. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2021 [acceso 6 fev 2023];4(3):13320-30. DOI: 10.34119/bjhrv4n3-282
29. Renna NL Jr, Silva GA. Diagnóstico de câncer de mama em estado avançado no Brasil: análise de dados dos registros hospitalares de câncer (2000-2012). *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2018 [acceso 6 fev 2023];40(3):127-36. DOI: 10.1055/s-0038-1624580

Samantha Brandes – Magíster – samanthabrandes@gmail.com

 0000-0001-9877-5872


Ana Caroline Taborda Kemczenski – Estudante de grado – anacaroline.kem@gmail.com

 0000-0001-8030-2217


Ana Paula Niespodzinski – Graduada – anapaulan.sbs@gmail.com

 0000-0002-3764-6679

Anne Izabelly de Aguiar Cabral Martins Souza – Estudante de grado – anneizacabralsoza@gmail.com

 0000-0003-0694-9172


Gabriela Barbieri – Estudante de grado – gabriela12barbieri@gmail.com

 0000-0003-4800-5110

Jean Carl Silva – Doctor – jean.carl@univille.br

 0000-0002-3094-8180

Helbert do Nascimento Lima – Doctor – helbertlima@hotmail.com

 0000-0003-0081-6897

Correspondencia

Samantha Brandes – Rua da Independência, 125, ap. 204B, Bairro Anita Garibaldi CEP 89203-305. Joinville/SC, Brasil.

Participación de los autores

Todos los autores participaron en la concepción y el diseño del estudio, así como en la recolección de datos, el análisis y la interpretación de los resultados. La redacción del artículo y la aprobación final se hicieron conjuntamente.

Recibido: 31.3.2022

Revisado: 7.2.2023

Aprobado: 2.3.2023