

# Creencias religiosas que influyen en las preferencias de cuidados agresivos al final de la vida: un avance en la medición y desafíos continuos (Editorial)

---

Adaptado de: Peterman, Amy. (2019) Religious beliefs influencing aggressive end-of-life care preferences: A measurement advance and continued challenges. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.31945>

---

## Abstracto

La escala de Creencias religiosas en la atención médica al final de la vida, RBEC (Religious Beliefs in End-of-Life Medical Care scale) es una adición significativa a la literatura sobre las complicadas relaciones entre la religión, la espiritualidad y las preferencias de tratamiento de los pacientes con cáncer avanzado. Este editorial destaca varias sugerencias para un refinamiento adicional de esta escala.

Como los lectores probablemente saben, existe una literatura sustancial que apoya la relación saludable entre los factores religiosos y espirituales por un lado y la salud y la calidad de vida entre las personas con cáncer por el otro (1). El cuidado espiritual es tremendamente importante en todas las etapas de la enfermedad, pero esto es particularmente cierto para los pacientes con enfermedad avanzada porque pueden ser más conscientes de su mortalidad (2, 3). Al mismo tiempo, parece que algunas creencias religiosas pueden ser responsables de una preferencia por un tratamiento agresivo al final de la vida (4). De hecho, los niveles más altos de religiosidad se asocian con una menor participación en la planificación de la atención avanzada (5) y con una comprensión limitada del pronóstico de la enfermedad (6). En un estudio ampliamente citado por Phelps et al (6), el afrontamiento religioso positivo se asoció con la recepción de un tratamiento más agresivo al final de la vida. Finalmente, en otros estudios, un tratamiento más agresivo y una menor comprensión de la enfermedad se han asociado con una peor calidad de vida y mayores costos de atención al final de la vida (7).

Para explorar a fondo estas relaciones complejas e identificar objetivos para la intervención cuando sea apropiado, es necesario poder identificar y medir las creencias religiosas particulares que podrían estar asociadas con una comprensión deficiente del pronóstico y un cuidado más agresivo al final de la vida. Esto es particularmente importante porque la afiliación religiosa por sí sola no predice estos factores. De hecho, casi todas las mayores tradiciones religiosas permiten a los pacientes interrumpir un tratamiento que causa sufrimiento, con poca probabilidad de que aumente sustancialmente la esperanza de vida (8). Se especula que el grado de conservadurismo o fundamentalismo religioso es una mejor indicación de una preferencia por un tratamiento agresivo que afiliación (9). Independientemente, la escala de creencias religiosas en la atención médica al final de la vida (RBEC), presentada en esta edición de *Cáncer* por Balboni et al, (10) es un paso importante para la investigación y la práctica clínica en esta área. Como parte de su estudio *Coping With Cancer II*, financiado por el Instituto Nacional del Cáncer, los autores han creado una escala de 7 ítems que mide 4 conceptos identificados en trabajos anteriores como potencialmente relevantes para las opciones de tratamiento al final de la vida (11): la soberanía de Dios, la santificación a través del sufrimiento, santidad de vida y milagros. La escala tiene una buena confiabilidad de consistencia interna, de modo que estos 4 conceptos en realidad parecen representar una sola dimensión de creencias religiosas y validez convergente. Ambos son requisitos previos para una medición adecuada. Los autores deben ser felicitados sinceramente por el desarrollo de esta medida: es un siguiente paso crucial en el largo programa de investigación que ha contribuido de manera tan sustancial a nuestra comprensión del nexo entre religión, espiritualidad y atención oncológica.

La escala en sí y futuras investigaciones también deberían cumplir la igualmente importante función de ayudar a los profesionales de oncología a brindar una atención más adaptada a la cultura de sus pacientes religiosos. El conocimiento de las creencias específicas de la escala puede promover una mayor comprensión de las preferencias de sus pacientes por un tratamiento muy agresivo en el contexto de una enfermedad terminal. De hecho, algunas de las situaciones más

desafiantes emocional y moralmente en oncología implican tener la seguridad de que un paciente está tomando una decisión informada cuando insiste en un tratamiento de cuarta línea o se niega a aceptar una orden de no reanimar. La pregunta tácita es: "¿Sabe esta paciente que va a morir pronto? Se lo dije y no entiendo por qué todavía quiere que se haga todo para tratar de prolongar su vida ". A menudo, finalmente queda claro que la paciente sabe que el médico cree que va a morir, pero ha puesto su fe en Dios o en su poder superior con la conciencia de que puede o no curarse. El RBEC podría ser invaluable para mejorar la comprensión y la comunicación entre el paciente y el proveedor en tales circunstancias. En esencia, los problemas surgen porque ni el oncólogo ni el paciente sienten que el otro comprende su perspectiva; por lo tanto, el conocimiento del oncólogo de las respuestas del paciente a los ítems del RBEC proporcionaría un punto de partida para una discusión respetuosa de los diferentes puntos de vista. Quizás esta discusión sobre la interrupción del tratamiento o la atención al final de la vida también podría incluir al clérigo del paciente o al profesional de cuidado espiritual del hospital. La escala en sí y futuras investigaciones también deberían cumplir la igualmente importante función de ayudar a los profesionales de oncología a brindar una atención más adaptada a la cultura de sus pacientes religiosos. El conocimiento de las creencias específicas de la escala puede promover una mayor comprensión de las preferencias de sus pacientes por un tratamiento muy agresivo en el contexto de una enfermedad terminal. De hecho, algunas de las situaciones más desafiantes emocional y moralmente en oncología implican tener la seguridad de que un paciente está tomando una decisión informada cuando insiste en un tratamiento de cuarta línea o se niega a aceptar una orden de no reanimar. La pregunta tácita es: "¿Sabe esta paciente que va a morir pronto? Se lo dije y no entiendo por qué todavía quiere que se haga todo para tratar de prolongar su vida ". A menudo, finalmente queda claro que la paciente sabe que el médico cree que va a morir, pero ha puesto su fe en Dios o en su poder superior con la conciencia de que puede o no curarse. El RBEC podría ser invaluable para mejorar la comprensión y la comunicación entre el paciente y el proveedor en tales circunstancias. En esencia, los problemas surgen porque ni el oncólogo ni el paciente sienten que el otro comprende su perspectiva; por lo tanto, el conocimiento del oncólogo de las respuestas del paciente a los ítems del RBEC proporcionaría un punto de partida

para una discusión respetuosa de los diferentes puntos de vista. Quizás esta discusión sobre la interrupción del tratamiento o la atención al final de la vida también podría incluir al clérigo del paciente o al profesional de cuidado espiritual del hospital.

**Escala de Creencias religiosas en la atención médica al final de la vida, RBEC (Religious Beliefs in End-of-Life Medical Care scale)**

Mi creencia en Dios me libera de la necesidad de pensar en decisiones médicas futuras (por ejemplo, orden de no resucitar o voluntades anticipadas), especialmente cerca del final de la vida.	La soberanía de dios
Aceptaré todos los tratamientos médicos posibles porque mi fe me dice que haga todo lo posible para seguir con vida por más tiempo.	Santidad de la vida
Creo que aceptar una orden de no resucitar es inmoral debido a mis creencias religiosas.	Santidad de la vida
Estaría renunciando a mi fe si dejara de seguir el tratamiento del cáncer.	Santidad de la vida
Creo que Dios podría realizar un milagro al curarme del cáncer.	Milagros, soberanía de Dios
Debo soportar fielmente procedimientos médicos dolorosos porque el sufrimiento es parte de la forma en que Dios me pone a prueba.	Santificación a través del sufrimiento
Mi fe me ayuda a soportar el sufrimiento que viene con los tratamientos médicos difíciles.	Santificación a través del sufrimiento

(1) nada (2) un poco, (3) algo (4) bastante, (5) mucho (not at all, a little, somewhat, quite a bit, a great deal)

**Tabla adaptada de:** Balboni, T. A., Prigerson, H. G., Balboni, M. J., Enzinger, A. C., VanderWeele, T. J., & Maciejewski, P. K. (2019). A scale to assess religious beliefs in end-of-life medical care. *Cancer, 125*(9), 1527–1535. <https://doi.org/10.1002/cncr.3194>

## Referencias

1Park CL, Sherman AC, Jim HSL, Salsman JM. Religion/spirituality and health in the context of cancer: cross-domain integration, unresolved issues, and future directions. *Cancer*. 2017;121:3789-3794.

[Wiley Online Library](#) [Web of Science](#)®[Google Scholar](#)

2Puchalski CM, Lunsford B, Harris MH, et al. Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: a collaborative model. *Cancer J*. 2006;12:398-416.

[Crossref](#) [PubMed](#) [Web of Science](#)®[Google Scholar](#)

3Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol*. 2010;28:445-452.

[Crossref](#) [PubMed](#) [Web of Science](#)®[Google Scholar](#)

4Shinall MC. Fighting for dear life: Christians and aggressive end-of-life care. *Perspect Biol Med*. 2015;57:329-340.

[Crossref](#) [Web of Science](#)®[Google Scholar](#)

5Garrido MM, Idler EI, Leventhal H, Carr D. Pathways from religion to advance care planning: beliefs about control over length of life and end-of-life values. *Gerontologist*. 2012;53:801-816.

[Crossref](#) [PubMed](#) [Web of Science](#)®[Google Scholar](#)

6Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA*. 2009;301:1140-1147.

[Crossref](#) [CAS](#) [PubMed](#) [Web of Science](#)®[Google Scholar](#)

7Applebaum AJ, Kolva EA, Kulikowski JR, et al. Conceptualizing prognostic awareness in advanced cancer: a systematic review. *J Health Psychol*. 2014;19:1103-1119.

[Crossref](#) [PubMed](#) [Web of Science](#)®[Google Scholar](#)

8Chakraborty R, Areej R, El-Jawahri MR, et al. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliat Support Care*. 2017;15:609-622.

[Crossref](#) [PubMed](#) [Web of Science](#)®[Google Scholar](#)

9Sharp S, Carr D, Macdonald C. Religion and end-of-life treatment preferences: assessing the effects of religious denominations and beliefs. *Soc Forces*. 2012;9:275-298.

[Crossref](#) [Web of Science](#)®[Google Scholar](#)

10Balboni TA, Prigerson HG, Balboni MJ, Enzinger AC, VanderWeele TJ, Maciejewski PK. A scale to assess religious beliefs in end-of-life medical care. *Cancer*. 2019;125:1527-1535.

[Wiley Online Library](#) [PubMed](#) [Web of Science](#)® [Google Scholar](#)

11Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, et al. U.S. clergy religious values and relationships to end-of-life discussions and care. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53:999-1009.

[Crossref](#) [PubMed](#) [Web of Science](#)® [Google Scholar](#)

12Streiner D, Norman GR, Cairney J. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*, 5th edn. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 2015.

[Crossref](#) [Google Scholar](#)

13Merluzzi TV, Philip EJ. "Letting go": from ancient to modern perspectives on relinquishing personal control: a theoretical perspective on religion and coping with cancer. *J Relig Health*. 2017;56:2039–2052.

[Crossref](#) [PubMed](#) [Web of Science](#)® [Google Scholar](#)

14Willis GB. *Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2005.

[Crossref](#) [Google Scholar](#)

15DeVellis RF. *Scale Development: Theory and Application*, 4th edn. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2017.

[Google Scholar](#)

16Paulhus DL. *Assessing Self Deception and Impression Management in Self-Reports: The Balanced Inventory of Desirable Responding* [unpublished manual]. Vancouver, Canada: University of British Columbia; 1988.

[Google Scholar](#)

17Sedikides C, Gebauer JE. Religiosity as self-enhancement: a meta-analysis of the relation between socially desirable responding and religiosity. *Pers Soc Psychol Rev*. 2010;14:17-36.

[Crossref](#) [PubMed](#) [Web of Science](#)® [Google Scholar](#)

18Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol*. 1960;24:349-354.

[Crossref](#) [CAS](#) [PubMed](#) [Web of Science](#)® [Google Scholar](#)

19Jones AE, Elliott M. Examining social desirability in measures of religion and spirituality using the bogus pipeline. *Rev Relig Res*. 2017;59:47-64.