ISSN 1669-9106 MEDICINA (Buenos Aires) 2026: 86: 1219-1232

Artículo original

BIENESTAR ESPIRITUAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: VALIDACIÓN EN ARGENTINA DE LA ESCALA FACIT-SP

PAULA GIMBATTI[1], FERNANDA MONTAÑA[2], LORENA ETCHEVERRY[3], CARLOS CAFFERATA[1], VICTOR HERRERA[1], CELIA LABATO[1], CELESTE PACHECO[1], MARIANA ATTWELL[1], MARTINA TORRES POSSE[1], MARIANO DE MURIA[2], LIZ VACCAFLOR[2], LUISINA BECQ[2], JULIETA AZULAY[2], GRACIELA OJEDA[2], HERMEREGILDA ACOSTA[2], CARLOS SILVA[2], MARÍA BELEN RAUSCH[3], MELINA DEMARCO[3], FERNANDO TORRES[3], SERGIO A. TERRASA[1], FERNANDO R. VÁZQUEZ PEÑA[1]

[1]Hospital Italiano de Buenos Aires -Centro Coordinador-, [2]Hospital Británico de Buenos Aires, [3]Hospital Baldomero Sommer, General Rodríguez, Prov. de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Paula Gimbatti, Hospital Italiano de Buenos Aires, Tte. Gral. Juan D. Perón 4190 - 1199 - Biuenos Aires, Argentina
E-mail: paula.gimbatti@hospitalitaliano.org.ar
Recibido: 3-I-2026
Aceptado: 1-7-2026

Resumen

Introducción: Para garantizar una atención integral de quienes padecen cáncer avanzado es importante monitorear su bienestar espiritual mediante instrumentos validados. El objetivo de esta investigación es validar en Argentina la escala FACIT-Sp 12.

Materiales y métodos: Luego de verificada su comprensibilidad, fue evaluada su validez de constructo en dos muestras diferentes mediante un análisis de componentes principales (ACP), un análisis factorial confirmatorio (AFC) de primer y segundo orden, juntamente con un modelo MIMIC (del inglés *Multiple Indicators Multiple Causes*), con RStudio. Fue evaluada la correlación de la escala obtenida con la versión en español de la escala DSES (del inglés *Daily Spiritual Experience Scale*).

Resultados: El ACP (n=102) mostró una estructura de tres factores (sentido, paz y fe). Fueron eliminados dos ítems para optimizar el comportamiento psicométrico, obteniéndose un instrumento abreviado integrado por diez ítems. Los indicadores de ajuste del AFC (n=149) fueron adecuados (RMSEA=0.08; SRMR=0.05; CFI=0.96 y TLI=0.95), con cargas factoriales estandarizadas de 0.54 a 0.89. Tal como está recomendado, la fiabilidad compuesta osciló entre 0.74 y 0.87, y la varianza media extractada (VME), entre 0.50 y 0.69. Si bien la validez convergente fue adecuada, la divergente fue subóptima, por lo que debe priorizarse el puntaje global de la escala por sobre el de los diferentes dominios por separado. Su correlación con el puntaje de la DSES fue baja (r=0.009), lo que indica que evalúan constructos diferentes.

Conclusión: La versión abreviada de la escala FACIT-Sp mostró ser válida, confiable, útil y de fácil aplicación.

Palabras clave: espiritualidad, encuestas y cuestionarios, estudios de validación como asunto, enfermedad crónica, neoplasias, cuidados terminales

Abstract

Spiritual wellbeing in cancer patients: Argentine validation of the FACIT-Sp scale

Introduction: To ensure comprehensive care for those suffering from advanced cancer, it is important to monitor their spiritual well-being using validated instruments. The objective of this research is to validate the FACIT-Sp 12 scale in Argentina.

Materials and methods: After verifying its comprehensibility, its construct validity was evaluated in two different samples using principal component analysis (PCA), first- and second-order confirmatory factor analysis (CFA), together with a MIMIC (Multiple Indicators

Multiple Causes) model, with RStudio. The correlation of the scale obtained with the Spanish version of the DSES (Daily Spiritual Experience Scale) was evaluated.

Results: PCA (n=102) showed a three-factor structure (meaning, peace, and faith). Two items were eliminated to optimize psychometric performance, resulting in an abbreviated instrument consisting of ten items. The AFC (n=149) fit indices were adequate (RMSEA=0.08; SRMR=0.05; CFI=0.96 and TLI=0.95), with standardized factor loadings ranging from 0.54 to 0.89. As recommended, composite reliability ranged from 0.74 to 0.87, and the mean extracted variance (MEV) ranged from 0.50 to 0.69. Although convergent validity was adequate, divergent validity was suboptimal, so the overall scale score should be prioritized over the scores for the different domains separately. Its correlation with the DSES score was low (r=0.009), indicating that they assess different constructs.

Conclusion: The abbreviated version of the FACIT-Sp scale proved to be valid, reliable, useful, and easy to apply.

Key words: spirituality, surveys and questionnaires, psychometrics, validation studies as topic, chronic disease, neoplasms, terminal care.

PUNTOS CLAVE

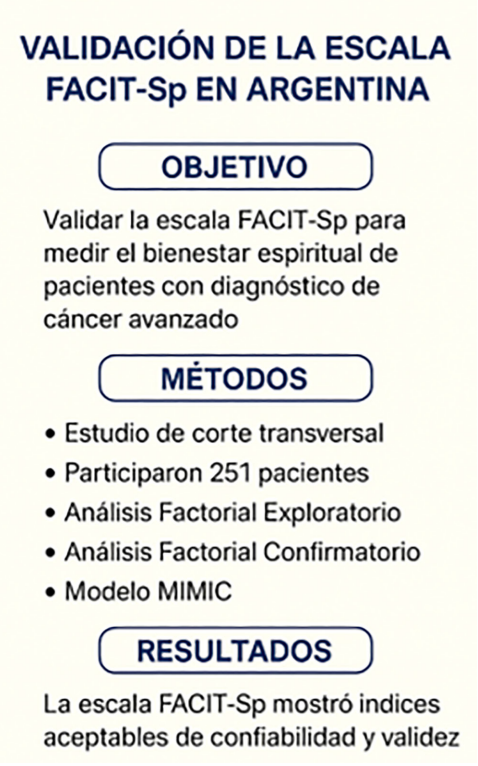
Conocimiento actual

- El bienestar espiritual constituye una dimensión relevante de la atención integral de las personas con cáncer avanzado. La escala FACIT-Sp es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar este constructo y cuenta con validaciones en distintos contextos culturales, aunque no disponía de una validación para Argentina.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- La validación argentina de la FACIT-Sp identificó una estructura de tres factores (sentido, paz y fe) y permitió obtener una versión abreviada de 10 ítems con adecuados indicadores de validez y fiabilidad. Los resultados respaldan el uso del puntaje global de la escala para evaluar bienestar espiritual en pacientes con cáncer avanzado.

Resumen gráfico



La atención integral de pacientes con enfermedad oncológica avanzada incluye la evaluación de su bienestar espiritual como una dimensión clave. Esto se encuentra en concordancia con la definición que la Organización Mundial de la Salud realizó sobre el objetivo de los cuidados paliativos, vinculado a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal[1]. De la misma manera, Cicely Saunders, pionera de los fundamentos de la atención clínica de los cuidados paliativos, sostiene que las personas que se encuentran en el final de la vida padecen "dolor total", lo que incluye aspectos físicos, socio-familiares, emocionales y espirituales.

El bienestar espiritual representa la capacidad para descubrir y articular un propósito personal en la vida, y aprender como experimentar amor, disfrutar paz y sentido de logro, lo que contribuye a una mejor calidad de vida. Algunos estudios realizados con pacientes oncológicos refieren que el bienestar espiritual merece ser considerado dentro de los dominios de la calidad de vida[2,3]. En este sentido, el diagnóstico del cáncer promueve el surgimiento de preguntas sobre el sentido de la vida y asuntos relacionados con la esperanza y la plenitud[4]. Dado el impacto posible que esta situación ejerce sobre la dimensión espiritual, resulta necesario evaluarla para poder incluir intervenciones específicas que favorezcan el bienestar.

La espiritualidad puede ser evaluada como una subdimensión de un constructo más global, por ejemplo, mediante una subescala o mediante algún ítem individual de alguna escala que evalúe la calidad de vida. Por otro lado, también existen herramientas específicas para la medición de la espiritualidad y/o la religiosidad. Una revisión sobre el tema identificó 29 instrumentos para evaluar objetivamente aspectos relacionados con la espiritualidad y/o el bienestar espiritual[5]. La mayoría habían sido validados en países anglosajones y desarrollados en el contexto cultural de EE.UU., con participantes predominantemente cristianos y con escasa representación de personas en situación de cuidados paliativos. Sin embargo, entre dichas escalas se destaca la denominada "Evaluación Funcional de Terapia de Enfermedades Crónicas y Bienestar Espiritual" (FACIT– Sp, por las siglas en inglés *"Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being"*), la única que había sido validada transculturalmente en español. Cabe destacar que el constructo "espiritualidad" de la escala FACIT-Sp no se relaciona con el concepto de religiosidad ya que no mide aspectos como la adhesión a un determinado credo o la participación en rituales. Esta característica la hace apta para ser aplicada en distintos contextos culturales, y evita que la medición de la espiritualidad se vea sesgada por la pertenencia a una determinada religión.

La escala FACIT-Sp fue desarrollada y validada inicialmente a partir de una muestra de 1617 pacientes oncológicos y en pacientes con HIV de EE.UU. y Puerto Rico[3]. Posteriormente fue traducida al "castellano latinoamericano" y validada en Colombia[6].

Fue diseñada para ser autoadministrada pero también puede ser administrada en formato de entrevista. La escala FACIT-Sp integra un conjunto de escalas que evalúan otros constructos vinculados al bienestar global de personas con enfermedades crónicas. El total de los ítems de todas las escalas del instrumento FACIT suma 39: bienestar físico (7 ítems), social/familiar (7 ítems), emocional (6 ítems), funcional (7 ítems) y espiritual (12 ítems).

A su vez, la escala de bienestar espiritual –el objeto de la actual validación–, está conformada por tres dimensiones de cuatro ítems cada una de ellas: sentido, paz y fe. Las respuestas se puntúan en una escala Likert de 5 puntos que van desde 0 (Nada) a 4 (Muchísimo). El rango total de respuesta oscila entre 0 y 48 para la dimensión global, y entre 0 y 16 para cada subescala. Existe la posibilidad de considerar las puntuaciones de las subescalas y las puntuaciones totales.

Luego de nuestra revisión bibliográfica constatamos que no contamos con instrumento alguno validado en Argentina que explore el bienestar espiritual en pacientes con cáncer avanzado. Por este motivo se propuso esta investigación, que permitirá contar con una versión de la escala FACIT-Sp 12 adaptada lingüísticamente al español rioplatense y validada psicométricamente, lo que estimulará la realización de este tipo de evaluaciones en pacientes atendidos por equipos de cuidados paliativos de Argentina.

El objetivo general de la investigación consiste en validar la escala FACIT-Sp 12 para medir el bienestar espiritual de pacientes con cáncer avanzado. Los objetivos específicos son adaptar expresiones idiomáticas y de estilo de la herramienta al español rioplatense, evaluar su validez de constructo y su fiabilidad, y evaluar su validez de criterio mediante un criterio externo concurrente.

Materiales y métodos

Las organizaciones *FACIT.org* y *FACIT trans* autorizaron por escrito (Anexo I) a este equipo investigador a realizar sin arancelamiento la validación en Argentina de la versión en español de la Escala FACIT-Sp 12 (Anexo II).

Adaptación cultural

La población de estudio estuvo constituida por pacientes mayores de 18 años, alfabetizados y hablantes nativos de español, con diagnóstico de cáncer avanzado, que se encontraban en seguimiento en los Servicios de Cuidados Paliativos de los Hospitales Italiano de Buenos Aires, Italiano de San Justo, Británico de Buenos Aires y Baldomero Sommer de General Rodríguez. A los fines de este estudio, se define cáncer avanzado como una variable cualitativa nominal dicotómica (presente/ausente), considerada presente cuando el paciente cumplía al menos uno de los siguientes criterios, documentados en la historia clínica: (1) estadio III irresecable o estadio IV según la clasificación de la AJCC[7], confirmado mediante informe anatomopatológico e imagenológico; (2) presencia de metástasis a distancia verificada por tomografía computarizada, PET-CT o resonancia magnética nuclear; o (3) determinación de irresecabilidad por comité oncológico multidisciplinario, con intención terapéutica paliativa.

Todos los participantes brindaron su consentimiento informado previo a su inclusión. Se excluyeron aquellos pacientes con alteraciones sensoriales y/o deterioro cognitivo que pudieran interferir con la comprensión o la adecuada respuesta al instrumento. El muestreo aplicado fue no probabilístico, por conveniencia, con incorporación consecutiva de los pacientes elegibles hasta completar el tamaño de muestra estimado.

La versión original en español enviada por la organización FACIT.org (Anexo III) y fue revisada por dos profesionales en forma independiente: una psicóloga especializada en cuidados paliativos que ejerce dicha práctica tanto en el ámbito hospitalario como en consultorios externos, y un médico especialista en medicina familiar que tiene contacto con dicha problemática desde la perspectiva de su atención de pacientes en forma longitudinal en el contexto de su consultorio como médico de cabecera. Luego de dicha revisión independiente, estos dos profesionales acordaron que no existían modismos del lenguaje que debían ser modificados para asegurar su comprensión a nivel local. Posteriormente la escala fue revisada por un médico especialista en cuidados paliativos, por un médico especialista en medicina familiar con experiencia en adaptación transcultural, quienes tambien dieron su aval respecto de la pertinencia de dicha versión. Finalmente, la escala fue consultada con los primeros diez profesionales que integraron este equipo de trabajo, quienes tambien estuvieron de acuerdo en no realizar cambios en la escala.

La comprensión de esta versión preliminar fue evaluada a través de entrevistas individuales aplicando la técnica de "pensar en voz alta" en una muestra con características demográficas (edad, nivel de estudios y género) similares a las de la población destinataria de la escala. Durante esta instancia también fue evaluado el tiempo necesario para completar el cuestionario. Estas personas fueron invitadas a participar por los propios médicos investigadores. Fueron realizadas diez entrevistas sucesivas hasta asegurar que cada uno de los ítems había sido comprendido por al menos el 80% de los entrevistados.

Validez de constructo (ACP y AFC)

En un primer paso, realizamos un análisis de componentes principales (ACP) con el programa SPSS (rotación varimax y escogiendo la salida de tres factores). El tamaño muestral se calculó según la propuesta de Streiner[8], asegurando cinco observaciones por cada ítem de la escala, con un mínimo total de 100 participantes. En una segunda etapa, se aplicó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) a una nueva muestra de pacientes, procurando contar con un mínimo de 100, y preferentemente 150 observaciones, de acuerdo con lo recomendado para AFC que involucran entre 10 y 15 variables ordinales[9,10]. Se empleó el estimador de cuadrados mínimos ponderados ajustados por media y varianza, WLSMV (del inglés *Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted*), apropiado para variables ordinales de cinco categorías[11,12], robusto ante distribuciones no normales[9], y útil cuando la homocedasticidad no puede ser garantizada[13].

Modelos MIMIC (Invarianza y Regresión Lineal Múltiple)

Luego de haber extraído las puntuaciones factoriales, para cotejar estimativamente, cuando fuera preciso, el cumplimiento de los supuestos[14,15], realizamos mode-

los de regresión lineal múltiple de tipo MIMIC (del inglés *Multiple Indicators Multiple Causes*). Esta metodología nos permitió, en primer lugar, evaluar la invarianza en los tres factores de primer orden de una manera básica; y posteriormente, explorar la asociación entre el factor global del cuestionario (bienestar espiritual) y cuatro variables sociodemográficas de los participantes: edad, género, máximo nivel educativo alcanzado (primario incompleto, primario completo, secundario incompleto, secundario completo, terciario o universitario incompleto, terciario o universitario completo), y tipo de establecimiento asistencial donde estaba recibiendo sus cuidados (privado versus público). La inclusión conjunta de estas cuatro variables para un estudio básico de la invarianza, se fundamenta en que son características demográficas capaces de modificar la comprensión de algunos ítems. Por otro lado, incluirlas como predictores en la regresión lineal sobre el factor Bienestar Espiritual (Fig. 1), es un aporte a la validez nomológica de la herramienta, que necesitará de otros estudios posteriores en diferentes muestras y contextos para irse consolidando.

Como recomienda la bibliografía[16], para estudiar la invarianza en el modelo de tres factores (Tabla 2), evaluamos la capacidad predictiva conjunta de las cuatro variables sociodemográficas recién mencionadas respecto de cada una de las tres variables latentes o factores de primer orden. En el caso de que documentáramos una asociación estadísticamente significativa (p valor < 0.05), teníamos previsto agregar un análisis de regresión conjunta de dichas variables demográficas sobre cada ítem (de a uno por vez), y manteniendo la regresión sobre el factor, para evaluar el eventual funcionamiento diferencial de los ítems (*Differential Item Functioning*: DIF).

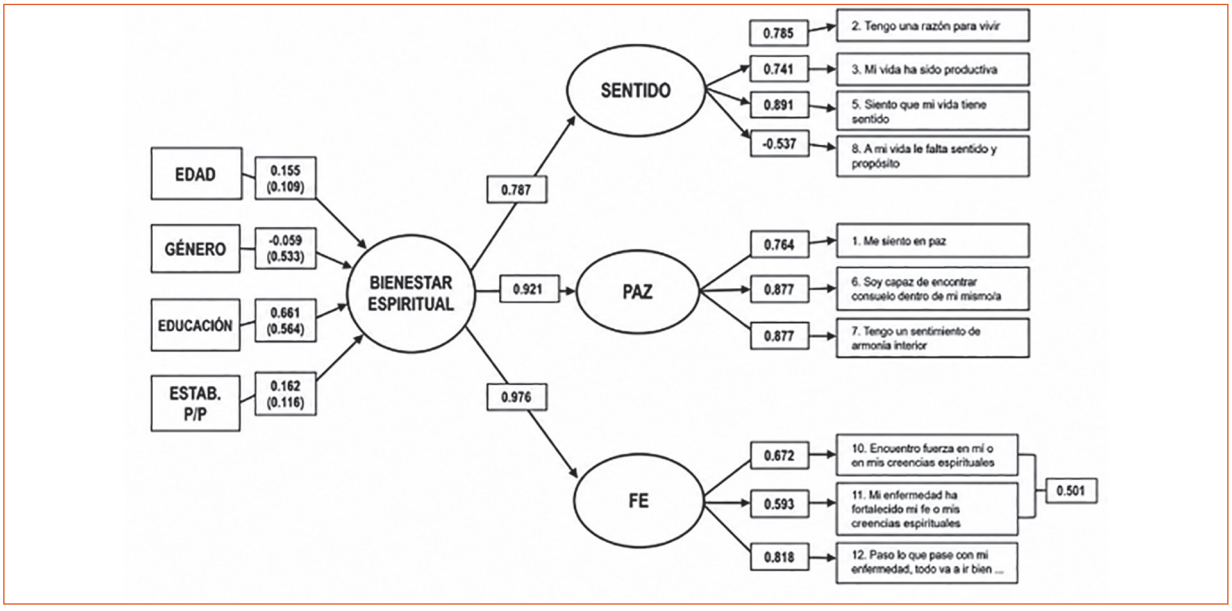
Con respecto al modelo MIMIC general (Fig. 1), que involucra el análisis factorial de segundo orden y la regresión lineal múltiple (RLM) de las cuatro variables sociodemográficas mencionadas sobre el Factor General (bienestar espiritual), se consideró la evaluación de los supuestos que se detallan a continuación.

Fue cotejada la normalidad bivariada entre todos los ítems involucrados con la prueba Close Fit[17], disponible en el programa *Lisrel*, donde esperábamos resultados de RMSEA menores a 0.1.

Estudiamos la probabilidad proporcional (PP) -dado que son regresiones tipo probit ordenado- entre los factores y sus ítems mediante la prueba de Brant, para evaluar que no hubiera diferencias en el efecto, según las distintas categorías de los ítems, destacándose que un valor de "p" estadísticamente "no significativo" no descarta la hipótesis nula de PP.

Para verificar el supuesto de linealidad, tanto en la RLM, como en la relación entre el factor de segundo orden

Figura 1 | Resultados del modelo MIMIC general



Estab. P/P: establecimientos privados y públicos
Los números en las flechas son las cargas factoriales. Los que figuran abajo, entre paréntesis, son los valores de p. Si solo figura el coeficiente es porque el valor de p es significativo (menor de 0.05)

y los factores de primer orden, se utilizó el test de Ramsey, ya que nos brinda información global sobre problemas de especificación, y de linealidad. Ante dudas, se consideró el uso del paquete Gvlma de RStudio. Se estudió el comportamiento lineal global de las variables modeladas mediante la RLM, y también la relación de cada variable independiente con la dependiente (esperábamos valores de "p" iguales o mayores a 0.05, que no descartan la hipótesis nula de correcta especificación y linealidad). La homocedasticidad fue evaluada para el modelo de regresión lineal completo con la prueba de *Breusch-Pagan,* esperando también valores de "p" iguales o mayores de 0.05. Se estudió la normalidad para el modelo completo mediante un gráfico Q-Q Plot y un histograma de residuos. La multicolinealidad en el modelo completo mediante el Factor de Inflación de la Varianza, VIF (del inglés *Variance Inflation Factor*). Se exploró la presencia de valores *outliers* utilizando un gráfico de residuos estudentizados, considerando como tales a los valores mayores a 3. También se evaluó la distancia de *Cook* y se realizó una prueba de *leverage* para detectar observaciones potencialmente influyentes. En caso de encontrarse, se previó la realización de un análisis de sensibilidad, eliminando el o los casos influyentes, para evaluar su impacto en la estabilidad de los hallazgos.

Dado que en los modelos de regresión lineal múltiple es necesario contar con al menos 20 observaciones por parámetro evaluado, estimamos que sería suficiente contar con un mínimo de 80 observaciones.

Se evaluó la correlación del puntaje de la versión de la escala FACIT-Sp resultante del proceso de validación de constructo, con el de la versión validada al español del cuestionario *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES)[18] que actuó como criterio externo de referencia. A partir de lo recomendado[8], esperábamos documentar una correlación de 0.3 a 0.7 entre ambos puntajes.

El protocolo de investigación fue aprobado por los comités de ética de todas las instituciones participantes. El estudio se condujo de acuerdo con los principios de las Buenas Prácticas Clínicas y las normas éticas para la investigación en seres humanos. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio.

Resultados

Participaron un total de 251 pacientes de cuatro establecimientos asistenciales: Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Italiano de San Justo, Hospital Británico de Buenos Aires y Hospital Nacional Sommer de General Rodríguez.

Los primeros diez fueron entrevistados en forma individual mediante la técnica de pensar en voz alta. Los siguientes 102, integraron la muestra de la fase exploratoria del comportamiento psicométrico mediante la técnica de ACP. Finalmente, un grupo adicional de 149 pacientes participó en la fase del AFC. El análisis mediante modelos MIMIC fue realizado en 148 pacientes de esta última muestra debido a un dato faltante de las variables demográficas.

Adaptación cultural

En la revisión de la versión original en español de la escala, no se encontraron modismos de lenguaje que debieran ser modificados. Esto fue verificado posteriormente en forma empírica en las entrevistas a los potenciales destinatarios de la escala, constatándose que cada uno de los ítems fue comprendido por más del 80% de los entrevistados.

Participaron pacientes de cuatro establecimientos asistenciales: Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Italiano de San Justo, Hospital Británico de Buenos Aires y Hospital Nacional Sommer de General Rodríguez.

Validez de contructo (ACP y AFC)

El ACP inicial se realizó con una muestra de 102 individuos, con una edad promedio de 63 años (DE =13). El 64.4 % fueron mujeres y el 80.2% había completado o superado la escolaridad secundaria. El ACP mostró una organización de la escala en tres componentes (Tabla 1).

Luego de realizar el ACP se decidió eliminar el ítem 9 debido a su alta colinealidad (correlación de Pearson de 0.93), y redundancia conceptual con el ítem 10 (se prefirió este último desde un punto de vista semántico).

Se realizó el AFC con una nueva muestra de 149 pacientes. Su edad promedio fue de 61años (DE = 15). El 60.1 % eran mujeres y el 70.2% había completado o superado la escolaridad secundaria.

El comportamiento matemático de la estructura factorial hizo que en los resultados del primer análisis (AFC preliminar), el *software* sugiriera incluir la correlación de los errores de medida entre los ítems 10 y 11. Esta recomendación fue aceptada por el equipo investigador ya que dichos ítems tienen un texto parecido y cierta superposición conceptual, por lo que es razonable esperar que compartan una variabilidad mayor que la esperable solamente por integrar el mismo factor. Fue también luego del AFC

preliminar, que el equipo investigador decidió eliminar el ítem 4, dado que presentaba una carga factorial muy baja (-0.362) e inferior a lo que exige la bibliografía, que es de 0.5[19]. Se consideró conceptualmente que la información que brinda el ítem 4 ya es cardinalmente capturada por otros ítems como el 1 (*"Me siento en paz"*) y el 7 (*"Tengo un sentimiento de armonía interior"*).

A partir de estas modificaciones, se evaluó el ajuste de varias estructuras: unifactorial, de dos factores, de tres factores y un análisis factorial confirmatorio (AFC) de segundo orden (Tabla 2)[19-23]. En concordancia con la propuesta conceptual de la herramienta, la estructura del AFC de segundo orden se compuso de un factor global (*Bienestar Espiritual*), que a su vez está conformado por tres factores de primer orden (*Sentido, Paz y Fe*). Por otro lado, los factores de primer orden están representados por las puntuaciones de sus ítems específicos: Sentido (ítems 2, 3, 5 y 8), Paz (ítems 1, 6 y 7), y Fe (ítems 10, 11 y 12) (Fig. 1).

La Tabla 2 presenta los indicadores globales del ajuste de cada modelo, y la Tabla 3[24, 25], los residuos estandarizados del AFC de segundo orden. Como se observa en la Tabla 2, los modelos de uno y dos factores presentaron valores de ajuste incompatibles para su validación. Por otro lado, el modelo de tres factores (*Sentido, Paz y Fe*)

Tabla 1 | Resultados del análisis de componentes principales

N°	Texto del ítem	Componente		
		Paz	Sentido	Fe
9	*Encuentro consuelo en mi fe o mis creencias espirituales*	0.895		
10	*Encuentro fuerza en mi fe o mis creencias espirituales*	0.887		
11	*Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales*	0.869		
12	*Pase lo que pase con mi enfermedad, todo va a ir bien*	0.424		
5	*Siento que mi vida tiene sentido*		0.835	
2	*Tengo una razón para vivir*		0.774	
8	*A mi vida le falta sentido y propósito*		-0.541	-0.368
3	*Mi vida ha sido productiva*		0.369	
7	*Tengo un sentimiento de armonía interior*			0.769
4	*Tengo dificultades para conseguir paz mental*			-0.716
1	*Me siento en paz*	0.442		0.545
6	*Soy capaz de encontrar consuelo dentro de mí mismo/a*		0.389	0.441

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin 0.728. Prueba de esfericidad de Bartlett, valor de p = 0.0001

Tabla 2 | Indicadores globales de ajuste de los modelos de análisis factorial confirmatorio, y del modelo MIMIC general (ver Figura 1)

Indicadores globales de ajuste	Chi cuadrado (grados de libertad)	RMSEA	SRMR	CFI	TLI
Valores esperables[a]	< 2[b]	= o < 0.08[a]	= o < 0.08[a]	= o > 0.95[a]	= o > 0,95[a]
Un factor	121.506 / 34 = 3.57	0.16	0.08	0.86	0.80
Dos factores	112.394 / 33 = 3.40	0,16	0.08	0.85	0.80
Tres factores	**52.093 /31 = 1.68**	**0.08**	**0.05**	**0.96**	**0.95**
AFC de Segundo Orden	**52.093 / 31 = 1.68**	**0.07**	**0.04**	**0.97**	**0.96**
Modelo MIMIC	**118.370 / 67 = 1.76**	**0.072**	**0.044**	**0.97**	**0.977**

AFC: análisis factorial confirmatorio. RMSEA: error cuadrático medio de aproximación. SRMR: residuo cuadrático medio estandarizado. CFI: índice de ajuste comparativo. TLI: índice de Tucker y Lewis
[a]Hair[19]; [b]Norman y Streiner[23]

arrojó buenos indicadores globales de ajuste. La Tabla 4 detalla los resultados de la varianza media extractada (VME), la fiabilidad compuesta (FC), la validez convergente (VC) y la validez discriminante (VD), para el modelo de tres factores. La validez divergente de la escala no fue totalmente satisfactoria ya que el cuadrado de la correlación entre los factores *Paz* y *Fe* (0.6922 = 0.8322) fue superior a la VME de los factores Fe (0.4985) y *Sentido* (0.5450) (Tabla 4)[26].

Modelos MIMIC (Invarianza y Regresión Lineal Múltiple)

El análisis mediante modelos MIMIC se llevó a cabo con 148 observaciones de la segunda muestra, utilizada previamente en el AFC, debido a un dato faltante.

En el análisis de invarianza se documentó solo una asociación estadísticamente significativa entre la variable *Edad* y el factor *Fe*, pero sin significancia en forma conjunta con ninguno de los ítems del mismo factor (10, 11 y 12), descartando DIF.

En relación al Modelo MIMIC general –figura 1 y tabla 2–, los resultados del Test *Close Fit* arrojaron en todos los casos valores de RMSEA menores de 0,1, compatibles con normalidad bivariada entre todos los ítems. Respecto al supuesto de la probabilidad proporcional entre los factores y sus indicadores, las pruebas de Brant

Tabla 3 | Residuos estandarizados del análisis factorial de segundo orden

	x2	x3	x5	x8	x1	x6	x7	x10	x11	x12
x2	0.000									
x3	-1.235	0.000								
x5	0.294	0.559	0.000							
x8	-1.500	1.033	0.335	0.000						
x1	-1.133	0.567	-1.192	1.216	0.000					
x6	0.570	2.192	2.421	-0.185	-3.287	0.000				
x7	-0.507	0.890	-2.750	-0.477	2.227	0.450	0.000			
x10	-0.576	0,672	0.970	-0.171	0.182	1.863	-1.478	0.000		
x11	1.291	0.009	1.240	-0.393	-0.132	-0.490	-3.084	0.000	0.000	
x12	-0.170	0.005	-1.015	0.829	1.688	0.096	-0.265	-1.533	1.533	0.000

Es sustancial que ninguno supere el valor de 4 (Hair[19]). En nuestro caso, sólo tres fueron superiores a 2.58 (99.5% de los puntajes Z), según Byrne[24], y solo uno de ellos casi alcanza 3.29 (límite de los puntajes Z, 99.9%), de acuerdo con Field[25].

Tabla 4 | Resultados de Varianza Media Extractada (VME), Fiabilidad Compuesta (FC), Validez Convergente (VC) y Validez Discriminante o Divergente (VD), en el modelo de tres factores

Varianza media extractada (en negrita) y correlaciones para calcular la validez discriminante o divergente (Fornell y Larcker, 1981)[26]				**Fiabilidad Compuesta** (Hair, 2018)	**Validez Convergente** (Hair, 2018)
	Sentido	**Paz**	**Fe**	(> 0.7)	Todas las cargas factoriales deben ser iguales o superiores a 0.6 y significativas estadísticamente, y ninguna inferior a 0.5
Sentido	**0.54575**[a]	0.5012	0.5446	0.82	Correcta, por aproximación el ítem 8, con una carga absoluta de -0.567
Paz	0.5012	**0.6930**[a]	0.6922	0.87	Correctas
Fe	0.5446	0.6922	**0.4985**[a]	0.74	

a) La varianza media extractada (VME) de cada factor debe ser igual o mayor a 0.5 y está resaltada en negrita. Los demás números asociados son los valores al cuadrado de las correlaciones entre los factores. Para garantizar una adecuada validez discriminante, la VME de cada factor debe ser mayor que el cuadrado de las correlaciones entre los demás factores con ese mismo factor[26].

mostraron resultados estadísticamente no significativos (corolario favorable), con excepción de los ítems 10 y 11.

Los resultados de la aplicación de las pruebas de Ramsey al modelo completo de RLM, y de la relación entre cada variable independiente con la dependiente, fueron estadísticamente no significativos (resultado favorable), al igual que la prueba de Breush-Pagan (p=0.8119).

El gráfico Q-Q Plot mostró que la gran mayoría de los puntos no se alejan de la pendiente, mientras que el histograma de residuos sugiere una distribución normal aceptable. En ninguno de los casos el VIF superó el valor de 1,32. Luego de revisar la distribución de los residuos estudentizados no se detectaron valores con *outliers*, sin que tampoco identificáramos alguna observación con una distancia de Cook elevada.

La observación 148 mostró un valor alto de *leverage* y una vez que se descartó un potencial error de carga, fue considerado como dato real, y se decidió mantener en el modelo. Se realizó un análisis de sensibilidad, sin dicha observación, para poner a prueba la estabilidad del modelo.

Ninguna de las cuatro variables exploradas –edad, género, máximo nivel educativo alcanzado, y gestión privada vs. pública del establecimiento de salud–, mostró una asociación estadísticamente significativa (ver valores de "p" en la Fig 1) en la regresión múltiple sobre el factor Bienestar espiritual (Fig 1). Si bien luego de realizar el análisis de sensibilidad, algunos coeficientes quedaron al borde de la significancia estadística, ninguno arrojó un valor de p menor a 0.05.

En los test de Ramsey, para evaluar la linealidad entre el factor *Bienestar espiritual,* y los factores *Sentido, Paz* y *Fe*, individualmente, hubo un caso de valor de p significativo. Fue en la relación entre *Fe* y *Bienestar espiritual*. Fue verificada una adecuada linealidad, normalidad y homocedasticidad mediante el paquete Gvlma de RStudio.

El coeficiente de correlación de Pearson entre las sumatorias de los ítems de los cuestionarios DSES y FACIT-Sp , fue de 0.009 (p=0.918). Esta correlación baja indica que ambas escalas capturan información de constructos diferentes.

Discusión

Hemos documentado la comprensibilidad, la validez del constructo y la fiabilidad de una versión abreviada (diez ítems) en español rioplatense de la escala FACIT-Sp en pacientes con cáncer avanzado (Anexo IV)[27,28]. Los resultados respaldan su adecuación psicométrica y su potencial utilidad para la evaluación de la espiritualidad en contextos clínicos de cuidados paliativos.

Respecto de la reducción de la escala implementada en este trabajo (eliminación de los ítems 4 y 9), la decisión encuentra respaldo conceptual además de estadístico. El ítem 4 (*"Tengo dificultades para conseguir paz mental"*), al estar formulado en sentido negativo, puede inducir a confusión en la respuesta y conceptualmente se solapaba con el ítem 1 (*"Me siento en paz"*), y con el 7 de la escala original (*"Tengo un sentimiento de armonía interior"*). Por su parte, la eliminación del ítem 9 (*"Encuentro consuelo en mi fe o creencias"*), radicó en su profunda redundancia semántica con el ítem 10 (*"Encuentro fuerza en mi fe o creencias"*). El equipo investigador optó por mantener el ítem 10 al considerar que el concepto de `fuerza´refleja un recurso de afrontamiento espiritual más activo y clínicamente relevante para nuestra población que el concepto más pasivo de `consuelo`. Adicionalmente, esta depuración conceptual concuerda con la evidencia empírica internacional. Por ejemplo, una cohorte holandesa de pacientes con cáncer[20] documentó un comportamiento estadístico problemático idéntico en estos mismos ítems, reportando una baja correlación del ítem 4 con la puntuación global de la escala, y una muy alta redundancia (r > 0.75) entre los ítems 9, 10 y 11.

Al igual que otros autores[6,21], nuestros resultados respaldan el modelo psicométrico de tres factores –*sentido* (dominio cognitivo), *paz* (dominio afectivo) y *fe*–[22] por sobre el de dos factores (*sentido/paz* y *fe*), inicialmente propuesto por Peterman[3].

La correlación entre las sumatorias de los ítems de la escala FACIT-Sp[3] y los de la escala DSES[18] fue muy baja (r=0.009). Si bien nuestra aproximación inicial buscaba explorar la validez convergente entre ambas herramientas, este hallazgo terminó demostrando de manera contundente una validez divergente. Esto documen-

ta matemáticamente que ambos instrumentos evalúan constructos distintos. Este fenómeno resulta comprensible desde el punto de vista conceptual: mientras que FACIT-Sp fue diseñada para evaluar específicamente el bienestar existencial y espiritual en el contexto clínico de la enfermedad, la escala DSES mide las experiencias espirituales cotidianas haciendo un fuerte foco en la religiosidad.

Consideramos que haber documentado en nuestra muestra que ninguna de estas variables sociodemográficas se asoció significativamente con el factor global es clínicamente relevante ya que podría alertar al equipo tratante de que ninguna de dichas variables pareciera condicionar una mayor o menor predisposición para abordar la espiritualidad en el contexto de los cuidados paliativos. Dicho de otra forma, el bienestar espiritual atraviesa a estos pacientes de manera transversal, nivelando diferencias demográficas o socioeconómicas que frecuentemente se observan en la población general.

Entre las limitaciones de nuestros hallazgos, cabe destacar que si bien la escala mostró una alta confiabilidad a nivel de su puntuación global, la validez divergente no resultó completamente satisfactoria. Este hecho sugiere que los resultados parciales de la subescala *Fe* deben interpretarse con cautela, dada su superposición de variabilidad fundamentalmente con *Paz*, y en menor medida, con *Sentido*. Por otro lado, dado que la población de pacientes destinataria de esta escala son personas en situación de cuidados paliativos que transitan una situación progresiva de terminalidad, no fue posible evaluar la estabilidad temporal del instrumento (confiabilidad test-retest). Finalmente, debido al diseño transversal de nuestra investigación, lamentablemente no hemos evaluado la sensibilidad de la escala para detectar cambios a lo largo del tiempo (*responsiveness*), un aspecto de vital relevancia si se la pretende utilizar para el monitoreo longitudinal. Estas dimensiones deberán ser abordadas en futuras investigaciones.

Sobre la base de estos antecedentes bibliográficos y de nuestros hallazgos, para las próximas revisiones del instrumento FACIT-Sp sugerimos examinar la redacción de los ítems 10 y 11 con el fin de reducir su redundancia conceptual y estadística, y de optimizar la precisión de su relación con el factor *Fe*.

La escala FACIT-Sp mostró ser una herramienta válida, confiable, útil y de fácil aplicación para medir el bienestar espiritual de pacientes con cáncer avanzado.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. World Health Organization. Cuidados paliativos. 20 de agosto de 2020. En: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care, consultado septiembre 2024
2. Fisch MJ, Titzer ML, Kristeller JL, et al. Assessment of quality of life in outpatients with advanced cancer: the accuracy of clinician estimations and the relevance of spiritual well-being: a Hoosier Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2003; 21:2754-9.
3. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, 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.
4. Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol* 2012; 23 Suppl 3:49-55.
5. Vivat B. Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. *Palliat Med* 2008; 22:859–68.
6. Sierra Matamoros FA. Validación para la utilización en Colombia de la escala FACIT-Sp para evaluación de bienestar espiritual en pacientes con cáncer. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2012.
7. Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al, eds. AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York: Springer; 2017.
8. Streiner DL. Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis. *Can J Psychiatry* 1994; 39:135-40.
9. Brown T. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. New York: Guilford Press, 2015.
10. Flora DB, Curran PJ. An empirical evaluation of alternative methods of estimation for CFA with ordinal data. *Psychol Methods* 2004; 9:466-91.
11. Finney SJ, DiStefano C. Non-normal and categorical data in structural equation modeling. En: Hancock GR, Mueller RO, eds. Structural equation modeling: a second course. Greenwich, CT: Information Age Publishing; 2006. p 269–314.

12. Gana K, Broc G. Structural Equation Modeling with lavaan. London: ISTE; 2019.
13. Field A, Wilcox R. Robust statistical methods: A primer for clinical psychology and experimental psychopathology researchers. *Behav Res Ther* 2017; 98:19-38.
14. Regorz A. (2024). SEM/CFA: Checking the Linearity Assumption in R/lavaan. En: https://www.regorz-statistik.de/blog/lavaan_linearity.html consultado septiembre 2025.
15. Muthén LK, Muthén BO. Discusión foro MPlus. 2013. En: https://www.statmodel.com/discussion/messages/11/16249.html?1431536904 consultado octubre 2025
16. Diemer M. ¿Por qué no se utilizan con más frecuencia los modelos MIMIC? 2023. En: https://statisticalhorizons.com/why-arent-mimic-models-used-more-often/ consultado septiembre 2025
17. Jöreskog KG. Structural Equation Modeling with Ordinal Variables using LISREL. Chicago: Scientific Software International, 2002.
18. Underwood LG. La escala de experiencia espiritual diaria: resumen y resultados. *Religions* 2011; 2:29-50.
19. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. 8th ed. Boston: Cengage Learning, 2018.
20. Damen A, Visser A, van Laarhoven HWM, et al. Validation of the FACIT-Sp-12 in a Dutch cohort of patients with advanced cancer. *Psychooncology* 2021; 30:1228-35.
21. Ahmad N, Sinaii N, Panahi S, et al. La escala de bienestar espiritual FACIT-Sp: un análisis factorial en pacientes con enfermedades médicas graves y/o limitantes de la vida. *Ann Palliat Med* 2022; 11:3789-800.
22. Canada AL, Murphy PE, Fitchett G, Peterman AH, Schover LR. A 3-factor model for the FACIT-Sp. *Psychooncology* 2008; 17:908-16.
23. Norman GR, Streiner DL. Biostatistics: The Bare Essentials. 3rd ed. Shelton, CT: People's Medical Publishing House, 2008.
24. Byrne BM. Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming. 2nd ed. New York: Routledge; 2010. En: https://www.researchgate.net/publication/361909378_Structural_Equation_Modeling_With_AMOS consultado octubre 2025
25. Field A. Linear models: looking for bias. 2013. En: https://discoveringstatistics.com/repository/linearmodelsbias.pdf consultado octubre 2025
26. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J Marketing Res* 1981; 18:39-50.
27. Muthén LK, Muthén BO. Mplus User's Guide. 8th ed. Los Angeles: Muthén & Muthén; 1998-2017.
28. Rosseel Y. lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *J Stat Softw* 2012; 48:1-36.

ANEXO I. LICENCIA PARA LA VALIDACIÓN DE FACIT -Sp-12



License for the FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) System of Quality of Life questionnaires for clinical service providers

The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org ("Licensor") the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement to the party listed below ("Licensee") for use of the measure and languages listed below Licensee to the extent outlined below. This license is applicable for clinical service providers (e.g. hospital, physicians' office, outpatient clinic, hospice, nursing facility).

Name ("Licensee"): Hospital Italiano Sede San Justo Agustín Rocca

Measurement: FACIT-Sp-12

Language(s): Spanish

Project name or type of clinical practice ("Project/Practice"): Validación en español de FACIT-Sp-12 en Argentina

This current license is extended to Licensee's project which tracks or offers clinical services to patients, subject to the following terms:

1) This license is for Licensee's in-clinic usage only. It may not be used by any of Licensee's other software vendors or other vendors with access to Licensee's electronic medical records.

2) Due to the ongoing and evolving nature of questionnaire development, treatment modalities and cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If there are particular versions of the FACIT questionnaires that are requested by clinicians using Licensee's system, it is the responsibility of Licensee to ensure the version used on their system is the one desired by their clinicians. Licensor will assume no liability for version control for Licensee.

3) Licensee may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation or editing of any FACIT document will be considered a violation of copyright protection.

4) Licensor grants Licensee a worldwide non-exclusive license to use the measurement(s) in the language(s) listed in the project above in their clinics. Licensee may not distribute, re-use, market or transfer the questionnaire in any form for use in any other Program, nor to any other vendor or user.

5) Licensee agrees to list the copyright information on each page in which the questionnaire, items from the questionnaire, or scoring documents are listed. Licensee also agrees to publish the following statement in any publications, documents, CD-ROMS or any other media which include the FACIT questionnaires: *The FACIT and all*

30JUN2020

ANEXO II. CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DE LA ESCALA



THE FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY MEASUREMENT SYSTEM WWW.FACIT.ORG

This is to certify that the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spirituality (FACIT-Sp) questionnaire was translated from English to Spanish using a universal translation methodology including representation from major Spanish-speaking regions by qualified translators under contract to this institution. This translation followed an established FACIT Multilingual Translations Methodology[1,2], which was developed and validated to ensure that resulting translations of quantitative measures reflect conceptual equivalence with the source document rendered in language that is culturally acceptable and relevant to the target population and is consistent with consensus opinion[3]. This rigorous methodology requires two forward translations into the target language by native speakers, a reconciled version of the two forward translations done by a third independent translator who is a native speaker of the target language, a back-translation of the reconciled version by a native English speaker fluent in the target language, and at least three independent reviews by native speaking linguists or HRQL research experts. All of these steps are documented in the Universal Spanish FACIT-Sp Item History which is available upon request. The resulting translation was verified by the official Spanish language coordinator for the FACIT Multilingual Translations Project. After the translation phase was completed, the Universal Spanish FACIT-Sp questionnaire was linguistically validated by testing with patients to confirm the suitability of the translations for Spanish-speaking patients. All translation work was performed by members of the Universal Spanish translation team to the best of their abilities as native speakers of Spanish (or English in the case of the back-translator), and as translators and researchers experienced in the field of health-related quality of life survey research under the direction of the undersigned. This translation is, to the best of my knowledge, a valid and accurate translation of the corresponding original document.

Name: Benjamin J. Arnold, M.A. Title: FACIT Translation Project

Signature: Ben Arnold Date: June 18, 2012

[1] Bonomi, A. E., Cella, D.F., Hahn, E.A., Bjordal, K., Sperner-Unterweger, B., Gangeri, L., Bergman, B., Willems-Groot, J., Hanquet, P., and Zittoun, R. (1996). Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life measurement system. *Qual. Life. Res.* **5**309-320.

[2] Eremenco, S., Cella, D., & Arnold, B. J. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Evaluation and the Health Professions, 28:* 212-232.

[3] Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., Ford, S., Verjee-Lorenz, A. et al. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health, 8(2): 94-104.*

ANEXO III. Escala FACIT-Sp 12. Versión 4

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para marcar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días**

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchí-simo
Sp 1	Me siento en paz	0	1	2	3	4
Sp 2	Tengo una razón para vivir	0	1	2	3	4
Sp 3	Mi vida ha sido productiva	0	1	2	3	4
Sp 4	Tengo dificultades para conseguir paz mental	0	1	2	3	4
Sp5	Siento que mi vida tiene sentido	0	1	2	3	4
Sp6	Soy capaz de encontrar consuelo dentro de mí mismo/a	0	1	2	3	4
Sp7	Tengo un sentimiento de armonía interior	0	1	2	3	4
Sp8	A mi vida le falta sentido y propósito	0	1	2	3	4
Sp9	Encuentro consuelo en mi fe o mis creencias espirutales	0	1	2	3	4
Sp10	Encuentro fuerza en mi fe o mis creencias espirituales	0	1	2	3	4
Sp 11	Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales	0	1	2	3	4
Sp12	Pase lo que pase con mi enfermedad, todo va a ir bien	0	1	2	3	4

ANEXO IV. Escala FACIT-Sp. Validación argentina

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para marcar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días**

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchí-simo
Sp 1	Me siento en paz	0	1	2	3	4
Sp 2	Tengo una razón para vivir	0	1	2	3	4
Sp 3	Mi vida ha sido productiva	0	1	2	3	4
Sp4	Siento que mi vida tiene sentido	0	1	2	3	4
Sp5	Soy capaz de encontrar consuelo dentro de mí mismo/a	0	1	2	3	4
Sp6	Tengo un sentimiento de armonía interior	0	1	2	3	4
Sp7	A mi vida le falta sentido y propósito	0	1	2	3	4
Sp8	Encuentro fuerza en mi fe o mis creencias espirituales	0	1	2	3	4
Sp9	Mi enfermedad ha fortalecido mi fe o mis creencias espirituales	0	1	2	3	4
Sp10	Pase lo que pase con mi enfermedad, todo va a ir bien	0	1	2	3	4