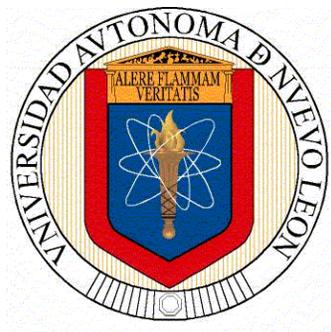


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**RELACIÓN ENTRE MIEDO A LA RECURRENCIA, ANSIEDAD A LA
MUERTE Y SIGNIFICADO DE LA VIDA EN SOBREVIVIENTES DE CÁNCER**

PRESENTADA POR:

STEPHANY YALIM MENDOZA TRISTAN

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRIA EN CIENCIAS
CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**

FEBRERO DE 2023

UNIVERSIDAD AUÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**



**RELACIÓN ENTRE MIEDO A LA RECURRENCIA, ANSIEDAD A LA MUERTE Y
SIGNIFICADO DE LA VIDA EN SOBREVIVIENTES DE CÁNCER**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

STEPHANY YALIM MENDOZA TRISTAN

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. DEHISY MARISOL JUÁREZ GARCÍA

MONTERREY, N. L., MEXICO, FEBRERO DE 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**

La presente tesis titulada “Relación entre miedo a la recurrencia, ansiedad a la muerte y significado de la vida en sobrevivientes de cáncer” presentada por Stephany Yalim Mendoza Tristan ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Dehisy Marisol Juárez García
Director de tesis

Dra. Teresa de Jesús Sánchez Jáuregui
Revisor de tesis

Dra. Jessica Noemí Acevedo Ibarra
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, febrero de 2023

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es producto tanto de la dedicación como de la colaboración de diversas personas, que estuvieron a mi lado para enseñarme, inspirarme y sumar a este trabajo que están a punto de leer.

- Quiero agradecer en primer lugar a mi asesora, la Dra. Dehisy Marisol Juárez García, por su acompañamiento, paciencia y guía en la realización de este trabajo. ¡Gracias por ser una pieza clave en este proceso!.
- A mis revisoras de tesis la Dra. Teresa de Jesús Sánchez Jauregui y la Dra. Jessica Noemí Acevedo Ibarra, por sus valiosas aportaciones a este trabajo.
- A todas/os los sobrevivientes de cáncer que formaron parte de este proyecto, por su disposición y tiempo empleado en responder los instrumentos.
- A CONACYT por brindarme la oportunidad de tener su beca y poder realizar mis estudios de posgrado.
- A mi familia por su confianza depositada siempre en mí y apoyarme a la distancia. ¡Gracias, mamá y papá!.
- A mi pareja, por su amor y apoyo, alentándome siempre a sacar lo mejor de mí, y enseñarme el camino de la investigación.
- A mi persona, por la dedicación, perseverancia y esfuerzo puestos en la realización de este trabajo.
- Así como a cada una de las personas que de alguna manera contribuyeron para que este trabajo fuera posible.

RESUMEN

El fin del tratamiento activo no supone el fin de la atención para los sobrevivientes de cáncer, ya que suelen presentar quejas tanto físicas como emocionales, siendo el miedo a la recurrencia uno de los problemas emocionales más comunes y angustiantes reportado por diversos autores. El objetivo fue evaluar la relación entre el miedo a la recurrencia del cáncer, la ansiedad a la muerte y el significado de la vida en sobrevivientes de cáncer. Se utilizó un diseño transversal de tipo correlacional, con una muestra no probabilística por conveniencia de 118 participantes quienes respondieron el Inventario de Miedo a la recurrencia, la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer y el Perfil de Significado Personal. Los resultados muestran que el 67.8% presenta miedo a la recurrencia clínico. También, se encontró una relación positiva significativa entre miedo a la recurrencia total y ansiedad a la muerte total ($r_s = .690$, $p = .000$), por su parte el significado de la vida total no correlacionó de manera significativa con el miedo a la recurrencia total ($r_s = -.119$, $p = .203$), pero si correlacionó de manera negativa y significativa con las subescalas de gravedad ($r_s = -.215$, $p = .019$), angustia psicológica ($r_s = -.281$, $p = .002$) y deterioro funcional ($r_s = -.271$, $p = .003$). Por otra parte, en la regresión logística binaria las variables, miedo a la agonía y el miedo a que la vida llegue a su fin, explican un 43.6% del miedo a la recurrencia del cáncer. Se concluye que la mayoría de los participantes presentan miedo a la recurrencia, el cual se ve influido por aspectos de la ansiedad a la muerte, por lo que es de suma importancia dar un seguimiento y tratamiento psicológico adecuado a los sobrevivientes de cáncer, con intervenciones eficaces para la reducción del miedo a la recurrencia del cáncer.

Palabras Clave: sobrevivientes de cáncer, miedo a la recurrencia, ansiedad a la muerte, significado de la vida.

ABSTRACT

The end of active treatment doesn't mean the end of care for cancer survivors, since they usually present both physical and emotional complaints, being the fear of recurrence one of the most common and distressing emotional problems reported by several authors. The objective was to evaluate the relationship between fear of cancer recurrence, death anxiety and the meaning of life in cancer survivors. A cross-sectional correlational design was used, with a non-probabilistic convenience sample of 118 participants, who answered the Fear of Recurrence Inventory, the Templer Death Anxiety Scale and the Personal Meaning Profile. The results show that 67.8% present fear of clinical recurrence. Also, a significant positive relationship was found between total fear of recurrence and total death anxiety ($r_s = .690$, $p = .000$), meanwhile the meaning of total life didn't significantly correlate with total fear of recurrence ($r_s = -.119$, $p = .203$), but it did correlate negatively and significantly with the severity subscales ($r_s = -.215$, $p = .019$), psychological distress ($r_s = -.281$, $p = .002$) and functional impairment ($r_s = -.271$, $p = .003$). On the other hand, in the binary logistic regression the variables, fear of agony and fear of life coming to an end, explain 43.6% of the fear of cancer recurrence. It is concluded that most of the participants present fear of recurrence, which is influenced by aspects of death anxiety, so it is of utmost importance to provide adequate psychological follow-up and treatment to cancer survivors, with effective interventions for the reduction of fear of cancer recurrence.

Keywords: cancer survivors, fear of recurrence, death anxiety, meaning of life.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
CAPÍTULO I	8
INTRODUCCIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVOS	24
CAPÍTULO II	25
MARCO TEÓRICO	25
1. <i>Miedo</i>	25
2. <i>Miedo a la recurrencia</i>	25
3. <i>Ansiedad</i>	37
4. <i>Ansiedad a la muerte</i>	38
5. <i>Significado de vida</i>	45
6. <i>Cáncer</i>	54
7. <i>Sobrevivientes de cáncer</i>	59
CAPÍTULO III	61
MÉTODO	61
DISEÑO	61
MÉTODO DE MUESTREO	63
PARTICIPANTES.....	63
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	64
PROCEDIMIENTO.....	66
ANÁLISIS DE DATOS.....	67

ASPECTOS ÉTICOS	67
CAPITULO IV	70
<i>RESULTADOS</i>	70
CAPITULO V	79
<i>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</i>	79
REFERENCIAS	107

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Modelo teórico de la intervención.....	27
Figura 2. Formulación teórica del miedo a la recurrencia del cáncer.....	31
Figura 3. Modelo propuesto de miedo a la recurrencia o a la progresión.....	32
Figura 4. Modelo de ansiedad relacionado con el cáncer.....	41
Tabla 1. Características sociodemográficas.....	69
Tabla 2. Características clínicas y medicas.....	71
Tabla 3. Medias y rangos de las subescalas de miedo a la recurrencia.....	73
Tabla 4. Medias y rangos de las subescalas de ansiedad a la muerte.....	74
Tabla 5. Medias y rangos de las subescalas de significado de la vida.....	74
Tabla 6. Correlaciones entre miedo a la recurrencia y ansiedad a la muerte.....	75
Tabla 7. Correlaciones entre miedo a la recurrencia y significado de la vida.....	76
Tabla 8. Regresión logística binaria.....	77

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022), las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y progresión lenta. Siendo las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes con el 63% las principales responsables de las muertes a nivel mundial.

El cáncer es la principal causa de muertes en el mundo, en 2020 ocasionó casi 10 millones de defunciones. Los cinco tipos de cáncer que causaron un mayor número de fallecimientos en 2020 fueron: el cáncer pulmonar (1,8 millones), colorrectal (916 000), hepático (830 000) gástrico (769 000) y mamario (685 000) (Organización Mundial de la Salud, 2022).

En los últimos años, gracias a los avances en el diagnóstico y tratamiento, la tasa de mortalidad ha ido descendiendo progresivamente, aumentando, por ende, el número de sobrevivientes de cáncer. A nivel mundial se estima que son 43,8 millones de personas sobrevivientes de cáncer a los cinco años desde su diagnóstico (Blanco y Ochoa, 2021).

Se considera a los sobrevivientes como aquellas personas que permanecen vivas y continúan con su funcionalidad después de superar dificultades consideradas graves o enfermedades mortales. En el área del cáncer, una persona se considera sobreviviente desde el momento del diagnóstico hasta la etapa final de la vida (Instituto Nacional del Cáncer, 2018).

Sin embargo, de acuerdo con Hall et al. (2019), después de completar el tratamiento activo, los sobrevivientes de cáncer se enfrentan a desafíos físicos y emocionales. El miedo a la recurrencia del cáncer es uno de los problemas emocionales más comunes y angustiantes que afectan a los sobrevivientes de cáncer (Cessna et al., 2020).

El miedo a la recurrencia del cáncer es una respuesta reactiva adecuada y esperada, de la que los pacientes son conscientes y puede ser adaptativa y funcional en un primer momento (Mutsaers et al., 2016), pero en niveles disfuncionales pueden afectar el bienestar y la calidad de vida (Altuve-Burgos, 2020). A diferencia de los trastornos de ansiedad, no es necesariamente un miedo irracional, sino una reacción a una amenaza real (Herschbach et al., 2010).

El miedo a la recurrencia del cáncer se ha definido como "miedo, preocupación o inquietud relacionados con la posibilidad de que el cáncer regrese o progrese" (Lebel et al., 2016), y es caracterizado por una gran preocupación, afrontamiento desadaptativo, deficiencias en el funcionamiento y problemas para planificar el futuro (Cessna et al., 2020). Las preocupaciones de los sobrevivientes sobre la

recurrencia de la enfermedad pueden continuar durante años, incluso después de que finaliza el tratamiento y puede persistir en niveles iguales a los experimentados en el momento del diagnóstico (Hall et al., 2019).

De acuerdo con Almeida (2019), se estima que el 73% de los sobrevivientes de cáncer experimentan miedo a la recurrencia. Se han realizado varios estudios en relación con esta variable en distintas poblaciones: En una revisión sistemática se informó que la mayoría de los sobrevivientes de cáncer reportaron niveles bajos a moderados de miedo a la recurrencia, y fue considerada como una de las cinco mayores preocupaciones y necesidades más frecuentemente respaldadas. Más precisamente, el 39-97% de los sobrevivientes de cáncer reportaron algún grado de miedo a la recurrencia, el 22-87% reportaron grados moderados a altos y el 0-15% reportaron altos niveles de miedo a recurrencia (Simard et al., 2013).

Custers et al. (2016) realizaron un estudio en sobrevivientes de cáncer colorrectal en 211 participantes y aproximadamente 29 personas (38%) de los sobrevivientes experimentaron niveles altos de miedo a la recurrencia en una mediana de tiempo de 5 años, experimentando angustia psicológica y deterioro funcional. Los niveles de miedo a la recurrencia no eran diferentes para hombres o mujeres, edad, tiempo transcurrido desde la cirugía, nivel educativo o características médicas.

De acuerdo con Koch-Gallenkamp et al. (2016) en su estudio encontraron que factores como la edad, el sexo, la educación y el apoyo social resultaron ser estadísticamente significativos con miedo a la recurrencia. En cambio, el tipo de

cáncer y la etapa en el diagnóstico no se asociaron estadísticamente de manera significativa con miedo a la recurrencia.

Lane et al. (2019) realizaron un estudio en 461 adultos jóvenes con el objetivo de examinar los factores asociados al miedo a la recurrencia del cáncer. Los resultados arrojaron que el 84% de la muestra experimentó niveles problemáticos de miedo a la recurrencia y el 59% cumplió o superó el límite de 22 para identificar niveles clínicamente significativos de miedo a la recurrencia. Se encontró que los participantes que reportaron cualquier grado de angustia psicológica eran más propensos a experimentar miedo a la recurrencia clínica. Los participantes con mayor insatisfacción de la imagen corporal tenían 2.5 veces más probabilidades de experimentar miedo a la recurrencia clínica que los participantes con menos insatisfacción de la imagen corporal.

Custers et al. (2017), en su estudio con 460 participantes mujeres encontraron que 250 (el 55%) de las participantes tenían miedo a la recurrencia alto. En cuanto a las variables demográficas se encontró una relación significativa entre educación y miedo a la recurrencia, lo que indicaba que las personas que tenían una educación terminada en un nivel terciario tenían menos miedo a la recurrencia que aquellas con un nivel completo de primaria o secundaria ($p = 0.006$). De igual modo se encontró una relación significativa entre miedo a la recurrencia y tener hijos, indicando que las mujeres con hijos experimentaban más miedo a la recurrencia que las que no tenían hijos ($p = 0.018$). No se encontró relación con la edad, pareja, variables médicas y tiempo desde el diagnóstico.

En una revisión de Blanco y Ochoa (2021) encontraron que los sobrevivientes de cáncer también refieren con frecuencia sentir ansiedad y tristeza, así como miedo a posibles recidivas, miedo a la muerte y miedo a un futuro incierto. Por su parte, Altuve-Burgos (2020), en su estudio en el que participaron 203 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, encontró una relación entre la ansiedad y la depresión con el miedo a la recurrencia, obteniendo niveles medios de ansiedad que correlacionaron positivamente con miedo a la recurrencia del cáncer.

En el estudio de Berry-Stoelzle (2020) el propósito era examinar las opiniones de los pacientes sobre la ansiedad en la supervivencia del cáncer. Se encontraron 5 temas principales relacionados a la ansiedad: 1. Memoria de la ansiedad, 2. Ansiedad relacionada con una posible recurrencia del cáncer, 3. Papel del proveedor de atención médica en el manejo de la ansiedad, 4. Comunicación para la reducción de los síntomas de ansiedad y 5. Influencia de la ansiedad en futuras decisiones de salud.

Kenne et al. (2009) en su estudio exploraron las preocupaciones entorno al miedo a la recurrencia mujeres con cáncer de mama. Como resultados se observa que la mayoría de las mujeres describieron el miedo a la muerte. Los participantes expresaron su temor de no existir en una unión compartida con sus seres queridos, dejando atrás a sus parejas, hijos y nietos, y no ser parte de su futuro. Otras temían que el proceso de muerte fuera aún más aterrador que la muerte misma, con un sufrimiento creciente y síntomas angustiosos al final.

En el estudio de Thewes et al. (2016) se realizó una investigación acerca de las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por los sobrevivientes de cáncer para hacer frente al miedo a la recurrencia del cáncer. Como un objetivo adicional se exploraron los temores que tenían los sobrevivientes de cáncer en la recurrencia del cáncer. Los resultados mostraron que el miedo a la muerte y el proceso de morir fueron los dos aspectos más temidos de la posible recurrencia del cáncer. El miedo a la muerte se reportó en todos los niveles. Las mujeres con niveles más bajos de miedo a la recurrencia comúnmente describían preocupaciones acerca de tener que pasar por el tratamiento de cáncer nuevamente, el impacto en las finanzas familiares y la alteración de las rutinas familiares. Mientras que las que tenían miedo a la recurrencia moderada o alta informaron pensamientos más elaborados de muerte, dolor y sufrimiento, relatando el sufrimiento de conocidos que habían muerto de cáncer.

Se ha destacado que el contenido del miedo sobre la recurrencia a menudo se entrelaza con la muerte por ansiedad a la muerte. El cáncer es una enfermedad vista como potencialmente mortal. Por lo tanto, parece razonable sugerir que probablemente hay una fuerte asociación entre la ansiedad por la muerte y el miedo a la recurrencia del cáncer y, sin embargo, esto no ha sido objeto de investigación hasta la fecha (Sharpe et al., 2018). La ansiedad ante la muerte se podría entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza (reales o imaginadas) a la propia existencia. Y la presencia de una enfermedad grave, es un estímulo ambiental que puede desencadenarla (Limonero, 1997).

Simard et al. (2013) realizaron una revisión de 130 estudios sobre miedo a la recurrencia en su estudio, y solamente uno relacionó el miedo a la recurrencia del cáncer y la ansiedad por la muerte. Tang et al. (2011) en su estudio examinaron las relaciones entre las características demográficas de los pacientes con cáncer, el sentido de propósito en la vida y la ansiedad por la muerte. Los resultados reportaron que la ansiedad por la muerte entre los pacientes con cáncer estaba en un nivel intermedio. También, descubrieron que el sentido de propósito de vida, el grado de miedo a la recaída y el sexo influyeron significativamente en el grado de ansiedad de muerte de los pacientes con cáncer. El sexo femenino se asoció significativamente con un mayor nivel de ansiedad por muerte en pacientes con cáncer.

Sharpe et al. (2018) mencionan en su estudio una serie de barreras que pueden estar contribuyendo a la falta de investigación entre ansiedad por la muerte y el miedo a la recurrencia. La primera de ellas es que no se tiene una medida validada que evalúe ansiedad por la muerte en pacientes con cáncer. La segunda barrera es la falta de conceptualizaciones teóricas claras de miedo a la recurrencia que describan un papel central para la ansiedad por la muerte en el miedo a la recurrencia del cáncer. La tercera barrera tiene que ver con la definición de miedo a la recurrencia, ya que no se sabe si el temor es hacia el miedo a la recurrencia o el miedo a la progresión. Por último, la cuarta barrera serían las actitudes hacia la muerte que tienen los médicos e investigadores.

Curran et al. (2020) en su revisión trabajaron con 211 personas, en dicho estudio tenían el objetivo de probar las suposiciones del modelo de ansiedad relacionada con el cáncer para predecir el miedo a la recurrencia o progresión del cáncer. En dicho modelo se tiene un apartado que evalúa ansiedad a la muerte en el cual se obtuvieron los siguientes resultados: la ansiedad a la muerte fue un importante predictor de miedo a la recurrencia, apoyando su inclusión en el modelo. Por su parte, Kesebir y Pyszczynski (2014), propone que la ansiedad por la muerte es más probable que surja en respuesta a la alteración de la visión del mundo y la sensación de que la vida carece de significado y propósito.

El significado de la vida se reconoce como factor importante en la adaptación psicológica de los pacientes con cáncer. La enfermedad implica muchas incertidumbres (acerca de la muerte y la recurrencia de la enfermedad) y va acompañada de pérdidas como la salud, trabajo, amigos, naturalidad de la vida (Jaarsma, 2007). Reker (2000) define el significado de vida como "el conocimiento del orden, la coherencia y el propósito en la propia existencia, la búsqueda y el logro de metas valiosas, y un sentido de cumplimiento que lo acompaña y dota a la vida de un sentido de propósito, valor personal y realización" (p. 41).

Desde esta perspectiva, si los eventos estresantes de la vida (por ejemplo, un diagnóstico de cáncer) desafían el significado de vida de una persona, pueden provocar cambios en la visión del significado de una persona (Janoff-Bulman, 1989) y hacer que las personas cuestionen las creencias que antes tenían sobre el significado de la vida. Las intervenciones centradas en el significado han

demostrado mejoras en la calidad de vida y el bienestar, así como la reducción de la angustia psicológica (Vos y Vitali, 2018).

Tang et al. (2011) trabajaron con 219 participantes en su estudio. Los resultados arrojaron que el 33,8% de los participantes tenían sentido de propósito en la vida, el 38,4% no estaban seguros de su sentido de propósito en la vida, y el 27,8% indicó que no tenía sentido de propósito en la vida. El promedio final mostró que el sentido de propósito de vida de los pacientes con cáncer se encontraba en la categoría de inciertos. El sentido de propósito en la vida, el nivel de miedo a la recaída de la enfermedad y el sexo fueron predictores significativos en los niveles de ansiedad por muerte entre los pacientes con cáncer.

En el estudio de Huamani y Arohuanca (2019) se analizó la percepción sobre el sentido de vida en 100 pacientes diagnosticados con cáncer. Los resultados arrojaron que en la categoría del sentido de vida en pacientes diagnosticados con cáncer el 74% presentaba un sentido de vida medio y bueno, el 15% mostró neurosis o depresión noógena, y un 6% frustración existencial. Ahora, en el factor actitud ante la muerte, se observa que el 50% de los pacientes presentó puntajes mayores que 20 de un máximo de 28, lo que los ubicaría en un logro interior de sentido medio y cercano a la frustración existencial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La práctica clínica a la atención del sobreviviente de cáncer todavía no está consensuada y existe un gran vacío en el seguimiento de este grupo de personas una vez finalizada la fase de tratamiento activo (Blanco y Ochoa, 2021).

El miedo a la recurrencia del cáncer es uno de los problemas emocionales más comunes y angustiantes que afectan a los sobrevivientes de cáncer (Cessna et al., 2020). Aunque cierto grado de miedo a la recurrencia es natural, comprensible e incluso necesario para promover una vigilancia adecuada y conductas de salud positivas, cuando se vuelve grave se ha demostrado que compromete el funcionamiento psicológico y la calidad de vida (Sharpe et al., 2018).

Las preocupaciones de los sobrevivientes sobre la recurrencia de la enfermedad pueden continuar durante años, incluso después de que finaliza el tratamiento y puede persistir en niveles iguales a los experimentados en el momento del diagnóstico (Hall et al., 2019), hasta 5 años después de la finalización de su tratamiento (Sharpe et al., 2018).

El miedo a la recurrencia es poco reconocido a pesar de su incidencia en los sobrevivientes de cáncer, ya que no se pregunta en la atención rutinaria del cáncer. Esto resulta problemático, ya que las personas que viven con cáncer pueden ser renuentes a la hora de plantear o hablar del miedo a la recurrencia con su médico, por temor a parecer desagradecido o dañar la relación médico-paciente al

cuestionar la eficacia de su tratamiento (Osborn et al., 2019). El miedo a la recurrencia se asocia con una gran preocupación, afrontamiento desadaptativo, deficiencias en el funcionamiento y problemas para planificar el futuro, así como con una menor calidad de vida (Altuve-Burgos, 2020; Cessna et al., 2020).

En las investigaciones revisadas del miedo a la recurrencia del cáncer, se encontraron algunas limitaciones importantes, encontrando que la mayoría de los estudios han sido realizadas con pacientes con cáncer de mama (Sharpe et al., 2018), por lo que sería interesante para futuras investigaciones ver si los resultados obtenidos en esta población se podrían generalizar a otros tipos de cáncer (Custers et al., 2017), ya que, investigaciones recientes indican que el miedo a la recurrencia es un problema que se presenta en más tipos de cáncer, incluido el cáncer de ovario, colorrectal, pulmón y de próstata (Lebel et al., 2017). Otra de las limitaciones observadas por Altuve-Burgos (2020), es que hubo muy pocos participantes en su investigación de miedo a la recurrencia y había cuestionarios incompletos, por lo que sugiere seguir reportando más evidencias sobre los resultados de su estudio, empleado una muestra mayor y con distintos tipos de cáncer.

Ha habido un considerable interés en el investigar y comprender que es lo contribuye a que las personas tengan miedo a la recurrencia del cáncer, por lo que ha sido asociado a distintas variables como lo son; las estrategias de afrontamiento desadaptativas, la ansiedad a la muerte, las creencias metacognitivas, el significado de la vida, la intolerancia a la incertidumbre, etc. (Curran et al., 2020; Simonelli et al., 2017). Y recientemente algunos de los modelos del miedo a la recurrencia del

cáncer reconocen que las preocupaciones existenciales, incluidas las preocupaciones sobre la muerte pueden sustentar el miedo a la recurrencia (Fardell et al., 2016; Lebel et al., 2014).

De acuerdo con Berlin y Von (2022), el miedo a la recurrencia está fuertemente relacionado con la ansiedad ante la muerte en pacientes con cáncer, pero debido a la falta de una conceptualización y métodos de medición, esta relación no se ha podido analizar desde antes. Asimismo, siguiendo en esta línea, de acuerdo con Sharpe et al. (2018) el vínculo entre el miedo a la recurrencia y la ansiedad por muerte debe convertirse en un foco de investigación, particularmente con modelos recientes de miedo a la recurrencia y ansiedad relacionada con el cáncer centrándose más explícitamente en la construcción de la ansiedad por la muerte. Por lo que, en su investigación deja ver algunas de las limitaciones que expresan la necesidad de realizar estudios que confirmen las propiedades psicométricas de las medidas de muerte o ansiedad existencial en grupos de pacientes con cáncer más diversos. Además, estudios que investiguen el papel que la ansiedad por muerte tiene en el miedo a la recurrencia.

Por su parte, Curran et al. (2017) en su investigación revisaron una serie de artículos de ansiedad en el contexto de cáncer, sin embargo, mencionan que identificaron muy pocos modelos de ansiedad relacionados con el cáncer. Lo que le hizo difícil centrarse en problemas como el miedo a la recurrencia, la ansiedad por la muerte y el estrés postraumático. De la misma manera, Sharpe et al. (2018) observó como la principal limitación de todas, la falta de investigación que vincule y proporcione una

compresión completa de la relevancia de la ansiedad por la muerte en el miedo a la recurrencia del cáncer. Por lo que insiste en invitar a los investigadores a considerar la ansiedad por la muerte en el estudio del miedo a la recurrencia, a fin de comprender la naturaleza de los miedos específicos que impulsan los altos niveles de miedo a la recurrencia en los sobrevivientes de cáncer, ya que las investigaciones que hay hasta el momento confirman que la ansiedad por la muerte se asocia con peores resultados, particularmente en el funcionamiento psicológico.

Otra de las variables que debe ser estudiada es el significado de vida en pacientes con cáncer ya que de acuerdo con Kasebir y Pyszczynski (2014) proponen que la ansiedad por la muerte es más probable que surja en respuesta a la alteración de la visión del mundo y la sensación de que la vida carece de significado y propósito. Además, se espera que el contenido de las preocupaciones relacionadas con la muerte, como las preocupaciones sobre cómo uno puede morir, el impacto de la muerte de los demás o lo que sucede después de la muerte, se superponga con las preocupaciones sobre la recurrencia o progresión de la enfermedad (Curran et al., 2020).

Hasta la fecha no se encontraron estudios recientes que hablen de la relación del significado de vida y el miedo a la recurrencia. Sin embargo, Curran et al. (2020), mencionan queda mucho por aprender sobre el significado y la creación de significado en la supervivencia al cáncer, así como para comprender plenamente el papel del significado en la transición hacia la supervivencia a largo plazo, por lo que se debe prestar mucha más atención a las cuestiones conceptuales y de medición.

Ya que una mejor comprensión de las formas en que los sobrevivientes crean significado a través de sus experiencias con el cáncer nos ayudará a entender mejor la forma en que los individuos difieren en su adaptación y a conocer las innumerables influencias en este proceso.

En función de lo anteriormente expuesto se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los niveles y la relación entre miedo a la recurrencia del cáncer, ansiedad a la muerte y significado de la vida en sobrevivientes de cáncer?

JUSTIFICACIÓN

El cáncer es la principal causa de muertes en el mundo, en 2020 ocasionó casi 10 millones de defunciones (Organización Mundial de la Salud, 2022). En México, de acuerdo con Infocáncer (2019) los cánceres de mama, de próstata, cervicouterino, colorrectal y de pulmón son los más recurrentes en la población en general en ambos sexos.

De acuerdo con Shapiro (2018) las mejoras en la detección, la detección temprana y el tratamiento del cáncer están dando como resultado un mayor número de pacientes que se curan del cáncer. Sin embargo, el fin del tratamiento médico activo no supone el final de los tratamientos para los sobrevivientes de cáncer.

Se pudiera pensar que el fin de la fase activa del tratamiento puede conllevar una disminución de la preocupación y la angustia, pero la realidad es diferente, ya que después de finalizar el tratamiento, las personas sufren varios cambios, algunos de los cuales persisten varios años y otros se vuelven una parte permanente en su vida, percibiendo este momento de fin de los tratamientos con miedo y con sentimientos de abandono y desprotección (Blanco y Ochoa, 2021). Y de acuerdo con Shapiro (2018) estas personas se enfrentan a una amplia gama de desafíos médicos y psicosociales que deben planificarse y gestionarse adecuadamente.

De acuerdo con la Sociedad Americana de Oncología Clínica (2019) al final del tratamiento la persona tiene un contacto menos frecuente con el equipo de atención médica y el sobreviviente puede llegar a experimentar alivio de que finalizó el tratamiento, pero también, incertidumbre acerca del futuro, aumento de la ansiedad, temor de que el cáncer regrese, problemas físicos, psicológicos y sexuales.

De acuerdo con Blanco y Ochoa (2021) entre las necesidades no cubiertas de los sobrevivientes con cáncer se encuentran: el dolor, cambios en la imagen corporal, soledad, aislamiento social, ansiedad, tristeza, miedo a posibles recidivas, miedo a la muerte y miedo al futuro, así como problemas de autoconcepto, falta de esperanza y la necesidad de redefinir la vida después del cáncer.

La importancia de abordar el miedo a la recurrencia en los sobrevivientes de cáncer reside en que, en un nivel clínico, el miedo a la recurrencia incluye alteraciones en la vida de las personas como: altos niveles de preocupación y pensamientos

intrusivos, afrontamientos mal adaptivos, estrés excesivo, deterioros funcionales y dificultades para hacer planes futuros (Sociedad Americana del Cáncer, 2019). Sin embargo, ya que la variable ansiedad a la muerte ha sido poco estudiada en sobrevivientes de cáncer, dificulta la comprensión completa de la relevancia de la ansiedad por la muerte en el miedo a la recurrencia del cáncer (Sharpe et al., 2018). Del mismo modo, esto sucede con la variable significado de la vida.

Se sabe que el número de sobrevivientes a largo plazo seguirá creciendo, por lo que el conocimiento sobre las necesidades de los sobrevivientes de cáncer es muy importante (Custers et al., 2016). El evaluar los niveles de miedo a la recurrencia, ansiedad a la muerte y significado de la vida en pacientes sobrevivientes de cáncer, nos ayuda a ampliar la literatura y a generar una mayor perspectiva sobre la relación de estas tres variables poco estudiadas en conjunto, y a la vez, permitirnos la elaboración de abordajes terapéuticos para el mejoramiento y bienestar de los sobrevivientes de cáncer en población mexicana.

Por tanto, previo a diseñar planes de seguimiento e intervención que aborden a la persona de forma integral, es necesario conocer en mayor profundidad cuáles son las necesidades de las personas sobrevivientes de cáncer (Blanco y Ochoa, 2021). Así como definir las variables que se ven inmersas en relación con el miedo a la recurrencia del cáncer y aportar información a los modelos explicativos del miedo a la recurrencia del cáncer, para después poder desarrollar intervenciones que podrían reducir eficazmente el miedo a la recurrencia del cáncer en los sobrevivientes de cáncer.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar los niveles y la relación entre miedo a la recurrencia del cáncer, ansiedad a la muerte y significado de la vida en sobrevivientes de cáncer.

Objetivos Específicos

1. Evaluar el nivel de miedo a la recurrencia del cáncer, la ansiedad a la muerte y el significado de la vida en sobrevivientes de cáncer.
2. Analizar la relación entre los niveles de miedo a la recurrencia del cáncer, ansiedad por la muerte y significado de la vida en sobrevivientes de cáncer.
3. Identificar la variable de mayor influencia en el miedo a la recurrencia del cáncer.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son los niveles del miedo a la recurrencia del cáncer, la ansiedad a la muerte y el significado de la vida en sobrevivientes de cáncer?
2. ¿Cuáles es la relación entre el miedo a la recurrencia del cáncer, la ansiedad a la muerte y el significado de la vida en sobrevivientes de cáncer?
3. ¿Cuál es la variable que más influye en el miedo a la recurrencia del cáncer?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Miedo

- Definición

Todas las emociones tienen una función que les asigna utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas (Chóliz, 2005). El miedo es una emoción normal y universal, necesaria y adaptativa que todos experimentamos cuando nos enfrentamos a determinados estímulos tanto reales como imaginarios (Bastida, 2018). De acuerdo con Plutchik (1980 citado en Chóliz, 2005) la función del miedo es una función de protección.

De acuerdo con Cascardo y Resnik (2016), el miedo implica un conjunto de cambios corporales, comportamientos y emociones que se observan y experimentan cuando un organismo se enfrenta a situaciones de riesgo o amenaza. Es decir, aparecen estos cambios orientados a evitar la situación atemorizante o, si no hay escapatoria, para enfrentarla. Para Clark y Beck (2012), el miedo es un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo

2. Miedo a la recurrencia

- Definición

El miedo a la recurrencia del cáncer se ha definido como "miedo, preocupación o inquietud relacionados con la posibilidad de que el cáncer regrese o progrese"

(Lebel et al., 2016). Vickberg (2003), definió el miedo a la recurrencia de cáncer como “el miedo a que el cáncer pueda regresar o progresar en el mismo lugar o en otra parte del cuerpo”.

Este miedo debe diferenciarse de los trastornos de ansiedad, y una de las características centrales de estos trastornos es que el miedo es irracional y que los pacientes a menudo evitan situaciones asociadas con el miedo. Sin embargo, en el contexto de las enfermedades crónicas, los pacientes se enfrentan a amenazas reales que no se pueden evitar y sus reacciones no son irracionales, ni inapropiadas. Sin embargo, los pacientes pueden sentirse abrumados por su miedo, teniendo dificultades para seguir sus actividades diarias y sociales. Por lo tanto, a diferencia de los trastornos de ansiedad, no es necesariamente un miedo irracional, sino una reacción a una amenaza real (Herschbach et al., 2010).

Los niveles clínicos de miedo a la recurrencia de cáncer aún no están disponibles, pero en un estudio Delphi se identificaron las siguientes características como indicativas de un nivel clínicamente elevado de FCR: 1. Preocupación por pensamientos de que el cáncer puede reaparecer o progresar, 2. La adopción de estrategias de afrontamiento que son inútiles, 3. Funcionamiento diario deteriorado, 4. Angustia que es clínicamente significativa y 5. Una capacidad limitada para planificar el futuro (Lebel et al., 2016).

- *Modelos teóricos del miedo a la recurrencia*

Hay diferentes perspectivas teorías que han sido utilizadas para explicar el miedo a la recurrencia del cáncer en los sobrevivientes de cáncer, a continuación, se expondrán los modelos a considerar:

- *Modelo de Lebel*

Este modelo se basó del modelo de sentido común de Leventhal, el modelo de incertidumbre de Mishel en la teoría de enfermedades y los modelos cognitivos de preocupación (observar en la figura 1). Este modelo de Lebel et al. (2014) propone que los desencadenantes internos y externos aumentan la percepción de que los sobrevivientes de cáncer están en riesgo de una recidiva, lo que a su vez aumenta su miedo a la recurrencia del cáncer. Los sobrevivientes adoptan entonces conductas de comprobación personal, evitación y búsqueda excesiva de seguridad.

Los sobrevivientes que poseen un mejor conocimiento de los signos y síntomas de recurrencia experimentan menos incertidumbre y, por tanto, menos miedo a la recurrencia del cáncer. Por último, los que tienen creencias erróneas sobre los beneficios de la preocupación y tienen una menor tolerancia a la incertidumbre experimentan un mayor miedo a la recurrencia y tienen un mayor uso de estrategias de afrontamiento desadaptativo.

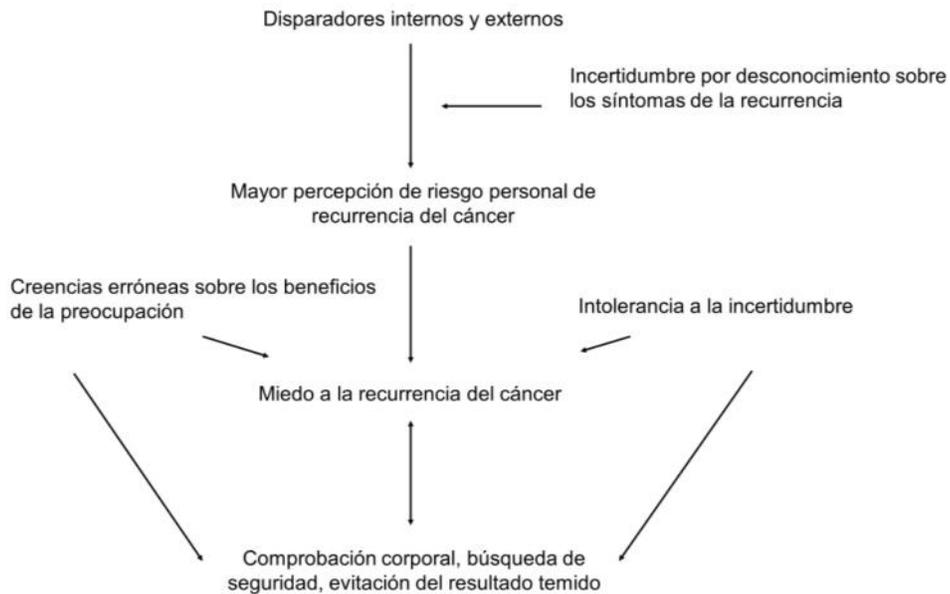


Figura 1. Marco teórico de la intervención de Lebel et al.

Traducido de “Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study, de Lebel et al. (2014).

- *Modelo de procesamiento cognitivo de miedo a la recurrencia del cáncer*

Este modelo de acuerdo con Fardell et al. (2016) integra las perspectivas teóricas del modelo de sentido común, del modelo de función ejecutiva autorreguladora de los trastornos de ansiedad y la teoría del marco relacional y terapia de aceptación y compromiso (observar en la Figura 2). Las características principales del modelo son que:

1. Ciertas experiencias de vida como pérdidas pasadas (particularmente aquellas que involucran cáncer), eventos de vida traumática pasados, roles de cuidado y otras fuentes de estrés psicológico pueden aumentar la vulnerabilidad al miedo a la recurrencia del cáncer.
2. Las creencias sobre la naturaleza crónica y la gravedad del cáncer y el impacto existencial del cáncer pueden generar emociones fuertes, lo que conduce a un alto miedo a la recurrencia del cáncer.
3. Algunas creencias, particularmente las relacionadas con la naturaleza y la importancia de la preocupación, pueden subyacer a un estilo particular de hacer frente a la preocupación que es problemática.
4. Este estilo problemático de tratar con la preocupación incluye rumiación, atención hacia la información relacionada con amenazas, atención autoenfocada e intentos de controlar, evitar o suprimir pensamientos sobre la posible recurrencia. Todas estas estrategias empeoran el miedo a la recurrencia del cáncer.
5. La falta de información sobre la mejor manera de monitorear la salud y mantenerse saludable después de un diagnóstico de cáncer conduce a incertidumbre y confusión sobre los comportamientos de control apropiados.
6. Además, el miedo a la recurrencia del cáncer puede hacer difícil planificar para el futuro, lo que puede conducir a un pobre autoconcepto, ya que la persona puede sentirse sin timón y con incapacidad para dirigir sus energías. Esto puede dificultar mantenerse en contacto con los valores y metas fundamentales de la vida y dirigir la energía hacia la consecución de esos objetivos.

En este modelo se conceptualiza el miedo a la recurrencia del cáncer como una construcción multidimensional que consiste en creencias sobre la cronicidad y la gravedad del cáncer con las consiguientes emociones fuertes sobre la recurrencia. Este modelo sugiere que estas creencias existen junto con las creencias sobre la importancia y/o la incontrolabilidad de preocuparse por el regreso del cáncer, así como la sensibilidad o hipervigilancia auto enfocada a los signos de que el cáncer puede haber regresado (Fardell et al., 2016).

Junto con los factores de vulnerabilidad individual, como las pérdidas previas, los factores estresantes concurrentes y la incertidumbre debido a la falta de información (Mellon et al., 2007; Mishel et al., 2005 citado en Fardell et al., 2016; Zakowski et al., 1997), la presencia o ausencia de estas creencias metacognitivas (establecidas a través de experiencias de vida anteriores) son fundamentales para comprender por qué algunos individuos desarrollan niveles clínicamente significativos de miedo a la recurrencia del cáncer que se mantienen y otros no.

Además, en lugar de reducir los niveles de miedo a la recurrencia del cáncer, las estrategias de afrontamiento para lidiar con altos niveles de preocupación centradas en controlar, evitar o suprimir los pensamientos sobre la recurrencia del cáncer conducen a un aumento del miedo a la recurrencia del cáncer, y ayudan a mantener altos niveles de miedo a la recurrencia del cáncer (Fardell et al., 2016).

A partir de esto, observamos que un individuo que tiene antecedentes de pérdidas previas, por ejemplo, perder a un padre por cáncer, y ha hecho frente a su propio

diagnóstico y tratamiento del cáncer evitando información específica sobre su condición puede desarrollar miedo a la recurrencia del cáncer.

El miedo a la recurrencia del cáncer clínicamente significativo puede desarrollarse y persistir con el tiempo cuando el individuo no puede cambiar su enfoque de los eventos internos que pueden indicar el regreso del cáncer, como la fatiga o el dolor, debido a las creencias sobre la importancia de preocuparse por el cáncer para "estar preparado". Estos pensamientos y temores sobre el regreso de su cáncer pueden volverse cada vez más intrusivos frente a los intentos de suprimir o evitar pensar en la posibilidad de una recurrencia del cáncer. A su vez, estas respuestas cognitivas, metacognitivas y emocionales a la posibilidad de una recurrencia del cáncer conducen a un mayor impacto en la vida cotidiana y se vuelve cada vez más difícil para el individuo participar en actividades de las que anteriormente derivaba el disfrute y el significado (Fardell et al., 2016).

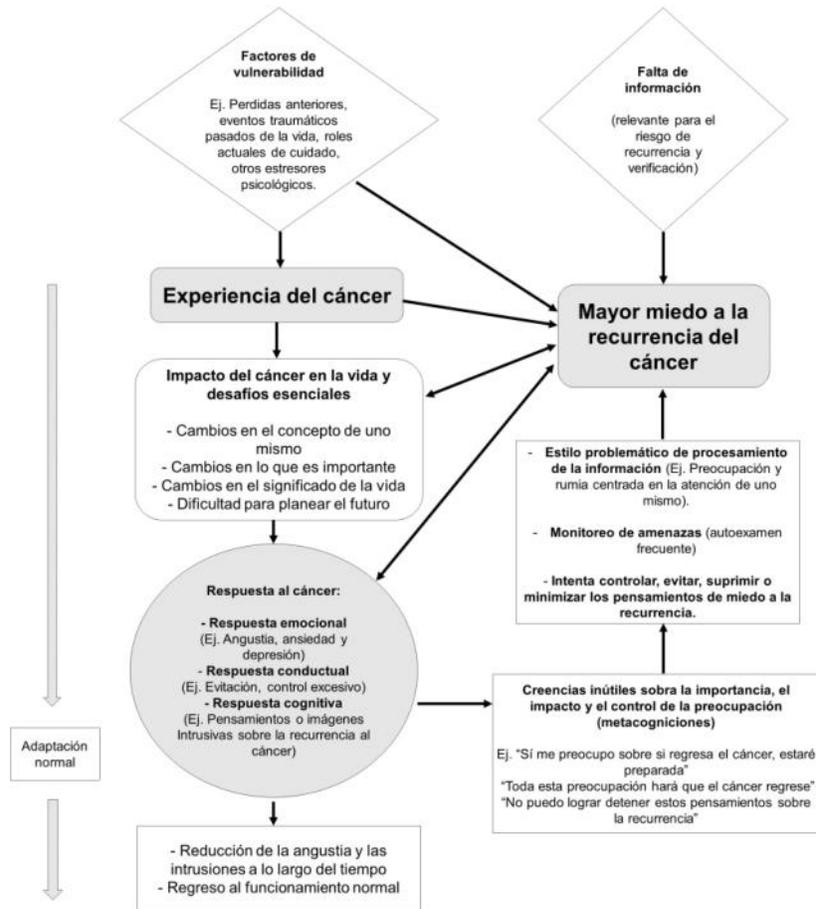


Figura 2. Formulación teórica de miedo a la recurrencia del cáncer.

Traducido de "Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation", de Fardell et al. (2016).

- *Modelo propuesto de miedo a la recurrencia o a la progresión*

Este modelo surge para probar algunas hipótesis: En primer lugar, el miedo a la recurrencia del cáncer superior se asociará con factores existenciales (alteración de creencias básicas y menos significado en la vida), vulnerabilidades preexistentes (creencias metacognitivas, intolerancia a la incertidumbre, necesidad de control) y

factores contextuales (restricciones sociales). En segundo lugar, la adición de variables que Curran y otros argumentaron que eran fundamentales para la experiencia del miedo a la recurrencia del cáncer a saber, ansiedad por muerte, evaluación de amenazas e intrusiones, aumentaría la varianza contabilizada en el modelo. Por último, se predijo que el afrontamiento mal adaptativo (rumiación) y menos compromiso con actividades valiosas (valores basados en el afrontamiento) añadiría una variación única a la predicción estadística de miedo a la recurrencia del cáncer (Curran et al., 2020).

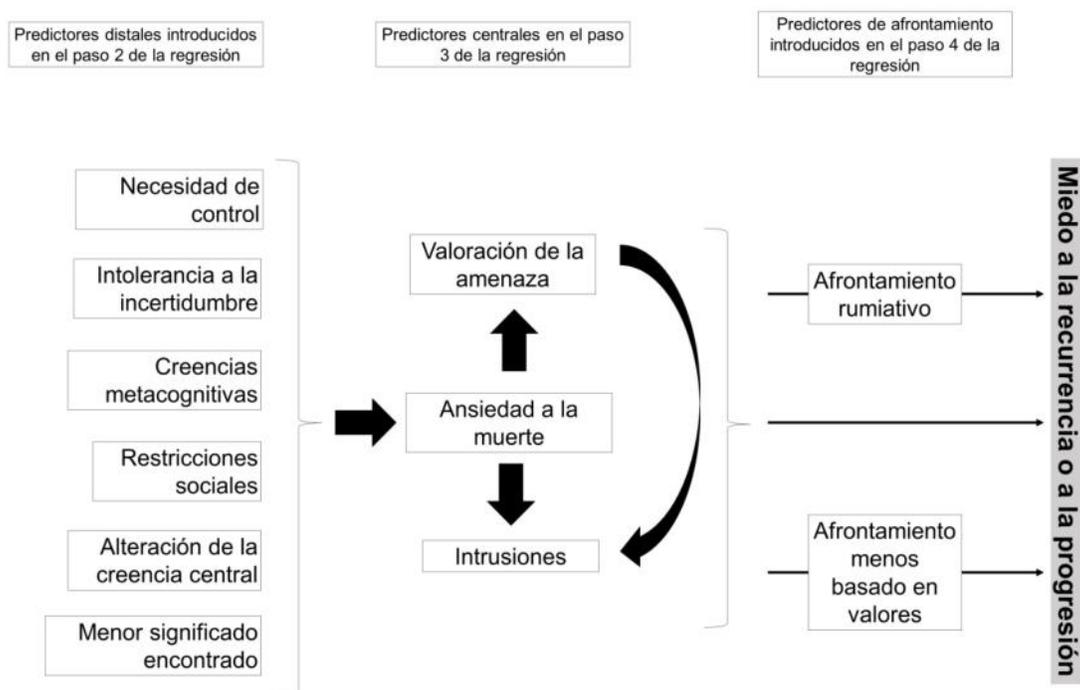


Figura 3. Modelo propuesto de miedo a la recurrencia o a la progresión.

Traducido de "Testing a model of fear of cancer recurrence or progression: the central role of intrusions, death anxiety and threat appraisal", de Curran et al. (2020).

- *Consecuencias del miedo a la recurrencia del cáncer*

Las características clínicas del miedo a la recurrencia que llevan a las personas a preocuparse o que alteraran su vida incluyen altos niveles de preocupación y pensamientos intrusivos, afrontamientos mal adaptivos, estrés excesivo, deterioros funcionales y dificultades para hacer planes futuros (Sociedad Americana del Cáncer, 2019).

Crist y Grunfeld (2013), identificaron factores clave asociados con el miedo a la recurrencia en pacientes con cáncer. Encontraron que, el miedo a la recurrencia del cáncer se asocia con peor calidad de vida, dolor y respuestas de afrontamiento. De acuerdo con Simard et al. (2013), la edad más joven, la gravedad de los síntomas físicos, el malestar psicológico y una menor calidad de vida se asocian con un mayor miedo a la recurrencia del cáncer.

El miedo a la recurrencia del cáncer más intenso se asocia con una alta angustia, un funcionamiento deficiente y una peor calidad de vida (Simard y Savard, 2015). También es caracterizado por una gran preocupación, afrontamiento desadaptativo, deficiencias en el funcionamiento y problemas para planificar el futuro (Cessna et al., 2020).

Thewes et al. (2012), encontraron que, el miedo a la recurrencia del cáncer en personas jóvenes sobrevivientes diagnosticadas con cáncer de mama temprano, informaron niveles clínicos de miedo a la recurrencia, viéndose afectada su

capacidad para hacer planes y establecer metas a futuro. También, se asoció con una mayor frecuencia de visitas no programadas al médico de cabecera y mayor frecuencia de autoexamen de mamas.

- *Evaluación del miedo a la recurrencia del cáncer*

Existen varios instrumentos para evaluar el miedo a la recurrencia del cáncer. Algunos de ellos se mencionan a continuación:

El cuestionario de miedo a la progresión de la enfermedad (FoP-Q). Es un cuestionario multidimensional de autoinforme desarrollado por Herschbach et al. Cuenta con 43 ítems y está diseñado para evaluar el miedo a la progresión en la enfermedad crónica. Tiene cinco subescalas: reacción afectiva, asociación/familia, trabajo, pérdida de autonomía y afrontamiento. Los ítems se califican con una escala de 5 puntos, que van desde nunca hasta muy a menudo. La puntuación total se calcula como la suma de las puntuaciones medias de las subescalas, excluyendo la de afrontamiento (Dinkel y Herschbach, 2014). El alfa de Cronbach es de 0.95 (Herschbach et al., 2005).

Cancer Worry Scale (CWS). Se utiliza para evaluar las preocupaciones sobre el desarrollo de cáncer o recurrencia, así como el impacto de estas preocupaciones en el funcionamiento diario. Tiene 8 elementos que se clasifican en una escala tipo Likert de 4 puntos que van desde “nunca” hasta “casi siempre”. Su puntuación va

de 8 a 32 puntos y tiene un punto de corte de 14 o más puntos, el cual nos indica sentimientos elevados de miedo a la recurrencia de cáncer. El alfa de Cronbach es de .88 (Custers et al., 2016).

Para este trabajo se utilizó *el Inventario de miedo a la recurrencia del cáncer (FCRI)*. Ya que es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar miedo a la recurrencia de cáncer de forma multidimensional en autoinforme (Costa et al., 2016). Fue desarrollado por Sébastien Simard y Josée Savard. Consta de 42 ítems que se miden en siete dimensiones: Desencadenantes, Gravedad, Angustia psicológica, Estrategias de afrontamiento, Deterioro funcional, Percepción, Tranquilidad. La puntuación es en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos, donde a mayor puntaje mayores niveles de miedo a la recurrencia. El alfa de Cronbach es de .95 (Simard y Savard, 2009).

La subescala Desencadenantes incluye 8 ítems, de los cuales siete evalúan situaciones específicas que hacen pensar en la posibilidad de una recurrencia del cáncer, el ítem restante evalúa hasta qué punto se evitan generalmente estas situaciones. La subescala Gravedad incluye nueve ítems que evalúan la presencia, la frecuencia, la intensidad y la duración de los pensamientos asociados al miedo a la recurrencia del cáncer, el riesgo percibido de recurrencia, la legitimidad de la preocupación por la recurrencia del cáncer y la presencia de otros pensamientos o imágenes desagradables que vienen a la mente en asociación con el miedo a la recurrencia del cáncer. Es importante mencionar que recientemente, se han aportado datos que indican que esta subescala también puede utilizarse como

forma corte para el miedo a la recurrencia de cáncer y así detectar niveles clínicos de miedo a la recurrencia del cáncer. Una puntuación de 13 o más es óptima para diagnosticar niveles de miedo a la recurrencia elevados. La subescala de Angustia psicológica incluye cuatro ítems, que evalúan las emociones frecuentemente desencadenadas por los pensamientos sobre la recurrencia del cáncer. La subescala Estrategias de afrontamiento evalúa nueve estrategias que pueden utilizarse para afrontar el miedo a la recurrencia del cáncer, incluyendo la negación, los deseos o la evitación cognitiva. La subescala Deterioro funcional incluye seis ítems que representan dominios que pueden verse alterados por el miedo a la recurrencia del cáncer. La subescala de Percepción incluye tres ítems y evalúa el grado en que los pacientes perciben su miedo como excesivo o irrazonable. Finalmente, la subescala Tranquilidad incluye tres ítems que representan conductas de reaseguramiento específicas del miedo a la recurrencia del cáncer (Custers et al., 2016).

3. Ansiedad

- Definición

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (Clark y Beck, 2012).

Para Cascardo y Resnik (2016) la ansiedad normal es un conjunto de emociones y manifestaciones físicas que se presentan cuando nos enfrentamos (o estamos para enfrentar) a situaciones nuevas o de exigencia. Nos ayuda a adaptarnos a situaciones de tal manera que podamos obtener la respuesta más adecuada para las mismas. Sin embargo, cuando los síntomas ansiosos se vuelven excesivos y difíciles de controlar pueden llegar al punto de interferir seriamente en nuestras actividades diarias (trabajo, pareja, vida social). En este caso estaremos en presencia de un cuadro de ansiedad patológica, que puede requerir tratamiento médico y/o psicológico para su resolución.

4. Ansiedad a la muerte

- Definición

La ansiedad ante la muerte se podría entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza (reales o imaginadas) a la propia existencia. El tipo de estímulos que desencadenarían la ansiedad ante la muerte podrían ser ambientales, como, por ejemplo, la presencia de una enfermedad grave, ver morir a un ser querido, la visión de un cadáver, la noticia de un fallecimiento, o estímulos situacionales que por asociación con los anteriores se han condicionado y poseen la facultad de provocar una respuesta emocional condicionada o estímulos internos del sujeto, tales como pensamientos o imágenes relacionados con la muerte propia o la de un ser querido (Limonero, 1997).

Abdel-Khalek (2006), define la ansiedad ante la muerte como un conjunto de emociones humanas negativas caracterizadas por preocupación, ansiedad e inseguridad acompañadas de aprensión, tensión o distrés.

Algunos autores usan las expresiones “miedo a la muerte” y “ansiedad ante la muerte” de manera indiferenciada, pero resulta conveniente diferenciarlas. Prestando atención a las diferencias generales que hay entre miedo y ansiedad, ambas serían válidas referidas al ámbito concreto de la muerte. No obstante, no todos los autores lo ven de ese modo y existe cierta controversia y diferentes definiciones. De acuerdo con Rasmussen y Johnson (1994 citado en Rocamora, 2019) es inadecuado hablar de miedo a la muerte cuando nadie sabe qué es estar muerto. Como mucho, se podría sentir miedo a aspectos específicos de la muerte, causas o proceso de morir, pero la experiencia de estar muerto es desconocida y, por lo tanto, las reacciones de aprensión hacia ella deben ser consideradas como ansiedad (Kastembaum, 1992 citado en Rocamora, 2019).

Un diagnóstico de cáncer también impone una amenaza real y continua a la que los pacientes comúnmente luchan por adaptarse, especialmente porque no hay una "señal de seguridad" que indique que la amenaza ha pasado (Leal et al., 2015).

- *Modelos teóricos de la ansiedad a la muerte*
- *Modelo de ansiedad relacionada con el cáncer para predecir miedo a la recurrencia*

Curran et al. (2017), desarrollaron un modelo de ansiedad relacionada con el cáncer (ver en figura 4), para explicar los factores psicológicos que impulsan y mantienen los síntomas de ansiedad en diferentes presentaciones clínicas en el contexto de una amenaza de cáncer en curso. Este modelo integra 9 modelos: Edmondson, 2014; Fardell et al., 2016; Lebel et al., 2014; Lee-Jones et al., 1997; Lepore, 2001; Mellon et al., 1997; Mishel, 1990; Park, 2010; Taylor, 1983.

Este modelo se compone de un diagrama de flujo central que describe como se da la experiencia del cáncer y el ciclo de ansiedad o adaptación que resulta al como la persona hace o trata de hacer frente.

Este proceso de hacer frente al cáncer a su vez se está produciendo en un contexto más amplio que incluye la ausencia o disponibilidad de apoyo social, roles actuales y factores de estrés simultáneos. Este contexto está representado por el anillo interno del modelo. Los intentos de hacer frente al cáncer también se ven influenciados por las vulnerabilidades y creencias preexistentes sobre el yo, el mundo y otros que la persona aporta a la experiencia del cáncer, representado por el anillo exterior del modelo. Las flechas grandes indican que cada uno de los componentes (respuesta a la experiencia del cáncer, el contexto y las creencias y vulnerabilidades preexistentes) están influenciados recíprocamente entre sí.

Entonces, el anillo gris más oscuro exterior representa los esquemas y rasgos preexistentes, el anillo gris más claro interior representa los factores contextuales actuales (Curran et al., 2017).

Este modelo de ansiedad relacionada con el cáncer, también, propone que los factores de vulnerabilidad preexistentes (metacogniciones, intolerancia a la incertidumbre, necesidad de control), factores contextuales (restricciones sociales), contenido cognitivo (evaluación de amenazas e intrusiones) y respuestas de afrontamiento afectan al miedo a la recurrencia del cáncer. Sin embargo, el modelo pone mayor énfasis en los factores existenciales para explicar las respuestas individuales al cáncer, como la interrupción de las creencias básicas, tener una sensación de significado global y temores relacionados con la muerte (Curran et al., 2020).

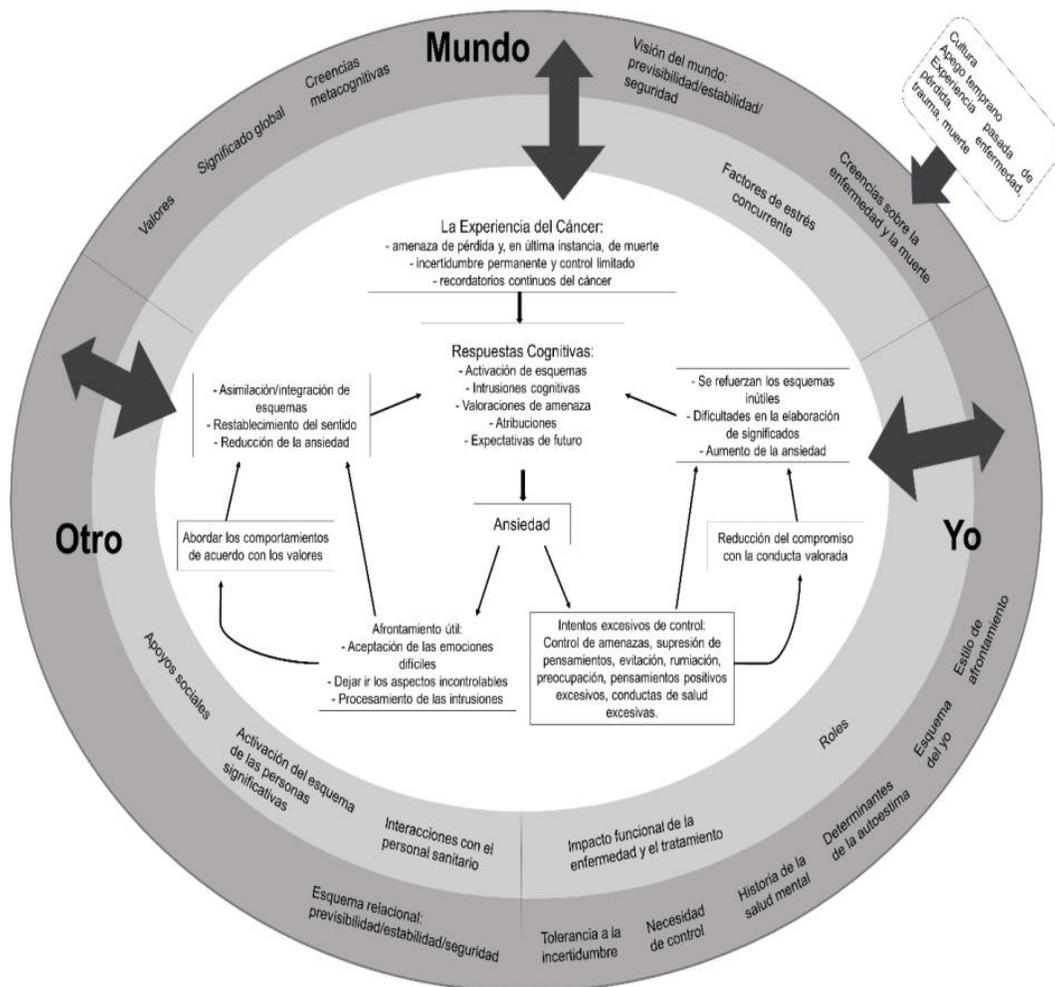


Figura 4. Modelo de ansiedad relacionado con el cáncer.

Traducido de “Anxiety in the context of cancer: A systematic review and development of an integrated model”, de Curran, L., Sharpe, L y Butow P. (2017). *Clinical psychology review*, 56, 40-54.

- *Consecuencias*

Raquejo y Sánchez (2021) en su investigación con pacientes con cáncer terminal encontraron que las personas que tenían ansiedad a la muerte tenían efectos negativos sobre las probabilidades de recuperación en los distintos momentos de su intervención médica. Los pacientes con cáncer a menudo describen una sensación generalizada de incertidumbre que les cuesta manejar y la incertidumbre se ha asociado con la ansiedad entre los pacientes con cáncer en general (Beesley et al., 2012).

Los factores que pueden aumentar al estar más cerca de la muerte, de acuerdo con Engelmann et al. (2016) son el incremento de los síntomas físicos y no querer ser una carga, los cuales se han asociado con la ansiedad ante la muerte. También la crianza de los hijos (Neel et al., 2015) y las creencias negativas sobre lo que ocurre después de la muerte (Gonen et al., 2012) se han asociado con un aumento de la ansiedad ante la muerte, y se esperaría que las consecuencias percibidas de la muerte sean más destacadas y potencialmente angustiosas en la etapa avanzada de la enfermedad. Otro posible factor que contribuye a la ansiedad en una fase avanzada de la enfermedad del cáncer es que a menudo los pacientes expresan su deseo de hablar de sus preocupaciones sobre la muerte, pero carecen de oportunidades para hacerlo, por lo general debido a la reticencia percibida en los profesionales de la salud o los miembros de la familia a participar en conversaciones sobre la muerte (Curran et al., 2017).

- *Evaluación de la ansiedad a la muerte*

Existen varios instrumentos para evaluar a ansiedad a la muerte. Algunos de ellos se mencionan a continuación:

El Inventario de Ansiedad ante la muerte (DAI) de Tomás-Sábado y Gómez Benito.

Es un instrumento que conta de 20 ítems agrupados en 5 dimensiones: 1. Generadores externos de ansiedad, 2. Significado y aceptación de a muerte, 3. Pensamientos sobre la muerte, 4. Vida después de a muerte y 5. Brevedad de la vida. La puntuación es una escala tipo Likert con 5 opciones que van de “total acuerdo (5 puntos)” a “total desacuerdo (1 punto)”. Las puntuaciones más elevadas indican mayor nivel de ansiedad a la muerte (Ardilla-Herrero y Tomás-Sábado, 2006).

El Cuestionario de ansiedad a la muerte. Evalúa la ansiedad por la muerte, tiene 15 ítems que evalúan las preocupaciones sobre el proceso de morir y morir. Las puntuaciones totales posibles varían de 0 a 30, y las puntuaciones más altas refieren más ansiedad por la muerte (Curran et al., 2020).

Para este trabajo se optó por utilizar *la escala de ansiedad a la muerte (DAS [por sus siglas en ingles]) de Templer (1970)*. Dicha escala se utilizó porque ha reportado buenas propiedades psicométricas al utilizarse en población adulta mexicana y evaluar a la ansiedad a la muerte de forma multidimensional. La escala ha sido utilizada en diversos países, y ha sido utilizada en diversas poblaciones incluyendo pacientes con cáncer terminal (Requejo y Sánchez, 2021).

Se usó la adaptación de Rivera-Ledesma y Montero-López al español mexicano, la cual fue basada en la traducción de Tomás Sábado y Benito Gómez. Esta escala es de autoinforme y está compuesta por 15 ítems que se dividen en 3 dimensiones: miedo a la muerte, miedo a la agonía o a la enfermedad y miedo a que la vida llegue a su fin. La puntuación es una escala tipo Likert de cuatro puntos: 1. Nunca o casi nunca, 2. Algunas veces, 3. La mayor parte del tiempo y 4. Todo el tiempo, en donde el puntaje máximo indica mayor ansiedad. La escala fue estandarizada en dos muestras mexicanas; una en adultos mayores y otra en estudiantes. La consistencia interna del instrumento fue medida con el alfa de Cronbach, obtenido .86 y .83 respectivamente, por lo que sus propiedades psicométricas son adecuadas para su uso en muestras de adultos mayores (Rivera-Ledesma y Montero-López, 2010).

5. Significado de vida

- Definición

De acuerdo con Martínez-Ochoa et al. (2018) el significado de vida en las personas es lo que les da sentido y les ayuda a encontrar un soporte interno a su existencia.

Wong (1989), define el significado personal como un sistema cognitivo construido individualmente, que se basa en valores y es capaz de dotar a la vida con significado y satisfacción personal. Reker y Wong (1988 citado en MacDonald et al., 2011) define el significado personal como "el conocimiento del orden, la coherencia y el propósito en la propia existencia, la búsqueda y el logro de metas valiosas que valen la pena y una sensación de realización que las acompaña.

En este sentido, si los eventos estresantes de la vida (por ejemplo, un diagnóstico de cáncer) desafían el significado de vida de una persona, pueden provocar cambios en la visión del significado de una persona (Janoff-Bulman, 1989) y hacer que las personas cuestionen las creencias que antes tenían sobre el significado de la vida.

Para Taylor (1995), buscar sentido a la vida tiene que ver con el esfuerzo por comprender la situación por la que se está atravesando para poder integrar estas experiencias a la nueva realidad que aparece; en este caso, el padecer de cáncer.

- *Características*

El sentido de vida se considera como un factor importante para las personas y para el afrontamiento de situaciones estresantes, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, esto desde perspectivas teóricas de tipo existencial y cognitivo (Huamani y Arohuanca, 2019).

El encontrar un sentido a la vida en una situación que es adversa para la persona va a influir en la forma en que afrontará dicha situación, ya que el sentido propio que cada persona encuentra en su enfermedad influye en su bienestar psicológico (Lewis, 1989; Steeves, 1992), por lo que este sentido llevará a la persona con cáncer a desarrollar un sentido de coherencia en relación con las experiencias que vive (Armas y López, 2018).

- *Modelos teóricos del significado de la vida*

De acuerdo con la teoría de Wong (1998), el significado de la vida consta de componentes, estos son: afectivo, motivacional, cognitivo, relacional y personal. Las fuentes de significado de Wong incorporan necesidades, objetivos y componentes cognitivos de los sistemas de significado, una lucha por descubrir y darse cuenta de que el significado continúa a lo largo de la vida.

Fuentes de significado:

Los individuos pueden diferir en lo que hace que la vida tenga sentido; pero sobre la base de investigaciones anteriores, se han identificado las siguientes fuentes principales de significado:

- Satisfacer necesidades básicas como alimentos, refugio y seguridad.
- Actividades de ocio o aficiones.
- El trabajo creativo.
- Relaciones personales (familiares o amigos).
- Logros personales (educación o carrera).
- Crecimiento personal (sabiduría o madurez).
- El activismo social y político (por ejemplo, el movimiento por la paz o las campañas contra la contaminación).
- Altruismo.
- Valores e ideales perdurables (verdad, bondad, belleza y justicia).

- Las tradiciones y la cultura, incluidas las asociaciones patrimoniales o etnoculturales.
- Legado (dejando huella para la posteridad).
- Religión.

Estas fuentes de significado abarcan diferentes niveles de necesidades, desde las necesidades biológicas básicas hasta las necesidades trascendentales y espirituales.

- *El significado de la vida en la supervivencia al cáncer*

De acuerdo con Wong (2012) los sobrevivientes de cáncer enfrentan muchos desafíos a medida que abandonan el tratamiento primario ya que regresan a vidas alteradas, esto por sus experiencias de diagnóstico y tratamientos del cáncer. Sin embargo, la supervivencia también presenta oportunidades para que las personas transformen sus experiencias y creen una vida más significativa.

El período de transición del tratamiento primario a la supervivencia a largo plazo es un momento crítico, que establece el curso del ajuste psicológico en los próximos años. Ya que, aunque es un alivio en muchos sentidos, a menudo es altamente estresante, en parte debido a la reducción de la frecuencia de las visitas y el acceso a los proveedores médicos, el cambio en las rutinas diarias, el ajuste a los efectos secundarios relacionados con el tratamiento y la inquietud por estar solo.

- *El modelo de creación de significado de Crystal Park*

De acuerdo con este modelo, los individuos poseen sistemas de significado global que comprenden creencias globales, objetivos globales y un sentido de significado en la vida. Estos sistemas de significado global guían las respuestas de los individuos a situaciones de estrés potencial a través del significado situacional. El significado global consiste en componentes cognitivos, motivacionales y afectivos, denominados, respectivamente, creencias globales, objetivos globales y un sentido de significado o propósito (Park, 2010; Reker y Wong, 1988).

Las creencias globales sobre la equidad, la justicia, la suerte, el control, la previsibilidad, la coherencia, la benevolencia, la vulnerabilidad personal y la identidad comprenden los esquemas centrales a través de los cuales las personas interpretan sus experiencias del mundo (Janoff-Bulman y Frantz, 1997 citado en Wong, 2012; Koltko-Rivera, 2004). Las metas globales son los ideales, estados u objetos de los individuos hacia los cuales trabajan para ser, obtener, lograr o mantener. Se cree que un sentido subjetivo de significado y propósito en la vida se deriva a través de las creencias y objetivos globales de los individuos. Juntos, las creencias y objetivos globales, y el sentido resultante del significado de la vida, forman los sistemas de significado de los individuos. Los sistemas de significado comprenden la lente a través de la cual los individuos interpretan, evalúan y responden a sus experiencias (Park et al., 2008).

El significado situacional implica la interacción del significado global con encuentros específicos en los que una situación particular se evalúa frente a las creencias u objetivos globales de uno (Janoff-Bulman y Frantz, 1997 citado en Wong, 2012). Se cree que la confrontación con un factor estresante severo tiene el potencial de violar o incluso destruir los sistemas de significado global (es decir, las creencias globales de los individuos sobre el mundo y sobre sí mismos y sus objetivos generales). Se cree que tales violaciones o discrepancias inician el procesamiento cognitivo y emocional de los individuos, los esfuerzos de creación de significado, para reconstruir sus sistemas de significado. La creación de significado implica esfuerzos individuales para comprender y conceptualizar un factor estresante de una manera más consistente con su significado global e incorporar esa comprensión en su sistema más amplio de significado global a través de la asimilación y la acomodación (Park y Folkman, 1997).

Después de eventos altamente estresantes, los procesos de creación de significado de los individuos generalmente involucran a los individuos en reconsiderar sus creencias y buscar una comprensión más favorable o consistente del evento y sus implicaciones para su visión de sí mismos y sus vidas. La creación de significado también puede implicar la revisión de las metas y cuestionar o revisar el sentido de significado de la vida. Se supone que el proceso de reconstrucción conduce a un mejor ajuste, particularmente si se encuentra o crea un significado adecuado (Skaggs y Barron, 2006). Los intentos prolongados de asimilar o acomodar pueden, sin embargo, convertirse en rumiación desadaptativa con el tiempo si no se pueden construir significados satisfactorios (Seegerstrom et al., 2003).

Por lo tanto, el modelo de creación de significado distingue entre los intentos de crear significado y la creación exitosa de significado. Se cree que el desarrollo de tales "significados hechos" o "productos" del proceso de creación de significado, así como la posterior disminución de la búsqueda, diferencian entre la creación de significado adaptativo y desadaptativo (Segerstrom et al., 2003). De acuerdo con esta perspectiva, la creación de significado es útil principalmente cuando hay alguna resolución lograda a través del proceso (Wong, 2012).

El modelo de creación de significado propone no solo que el significado evaluado está relacionado con el ajuste, sino, además, que la discrepancia entre el significado evaluado y el significado global es el verdadero impulso para la angustia. Es decir, cuanto más se evalúen los significados asignados a los individuos de su diagnóstico de cáncer como una violación de sus creencias y objetivos, más angustia resultará (Park et al., 2008, citado en Wong, 2012).

Recibir un diagnóstico de cáncer puede violar creencias globales tan importantes como la creencia en la justicia, benevolencia y controlabilidad del mundo, así como el propio sentido de invulnerabilidad y control personal (Holland y Reznik, 2005). Las creencias en un Dios amoroso también pueden ser violadas. Además, tener cáncer casi invariablemente viola las metas de las personas para sus vidas actuales y sus planes para el futuro (Gall, 2004).

Es probable que los diferentes tipos de cáncer y los detalles de la enfermedad de un individuo (por ejemplo, el pronóstico) influyan en gran medida en el significado

situacional dado y el grado de discrepancia con el significado global, aunque muy poca investigación ha examinado aún estos temas (Park, 2010).

Por lo tanto, el modelo propone que los procesos de creación de significado de los sobrevivientes implican esfuerzos deliberados de afrontamiento como reevaluar el evento, reconsiderar sus creencias y objetivos globales y buscar cierta comprensión del cáncer y sus implicaciones para ellos y sus vidas. Además, los procesos de creación de significado aparentemente a menudo ocurren por debajo del nivel de conciencia o sin efectos conscientes (por ejemplo, en forma de pensamientos intrusivos). Se ha postulado que estos esfuerzos de creación de significado son esenciales para el ajuste al ayudar a los sobrevivientes a asimilar la experiencia del cáncer en su significado global preexistente o ayudarlos a cambiar su significado global para acomodarlo; de hecho, es difícil imaginar que los sobrevivientes puedan superar una experiencia de cáncer sin reconsiderar sus vidas frente al cáncer (Park et al., 2008).

Por lo tanto, los sobrevivientes incapaces de asimilar su experiencia de cáncer en su sistema de creencias o acomodar sus creencias previamente sostenidas para dar cuenta de su experiencia, pueden experimentar una pérdida de significado personal o espiritual, aislamiento existencial y apatía (Holland y Reznik, 2005), y además pueden persistir en hacer significado, haciéndolo incluso años después (Tomich y Helgeson, 2002).

- *Evaluación del significado de la vida*

Existen varios instrumentos para evaluar el significado de la vida. Algunos de ellos se mencionan a continuación:

Test del propósito vital (PIL). Diseñado por Crumbaugh y Maholick. Es una escala unidimensional que ofrece la medida de un único constructo (sentido de la vida), manifestado en 5 áreas: el significado de la vida, la satisfacción de la propia vida, la libertad, el miedo a la muerte y la valoración de la vida. Consta de 20 ítems. Ha sido utilizada ampliamente se le ha criticado por mezclar factores distintos. El alfa de Cronbach es de 0.85. (Armas y López, 2018).

Logotest. Se trata de una medida autoinformada del logro interior del sentido o su negación (la frustración existencial). Consta de tres partes. La primera parte de la escala investiga los contenidos de sentido, es decir, la conciencia que la persona tiene acerca de la posibilidad de realizarse en su vida. Está formada por 9 ítems relativos a distintas categorías (autorrealización, bienestar material, intereses, etc.) con una triple opción de respuesta: sí (valor 0), no (valor 2) o NC (valor 1). La segunda parte evalúa las manifestaciones de la frustración existencial a través de 7 ítems que se puntúan cuantitativamente según los siguientes criterios: A menudo (2), de vez en cuando (1), nunca (0). La corrección es directa, excepto la pregunta 14 que se invierte el orden de la puntuación. La tercera parte exige una autovaloración respecto a las metas de la propia vida, conciencia de éxito y fracaso y la actitud ante ello (Sánchez et al., 2011).

Para este estudio se utilizó el Perfil de Significado Personal (PMP-B), desarrollado por McDonald y colaboradores, el cual fue adaptado a versión española y traducido al español por Carreno y colaboradores. Mide la percepción de significado de la vida de las personas. Su principal ventaja es que idéntica las fuentes de búsqueda de significado, que han sido científicamente vinculadas al bienestar, así como proporcionar índices diferentes de búsqueda de significado. Es auto aplicable y consta de 21 ítems, que están divididos en siete dimensiones: relación, intimidad, logro, autoaceptación, autotrascendencia, trato justo y religión. Cada ítem se responde en una escala Likert en un rango de 1= de ningún modo a 7= muchísimo. Los puntajes más altos indican más éxito al aproximarse a una vida idealmente significativa. Este instrumento ha mostrado buena fiabilidad y constancia interna, en esta adaptación el alfa de Cronbach oscila entre .64 y .91. (Carreno et al., 2020).

6. Cáncer

- Definición

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (2021), el proceso normal que siguen las células de nuestro cuerpo es que crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita y cuando estas células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las reemplazan. Sin embargo, en el cáncer, este proceso ordenado se descontrola.

Cáncer es el nombre que se le da a un conjunto de enfermedades relacionadas, en donde algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin control y se

diseminan a los tejidos circundantes. De acuerdo con la OMS (2022), cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo.

A medida que las células se hacen más y más anormales, las células vejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas llamadas tumores (Instituto Nacional del Cáncer, 2015). Se habla de “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina “metástasis”. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

Existen muchos tipos de cáncer, este se puede desarrollar en cualquier parte del cuerpo y se denomina según la parte de cuerpo corporal en que se origina.

- *Epidemiología*

El cáncer es una de las causas principales de muerte en todo el mundo, hubo casi 10 millones de fallecimientos en 2020 (OMS, 2022). En 2020 los tumores malignos que causaron más muertes en el mundo fueron: pulmonar, colorrectal, gástrico, hepático y mamario. En términos de la sobrevivencia se calculó que a los cinco años después del diagnóstico habría 43.8 millones de personas sobrevivientes de cáncer (Infocáncer, 2022).

Debido a los cambios en el crecimiento poblacional y el envejecimiento, la OMS estima que para el 2030 los casos nuevos sobrepasarán los 20 millones anuales. Sin embargo, esos números podrían reducirse significativamente, ya que se calcula que entre el 30% y el 50% de los cánceres son prevenibles mediante la adopción de hábitos saludables, vacunación y diagnósticos y tratamientos oportunos (Infocáncer, 2022).

En México el cáncer es la tercera causa de muerte, fallecen por esta enfermedad 14 de cada 100 mexicanos y la expectativa de vida de quienes la padecen es de alrededor de 63 años (Secretaría de salud, 2017). Entre enero y agosto de 2020 se registraron 1,086,743 defunciones, de las cuales, el 8% se deben a tumores malignos (90,603 casos). La tasa de defunciones ha ido en aumento durante los últimos 10 años, pasando de 6.18 defunciones por cada 10 mil personas en 2010 a 7.17 por cada 10 mil personas en 2020 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022)). La distribución porcentual por sexo indica que hay más fallecimientos en mujeres (51%) que en los hombres (49%). Los cánceres de mama, de próstata, cervicouterino, colorrectal y de pulmón son los más recurrentes en la población en general en ambos sexos (Infocáncer, 2022).

- *Consecuencias del cáncer o efectos secundarios*
- De los tratamientos

Existen diversos efectos secundarios y complicaciones que pueden presentarse en el paciente según el tipo de tratamiento empleado; los principales están

relacionados con la función sexual (disfunción eréctil, aneyaculación), en la urinaria (polaquiuria, nocturia, urgencia urinaria, disuria de esfuerzo, incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia de diversa severidad) y en la intestinal (proctitis, escape involuntario de deposición) (Pickett et al., 2000; Brink y Fischman, 2000).

- Psicológicos

Un diagnóstico de cáncer puede afectar la salud emocional de los pacientes, las familias y los cuidadores. Durante esta experiencia que cambia la vida, se incluyen ansiedad, angustia y depresión. Todas estas afectaciones van a depender del tipo de cáncer, edad, recursos de la persona, etc. En pacientes con cáncer de mama se ha encontrado que la depresión y la ansiedad ocurren con frecuencia, y en las personas mayores de 50 años se ha visto que tienen un riesgo mayor de desarrollar estos trastornos (Jacob et al., 2016). La calidad de vida también se ve deteriorada en los pacientes con cáncer y empeora si se combina con sintomatología ansiosa y depresiva (Mota et al., 2018).

El estrés, también se reporta de manera repetida, ya que la propia enfermedad por si sola representa un estresor importante para la persona (Espino-Polaco y García-Cardona, 2018). Es frecuente que, además, se produzcan cambios en el funcionamiento del día a día, en los roles sociales, familiares y laborales, además de una incertidumbre, ya sea por la posibilidad de una recurrencia o la propia muerte (Fallowfield y Jenkins, 2016). En el área cognitiva encontramos pensamientos intrusivos y rumiación constante (Sierra-Murguía et al., 2022). También en

transcurso de la enfermedad oncológica, se vive un proceso de duelo psicológico que es de cierto modo inevitable. Este duelo sigue un proceso de adaptación ante una serie de pérdidas, que no solo tienen que ver con la pérdida de la salud, sino también, se relacionan con la pérdida de la estabilidad y seguridad, la pérdida de la rutina, así como de los roles que solían tener en las distintas esferas de la vida, así como una pérdida del control, etc. (Robert et al., 2013).

- *Tratamiento*

Todos los tratamientos tienen sus ventajas y desventajas; según la opinión de algunos autores, las recomendaciones que se hacen a los pacientes con cáncer para la elección de alguna forma de manejo están basadas en factores como: la edad del paciente, las expectativas de vida, las condiciones generales de salud, las preferencias personales y el estado clínico y grado histológico del cáncer (Herrera, 2016).

Algunos de los tratamientos más utilizados para tratar cáncer son los siguientes:

- Cirugía: La cirugía es un procedimiento por el que un cirujano extirpa el cáncer del cuerpo.
- Quimioterapia: Es un tratamiento del cáncer que usa fármacos para destruir células cancerosas.
- Radioterapia: Es un tratamiento del cáncer que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores.

7. *Sobrevivientes de cáncer*

- *Definición*

El término “superviviente de cáncer” fue oficialmente utilizado por primera vez en el año 1985 en un artículo escrito por los fundadores de la Coalición Americana de Supervivientes de Cáncer (Luchini, 2018). Sobreviviente es definido como la persona que permanece viva y que mantiene su capacidad funcional mientras enfrenta dificultades graves, incluso una enfermedad potencialmente mortal, o después de superarla. En el ámbito del cáncer, una persona se considera sobreviviente desde el momento del diagnóstico hasta la etapa final de la vida. Por lo tanto, no solo se les conoce como supervivientes de cáncer, sino también como sobrevivientes de cáncer. (Instituto Nacional del Cáncer, 2018).

La Sociedad Americana de Cáncer define a los “sobrevivientes” como aquellos que siguen vivos 5 años después del diagnóstico, sin evidencia de enfermedad, ya que se ha demostrado que las recidivas son más frecuentes durante los primeros 5 años tras el diagnóstico (Braña-Marcos et al., 2012). La supervivencia en cáncer se centra en la salud y la vida de la persona desde el momento en que finaliza el tratamiento oncológico hasta el final de su vida; abarca los problemas físicos, psicosociales y económicos relacionados con el cáncer, más allá de las fases de diagnóstico y tratamiento (Instituto Nacional del Cáncer, 2018 citado en Martínez, 2019).

De acuerdo con la Sociedad Americana de Oncología Clínica (2019), la supervivencia de cáncer significa: No tener signos de cáncer luego de haber finalizado el tratamiento. Aquí podemos encontrar 3 fases:

1. La supervivencia aguda: comienza con el diagnóstico y continúa hasta el final del tratamiento inicial.
2. La supervivencia extendida: comienza al final del tratamiento inicial y continúa durante los meses siguientes.
3. La supervivencia permanente: es cuando han transcurrido años desde que finalizó el tratamiento del cáncer.

CAPÍTULO III

MÉTODO

El presente trabajo analizó los niveles y la relación que hay entre las variables miedo a la recurrencia, ansiedad a la muerte y significado de la vida. A continuación, se describe el método utilizado para lograrlo:

DISEÑO

Esta investigación utilizó un diseño de tipo no experimental, correspondiente a un diseño de investigación transversal de tipo correlacional.

- Se usó el diseño de tipo no experimental, ya que en este tipo de diseños no se utiliza la manipulación de variables, sino que observa los fenómenos en su ambiente natural para su análisis. Dentro de este diseño se encuentra el diseño transversal, el cual recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. A su vez, se utilizó el de tipo correlacional, ya que se pretenden correlacionar las variables a estudiar (miedo a la recurrencia, ansiedad a la muerte y significado de la vida) (Hernández et al., 2014).

En cuanto a la validez interna y externa de la investigación se buscó de la siguiente manera:

- La validez interna de acuerdo con Hernández et al. (2014) es el “grado de confianza que se tiene de que los resultados del experimento se interpreten adecuadamente y sean válidos”. En esta investigación, se buscó la validez interna utilizando el mismo procedimiento de reclutamiento y aplicación de instrumentos para todos los participantes. Reclutando suficientes participantes para lograr una muestra representativa. También, se utilizaron instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas, para de esta manera, eliminar las fuentes de invalidación.
- En cuanto a la validez externa, de acuerdo con Hernández et al. (2014), es la “posibilidad de generalizar los resultados de un experimento a situaciones no experimentales, así como a otras personas, casos y poblaciones”. En esta investigación, se buscó la validez externa teniendo una población homogénea a partir de los criterios de inclusión considerados, buscando que nuestros resultados sean generalizables a este tipo de poblaciones. Ya que los resultados obtenidos en estas poblaciones pueden ayudar a ampliar los resultados de miedo a la recurrencia en las poblaciones oncológicas donde no ha sido explorada esta variable.

MÉTODO DE MUESTREO

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. A continuación, se describe porque:

- En la muestra no probabilística, la elección de los elementos depende de las características de la investigación y no a la probabilidad, dicho de otra manera, depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación (Hernández et al., 2014).
- Por otro lado, la técnica de muestreo por conveniencia permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen y Manterola, 2017).

PARTICIPANTES

Los participantes fueron 118 personas con diagnóstico de cáncer que se encontraban en la etapa de sobrevivencia, pertenecientes a los hospitales del área metropolitana e instituciones de asociaciones civiles, así como participantes de toda la república de México. Los cuales cumplieron con los criterios descritos a continuación:

- Criterios de inclusión. Personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer que hayan terminado su tratamiento primario. Personas que acepten voluntariamente participar en la investigación. Personas mayores de 18 años.
- Criterios de exclusión. Personas que tengan recurrencia de algún tipo de cáncer. Personas con historia clínica de otro tipo de cáncer. Personas sin nacionalidad mexicana.
- Criterios de eliminación. Personas con cuestionarios incompletos.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para medir las variables se utilizaron los siguientes instrumentos:

Se aplicó un *cuestionario de datos sociodemográficos y médicos*. Este cuestionario recoge datos sociodemográficos como la edad, sexo, correo electrónico, estado civil, escolaridad, estado laboral, religión, ente otros. Así como datos relacionados con la salud como la existencia de comorbilidades por otras afecciones y antecedentes clínicos entorno a la enfermedad del cáncer.

El miedo a la recurrencia del cáncer se midió utilizando *el Inventario de miedo a la recurrencia del cáncer desarrollado por Sébastien Simard y Josée Savard*, que tiene por objetivo evaluar el miedo a la recurrencia del cáncer de forma multidimensional. Consta de 42 ítems que miden siete dimensiones: Desencadenantes (8 ítems), Gravedad (9 ítems), Angustia psicológica (4 ítems), Estrategias de afrontamiento (9 ítems), Deterioro funcional (6 ítems), Percepción (3 ítems), Tranquilidad (3 ítems). Es importante mencionar que recientemente, se han aportado datos que indican

que la subescala gravedad puede utilizarse como punto de corte para medir el miedo a la recurrencia de cáncer y así detectar niveles clínicos de miedo a la recurrencia. Una puntuación de 13 o más es óptima para diagnosticar niveles de miedo a la recurrencia elevados. La puntuación es en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos, donde a mayor puntaje mayores niveles de miedo a la recurrencia. El alfa de Cronbach es de .95 (Simard y Savard, 2009).

Para medir la ansiedad a la muerte, se utilizó *la Escala de ansiedad ante la muerte de Templer desarrollada por Donald Templer*. Se utilizará la adaptación de Rivera-Ledesma y Montero-López al español mexicano, la cual fue basada en la traducción de Tomás Sábado y Benito Gómez, 2003. Está compuesta por 15 ítems que se dividen 3 dimensiones: miedo a la muerte, miedo a la agonía o a la enfermedad y miedo a que la vida llegue a su fin. La puntuación es una escala tipo Likert de cuatro puntos: 1. nunca o casi nunca, 2. algunas veces, 3. la mayor parte del tiempo y 4. todo el tiempo, en donde el puntaje máximo indica mayor ansiedad. La escala fue estandarizada en dos muestras mexicanas; una en adultos mayores y otra en estudiantes. La consistencia interna del instrumento fue medida con el alfa de Cronbach, obtenido .86 y .83 respectivamente (Rivera-Ledesma y Montero-López, 2010).

El significado de vida se midió con *El Perfil de Significado Personal (PMP-B) desarrollado por McDonald y colaboradores*, el cual fue adaptado a versión española y traducido al español por Carreno y colaboradores. Mide la percepción de significado de la vida de las personas en 21 ítems, que están divididos en siete

dimensiones: relación, intimidad, logro, autoaceptación, autotrascendencia, trato justo y religión. Cada ítem se responde en una escala Likert en un rango de 1= de ningún modo a 7= muchísimo. Los puntajes más altos indican más éxito al aproximarse a una vida idealmente significativa. Este instrumento ha mostrado buena fiabilidad y constancia interna, en esta adaptación el alfa de Cronbach oscila entre .64 y .91. (Carreno et al., 2020).

PROCEDIMIENTO

Como primer punto se pidió la autorización del presente protocolo por parte de los hospitales y asociaciones civiles. Una vez autorizado se procedió a invitar a las personas a participar en la investigación. El procedimiento que se siguió para los pacientes que pertenecen a los hospitales del área metropolitana fue en primer lugar revisar sus expedientes médicos, identificando a aquellos que cumplían con los criterios de selección. Una vez identificados, se les contactó vía telefónica para hacerles la invitación a participar en la investigación. A las personas que aceptaron la participación se les envió un formulario vía correo electrónico, el cual se realizó en Google Forms (habilitado desde mayo 2021 a julio 2022). En dicho formulario se incluyó el consentimiento informado y los instrumentos de evaluación. De igual manera, se siguió el mismo procedimiento para las asociaciones civiles, difiriendo en la revisión de los expedientes, ya que los encargados de estas fueron los que indicaron qué personas eran las que cumplían con los criterios de selección y nos proporcionaban los datos.

También, se optó por recolectar muestra por medio de la red social Facebook. El procedimiento seguido fue buscar grupos afines a la sobrevivencia de cáncer, en donde se realizaron publicaciones invitándoles a participar en la investigación por medio de un poster (habilitado de agosto 2021 a julio 2022). Si les interesaba la participación se les contactaba vía mensaje, para corroborar que se cumplieran los criterios de participación, una vez evaluados se les hacía llegar el formulario para contestarlo vía correo electrónico.

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 para realizar el análisis de datos. Se obtuvieron datos descriptivos de las variables, se realizó la prueba de normalidad utilizando el estadístico de Kolmogórov-Smirnov, donde las variables obtuvieron una p valor menor a .05, indicando que la muestra no presentaba normalidad en los datos, por lo que se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Finalmente se realizó el análisis de regresión logística binaria para determinar la variable de mayor influencia sobre el miedo a la recurrencia.

ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar esta investigación se tomaron en cuenta los principios éticos del código de conducta en la investigación de la Asociación Americana de Psicología (APA) (Asociación Americana de Psicología, 2017). De los cuales se consideraron los siguientes puntos:

- ❖ De acuerdo con la sección 8.0. Se buscará la aprobación del comité de las instituciones donde se llevará a cabo la evaluación.
- ❖ De acuerdo con la sección 8.02. Se hará uso del consentimiento informado de participación. En este, se va a describir el propósito y procedimientos de la investigación, el derecho a negarse a participar y retirarse una vez iniciada la investigación, se describirán los riesgos o posibles beneficios de la participación, se comentarán los límites de la confidencialidad, así como su derecho a expresar dudas y recibir respuestas por parte del investigador.
- ❖ De acuerdo con la sección 9.02, fracción “a, b, c”. Se utilizarán pruebas o instrumentos que sean apropiados al objetivo de la investigación. Los instrumentos deberán tener validez y confiabilidad en la población que será examinada y si no la tienen, se deberá reportar en las limitaciones del estudio. Se usarán métodos de evaluación apropiados y con lenguaje adecuado y comprensible para los participantes.
- ❖ De acuerdo con la sección 9.03. Se obtendrá el consentimiento informado para poder realizar la aplicación de las evaluaciones.
- ❖ De acuerdo con la sección 9.06. Se interpretarán los resultados teniendo en cuenta el propósito de la investigación, así como se tendrán en cuenta los diversos factores de las pruebas, las habilidades para manejar las pruebas y las características de las personas que se evalúan, como situaciones, personales, diferencias lingüísticas y culturales que puedan afectar los juicios del evaluador o reducir la precisión de sus interpretaciones. Indicando cualquier limitación significativa de las interpretaciones.

- ❖ De acuerdo con la sección 9.08. No serán utilizadas pruebas obsoletas o desactualizadas y no útiles para el propósito actual.
- ❖ De acuerdo con la sección 9.09. Seré responsable de la aplicación, interpretación y uso apropiados de los instrumentos de evaluación.

También, se tomó en cuenta el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). Del cual, se consideraron los siguientes puntos:

- ❖ De acuerdo con el Artículo 47. El psicólogo deberá planear y conducir la investigación de manera consistente, tanto con las leyes federales y estatales, así como con las regulaciones y normas profesionales que gobiernan la conducción de la investigación, particularmente, con aquellas normas que regulan una investigación donde participen personas y sujetos animales.
- ❖ De acuerdo con el Artículo 49. El psicólogo que conduce la investigación lo debe hacer de manera competente y con el respeto debido a la dignidad y bienestar de los participantes, ya sean estos humanos o animales.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el siguiente apartado se darán a conocer los resultados y análisis de datos por objetivo pertenecientes a este estudio, donde se evaluaron los niveles y la relación entre miedo a la recurrencia del cáncer, ansiedad a la muerte y significado de la vida en sobrevivientes de cáncer.

4.1. Análisis descriptivos de la muestra

El total de la muestra fue de 118 participantes sobrevivientes de cáncer. Las características sociodemográficas de la muestra se describen en la Tabla 1. La escolaridad se muestra en años. Las edades de los participantes van de los 22 hasta 84 años. Los resultados muestran que la mayoría de los participantes son mujeres, trabajan, son casadas/os, tienen hijos/as y practican la religión católica.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los participantes.

Variable	M (DE)
Edad	45.25 (12.34)
Escolaridad	13.66 (3.9)
Ingreso mensual	f (%)
Menos de \$4,000	17 (14.4)
De \$5,000 a \$10,000	51 (43.2)
De \$11,000 a \$50,000	48 (40.7)
De \$51,000 a \$100mil	2 (1.7)
Más de \$100 mil	0 (0)

Variable	f (%)
Sexo	
Femenino	104 (88.1)
Masculino	14 (11.9)
Trabaja	
Si	68 (57.6)
No	50 (42.4)
Estado civil	
Soltera/o	20 (16.9)
Casada/o	72 (61)
Divorciada/o	18 (15.3)
Viuda/o	8 (6.8)
Hijos	
Si	96 (81.4)
No	22 (18.6)
Religión	
Ninguna	21 (17.8)
Católica	85 (72)
Cristiana evangélica	7 (5.9)
Cristiana no evangélica	1 (0.8)
Oriental	2 (1.7)
Otras	2 (1.7)

Nota: M=Media, f=Frecuencia y DE=Desviación estándar

En la Tabla 2 se muestran las características médicas y clínicas de la muestra. Se encontró que el tipo de cáncer más comúnmente reportado por los sobrevivientes fue el cáncer de mama y la mayoría registró no tener ninguna enfermedad crónica aparte del cáncer. También, se observa que la mayoría de la muestra presentó historial de cáncer en la familia, principalmente por parte de los padres. En cuanto a los tratamientos la mayoría recibió cirugía, ya sea sola o combinada con quimioterapia y radioterapia. La mayor parte de la muestra indicó que no abandono su tratamiento médico y en cuanto a sus citas de seguimientos, la mayoría indicó

que sí acude a sus consultas programadas. Finalmente, la mayoría de la muestra reportó niveles de miedo a la recurrencia significativos.

Tabla 2.

Características clínicas y médicas

Variables	f (%)
Otras enfermedades crónicas	
Diabetes	6 (5.1)
Hipertensión	9 (7.6)
Otra	21 (17.8)
Ninguna	82 (69.5)
Historia de cáncer en la familia	
Si	75 (63.6)
No	43 (36.4)
Familiar diagnosticado con cáncer	
Padres	34 (28.8)
Hermanos	10 (8.5)
Otro	32 (27.1)
Tipos de cáncer	
Mama	50 (42.6)
Tiroides	28 (23.7)
Cervicouterino	16 (13.5)
Gastrointestinal	15 (12.7)
Cabeza y cuello	7 (5.9)
Medular	2 (1.6)
Estadio de la enfermedad	
0	6 (5.1)
I	18 (15.3)
II	31 (26.3)
III	36 (30.5)
IV	12 (10.2)
Indefinido	3 (2.4)

Variables	f (%)
Cirugía	
Si	115 (97.5)
No	3 (2.5)
Tratamiento oncológico recibido	
Cirugía	18 (15.3)
Quimioterapia	2 (1.7)
Radioterapia	9 (7.6)
CR + QT	31 (26.3)
CR+RT	13 (11)
QT+RT	1 (0.8)
CR+QT+RT	44 (37.3)
Tratamiento actual	
Si	46 (39)
No	72 (61)
Abandono de tratamiento	
Si	5 (4.2)
No	113 (95.8)
Apoyo psicológico en el diagnóstico	
Si	38 (32.2)
No	80 (67.8)
Apoyo psicológico actualmente	
Si	10 (8.5)
No	108 (91.5)
Acude a citas de seguimiento	
Si	108 (91.5)
No	10 (8.5)
MRC Clínico	
Clínico	80 (67.8)
No Clínico	38 (32.2)

Nota: CR=Cirugía, QT=Quimioterapia, RT=Radioterapia, f= Frecuencia, MRC Clínico= Miedo a la recurrencia del cáncer a nivel clínico.

4.2. Datos descriptivos de las variables de estudio

En la Tabla 3 se observan los valores correspondientes a las medias y rangos del nivel de miedo a la recurrencia del cáncer en puntaje total y por subescalas. Es importante mencionar que la subescala gravedad puede utilizarse como punto de corte para detectar niveles clínicos de miedo a la recurrencia. Una puntuación de 13 o más es óptima para diagnosticar niveles de miedo a la recurrencia elevados (Simard y Savard, 2009). Sin embargo, la escala utilizada no cuenta con puntos de corte, por lo que no se pudieron obtener niveles.

Tabla 3.

Medias y rangos de las subescalas de miedo a la recurrencia

	M (DE)	Rango (mínimo-máximo)
Desencadenantes	14.74 (7.98)	0-32
Gravedad	16.20 (7.21)	0-36
Angustia psicológica	6.42 (4.45)	0-16
Deterioro Funcional	6.87 (6.40)	0-24
Percepción	3.70 (3.03)	0-12
Tranquilidad	2.90 (2.56)	0-12
Estrategias de afrontamiento	19.97 (8.56)	0-36
Escala Total	70.61 (29.82)	0-168

En la Tabla 4 se observan los valores correspondientes a las medias y rangos del nivel de ansiedad a la muerte en puntaje total y por subescalas. Es importante mencionar que la escala utilizada no cuenta con puntos de corte, por lo que no se pudieron obtener niveles.

Tabla 4.

Medias y rangos de las subescalas de ansiedad a la muerte

	M (DE)	Rango (mínimo- máximo)
Miedo a la muerte	15.08 (5.17)	1-32
Miedo a la agonía o la enfermedad	8.81 (2.76)	1-16
Preocupación o miedo a que la vida llegue a su fin	6.55 (2.52)	1-12
Escala Total	30.44 (9.31)	1-60

En la Tabla 5 se observan los valores correspondientes a las medias y rangos del nivel de significado de la vida en puntaje total y por subescalas. Es importante mencionar que la escala utilizada no cuenta con puntos de corte, por lo que no se pudieron obtener niveles.

Tabla 5.

Medias y rangos de las subescalas de significado de la vida

	M (DE)	Rango (mínimo-máximo)
Logro	14.94 (4.93)	1-56
Intimidación	13.39 (6.37)	1-63
Trato justo	14.38 (4.98)	1-28
Relación	15.75 (5.04)	1-42
Autotrascendencia	14.48 (4.94)	1-21
Autoaceptación	14.84 (4.85)	1-21
Religión	13.42 (6.01)	1-63
Escala Total	101.21 (29.67)	1-294

4.3. Análisis de relación entre las variables

En la Tabla 6 se observan las correlaciones entre las variables de miedo a la recurrencia y ansiedad a la muerte, así como las subescalas de cada una de ellas. Se encontraron correlaciones positivas significativas entre la mayoría de las subescalas.

Tabla 6.

Correlaciones entre Miedo a la Recurrencia y Ansiedad a la Muerte

	AM TOTAL	MUERTE	AGONIA	VIDAFIN
MR TOTAL	.690**	.587**	.689**	.609**
DESENCA	.565**	.514**	.530**	.505**
GRAVEDAD	.666**	.598**	.634**	.583**
ANGUPSICO	.688**	.595**	.733**	.570**
DETEFUNCIO	.666**	.553**	.671**	.581**
PERCEPCIÓN	.617**	.576**	.574**	.488**
TRANQUI	.559**	.496**	.527**	.490**
ESAFRONTA	.074	.035	.095	.070

Nota: MRTOTAL: sumatoria total de la escala de miedo a la recurrencia, DESENCA: desencadenantes, GRAVEDAD: gravedad, ANGUPSICO: angustia psicológica, DETEFUNCIO: deterioro funcional, PERCEPCIÓN: percepción, TRANQUI: tranquilidad, ESAFRONTA: estrategias de afrontamiento, AMTOTAL: sumatoria total de la escala de ansiedad a la muerte, MUERTE: miedo a la muerte, AGONIA: miedo a la agonía, VIDAFIN: miedo a que la vida llegue a su fin.

En la Tabla 7 se observan las correlaciones entre las variables de miedo a la recurrencia y significado de la vida, así como las subescalas de cada una de ellas. Se encontraron correlaciones negativas entre la mayoría de las subescalas.

Tabla 7.

Correlaciones entre Miedo a la Recurrencia y Significado de la Vida

	SV TOTAL	LOGRO	INTIMI	TRAJUS	RELA	AUTO TRAS	AUTO ACEP	RELI
MR TOTAL	-.119	-.067	-.006	-.243**	.010	.000	-.192*	-.086
DESENCA	-.089	-.047	.027	-.161	.072	.030	-.126	-.141
GRAVEDAD	-.215*	-.158	-.042	-.322**	-.076	-.099	-.269**	-.174
ANGUPSICO	-.281**	-.202*	-.097	-.402**	-.148	-.123	-.311**	-.191*
DETEFUNCIO	-.271**	-.221*	-.181	-.377**	-.202*	-.148	-.307**	-.135
PERCEPCIÓN	-.175	-.090	-.121	.267**	-.100	-.089	-.241**	-.058
TRANQUI	-.027	-.011	.002	-.102	.077	.039	-.167	-.007
ESAFRONTA	.262**	.272**	.135	.174	.232*	.280**	.167	.255**

Nota: MRTOTAL: sumatoria total de la escala de miedo a la recurrencia, DESENCA: desencadenantes, GRAVEDAD: gravedad, ANGUPSICO: angustia psicológica, DETEFUNCIO: deterioro funcional, PERCEPCIÓN: percepción, TRANQUI: tranquilidad, ESAFRONTA: estrategias de afrontamiento, SVTOTAL: sumatoria total de la escala de significado de la vida, LOGRO: logro, INTIMI: intimidación, TRAJUS: trato justo, RELA: relación, AUTOTRAS: autotrascendencia, AUTOACEP: autoaceptación, RELI: religión.

Una vez terminados los análisis correlacionales se optó por identificar la variable que tiene mayor influencia en el miedo a la recurrencia específicamente en la gravedad. A continuación, se presentan los resultados del análisis de regresión logística binaria realizado:

4.4. Análisis de regresión logística binaria

En el análisis de regresión logística se obtuvo un modelo de predicción en el que se observa que el miedo a la agonía y el miedo al fin de la vida aumentan la probabilidad de tener miedo a la recurrencia en un nivel clínico. Los estadísticos demuestran que el modelo presenta un buen ajuste donde la prueba de Wald y la

prueba de Hosmer y Lemeshow fueron significativas $p > .05$. El estadístico R cuadrado de Nagelkerke obtuvo un valor de .436 lo que indica que el modelo explica un 43.6% de la varianza del miedo a la recurrencia clínico. Los valores del OR (odds ratio) se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8.

Modelo de predicción del miedo a la recurrencia y la ansiedad a la muerte

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	I.C.95% para EXP (B)	
							Inferior	Superior
Miedo agonía	.356	.146	5.950	1	.015	1.428	1.072	1.900
Miedo a que la vida llegue a su fin	.368	.150	6.022	1	.014	1.445	1.077	1.938
Constante	-4.332	.983	19.403	1	.000	.013		

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación analizó la prevalencia del miedo a la recurrencia, ansiedad a la muerte y significado de la vida en sobrevivientes de cáncer, además se observaron las relaciones entre las variables y sus subescalas. Se encontró que más de la mitad de los sobrevivientes (67.8%) presentaron miedo a la recurrencia en niveles clínicos, problema que suele presentarse con frecuencia en más de la mitad de la muestra de los sobrevivientes de cáncer, dato que concuerda con una investigación realizada por Custers et al. (2017), encontrando que el 55% de las participantes tenían miedo a la recurrencia alto. También coincide con un estudio reciente en una muestra de mujeres sobrevivientes mexicanas de cáncer de mama en la que se encontró que un 58.9% presentaron miedo a la recurrencia (Vázquez, 2021).

En investigaciones anteriores se ha encontrado que el 38% de sobrevivientes de cáncer colorrectal tenían niveles altos de MRC en una mediana de tiempo de 5 años (Custers et al., 2016). Por su parte, Simard et al. (2013), estimaron que el 73% de los sobrevivientes de cáncer experimentaron niveles de miedo a la recurrencia de moderados a altos. En otro estudio Lane et al. (2019) encontraron que el 84% de la muestra experimentó niveles problemáticos de miedo a la recurrencia. Por su parte, Nahm et al. (2021), encontraron que el 54% de su muestra en sobrevivientes de cáncer de mama y colorrectal obtuvieron niveles de moderados a graves de MRC.

En cuanto a la media obtenida en el miedo a la recurrencia esta fue de 70.61 ($DE= 29.82$), siendo las subescalas de estrategias de afrontamiento ($M= 19.97$; $DE= 29.82$), desencadenantes ($M= 14.74$; $DE= 29.82$), y gravedad ($M=16.20$; $DE= 29.82$), las más significativas.

En relación con la ansiedad a la muerte, la puntuación media de la muestra fue de 30.44 ($DE= 9.31$). En comparación con el estudio de Tang et al. (2011) en la que su media fue de 44.79, con una puntuación índice de 49.65, mostrando que la ansiedad por la muerte estaba presente en los pacientes con cáncer en un nivel intermedio. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones sobre la ansiedad por muerte se han llevado a cabo con pacientes con cáncer metastásico o en etapa avanzada y la aparición de niveles moderados a altos de ansiedad por la muerte se han informado del 32% a 45% en este grupo de pacientes (Lo et al., 2011; Neel et al., 2015). En el presente estudio no se obtuvieron niveles de ansiedad a la muerte, pero en concordancia con los rangos de respuesta que van de 1 a 60 y a la media, los valores se encuentran mayormente en puntajes medios. Además, se encontró que la mayoría de la muestra se encontraba en la etapa clínica de la enfermedad II y III al momento del diagnóstico.

El miedo a la recurrencia total se reaccionó de manera positiva y significativa con la ansiedad por la muerte total, es decir, a mayor miedo a la recurrencia del cáncer mayor ansiedad a la muerte ($r_s= .690$; $p= .000$). Cabe resaltar que no hay mucha literatura que estudie la relación entre miedo a la recurrencia con relación a la ansiedad a la muerte, hecho que menciona Sharpe et al. (2018) y Tang et al. (2011).

Por lo que no fue posible comparar los resultados con otros estudios correlacionales. Sin embargo, en el estudio de Berlín y Von (2022) se realizó una relación conceptual entre miedo a la recurrencia y ansiedad a la muerte por medio de un modelo bifactorial, con el objetivo de proporcionar nuevos conocimientos sobre si la relación entre ansiedad a la muerte y miedo a la recurrencia es jerárquica y si la ansiedad a la muerte podría verse como una construcción general, comprobando como un factor general a la ansiedad por la muerte y al miedo a la recurrencia como un factor de grupo. Lo que dejó ver que, se debe incluir la ansiedad por la muerte en la conceptualización del miedo a la recurrencia, proporcionado así evidencia estadística de la conexión cualitativa de estas dos variables.

Esta relación es muy importante ya que, como se ha mencionado anteriormente un diagnóstico de cáncer impone una amenaza real y continua, considerada como potencialmente moral, a la cual, las personas luchan comúnmente por adaptarse, enfrentándose a factores de estrés continuos en forma de tratamientos, efectos secundarios, exploraciones y vigilancias a los signos de progresión, etc. (Edmondson, 2014), que desencadenan una serie de problemas existenciales que dan lugar a secuelas psicológicas, como pensamientos intrusivos sobre la muerte (Sharpe, 2018), así como también, representa una desorganización de las condiciones de existencia del individuo (Requejo y Sánchez, 2021). En la etapa de sobrevivencia Sharpe et al. (2018) menciona que las investigaciones que hay hasta el momento confirman que la ansiedad por la muerte se asocia con peores resultados, particularmente en el funcionamiento psicológico de los sobrevivientes

de cáncer. Además, la ansiedad a la muerte en el estudio de Curran et al. (2020) se asoció como una variable predictora del miedo a la recurrencia del cáncer, junto con las creencias metacognitivas, la intolerancia a la incertidumbre, las alteraciones de las creencias básicas y el tener un menor significado de la vida, así como las restricciones sociales, las intrusiones, la evaluación de amenazas y el hacer frente, representando un 65% de la varianza del miedo a la recurrencia.

Por lo tanto, es necesario que se siga estudiando la relación entre estas dos variables para poder dar respuesta a incógnitas que se encuentran en la literatura, ya que, por un lado, de acuerdo con Sharpe et al. (2018) es posible que haya múltiples manifestaciones del miedo a la recurrencia y la ansiedad por la muerte. Donde, por ejemplo, puede haber preocupaciones proximales o inmediatas tanto de que el cáncer puede reaparecer como de que la muerte es probable e inminente. Por lo que, en el miedo a la recurrencia, tales preocupaciones pueden ser específicas y concretas, como lo son el preocuparse por los impactos financieros de la recurrencia o la carga física de tener tratamientos adicionales. Del mismo modo, en la ansiedad por la muerte, tales preocupaciones pueden estar asociadas con el proceso de morir y los temores de morir con dolor o sin dignidad (Sharpe et al., 2018).

Además, los resultados obtenidos en esta investigación son un precedente en el estudio de estas dos variables, sumando importancia a la atención de la ansiedad a la muerte en el miedo a la recurrencia del cáncer. Por lo tanto, la ansiedad a la muerte representa un síntoma que puede afectar la vida diaria de los sobrevivientes

y debe ser incluida en el estudio del miedo a la recurrencia. Por lo que, de acuerdo con Koch et al. (2012) subestimar el papel que juega la ansiedad por la muerte en el miedo a la recurrencia hasta este momento, podría haber afectado la efectividad de los enfoques basados en evidencia para reducir el miedo a la recurrencia. Por tanto, se sugiere (1) que se siga estudiando la relación de estas dos variables en conjunto con estudios longitudinales, (2) se sugiere la inclusión de la ansiedad a la muerte en las intervenciones psicológicas para reducir el miedo a la recurrencia, que apoyen específicamente las estrategias de afrontamiento frente a la ansiedad a la muerte (Berlín y Von., 2022).

En cuanto a la variable del miedo a la recurrencia y su relación con las dimensiones de ansiedad a la muerte tenemos que la mayoría de las variables correlacionaron de manera positiva y significativa entre la mayoría de las subescalas de ambas variables, mostrando asociaciones medias y altas que van de .488 a .733, a excepción de la variable estrategias de afrontamiento, la cual, correlacionó de manera baja pero positiva con la ansiedad por la muerte, así como con sus subescalas.

De manera más específica, la subescala desencadenante correlacionó de manera positiva y significativa con la escala de ansiedad a la muerte total ($r_s = .565$; $p = .000$), así como con sus subescalas: miedo a la muerte ($r_s = .514$; $p = .000$), miedo a la agonía ($r_s = .530$; $p = .000$) y miedo a que la vida llegue a su fin ($r_s = .505$; $p = .000$). Lo que nos dice que, entre más situaciones específicas que le hagan pensar en una recurrencia del cáncer, mayor será la ansiedad por la muerte, mayor será el miedo

a la muerte, a la agonía y al miedo a que la vida llegue a su fin. De acuerdo con Simard y Savard (2009), algunas de las situaciones que podrían generar desencadenantes para el miedo a la recurrencia son los programas de TV sobre cáncer o enfermedades, someterse a exámenes médicos, conversar en relación con enfermedades, citas médicas, así como el no sentirse bien físicamente, o evitar situaciones o cosas que le hagan pensar en una posibilidad, etc. Dichas situaciones podemos englobarlas como pensamientos intrusivos, síntomas físicos o recordatorios externos al cáncer, evaluación de amenazas, percepción de riesgo y respuestas de afrontamiento poco útiles como rumiación o evitación (Simonelli et al., 2017)., incluidas las preocupaciones sobre la muerte y la muerte, que pueden sustentar el miedo a la recurrencia del cáncer (Fardell et al., 2016; Lebel et al., 2014).

La subescala gravedad correlacionó de manera positiva y significativa con la escala de ansiedad a la muerte total ($r_s = .666$; $p = .000$), así como con sus subescalas: miedo a la muerte ($r_s = .598$; $p = .000$), miedo a la agonía ($r_s = .634$; $p = .000$) y miedo a que la vida llegue a su fin ($r_s = .583$; $p = .000$). Esto nos dice que, entre más grave y presente sea el miedo a la recurrencia para la persona, mayor será la ansiedad por la muerte, mayor será el miedo a la muerte, a la agonía y mayor será el miedo a que la vida llegue a su fin. Esto es importante ya que las creencias sobre la naturaleza crónica, la gravedad del cáncer y el impacto existencial del cáncer pueden generar emociones fuertes, y conducir a un alto miedo a la recurrencia del cáncer (Fardell et al., 2016). Y, por lo tanto, al volverse clínicamente significativo este se suele caracterizar por pensamientos intrusivos frecuentes y crónicos sobre

una posible recurrencia (Crist y Grunfeld., 2013; Simard et al., 2013). Además, se ha sugerido que las tasas más altas de miedo en torno a la muerte y el morir pueden afectar negativamente los resultados de salud, impactando en la esperanza de vida (Iverach et al., 2014). Y esta angustia existencial no solo se limita al miedo a la muerte y a morir, sino que también puede incluir el miedo a la recurrencia del cáncer (Herschbach y Dinkel, 2014; Koch et al., 2014). Por lo tanto, las intervenciones clínicas para trabajar el miedo a la recurrencia deben incluir la ansiedad por la muerte.

La subescala angustia psicológica correlacionó de manera positiva y significativa con la escala de ansiedad a la muerte total ($r_s = .688$; $p = .000$), así como con sus subescalas: miedo a la muerte ($r_s = .595$; $p = .000$), miedo a la agonía ($r_s = .733$; $p = .000$) y miedo a que la vida llegue a su fin ($r_s = .570$; $p = .000$). Esto nos dice que, entre mayor sea la angustia psicológica que presente la persona (ansiedad, tristeza, ira, temor, preocupación, enojo, impotencia o resignación), mayor será la ansiedad por la muerte, mayor será el miedo a la muerte, a la agonía y mayor será el miedo a que la vida llegue a su fin. El miedo a la recurrencia en niveles normales puede llevar a las personas a tener una vigilancia saludable, que les ayude a detectar signos de recurrencia, pero en niveles clínicos puede desencadenar un comportamiento de control excesivo o una angustia psicológica significativa (Simard et al., 2013). Además, se ha encontrado que el miedo a la recurrencia clínico se ha asociado con con una alta angustia, un funcionamiento deficiente y una peor calidad de vida, así como problemas para planificar el futuro (Cessna et al., 2020; Simard y Savard, 2015). También, se ha encontrado que cuando el miedo a la recurrencia

deja de ser adaptativo y se vuelve angustiante, se asocia con una mayor depresión, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el estrés en los sobrevivientes de cáncer (Koch et al., 2014; Simard y Savard, 2015).

Por su parte, la subescala deterioro funcional correlacionó de manera positiva y significativa con la escala de ansiedad a la muerte total ($r_s = .666$; $p = .000$), así como con sus subescalas: miedo a la muerte ($r_s = .553$; $p = .000$), miedo a la agonía ($r_s = .671$; $p = .000$), y miedo a que la vida llegue a su fin ($r_s = .581$; $p = .000$). Esto nos dice que, entre mayor sea el deterioro funcional que presente la persona, mayor será la ansiedad por la muerte, mayor será el miedo a la muerte, a la agonía y mayor será el miedo a que la vida llegue a su fin. El deterioro funcional tiene que ver con un deterioro en las actividades sociales y laborales, así como en la capacidad de hacer planes futuros o planteamiento de metas, en relaciones con amigos, pareja y familia, estado de ánimo y la calidad de vida en general (Simard y Savard, 2009). Siguiendo lo anterior se ha encontrado que el miedo a la recurrencia del cáncer puede hacer difícil planificar el futuro, lo que, a su vez, conduce a un pobre autoconcepto, llevando a la persona a sentirse sin timón y con incapacidad para dirigir sus energías, dificultándole mantenerse en contacto con los valores y metas fundamentales de la vida y dirigir la energía hacia la consecución de esos objetivos (Fardell et al., 2016). Además, un miedo a la recurrencia alto puede afectar negativamente el estado de ánimo, las relaciones de trabajo, el establecimiento de metas y la calidad de vida en general (Hart et al., 2008; Hodges y Humphris, 2009), aumentando los costos de la atención médica (Lebel et al., 2013). Sin embargo, hay que tener en cuenta que los sobrevivientes con miedo a la recurrencia pueden

presentar una incapacidad para discutir sus preocupaciones, ya sea con familiares, amigos o con el personal médico por temor a parecer desagradecidos, lo que les puede conducir a una sensación de desconexión con los demás y a tener una capacidad de disfrute deteriorada (Hodgkinson, 2008).

La subescala percepción correlacionó de manera positiva y significativa con la escala de ansiedad a la muerte total ($r_s = .617$; $p = .000$), así como con sus subescalas: miedo a la muerte ($r_s = .576$; $p = .000$), miedo a la agonía ($r_s = .574$; $p = .000$) y miedo a que la vida llegue a su fin ($r_s = .488$; $p = .000$). Esto nos dice que, entre mayor sea la percepción del miedo a la recurrencia que tenga la persona, mayor será la ansiedad por la muerte, mayor será el miedo a la muerte, a la agonía y mayor será el miedo a que la vida llegue a su fin. La percepción tiene que ver con la idea de creer que se preocupa demasiado por la posibilidad de una recurrencia, o el pensar que se preocupa más que otras personas, las cuales también han sido diagnosticadas con cáncer, así como, el pensar que otras personas consideran que se preocupa demasiado por una recurrencia de cáncer (Simard y Savard, 2009).

La subescala tranquilidad correlacionó de manera positiva y significativa con la escala de ansiedad a la muerte total ($r_s = .559$; $p = .000$), así como con sus subescalas: miedo a la muerte ($r_s = .496$; $p = .000$), miedo a la agonía ($r_s = .527$; $p = .000$) y miedo a que la vida llegue a su fin ($r_s = .490$; $p = .000$). Es decir que, entre mayor sea el uso de acciones que le generen tranquilidad a la persona (por ejemplo: llamar a un médico, acudir a un hospital o clínica para someterse a un examen o examinarse físicamente buscando algún signo físico de cáncer), mayor será la

ansiedad por la muerte, mayor será el miedo a la muerte, a la agonía y mayor será el miedo a que la vida llegue a su fin. Se ha encontrado que los pacientes con niveles elevados de miedo a la recurrencia consultan con mayor frecuencia a los profesionales de la salud para asegurarse de su salud (Lebel et al., 2013). A su vez, algunos pacientes pueden intentar reducir su ansiedad buscando tranquilidad en los especialistas de la salud (Simard y Savard, 2009), pero desafortunadamente, en algunos casos la tranquilidad recibida por parte de los profesionales de la salud puede ser perjudicial a largo plazo entre los pacientes más ansiosos; ya que, puede reforzar las estrategias de afrontamiento desadaptativas de los pacientes y promover una ansiedad de salud aumentada y duradera (Heins et al., 2013).

La subescala estrategias de afrontamiento correlacionó de manera positiva pero no significativa con la escala de ansiedad a la muerte total ($r_s = .074$; $p = .424$), así como con sus subescalas: miedo a la muerte ($r_s = .035$; $p = .706$), miedo a la agonía ($r_s = .95$; $p = .306$) y miedo a que la vida llegue a su fin ($r_s = .070$; $p = .450$). Revisando las estrategias que se plantean en el Inventario de miedo a la recurrencia tenemos que las estrategias de afrontamiento que más utilizaron fueron cognitivas. La estrategia que utilizan en primer lugar es la de procurar convencerse de que todo estará bien o pensar de manera positiva, en concordancia, en segundo lugar, encontramos la estrategia de cambiar ese pensamiento por uno más agradable, en el tercer lugar se encuentran dos estrategias: procuran distraerse realizando varias actividades, trabajando o viendo televisión y la estrategia de intentar no pensar en ello y sacar esa idea de su mente. Y finalmente, en cuarto lugar, utilizan la estrategia de detención del pensamiento diciéndose a sí mismos “detente”. De acuerdo con

Fardell et al. (2016) los intentos de querer controlar o suprimir pensamientos preocupantes, conducen a los sobrevivientes a un mayor aumento de estos pensamientos intrusivos y se mantiene la ansiedad. Estas estrategias a corto plazo ayudan a que la ansiedad se reduzca y refuerzan así ese comportamiento. Sin embargo, la ansiedad en el tiempo resurge y resulta en un aumento de la ansiedad a largo plazo (Fardell et al., 2016; Lebel et al., 2014). La evitación cumple la misma función, ya que resulta en una disminución temporal de la ansiedad, pero conduce a mayores niveles de ansiedad a largo plazo. Ambas estrategias de afrontamiento reducen los niveles de ansiedad, pero a la vez mantienen dicha ansiedad, por lo tanto, son estrategias mal adaptativas, por lo que, todas estas estrategias empeoran el miedo a la recurrencia del cáncer (Fardell et al., 2016; Thewes et al., 2012).

En cuanto a la variable de significado de la vida se obtuvo una media de 101.21 ($DE= 29.67$). En otros estudios se ha encontrado que el 74% de las personas con un diagnóstico de cáncer presentan un sentido de la vida medio y bueno (Huamani y Arohuanca, 2019). En el presente estudio no se obtuvieron niveles de significado de la vida, pero en concordancia con los rangos de respuesta que van de 1 a 294 y a la media, los valores se encuentran mayormente en puntajes medios. Sin embargo, hay que resaltar que no hay mucha literatura que estudie la relación entre miedo a la recurrencia con relación al significado de la vida. Por lo que se recomienda que para futuras investigaciones se tomen en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, para el estudio y la inclusión del significado de la vida en relación con el miedo a la recurrencia del cáncer.

En cuanto a la relación de las variables de miedo a la recurrencia total y significado de la vida total, se encontró una relación negativa no significativa ($r_s = -.119$; $p = .203$). Siguiendo lo que nos dice la literatura se esperaba una significancia, ya que el cáncer tiene algunas características específicas que pueden desafiar la experiencia de significado en la vida en las personas. Y al ser el cáncer una enfermedad vital como potencialmente mortal, implica muchas incertidumbres en las personas (sobre la muerte, la recurrencia de la enfermedad) que generalmente van acompañadas de pérdidas en varios ámbitos de sus vidas (de la salud, trabajo, amigos, naturalidad de la vida) (Jaarsma et al., 2007). Podría ser que la razón por la que no se obtuvo una significancia en las variables totales tuvo que ver con las dimensiones que se manejan en los instrumentos, ya que, como lo veremos más adelante, si hubo correlaciones significativas entre estas dos variables que nos permiten ver su relación.

También, se encontraron correlaciones medias positivas y significativas entre las subescalas de significado de la vida y miedo a la recurrencia. Solamente la subescala de estrategias de afrontamiento (subescala de miedo a la recurrencia), correlacionó con las siguientes subescalas de significado de la vida: logro ($r_s = .272$; $p = .003$), relación ($r_s = .232$; $p = .012$), autotrascendencia ($r_s = .280$; $p = .002$) y religión ($r_s = .255$; $p = .005$). Lo que nos indica que, a mayor logro (de retos, de tomar la iniciativa y de ser persistente), autotrascendencia (hacer de este mundo un mejor lugar, aportar a la sociedad), religión (buscar hacer la voluntad de dios, glorificarlo y tener una relación personal con él) y relación (tener amigos, sentirse querido), mayor será el uso de estrategias de afrontamiento (distracción, convencerse de que

todo está bien, rezar, hablar con alguien, entender lo que sucede, detención del pensamiento, entre otras). Los autores mencionan que el encontrar el sentido de la vida en situaciones adversas va a influir en la forma en la que la persona afronte dicha situación (Barkwell, 1991; Fife, 1994).

Por su parte, Acklin et al. (1983) encontraron que la práctica de la religión se asociaba con un mejor afrontamiento y bienestar psicológico en las personas (Huamani y Arohuanca., 2019). Heather et al. (2006) hablaban de que el afrontamiento religioso como el rezar ayuda a dar forma al sentido de vida, ya que proporciona un sistema de creencias que responde a muchos de los problemas con los que luchan las personas, por lo que, a pesar de padecer esta enfermedad, al apoyarse en sus creencias religiosas y familia esto les ayudan a aumentar su capacidad para sobrellevar su padecimiento de una manera más optimista (Strawbridge et al., 1998).

En concordancia con lo anterior en un estudio que realizaron Feher y Maly (1999) el 64% de las mujeres que estaban recientemente diagnosticadas con cáncer informaron que su fe religiosa fue la que les ayudó a entender su propia experiencia del cáncer. Por su parte, Andreu et al. (2012) nos habla de la importancia que tiene el apoyo recibido por parte del entorno donde se desenvuelven, siendo el apoyo familiar, un factor que resulta muy importante a la hora de afrontar el cáncer. En este sentido el apoyo social y un afrontamiento activo (buscar a otros o desarrollar un plan de acción) ayuda a las personas a encontrar significado al fomentar el compromiso y la expresión emocional con los demás (Bower et al., 1998; Silver y

Wortman, 1980). En contraste con estas elecciones de estrategias positivas, las estrategias negativas como la negación o la evitación interfieren más al prevenir pensamientos y comportamientos adaptativos. Los pacientes que utilizan la evitación como estrategia de afrontamiento o se sienten resignados a su destino pueden ser menos propensos a utilizar estrategias de afrontamiento activas que fomenten un sentido de significado, como la toma de decisiones, la búsqueda de información o la expresión emocional (Shapiro et al., 1997). La negación por su parte, de acuerdo con Park y Folkman (1997), puede impedir la aceptación requerida para la incorporación del evento en las creencias sobre el significado de la vida, provocando un ciclo de negación y pensamientos intrusivos.

Siguiendo con las subescalas de las variables miedo a la recurrencia y significado de la vida, hubo varias correlaciones negativas significativas medias y bajas. Entre el miedo a la recurrencia total y su relación con las subescalas de significado de la vida. El miedo a la recurrencia total correlacionó de manera negativa pero significativa con trato justo ($r_s = -.243$; $p = .008$) y autoaceptación ($r_s = -.192$; $p = .039$). Lo que nos indica que a mayor trato justo y una mayor autoaceptación hay un menor miedo a la recurrencia del cáncer. El trato justo tiene que ver con sentirse tratado justamente por los otros, así como por la vida y sentir que se han recibido oportunidades y recompensas. Por su parte la autoaceptación hace referencia a reconocer las limitaciones que se tienen, aceptar lo que no se puede cambiar y a aprender a vivir con el sufrimiento sacando lo mejor de él (Simard y Savard, 2009). De acuerdo con Park et al. (2008) un diagnóstico de cáncer puede violar creencias globales tan importantes como la creencia en la justicia, benevolencia y

controlabilidad del mundo, así como el propio sentido de invulnerabilidad y control personal, haciendo añicos los esquemas propios de un mundo justo y con un propósito y un yo invulnerable (Janoff-Bulman, 1989). Pero el hecho de que las personas realicen esfuerzos deliberados de afrontamiento como la reevaluación del evento, el reconsiderar sus creencias y objetivos globales y buscar cierta comprensión del cáncer, así como de sus implicaciones para ellos y sus vidas, entonces en este sentido los sobrevivientes logran asimilar la experiencia del cáncer en su significado global (Park et al., 2008).

Además, el sentido de la vida y la aceptación del cáncer son fundamentales para que los pacientes se adapten a un diagnóstico de cáncer y mejoren su bienestar psicológico (Quinto et al., 2022). Recordemos que la experiencia del cáncer puede violar la capacidad de creer que la vida es ordenada y significativa (Holland y Reznik, 2005). Por lo que los pacientes a menudo tienen dificultades para explicar por qué es que tienen que lidiar con el dolor, el sufrimiento y, posiblemente, con la muerte (Lee, 2008). Llegando a experimentar miedo, ira, una sensación de confusión e injusticia y luchan contra la aceptación del cáncer (Gall y Cornblat, 2002). Por otro lado, cuando los pacientes pueden encontrar significados positivos en su experiencia, pueden tener una mayor adaptación y mejoras en su bienestar general (Roepke et al., 2014).

Entre el significado de la vida total y su relación con las subescalas de miedo a la recurrencia encontramos que correlacionaron de manera negativa pero significativa las subescalas de gravedad ($r_s = -.215$; $p = .019$), angustia psicológica ($r_s = -.281$; $p =$

.002) y deterioro funcional ($r_s = -.271$; $p = .003$). Lo que nos indica que a mayor gravedad, angustia psicológica y deficiencias en el funcionamiento menor será el significado de la vida total para la persona. La gravedad hace referencia a estar preocupado o ansioso sobre una posible recurrencia, así como tener miedo y pensamientos desagradables al pensar en una posible recurrencia, así como las frecuencias en las que se tienen estos pensamientos (Simard y Savard, 2009). Recordemos que los pensamientos y temores sobre el regreso del cáncer se vuelven más intrusivos frente a los intentos de suprimir o evitar pensar en la posibilidad de una recurrencia del cáncer. A su vez, esto nos conducen a un mayor impacto en la vida cotidiana, volviéndose cada vez más difícil para el individuo participar en actividades de las que anteriormente derivaba el disfrute y significado (Fardell et al., 2016).

La angustia psicológica, por su parte se refiere a la preocupación, temor, tristeza, frustración, enojo, impotencia o resignación que se pueda estar experimentando al pensar en una posible recurrencia (Simard y Savard, 2009). Un diagnóstico de cáncer trae angustia emocional aguda y las personas luchan con preguntas sobre por qué la enfermedad los golpeó, su importancia para su futuro y los cambios que pueden seguir y cuanto más se evalúen los significados asignados a los individuos de su diagnóstico de cáncer como una violación de sus creencias y objetivos, más angustia resultará (Park et al., 2008). Las creencias previas sobre el significado de la vida pueden no proporcionar respuestas satisfactorias a estas preguntas, lo que resulta en una crisis en el significado. Pero en cambio, si los pacientes son capaces de resolver esta crisis y establecer un mayor significado en la vida parecen

adaptarse mejor, reportando un mayor bienestar psicológico y una disminución de la angustia. Lo que coincide con varios estudios transversales, en los que se encontró que los pacientes que reportaban un mayor significado en su vida luego de su diagnóstico de cáncer también reportaban menos angustia (Lewis, 1989; Vickberg et al., 2000).

Y finalmente, el deterioro funcional hace referencia al impacto que este pensamiento trae en sus actividades cotidianas, con la familia, amigos, pareja, etc., también dificultando a la persona hacer planes futuros o determinar metas, impactando en su estado de ánimo y calidad de vida en general (Simard y Savard, 2009). Recordemos que el significado de la vida se ha definido como "el conocimiento del orden, la coherencia y el propósito en la propia existencia, la búsqueda y el logro de metas valiosas que valen la pena y una sensación de realización que las acompaña" (Reker y Wong, 1988) por lo tanto al no poder hacer planes futuros o determinar metas en su vida estaría impactando directamente en el significado de la vida global, además, tener cáncer casi invariablemente viola las metas de las personas para sus vidas actuales y sus planes para el futuro (Park et al., 2008). Por otro lado, el miedo a la recurrencia del cáncer puede hacer difícil planificar para el futuro, lo que puede conducir a un pobre autoconcepto, ya que la persona puede sentirse sin timón y con incapacidad para dirigir sus energías. También, los cambios físicos pueden ser angustiantes y pueden causar una reducción en las actividades diarias (Payne y Jacobsen, 1999 citado en Lawrence, 2005), por lo que esta actividad reducida debido al cáncer representa una amenaza secundaria que también puede afectar el significado. Esto puede dificultar mantenerse en contacto con los valores y metas

fundamentales de la vida y dirigir la energía hacia la consecución de esos objetivos (Fardell et al., 2016). De acuerdo con Lawrence (2005) los sobrevivientes con disminución del funcionamiento físico (capacidad para realizar actividades físicas diarias como caminar, subir escaleras) y social (capacidad de participar en actividades sociales como visitar amigos y familiares) experimentan menos significado en la vida y, a su vez, una mayor angustia.

En cuanto a las correlaciones entre las subescalas de significado de la vida que correlacionaron de manera negativa pero significativa con alguna de las subescalas de miedo a la recurrencia tenemos lo siguiente: La subescala logro correlacionó de manera negativa pero significativa con angustia psicológica ($r_s = -.202$; $p = .028$) y deterioro funcional ($r_s = -.221$; $p = .016$). Lo que nos indica que, a mayor sensación de logro, menor será la angustia psicológica y el deterioro funcional.

La subescala trato justo (sentirse tratado justamente por los otros, así como por la vida y sentir que se han recibido oportunidades y recompensas) correlacionó de manera negativa pero significativa con gravedad (estar preocupado o ansioso sobre una posible recurrencia, así como tener miedo y pensamientos desagradables al pensar en una posible recurrencia, así como las frecuencias en las que se tienen estos pensamientos) ($r_s = -.322$; $p = .000$), angustia psicológica (preocupación, temor, tristeza, frustración, enojo, impotencia o resignación que se pueda estar experimentando al pensar en una posible recurrencia) ($r_s = -.402$; $p = .000$), deterioro funcional (impacto que el pensamiento de una recurrencia trae en sus actividades cotidianas, con la familia, amigos, pareja, etc., también dificultando a la persona

hacer planes futuros o determinar metas, impactando en su estado de ánimo y calidad de vida en general) ($r_s = -.377$; $p = .000$) y percepción (grado de preocupación por parte de las personas y de el mismo de una posible recurrencia del cáncer) ($r_s = -.267$; $p = .003$). Lo que nos indica que a mayor sentimiento de trato justo menor será la gravedad, la angustia psicológica, el deterioro funcional y la percepción.

La subescala relación correlacionó de manera negativa pero significativa con deterioro funcional ($r_s = -.202$; $p = .028$). Lo que nos indica que a mayor relación menor será el deterioro funcional. La relación se refiere tener amigos y sentirse querido por otros y el deterioro funcional hace referencia al impacto que el pensamiento de recurrencia trae en sus actividades cotidianas, con la familia, amigos, pareja, etc., también dificultando a la persona hacer planes futuros o determinar metas, impactando en su estado de ánimo y calidad de vida en general (Simard y Savard, 2009). Las redes de apoyo son muy importantes para la persona ya que sin una es difícil recuperarse de la experiencia de un cáncer, ya que proveen apoyo de tipo emocional y económico, respondiendo a situaciones especiales relacionadas con los cambios en la salud, altibajos emocionales, reflexiones personales, problemas económicos, reinicio de labores ocupacionales o cambio de rol y dificultades para acceder a los servicios de salud (Bermúdez y Osorio, 2022; Kamen et al., 2015). La principal fuente de apoyo para el sobreviviente es el que provee la red de apoyo familiar, conformada por padres, hermanos, pareja e hijos o algunos de ellos, con quienes se tenía un vínculo desde antes de la enfermedad, y que permanecieron junto a la persona durante las fases de diagnóstico y tratamiento. La cual requirió para su funcionamiento hacer varios cambios en la red

como lo son la reorganización de las ocupaciones de sus miembros, para tener tiempo de acompañar al sobreviviente a actividades de esparcimiento, citas médicas o diligencias en servicios de salud. También está la red de amigos que provee apoyo de tipo emocional a través de escucha, apoyo a la reflexión, fortalecimiento de la confianza, y acompañamiento en espacios recreativos; mientras que la red de compañeros de trabajo brinda apoyo específico para afrontar el reinicio de labores y los cambios ocupacionales que suelen surgir en la sobrevivencia (Bermúdez y Osorio, 2022). La importancia de estas redes de apoyo reside en el apoyo que pueden brindar a los sobrevivientes y su influencia sobre procesos de adaptación y calidad de vida de las personas que sobreviven al cáncer (Valeta et al., 2018), ya que al estar enfrentando diferentes estresores van a utilizar los recursos disponibles que tengan para hacer frente al estrés, siendo el apoyo social un recurso interpersonal que se relaciona con una mejor respuesta psicológica (Garland et al., 2017).

La subescala autoaceptación (aceptar sus limitaciones, lo que no se puede cambiar y aprender a vivir con el sufrimiento haciendo lo mejor de él) correlacionó de manera negativa pero significativa con gravedad (estar preocupado o ansioso sobre una posible recurrencia, así como tener miedo y pensamientos desagradables al pensar en una posible recurrencia, así como las frecuencias en las que se tienen estos pensamientos) ($r_s = -.269$; $p = .003$), angustia psicológica (reocupación, temor, tristeza, frustración, enojo, impotencia o resignación que se pueda estar experimentando al pensar en una posible recurrencia) ($r_s = -.311$; $p = .001$), deterioro funcional (impacto que este pensamiento de recurrencia trae en sus actividades

cotidianas, con la familia, amigos, pareja, etc., también dificultando a la persona hacer planes futuros o determinar metas, impactando en su estado de ánimo y calidad de vida en general) ($r_s = -.307; p = .001$) y percepción (grado de preocupación por parte de las personas y de el mismo de una posible recurrencia del cáncer) ($r_s = -.241; p = .008$). Lo que nos indica que a mayor autoaceptación menor será la gravedad, la angustia psicológica, el deterioro funcional y la percepción. De acuerdo con Becerra y Otero (2013) el tiempo que transcurre desde el diagnóstico puede favorecer al bienestar psicológico de los pacientes, en su estudio realizado en mujeres con cáncer de mama, encontraron que la mayoría de ellas tenían un diagnóstico mayor a 1 año, lo que explicaba la aceptación de su situación actual de salud y las circunstancias que esta implica. Asimismo, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico pueden haberles otorgado la oportunidad de reconocer los efectos de su conducta sobre su funcionamiento fisiológico, y, de igual manera, identificar posibilidades de acción frente a hechos sobre los que aparentemente no tenían control (Sánchez, 2015). Además, el ir más allá de lo negativo de la experiencia del cáncer, favorece el ajuste a la enfermedad, reconociendo beneficios tales como el acercamiento a la espiritualidad, fortalecimiento de lazos afectivos con otros, encontrar un sentido y realizar cambios en las prioridades de vida de la persona (Algoe y Stanton, 2009; Córdova et al., 2001).

La subescala religión correlacionó de manera negativa baja pero significativa con angustia psicológica ($r_s = -.191; p = .038$). Lo que nos indica que a una mayor religión menor será la angustia psicológica. La religión tiene que ver con el buscar hacer la voluntad de dios, glorificarlo y tener una relación personal con él y la angustia

psicológica se refiere a la preocupación, temor, tristeza, frustración, enojo, impotencia o resignación que se pueda estar experimentando al pensar en una posible recurrencia. La religión y la espiritualidad son vistas como ejemplos principales de significado global, ya que proporcionan una orientación filosófica para entender el mundo, los acontecimientos adversos y el propósito de la vida. Existe evidencia de que la imagen de Dios del individuo está relacionada con el ajuste psicológico y la angustia (Schreiber, 2011). Además, Schreiber (2011), encontró en un estudio con sobrevivientes de mama que los resultados psicológicos diferían según la imagen del sobreviviente del compromiso de Dios con ellos y el mundo. Las sobrevivientes de cáncer de mama con una imagen muy comprometida de Dios experimentaron un sentido más profundo de creencia y confianza en Dios, al darse cuenta de que, aunque las circunstancias no eran ideales, vieron beneficios en la experiencia del cáncer a través de una relación más fuerte con Dios que generalmente se tradujo en una relación más fuerte con ellos mismos, con los demás y con el mundo (Schreiber y Edward, 2015).

La espiritualidad es importante porque los pacientes reportan el uso regular de la religión y la espiritualidad como una estrategia para hacer frente al diagnóstico y el tratamiento (Johnson y Spilka, 1991). Particularmente para aquellos que se encuentran en circunstancias difíciles, consideramos que el significado sería facilitador para las emociones positivas, y serviría como contrapeso a los sentimientos de depresión, desesperación, falta de puntería y desesperanza que pudieran ocurrir. Sean conscientes de ello o no, todos los individuos tienen significado en sus vidas. Se esperaría una variación en el grado entre los individuos

y probablemente se relacionaría con niveles diferenciales de angustia psicológica (Brewin., 2001). Esta opinión es consistente con aquellos que han sugerido que el significado, o más precisamente la falta de significado, es relevante para la salud mental, particularmente los trastornos del estado de ánimo (Maddi, 1967).

En cuanto al modelo de regresión logística, realizado en el presente trabajo encontramos que dos de las subescalas pertenecientes al instrumento de ansiedad a la muerte, las cuales son; miedo a la agonía (que tiene que ver con cuestiones de temer a una muerte con dolor, tener operaciones o cáncer) y el miedo a que la vida llegue a su fin (de una manera rápida, teniendo así una vida muy corta, temiendo al futuro), aumentaban la probabilidad de tener miedo a la recurrencia, representando en conjunto un 43.6% de la varianza. Observándose que hay 1.42 más de probabilidad de tener un nivel clínico de MRC si se presenta miedo a la agonía en las personas, y que hay un 1.44 más de probabilidad de tener un nivel clínico de MRC si se presenta miedo a que la vida llegue a su fin. Por su parte, en un estudio realizado por Curran et al. (2020) el cual tenía por objetivo probar predicciones derivadas de una modelo de ansiedad relacionado con el cáncer aplicado al miedo a la recurrencia, realizaron una regresión jerárquica, en la que encontraron que el miedo a la recurrencia fue predicho por la edad más joven, las intrusiones, la ansiedad a la muerte, la evaluación de amenazas y las metacogniciones, explicando el 65% de la varianza del miedo a la recurrencia. De acuerdo con ellos la ansiedad por la muerte fue predictor del miedo a la recurrencia muy importante, razón por la cual se incluyó en su modelo de ansiedad relacionada con el cáncer, además su estudio incluyó pacientes con enfermedad en etapa temprana y tardía, lo que

sugiere que la ansiedad por muerte está asociada con el miedo a la recurrencia en todo el espectro de la enfermedad. Por otro lado, Tang et al. (2011) realizaron un estudio en el cual buscaron predictores de la ansiedad por la muerte, encontrando que los predictores más fuertes eran; un menor sentido de propósito en la vida, el miedo a la recurrencia, y el sexo, que en conjunto representaban un 32% de la varianza. Siendo los dos primeros predictores los más fuertes, representando en conjunto un 29% de la varianza en la ansiedad por la muerte. Se reconoce ampliamente en la literatura al cáncer, como una enfermedad potencialmente mortal, que a su vez resulta en una crisis existencial para los pacientes cuando se diagnostican (Karlsson et al., 2014). Parte de esa crisis existencial implica enfrentarse a su propia mortalidad, así como el miedo a la muerte y la muerte misma. Por lo cual, es necesario que se siga estudiando la relación del miedo a la recurrencia con la ansiedad a la muerte para que se pueda aportar más información de estas dos variables en conjunto, sobre todo desde los enfoques más recientes del miedo a la recurrencia que aporten a su vez a la mejora de las intervenciones clínicas.

Implicaciones clínicas

El análisis de regresión sugiere que las intervenciones clínicas para el manejo del miedo a la recurrencia deben apuntar a la inclusión de la ansiedad por la muerte, ya que es un fuerte contribuyente en el miedo a la recurrencia. Hasta la fecha se han desarrollado varias intervenciones que han demostrado mejoras significativas en el miedo a la recurrencia (Butow et al., 2017; Herschbach et al., 2010; Van de Wal et al., 2017). Sin embargo, e incluso con los enfoques más exitosos, quedan pacientes

que siguen permaneciendo en el rango clínico, aun terminado su tratamiento (por ejemplo, Butow et al., 2017; van de Wal et al., 2017). Lo que pudiera deberse a que las intervenciones se dirigen a algunas, pero no a todas las variables que se ven inmersas en el miedo a la recurrencia (Curran et al., 2020).

De manera general las intervenciones existentes se han centrado en trabajar los procesos cognitivos, como lo son las intrusiones, utilizando enfoques como la terapia de aceptación y compromiso, la terapia cognitiva o mindfulness (por ejemplo, Butow et al., 2017). O bien, el contenido cognitivo, con la terapia cognitivo conductual (por ejemplo, van de Wal et al., 2017). Sin embargo, falta desarrollar intervenciones que incluyan la ansiedad por la muerte en relación con el miedo a la recurrencia y que además de abordar el aspecto cognitivo se aborde el aspecto existencial. Por otro lado, de acuerdo con Curran et al. (2020), es posible que las intervenciones dirigidas directamente a la ansiedad por la muerte puedan mejorar la eficacia de las intervenciones para el miedo a la recurrencia. Por lo que futuras investigaciones deberían centrarse en replicar los resultados encontrados, utilizando diseños longitudinales con muestras representativas en población oncológica.

Fortalezas y limitaciones

La principal fortaleza de este estudio es que se relacionaron variables como la ansiedad a la muerte y el significado de la vida con el miedo a la recurrencia de cáncer. Representando un importante avance en el estudio de los sobrevivientes de cáncer, sumando así información importante sobre la relación de estas variables

que han sido poco estudiadas en conjunto, proporcionándonos información valiosa acerca de cómo la ansiedad a la muerte influye en el miedo a la recurrencia y como el significado de la vida podría estar influyendo en el miedo a la recurrencia.

Otra de las fortalezas encontradas, es que es una de las primeras evaluaciones del miedo a la recurrencia en población mexicana sobreviviente de cáncer, por lo que podría ser un referente para futuras investigaciones. Además, tenemos que el instrumento de medición usado para medir el miedo a la recurrencia evalúa esta variable de forma multidimensional, cosa que no todos los estudios lo hacen, lo cual pudiese estar impactando en la poca profundización que hay del tema, impidiendo así conocer mejor esta variable.

En cuanto a las limitaciones que se pueden observar serían las siguientes, la primera de ellas es que la muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres, por lo que la muestra no es representativa para todos los sobrevivientes de cáncer. La segunda limitación tiene que ver con los tipos de cáncer, ya que la mayor parte de la muestra son en su mayoría de cáncer de mama, por lo que no se puede generalizar a los demás tipos de cáncer. La tercera limitación tiene que ver con la aplicación de los instrumentos, ya que, al realizarse una aplicación virtual, se limita solo a población que cuenta con acceso a internet.

Para futuras investigaciones se propone que este estudio pueda ampliarse a otros tipos de cáncer, con muestras mayores o a largo plazo. Además, se sugiere un estudio longitudinal, ya que podría ayudar a la investigación del miedo a la

recurrencia de una forma más completa, analizando otros factores que puedan estar asociados, y así lograr tener un mayor entendimiento de la comprensión conceptual del miedo a la recurrencia.

Conclusión

Siguiendo con los objetivos planteados se concluye lo siguiente:

Se encontró que más de la mitad de los sobrevivientes de cáncer evaluados presentan miedo a la recurrencia en un nivel clínico. Por su parte, la ansiedad por la muerte correlacionó de manera positiva y significativa con el miedo a la recurrencia, hecho que suma a la existencia de una relación entre estas dos variables que hasta la fecha no ha sido objeto de estudio en muchas de las investigaciones que trabajan el MRC, por lo que se debe comenzar a estudiar en futuras investigaciones. La variable del significado de la vida también correlacionó de manera positiva y negativa con diversas subescalas del MRC, dejando ver la relación entre cada una de ellas, por ejemplo, al sentir que han sido tratadas con justicia, que hay una autoaceptación de la enfermedad, experimentarán un menor MRC total, de igual forma, al ver su enfermedad como más grave, experimentado mayor angustia psicología y deterioro funcional, menor será su significado de la vida total. Finalmente, con la regresión logística binaria que se realizó, se obtuvo una predicción importante entre las variables gravedad y miedo a la agonía y miedo a que la vida llegue a su fin, representado un 43.6% de la varianza del MRC.

Estos resultados son importantes, ya que, una vez que el sobreviviente termina su tratamiento activo de cáncer se enfrentan a desafíos que deben ser atendidos, así como seguir definiendo las variables que se ven inmersas en relación con el miedo a la recurrencia del cáncer e ir aportando información a los modelos explicativos del miedo a la recurrencia del cáncer, para después poder desarrollar intervenciones que puedan reducir eficazmente el miedo a la recurrencia del cáncer en los sobrevivientes de cáncer, que incluyan tanto la ansiedad a la muerte como el significado de la vida.

REFERENCIAS

- Abdel-Khalek, A. (2006). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies*, 29(3), 251-259. <https://doi.org/10.1080/07481180590916371>
- Acklin, M., Brown, E., y Mauger, P. (1983). El papel de los valores religiosos en el afrontamiento del cáncer. *Revista de Religión y Salud*, 22(4), 322-333. <https://doi.org/10.1007/BF02279928>
- Algoe, S., y Stanton, A. (2009). ¿Es bueno encontrar beneficios para las personas con enfermedades crónicas?. En Park, C., Lechner, S., Antoni, M., y Stanton, A. (Eds.), *Enfermedad médica y cambio de vida positivo: ¿Puede la crisis conducir a una transformación personal?*, 173-193. Asociación Americana de Psicología. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/11854-010>
- Almeida, S., Elliott, R., Silva, E., y Sales, C. (2019). Fear of cancer recurrence: a qualitative systematic review and meta-synthesis of patients' experiences. *Clinical Psychology Review*, 68, 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.12.001>
- Altuve-Burgos, J. (2020). Distrés psicológico, miedo a la recurrencia del cáncer y calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas. *Psicooncología*, 17(2), 239-253. <http://dx.doi.org/10.5209/psic.72019>
- Andreu, Y., Galdón, M., Durá, E., Martínez, P., Pérez, S., y Murgui, S. (2012). Un estudio longitudinal de la angustia psicosocial en el cáncer de mama: prevalencia y factores de riesgo. *Psicología y salud*, 27(1), 72-87. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.542814>
- Aradilla-Herrero, A., y Tomás-Sábado, J. (2006). Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería clínica*, 16(6), 321-326. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71239-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71239-6)
- Armas, M., y López, A. (2018). El sentido de la vida: factor protector de ansiedad y depresión. *CAURENSIA*, 13, 57-72. <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.57>
- Asociación Americana de Psicología. (2017). *Principios éticos de los psicólogos y código ético de conducta*. <https://www.apa.org/ethics/code/>

- Barkwell, D. (1991). Significado atribuido: un factor crítico en el afrontamiento y la atenuación del dolor en pacientes con dolor relacionado con el cáncer. *Revista de cuidados paliativos*, 7(3), 5-14. <https://doi.org/10.1177/082585979100700302>
- Bastida, A. (2018). *Miedos, ansiedad y fobias: diferencias, normalidad o patología*. Psicología-online. <https://www.psicologia-online.com/miedos-ansiedad-y-fobias-diferencias-normalidad-o-patologia-3140.html>
- Becerra, I. y Otero, S. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama* (tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica de Perú). Repositorio PUCP. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5176>.
- Beesley, V., Price, M., Webb, P., O'Rourke, P., Marquart, L., Grupo Australiano de Estudio del Cáncer de Ovario, y Butow, P. (2012). Cambios en las necesidades de atención de apoyo después del tratamiento de primera línea para el cáncer de ovario: identificación de prioridades de atención y factores de riesgo para futuras necesidades no satisfechas. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1565-1571. <https://doi.org/10.1002/pon.3169>
- Berlín, P. y von Blanckenburg, P. (2022). La ansiedad ante la muerte como factor general del miedo a la recurrencia del cáncer. *Psicooncología*, 31(9), 1527-1535. <https://doi.org/10.1002/pon.5974>
- Bermúdez, Y., y Osorio, J. (2022). Sobrevivir al cáncer: Narrativas de un grupo de personas a partir de sus experiencias. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2). <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2792>
- Berry-Stoelzle, M., Mark, A., Kim, P., y Daly, J. (2020). Anxiety-related issues in cancer survivorship. *Journal of patient-centered Research and Reviews*, 7(1), 31-38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6988709/>
- Blanco, I., y Ochoa, A. (2021). Revisión crítica de la literatura sobre las necesidades no cubiertas de personas supervivientes de cáncer. *Enfermería Oncológica*, 23(1), 1028. <https://doi.org/10.37395/seeo.2021.0002>
- Bower, J., Kemeny, M., Taylor, S. y Fahey, J. (1998). Procesamiento cognitivo, descubrimiento de significado, disminución de CD4 y mortalidad relacionada con el SIDA entre hombres seropositivos al VIH en duelo. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 66(6), 979. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022->

006X.66.6.979

- Braña-Marcos, B., Carrera-Martínez, D., Villa-Santoveña, M., Vegas-Pardavilla, E., Avanzas, S., y Gracia, M. (2012). Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enfermería Clínica*, 22(2), 65-75. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3891682>
- Brewin, C (2001). Una cuenta de la neurociencia cognitiva del trastorno de estrés postraumático y su tratamiento. *Investigación y terapia del comportamiento*, 39(4), 373-393. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00087-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00087-5)
- Brink, S y Fischman, J. (2000). Prostate dilemmas. Early detection is forcing more men to weigh the difficult treatment options. *US news & world report*, 128(20), 66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10947279/>
- Butow, P., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A., Fardell, J., Tesson, S., O'Connell, R., Girgis, A., Gebiski, V., Mihalopoulos, C., Grunewald, K., Beith, J., y Thewes, B. (2017). Ensayo aleatorizado de ConquerFear: una nueva intervención psicosocial basada en la teoría para el miedo a la recurrencia del cáncer. *Diario de Oncología Clínica*, 35 (36), 4066-4077. <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2017.73.1257>
- Carreno, D., Eisenbeck, N., Cangas, A., García-Montes, J., Del Vas, L., y María, A. (2020). Spanish adaptation of the Personal Meaning Profile-Brief: Meaning in life, psychological well-being, and distress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20, 151-162. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.02.003>
- Cascardo, E., y Resnik, P. (2016). *Ansiedad, estrés, pánico y fobias*. B Argentina S.A.
- Cessna, J., Hyland, A., Nelson, A., Small, B., Jim, H., y Jacobson, P. (2020). An examination of the relationship of patient modifiable and non-modifiable characteristics with fear of cancer recurrence among colorectal cancer survivors. *Support Care Cancer*, 29, 869-876. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05552-4>
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. <https://www.uv.es/~choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de brouwer.

- Córdova, M., Cunningham, L., Carlson, C., y Andrykowski, M. (2001). Crecimiento postraumático después del cáncer de mama: un estudio de comparación controlado. *Psicología de la salud*, 20 (3), 176-185. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Costa, D., Smith, A., y Fardell, J. (2016). The sum of all fears: conceptual challenges with measuring fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, 24(1), 1-3. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2943-y>
- Crist, J., y Grunfeld, E. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cáncer patients: a systematic review. *Psychooncology*, 22(5), 978-986. <https://doi.org/10.1002/pon.3114>
- Curran, L., Sharpe, L., y Butow, P. (2017). Anxiety in the context of cancer: A systematic review and development of an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 56, 40-54. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.003>
- Curran, L., Sharpe, L., MacCann, C., y Butow, P. (2020). Testing a model of fear of cancer recurrence or progression: the central role of intrusions, death anxiety and threat appraisal. *Journal Behave Medical*, 43(2), 225-236. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00129-x>
- Custers, J., Gielissen, M., y Janssen, S. (2016). Fear of cancer recurrence in colorectal cancer survivors. *Support Care Cancer*, 24, 555-562. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00520-015-2808-4.pdf>
- Custers, J., Gielissen, M., de Wilt, J., Honkoop, A., Smilde, T., van Spronsen, Dick-Johan., van Veld, W., van Graaf, W., y Prins, J. (2017). Towards an evidence-based model of fear of cancer recurrence for breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 11(1), 41-47. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11764-016-0558-z.pdf>
- Dinkel, A., y Herschbach. (2014). Fear of progression in cancer patients and survivors. *Recent Results Cancer Res* 210, 13-33. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_2
- Edmonson, D. (2014). Un modelo de amenaza somática duradera del trastorno de estrés postraumático debido a eventos médicos agudos que amenazan la vida. *Brújula de psicología social y de la personalidad*, 8(3), 118-134. <https://doi.org/10.1111/spc3.12089>

- Engelmann, D., Scheffold, K., Friedrich, M., Hartung, T.J., Schulz-Kindermann, F., Lordick, F., Schilling, G., Lo, C., Rodin, G., y Mehnert, A. (2016). Ansiedad relacionada con la muerte en pacientes con cáncer avanzado: validación de la versión alemana de la escala de angustia ante la muerte y la muerte. *Revista de manejo del dolor y los síntomas*, 52(4), 582-587. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.07.002>
- Espino-Polanco, A., y García-Cardona, M. (2018). El cáncer de mama y su relación con el manejo de las emociones y el estrés. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 145-155. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182l.pdf>
- Fallowfield, L. y Jenkins, V. (2016). Cuestiones psicosociales/de supervivencia en el cáncer de mama: ¿lo estamos haciendo mejor?. *JNCI: Revista del Instituto Nacional del Cáncer*, 107(1). <https://doi.org/10.1093/jnci/dju335>
- Fardell, J., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A., Girgis, A., y Butow, P. (2016). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 663-673. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0512-5>
- Feher, S. y Maly, R. (1999). Lidiando con el cáncer de mama en la vejez: el papel de la fe religiosa 1. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 408-416. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199909/10\)8:5%3C408::AID-PON409%3E3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5%3C408::AID-PON409%3E3.0.CO;2-5)
- Fife, B. (1994). La conceptualización del significado en la enfermedad. *Ciencias sociales y medicina*, 38(2), 309-316. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90400-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90400-6)
- Gall, T. (2004). Relación con Dios y calidad de vida de sobrevivientes de cáncer de próstata. *Investigación de calidad de vida*, 13, 1357-1368. <http://dx.doi.org/10.1023%2FB%3AQURE.0000040789.49691.59>
- Gall, T. y Cornblat, M. (2002). Las sobrevivientes de cáncer de mama dan voz: un análisis cualitativo de los factores espirituales en el ajuste a largo plazo. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(6), 524-535. <https://doi.org/10.1002/pon.613>
- Garland, E., Thielking, P., Thomas, E., Coombs, M., White, S., Lombardi, J. y Beck, A. (2017). Vinculación de la atención plena disposicional y los procesos psicológicos

positivos en la supervivencia del cáncer: una prueba analítica de ruta multivariada de la teoría de la atención plena al significado. *Psicooncología*, 26(5), 686-692. <https://doi.org/10.1002/pon.4065>

Gonen, G., Kaymak, S., Cankurtaran, E., Karslioglu, E., Ozalp, E. y Soygur, H. (2012). Los factores que contribuyen a la ansiedad ante la muerte en pacientes con cáncer. *Revista de oncología psicosocial*, 30(3), 347-358. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.664260>

Hall, D., Jimenez, R., Perez, G., Rabin, J., Quain, K., Yeh, G., Park, E., y Peppercorn, M. (2019). Fear of Cancer Recurrence: A Model Examination of Physical Symptoms, Emotional Distress, and Health Behavior Change. *Journal of Oncology Practice*, 15(9), 491-501. <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.18.00787>

Hart, S., Latini, D., Cowan, J., Carroll, P., y CaPSURE™. (2008). Miedo a la recurrencia, satisfacción con el tratamiento y calidad de vida después de la prostatectomía radical por cáncer de próstata. *Atención de apoyo en el cáncer*, 16, 161-169. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0296-x>

Heather, J., Richardson, S., Golden-Kreutz, D., y Andersen, B. (2006). Las estrategias utilizadas para hacer frente a un diagnóstico de cáncer predicen el sentido de la vida de los supervivientes. *Psicología de la Salud*, 25(6), 753. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.25.6.753>

Heins, M., Korevaar, J., Rijken, P. y Schellevis, F. (2013). ¿Por qué problemas de salud los sobrevivientes de cáncer visitan a su médico general?. *Revista europea de cáncer*, 49(1), 211-218. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.07.011>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed). Mc Graw Hill.

Herrera, C. (2016). *Tratamiento del cáncer colorrectal desde una perspectiva cronofarmacológica* [trabajo final de grado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio UCM. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/51179/1/CRISTHIAN%20HERRERA%20CASTA%203%91EDA.pdf>

Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukat, R., Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases psychometric properties of the fear of progression questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(6), 505-511.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.007>

Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., y Henrich, G. (2010). Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Support Care Cancer*, 18, 471-479. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0696-1>

Herschbach, P. y Dinkel, A. (2014). Miedo a la progresión. *Psico-oncología*, 11-29. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40187-9_2

Hodges, L., y Humphris, G. (2009). Miedo a la recurrencia y malestar psicológico en pacientes con cáncer de cabeza y cuello y sus cuidadores. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(8), 841-848. <https://doi.org/10.1002/pon.1346>

Hodgkinson, K., y Gilchrist, J. (2008). *Psychosocial care of cancer patients: a health professional's guide to what to say and do* (Eds.). Ausmed Publications.

Holland, J., y Reznik, I. (2005). Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 104(S11), 2624-2637. <https://doi.org/10.1002/cncr.21252>

Humani, J., y Arohuanca, M. (2019). Sentido de vida en pacientes diagnosticados con cáncer. *Persona*, 22(2), 93-109. [https://doi.org/10.26439/persona2019.n022\(2\).4566](https://doi.org/10.26439/persona2019.n022(2).4566)

Infocáncer. (2019). *El cáncer en el mundo y México*. <https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=estadisticas-mundiales-y-locales>

Infocáncer. (2022). *Estadísticas de cáncer en México*. <http://www.infocancer.org.mx/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Estadísticas Cáncer: Datos nacionales*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_CANCER_22.pdf

Instituto Nacional del Cáncer. (2018). *Sobreviviente*. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sobreviviente>

- Instituto Nacional del Cáncer. (2021). *¿Qué es el cáncer?*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Iverach, L., Menzies, R., y Menzies, R. (2014). La ansiedad ante la muerte y su papel en la psicopatología: revisión del estado de un constructo transdiagnóstico. *Revisión de psicología clínica*, 34(7), 580-593. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.09.002>
- Jaarsma, T., Pool, G., Ranchor, A., y Sanderman, R. (2007). The concept and measurement of meaning in life in dutch cancer patients. *Psychooncology*, 16, 241–248. <https://doi.org/10.1002/pon.1056>
- Jacob, L., Bleicher, L., Kostev, K. y Kalder, M. (2016). Prevalencia de depresión, ansiedad y sus factores de riesgo en mujeres alemanas con cáncer de mama en general y prácticas ginecológicas. *Revista de investigación del cáncer y oncología clínica*, 142(2), 447-452. <https://doi.org/10.1007/s00432-015-2048-5>
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. *Social Cognitive*, 7(2), 113-136. <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>
- Johnson, S., y Spilka, B. (1991). Lidiando con el cáncer de mama: Los roles del clero y la fe. *Revista de religión y salud*, 30 (1), 21-33. <https://doi.org/10.1007/BF00986676>
- Kamen, C., Mustian, K., Heckler, C., Janelins, M., Peppone, L., Mohile, S., McMahon, J., Señor, R., Flynn, P., Weiss, M., Spiegel, D., & Morrow, G. (2015). La asociación entre el apoyo de la pareja y la angustia psicológica entre los sobrevivientes de cáncer de próstata en un estudio a nivel nacional. *Revista de Supervivencia al Cáncer*, 9, 492-499. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0425-3>
- Karlsson, M., Friberg, F., Wallengren, C. y Öhlén, J. (2014). Significados de la incertidumbre y certeza existencial para personas diagnosticadas con cáncer y en tratamiento paliativo: un estudio fenomenológico del mundo de la vida. *Cuidados paliativos BMC*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-28>
- Kenne, E., Thorén-Jönsson, A., Gaston-Johansson, F., y Öhlén, J. (2009). Making sense of living under the shadow of death: adjusting to a recurrent breast cancer illness. *Qualitative Health Research*, 19(8), 1116-1130. <https://doi.org/10.1177%2F1049732309341728>

- Kesebir, P., y Pyszczynski, T. (2014). Significado como amortiguador de la ansiedad existencial. *Significado en Psicología Positiva y Existencial*, 53-64. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0308-5_4
- Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Hopfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S., y Brenner, H. (2016). Fear of recurrence in long-term cancer survivors—do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter. *Health Psychology*, 35(12), 1329. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/hea0000374>
- Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S., Brenner, H., y Arndt, V. (2014). Miedo a la recurrencia en sobrevivientes de cáncer de mama a largo plazo: sigue siendo un problema. Resultados sobre la prevalencia, los determinantes y la asociación con la calidad de vida y la depresión de Cancer Survivorship: un estudio multirregional basado en la población. *Psychooncology*, 23(5), 547-554. <https://doi.org/10.1002/pon.3452>
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H. y Arndt, V. (2013). Miedo a la recurrencia y progresión de la enfermedad en sobrevivientes de cáncer a largo plazo (≥ 5 años): una revisión sistemática de estudios cuantitativos. *Psicooncología*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1002/pon.3022>
- Koltko-Rivera, M. (2004). La psicología de las cosmovisiones. *Revista de psicología general*, 8 (1), 3-58. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.8.1.3>
- Lane, B., Garland, S., Chalifour, K., Eaton, G., Lebel, S., Galicia, J., Maheu, C., y Simard, S. (2019). Prevalence and factors associated with fear of recurrence in a mixed sample of young adults with cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 13(6), 842-851. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00802-9>
- Lawrence, H. (2005). *El sentido de la vida media las relaciones entre el funcionamiento físico y social y la angustia en los sobrevivientes de cáncer* [tesis de doctorado, Universidad Estatal de Ohio]. UMI. <https://www.proquest.com/openview/8f8d284838056cc7e0b40d031d50ff8e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Scord, S., Courbasson, C., Singh, M., Jolicoeur, L., Benea, A., Harris, C., Fung, M., Rosberger, Z., y Catton, P. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(3), 485-496. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0357-3>

- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., y Butow, P. (2016). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, 24(8), 3265-3268. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A., y Butow, P. (2017). Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. *Psychooncology*, 26(4), 424-427. <https://doi.org/10.1002/pon.4103>
- Lebel, S., Tomei, C., Feldstain, A., Beattie, S. y McCallum, M. (2013). ¿El miedo a la recurrencia del cáncer predice el uso de atención médica de los sobrevivientes de cáncer?. *Atención de apoyo en el cáncer*, 21, 901-906. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1685-3>
- Lee, V. (2008). La difícil situación existencial del cáncer: la creación de significado como un enfoque concreto de la búsqueda intangible de significado. *Atención de apoyo en el cáncer*, 16, 779-785. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0396-7>
- Lee, V., Cohen, S., Edgar, L., Laizner, A., y Gagnon, A. (2004). Clarificar el "significado" en el contexto de la investigación del cáncer: una revisión sistemática de la literatura. *Atención paliativa y de apoyo*, 2(3), 291-303. <https://doi.org/10.1017/S1478951504040386>
- Lewis, F. (1989). Atribuciones de control, significado experimentado y bienestar psicosocial en pacientes con cáncer avanzado. *Diario de Oncología Psicosocial*, 7 (1-2), 105-119. https://doi.org/10.1300/J077v07n01_08
- Limonero, J. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y estrés*, 3(1), 37-46. https://www.researchgate.net/profile/Joaquin-Limonero/publication/235325305_Ansiedad_ante_la_muerte_Death_anxiety/links/0912f510c37f22396b000000/Ansiedad-ante-la-muerte-Death-anxiety.pdf
- Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, A., y Rodin, G. (2011). Medición de la ansiedad relacionada con la muerte en el cáncer avanzado: psicometría preliminar de la Death and Dying Distress Scale. *Diario de hematología/oncología pediátrica*, 33, S140-S145. DOI: 10.1097/MPH.0b013e318230e1fd
- Luuchini, F. (2018). *Supervivientes del cáncer, experiencias y necesidades de pacientes que han superado una enfermedad oncológica*. [tesis de grado,

- MacDonald, M., Wong, P., y Gingras, D. (2011). *Meaning in life measures and development of a brief version of the personal meaning profile*. En P. Wong. *The human quest for meaning* (2a ed., pp. 357-382). Routledge. https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=RHV_ioSkIJEC&oi=fnd&pg=PA357&dq=Meaning-in-Life+Measures+and++Development+of+a+Brief+Version+of++the+Personal+Meaning+Profile+MARVIN+J.+MACDONALD+Trinity+Western+University+PAUL+T.+P.+WONG&ots=HMOSbNNnLP&sig=sTROkr_vg_6upNN5LRkaUn-SGfA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Maddi, S. (1967). La neurosis existencial. *Revista de psicología anormal*, 72 (4), 311. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0020103>
- Martínez, P. (2019). Supervivencia en cáncer: La necesidad de una atención integral y la importancia de asumir un rol activo. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 39-45. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2885>
- Martínez-Ochoa, Y., Llantá, M., y Bayarre, H. (2018). Validación del Test Sentido de Vida en pacientes adultos con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 800-812. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500800
- Mota, C., Calva, E. A., Zambrano, L. M. B., Medina, S. M., y López, J. (2018). Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. *Psicología y salud*, 28(2), 155-165. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2551>
- Mutsaers, B., Jones, G., Rutkowski, N., Tomei, C., Séguin, C., Petricone-Westwood, D., Simard, S., y Lebel, S. (2016). When fear of cancer recurrence becomes a clinical issue: a qualitative analysis of features associated with clinical fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, 24(10), 4207-4218. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3248-5>
- Nahm, S., Blinman, P., Butler, S., Tan, S., y Vardy, J. (2021). Factores asociados con el miedo a la recurrencia del cáncer en sobrevivientes de cáncer colorrectal y de mama: un estudio transversal de sobrevivientes de cáncer. *Revista Asia-Pacífico de Oncología Clínica*, 17(3), 222-229. <https://doi.org/10.1111/ajco.13434>

Neel, C., Lo, C., Rydall, A., Hales, S. y Rodin, G. (2015). Determinantes de la ansiedad ante la muerte en pacientes con cáncer avanzado. *Cuidados de apoyo y paliativos de BMJ*, 5(4), 373-380. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000420>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Enfermedades no intrasmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cáncer: datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Osborn, J., Ajakaiye, A., Cooksley, T., y Subbe, C. (2019). Do Health applications improve clinical outcomes of patients with cancer? A critical appraisal of the peer-reviewed literatura. *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 1469-1479. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04945-4>

Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Park, C. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin*, 136(2), 257. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018301>

Park, C., y Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology*, 1(2), 115-144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>

Park, C., Edmondson, D., Fenster, J., y Blank, T. (2008). Creación de significado y ajuste psicológico después del cáncer: los roles mediadores del crecimiento, el significado de la vida y las creencias restauradas del mundo justo. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 76 (5), 863. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0013348>

Pickett, M., Bruner, D., Joseph, A., y Burggraf, V. (2000). Alerta de cáncer de próstata para personas mayores: vivir con opciones de tratamiento y resultados. *Revista de Enfermería Gerontológica*, 26(2), 22-34. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20000201-11>

Quinto, R., de Vincenzo, F., Campitiello, L., Innamorati, M., Secinti, E., y Iani, L. (2022). Sentido de la vida y aceptación del cáncer: una revisión sistemática. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 19(9), 5547. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095547>

Reker, G. (2000). *Explorando el significado existencial: optimización del desarrollo humano a lo largo de la vida*. Sage Publications, Inc. [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=6iE5DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA39&dq=+Reker+GT.+Theoretical+perspective,+dimensions,+and+measurement+of+existential+meaning.+In:+Reker+GT,+Chamberlain+K+\(eds.\),+Exploring+Existential+Meaning:+Optimizing+Human+Development+Across+the+Life+Span.+Thousand+Oaks,+CA:+Sage,+2000:+39%E2%80%939355.&ots=JYFDofTp2t&sig=tLsa135JZotBy6s7-J2MJJPDSxk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=6iE5DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA39&dq=+Reker+GT.+Theoretical+perspective,+dimensions,+and+measurement+of+existential+meaning.+In:+Reker+GT,+Chamberlain+K+(eds.),+Exploring+Existential+Meaning:+Optimizing+Human+Development+Across+the+Life+Span.+Thousand+Oaks,+CA:+Sage,+2000:+39%E2%80%939355.&ots=JYFDofTp2t&sig=tLsa135JZotBy6s7-J2MJJPDSxk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Reker, G., y Wong, P. (1988). *Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning*. Springer Publishing Company.

Requejo, M., y Sánchez, D. (2021). Ajuste mental y ansiedad ante la muerte en pacientes con cáncer terminal. *Journal of neuroscience and public health*, 1(2), 53-61. <https://doi.org/10.46363/jnph.v1i2.3>

Rivera-Ledesma, A., y Montero-López, M. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Diversitas*, 6(1), 135-140. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2010.0001.10>

Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)

Rocamora, C. (2019). *Influencia de la ansiedad ante la muerte en la adquisición de habilidades comunicativas (counselling) en cuidados paliativos* [tesis de doctorado, Universidad de Valencia]. Repositorio Institucional RODERIC. <https://roderic.uv.es/handle/10550/70898>

Roepke, A., Jayawickreme, E., y Riffle, O. (2014). Significado y salud: una revisión sistemática. *Investigación Aplicada en Calidad de Vida*, 9, 1055-1079. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9288-9>

Sánchez, A., Risco, A., y Urchaga, J. (2011). Propiedades psicométricas de un instrumento (logotest) para evaluar el sentido de la vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(5), 373-381. <https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/1079>

Sánchez, J. (2015). *Bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama post-tratamiento quirúrgico* [tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica de Perú]. Repositorio PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/6290>

- Schreiber, J. (2011). Imagen de Dios: efecto sobre el afrontamiento y los resultados psicoespirituales en sobrevivientes tempranas de cáncer de mama. *En Foro de Enfermería Oncológica*, 38(3), 293-301. <http://dx.doi.org/10.1188/11.ONF.293-301>
- Schreiber, J. y Edward, J. (2015). Imagen de Dios, religión, espiritualidad y cambios de vida en sobrevivientes de cáncer de mama: Una aproximación cualitativa. *Diario de Religión y Salud*, 54(2), 612-622. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9862-y>
- Secretaria de Salud. (2017). *Cáncer, tercera causa de muerte en México*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/318-cancer-tercera-causa-de-muerte-en-mexico>
- Segerstrom, S., Stanton, A., Alden, L., y Shortridge, B. (2003). Una estructura multidimensional para el pensamiento repetitivo: ¿qué tienes en mente, cómo, y cuánto?. *Revista de personalidad y psicología social*, 85 (5), 909. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.909>
- Shapiro J., Schwartz D., y Astin, A. (1996). Controlándonos a nosotros mismos, controlando nuestro mundo: el papel de la psicología en la comprensión de las consecuencias positivas y negativas de buscar y obtener el control. *Psicólogo estadounidense*, 51(12), 1213. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.51.12.1213>
- Shapiro, C. (2018). Cancer Survivorship. *New England Journal of Medicine*, 379(25), 2438-2450. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1712502>
- Shapiro, D., Boggs, S., Rodrigue, J., Urry, H., Algina, J., Hellman, R. y Ewen, F. (1997). Cáncer de mama en estadio II: diferencias entre cuatro patrones de afrontamiento en los efectos secundarios durante la quimioterapia adyuvante. *Revista de investigación psicosomática*, 43(2), 143-157. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)80001-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)80001-3)
- Sharpe, L., Curran, L., Butow, P., y Thewes, B. (2018). Fear of cancer recurrence and death anxiety. *Psychooncología*, 27(11), 2559-2565. <https://doi.org/10.1002/pon.4783>
- Sierra-Murguía, M. A., Navarro-Contreras, G., Guevara-Sanginés, M. L., y Padrós Blásquez, F. (2022). Análisis de las respuestas cognitivas relacionadas con el diagnóstico de cáncer en pacientes mexicanos. *Interdisciplinaria*, 39(1), 143-161. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.9>

Silver, R. L., y Wortman, C. B. (1980). *Coping with undesirable life events*. In Garber J., y Seligman, M. (Eds), *Human helplessness: Theory and application*. New York: Academic Press.

Simard, S., y Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, 17(3), 241-251. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>

Simard, S., y Savard, J. (2015). Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cáncer recurrence. *Journal Cancer Survivors*, 9(3), 481-491. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0424-4>

Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., y Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7, 300-322. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>

Simonelli, L., Siegel, S., & Dufy, N. (2017). Fear of cancer recurrence: A theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psychooncology*, 26, 1444–1454. <https://doi.org/10.1002/pon.4168>

Skaggs, B., y Barron, C. (2006). Búsqueda de sentido en los eventos negativos: análisis de conceptos. *Revista de enfermería avanzada*, 53 (5), 559-570. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03761.x>

Sociedad Americana de Oncología Clínica. (2019). *Qué es la sobrevivencia*. <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/que-es-la-sobrevivencia>

Sociedad Americana del Cáncer. (2019). *¿Qué es la recurrencia del cáncer?* <https://www.cancer.org/es/tratamiento/supervivencia-durante-y-despues-del-tratamiento/recurrencia-del-cancer/que-es-la-recurrencia-del-cancer.html>

Sociedad Americana del Cáncer. (2019). *Cómo enfrentar el miedo a la recurrencia*. <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/la-vida-despu%C3%A9s-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-enfrentar-el-miedo-la-recurrencia>

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.

Steeves, R. (1992). Pacientes que se han sometido a un trasplante de médula ósea: su búsqueda de sentido. *Foro de Enfermería Oncológica*, 19(6), 899-905.

- Strawbridge, W., Shema, S., Cohen, R., Roberts, R., y Kaplan, G. (1998). La religiosidad amortigua los efectos de algunos factores estresantes sobre la depresión, pero exacerba otros. *Revistas de Gerontología Serie B: Ciencias Psicológicas y Ciencias Sociales*, 53(3), S118-S126. <https://doi.org/10.1093/geronb/53B.3.S118>
- Tang, P., Chiou, C., Lin, H., PhD., Wang, C., y Liand. (2011). Correlates of death anxiety among taiwanese cancer patients. *Cancer Nursing*, 34(4), 286-292. https://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2011/07000/Correlates_of_Death_Anxiety_Among_Taiwanese_Cancer.5.aspx
- Tang, P., Chiou, C., Lin, H., Wang, C., y Liand, S. (2011). Correlatos de ansiedad ante la muerte entre pacientes de cáncer taiwaneses. *Enfermería del cáncer*, 34(4), 286-292. DOI: 10.1097/NCC.0b013e31820254c6
- Taylor, E. J. (1995). Whys and Wherefores: Adult Patient Perspectives of the Meaning of Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(1), 32-40. [https://doi.org/10.1016/S0749-2081\(95\)80040-9](https://doi.org/10.1016/S0749-2081(95)80040-9)
- Thewes, B., Butow, P., Bell, M., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M., Capp, A., Dalley, D. (2012). Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Support Care Cancer*, 20(11), 2651-2659. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1371-x>
- Thewes, B., Lebel, S., Seguin, C., y Butow, P. (2016). A qualitative exploration of fear of cancer recurrence (FCR) amongst australian and canadian breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 24(5), 2269-2276. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00520-015-3025-x.pdf>
- Tomás-Sábado y Gómez-Benito. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicaciones*, 56(3), 257-279. <https://psycnet.apa.org/record/2004-13767-001>
- Tomich, P., y Helgeson, V. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(2), 154-169. <https://doi.org/10.1002/pon.570>
- Valeta, M., Padilla, L., Romero, J., Moreno, E., y Velasquez, S. (2018). Abrazando mi historia de vida: la experiencia de vivir con cáncer siendo adolescente. *Revista*

avances en salud, 2(2), 12-20. <https://doi.org/10.21897/25394622.1453>

Van de Wal, M., Thewes, B., Gielissen, M., Speckens, A. y Prins, J. (2017). Eficacia de la terapia cognitiva conductual combinada para el alto temor a la recurrencia en sobrevivientes de cáncer de mama, próstata y colorrectal: el estudio SWORD, un ensayo controlado aleatorio. *Diario de Oncología Clínica*, 35 (19), 2173-2183. <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2016.70.5301>

Vázquez, M. (2021). *Miedo a la recurrencia, fatiga y necesidades de atención de sobrevivientes de cáncer de mama* [tesis para obtención del grado de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio de la UANL. <http://eprints.uanl.mx/22276/1/1080315344.pdf>

Vickberg, S. (2003). The concerns about recurrence scale (cars): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Ann Behav Med*, 25(1), 16-24. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2501_03

Vickberg, S., Bovbjerg, D., DuHamel, K., Currie, V. y Redd, W. (2000). Pensamientos intrusivos y angustia psicológica entre sobrevivientes de cáncer de mama: significado global como posible factor protector. *Medicina conductual*, 25(4), 152-160. <https://doi.org/10.1080/08964280009595744>

Vos, J., y Vitali, D. (2018). The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: a meta-analysis. *Palliative and Supportive Care*, 16(5), 1-25. <https://search.proquest.com/openview/70d71308567f2a9ee7248808b94a1add/1?pq-origsite=gscholar&cbl=39238>

Wong, P. (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychologic*, 30(3), 516-525. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0079829>

Wong, P. (1998). *Teorías implícitas de la vida significativa y el desarrollo del perfil de significado personal*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Wong, P. (2012). *The human quest for meaning; theories, research, and applications* (2da ed.). Routledge.