

Universidad de Lima
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología



VALORES, RELIGIOSIDAD Y SENTIDO DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ESTADO DE REMISIÓN

Tesis para optar por el título profesional de Licenciado en Psicología

Gustavo Castillo Narvárez

Código 20100236

Asesora

María del Carmen Espinoza Reyes

Lima – Perú

Diciembre del 2018





**VALORES, RELIGIOSIDAD Y SENTIDO DE
VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN
ESTADO DE REMISIÓN**

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Justificación y relevancia.....	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 El cáncer en la actualidad	5
2.2 Tipos de cáncer	5
2.3 Etapas en el diagnóstico de la enfermedad y tratamientos existentes	6
2.4 Emociones negativas y positivas y su impacto en la persona.....	7
2.5 Apoyo social y su efecto en la salud	8
2.6 Valores, religiosidad y sentido de vida en pacientes oncológicos	12
2.6.1 Los valores y su importancia en el afronte de la enfermedad	12
2.6.2 Religiosidad y su relación con la dolencia	14
2.6.3 Sentido de vida y búsqueda de significado.....	17
2.7 Cambios negativos y positivos en pacientes recuperados de cáncer.....	19
CAPÍTULO III: OBJETIVOS.....	21
CAPÍTULO IV: MÉTODO	22
4.1 Tipo y diseño de investigación	22
4.2 Participantes.....	22
4.3 Técnicas de recolección de datos	24
4.4 Procedimiento de recolección de datos	24
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES.....	53
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4.1 Datos de los informantes.....23

Tabla 5.1 Resumen de resultados: categorías y subcategorías identificadas por cada participante.....52



ÍNDICE DE APÉNDICES

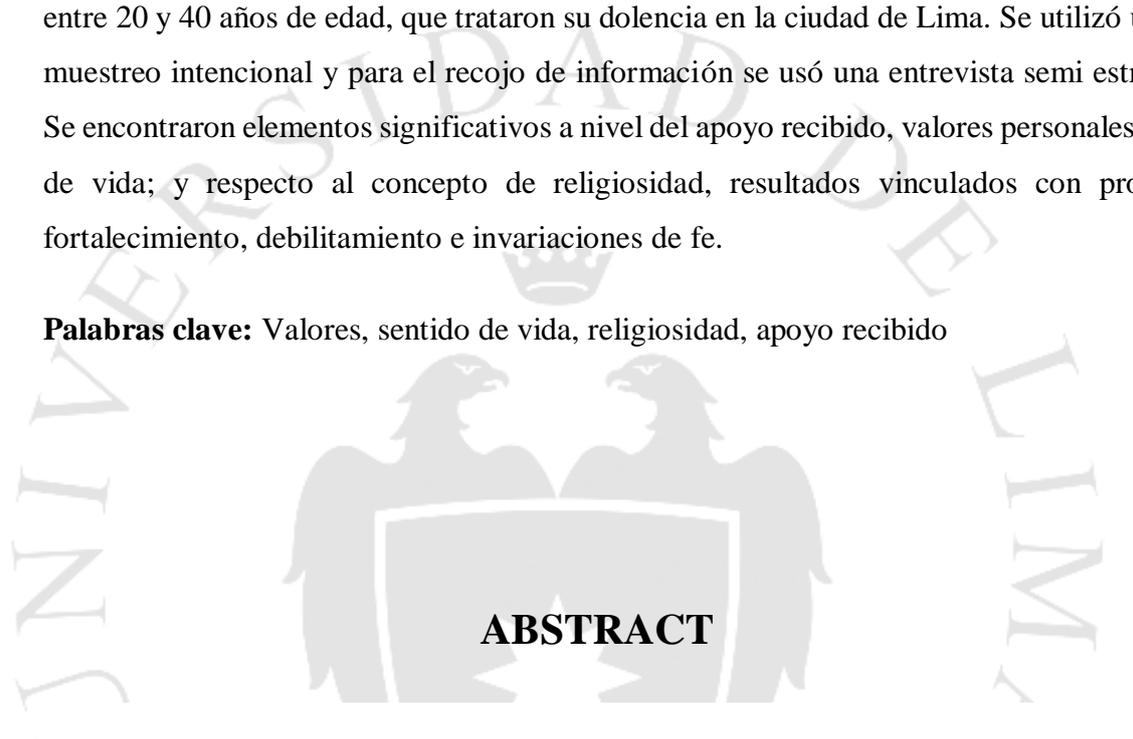
Apéndice 1: Guía de entrevista.....	71
Apéndice 2: Consentimiento informado.....	73
Apéndice 3: Libro de códigos.....	75



RESUMEN

El cáncer representa un evento trascendental en la vida de toda persona porque el paciente experimenta la posibilidad de perder su propia vida. En la presente investigación, se buscó comprender cómo son los valores, el sentido de vida y la religiosidad en personas que han sido capaces de superar esta afección. Los participantes estuvieron conformados por varones de entre 20 y 40 años de edad, que trataron su dolencia en la ciudad de Lima. Se utilizó un tipo de muestreo intencional y para el recojo de información se usó una entrevista semi estructurada. Se encontraron elementos significativos a nivel del apoyo recibido, valores personales y sentido de vida; y respecto al concepto de religiosidad, resultados vinculados con procesos de fortalecimiento, debilitamiento e invariaciones de fe.

Palabras clave: Valores, sentido de vida, religiosidad, apoyo recibido



ABSTRACT

Cancer represents an important event in the life of every person since the patient experiences the possibility of losing their own life. In the present research, we sought to understand how are the values, meaning of life and religiosity in people who have been able to overcome this condition. The participants were made up by men from 20 to 40 years old, who had treated their illness in the city of Lima. A type of non random sampling was used, and a semi-structured interview was utilized for data collection. Robust elements were found in the field of received support, personal values and sense of life, and regarding the concept of religiosity, results linked to the bibliography.

Key words: Values, meaning of life, religiosity, received support

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El cáncer es uno de los problemas de salud más difíciles a los que la sociedad se enfrenta en la actualidad, ya que puede aparecer de modo casi aleatorio en cualquier persona sin importar su edad, sexo, raza o nacionalidad. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sólo en el año 2015 la cantidad de personas fallecidas en todo el mundo a causa de cáncer superó los 8.8 millones, de las cuales más del 70% se produjo en países con un ingreso económico bajo y medio, y donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes. Asimismo, un estudio publicado por EUROCARE en el año 2013, referente al grado de mortandad de esta afección, reveló las siguientes estadísticas: Cáncer de testículo 5.1%, melanoma 16.3%, cáncer de mama 19.7%, cáncer de próstata 24.6%, cáncer de cuello uterino 28.9%, cáncer colorrectal 46.4%, leucemias 45.4% y cáncer de estómago 72.2%.

A nivel de la realidad peruana, si bien este índice de padecimiento es inferior al encontrado en Europa y América del Norte (en Perú se presentan 157.9 casos de fatalidad por cada 100000 habitantes), la situación se ve agravada por la falta de acceso a centros médicos especializados (atención centralizada únicamente en Lima Metropolitana), colapso de los servicios ofrecidos por la cantidad de personas atendidas (que se deriva en demoras en las atenciones), una detección tardía de la dolencia, carencia de programas sólidos de prevención, escasez de recursos económicos (pacientes provenientes de zonas rurales o de las periferias de la capital) e insuficiencia en la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) (Ministerio de Salud, 2013).

Sobre los efectos que conlleva esta enfermedad, el Madrid Anderson Cancer Center (MD Anderson Cancer Center, 2013) explica que genera un impacto emocional y físico significativos (sufrimiento intenso propio de la dolencia) y un lento y complejo proceso de tratamiento y recuperación. A nivel corporal, un paciente oncológico podría experimentar síntomas tales como: pérdida dramática de peso, fiebre, sangrados abundantes, imposibilidad de cicatrizar heridas, cambios en los hábitos de evacuación (heces u orina), dificultad para tragar e ingerir alimentos, náuseas, presencia de bultos o masas duras en el cuerpo, cansancio pronunciado y tos muy persistente. Por el lado psicológico, la American Cancer Society (ACS, 2014) menciona que los efectos emocionales negativos más comunes son: incredulidad (nadie nunca se siente listo para escuchar que padece de cáncer), miedo (a la enfermedad, al

tratamiento o al futuro), ansiedad (producto de la incertidumbre de no saber qué sucederá después), culpa (pensamientos recurrentes sobre comportamientos que llevaron a la persona a adquirir la afección, o sobre la posibilidad de no haber podido detectarla con anterioridad), tristeza y depresión (la afección es vista como un obstáculo para ser feliz), e ira (resultante de no comprender por qué está sucediendo).

No obstante, si bien a primera impresión este escenario podría parecer muy adverso, dado que así lo demuestran los números, con el pasar del tiempo el índice de mortalidad de esta dolencia ha ido decreciendo gracias a una detección temprana y a los tratamientos médicos cada vez más especializados y efectivos (OMS, 2015). Según un estudio llevado a cabo por Siegel, Miller y Jemal (2017), entre 1991 y 2009, el riesgo de morir por cáncer, solo en Estados Unidos, se ha reducido en un 25% aproximadamente; siendo considerada hoy en día ya no como una afección mortal, sino como una enfermedad crónica que puede ser tratada y curada. Igualmente, Jemal et al. (2017), comentan que en los últimos veinte años se ha producido una disminución en el índice de cáncer de pulmón (29.3%), cáncer colorrectal (17.1%), cáncer de mama (16.6%) y cáncer de próstata (8.4%).

También, en años recientes diversos estudios han descubierto que los pacientes oncológicos no solo refieren consecuencias fatalistas producto de su enfermedad, sino también frutos positivos tales como aproximarse a la vida con una mayor esperanza y sencillez (Pitts y Goldberg, 2015); obtener mejores niveles de autoconocimiento y autoconfianza, mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales y reducir la necesidad de aprobación social (Connerty y Knott, 2013); tener un mayor aprecio hacia los detalles y gestos mostrados por los demás (Bulkley et al., 2013); mejor manejo de emociones negativas (tristeza, miedo y angustia) y adoptar una mirada de sí mismos con mayor aceptación y paciencia proyectándose al futuro de forma más optimista y expectante (Ochoa y Casellas-Grau, 2017), elementos que se correlacionan de forma negativa con la depresión y la ansiedad.

De esta forma, y bajo los resultados favorables referidos por varias investigaciones, resulta de vital importancia conocer aquel otro lado en la experiencia de los pacientes oncológicos en remisión, adoptando una óptica más positiva que permita entender esta vivencia desde un ángulo individual y subjetivo. En otras palabras, interesa profundizar en los desenlaces provechosos que podrían estar ligados a esta condición, específicamente desde la perspectiva de quienes la han vivido, permitiendo conocer si hubo mejorías en niveles más “profundos” y en elementos muy propios que determinan y distinguen a cada persona. En este sentido, se mantiene la creencia de que los valores, descritos como principios que guían el comportamiento

para crecer como individuos (Jiménez, 2008); el sentido de vida, comprendido como un elemento que surge de uno mismo y que orienta lo que uno hace e intenta lograr (Singhal y Rastogi, 2015); y la religiosidad, entendida como una adoración externa de un credo y teología que reflejan una comprensión de Dios y del mundo (Ellens, 2008), pueden haberse renovado como producto de haber atravesado una situación muy complicada en que la integridad estuvo en grave riesgo. Es a partir de esta idea que surge la pregunta de investigación del presente estudio: ¿Cómo son los valores, la religiosidad y el sentido de vida en personas que han sido pacientes oncológicos y que actualmente se han recuperado?

1.2 Justificación y relevancia

La importancia del estudio radica en que actualmente no existen investigaciones que integren los tópicos aquí mencionados. Si bien se ha tratado el tema de la experiencia de personas con cáncer y su relación con la depresión y ansiedad (Reich, Lesur y Chevallier, 2008; Fischer, Villines, Epstein y Wilkie, 2010; Toftegard, Voigt, Rosenberg y Gogenur, 2013), valores en el rechazo del tratamiento para combatir el cáncer en población Amish (Marli y Van Leeuwen, 2000), expectativas de vida individuales en relación al tipo y etapa del cáncer (Ferté, Penel, Adenis y Bonnetterre, 2010), calidad de vida y salud en pacientes que experimentan esperanza y optimismo hacia el tratamiento y la enfermedad (Soylu, Babacan, Sever y Altudang, 2016), y percepción y cambios de espiritualidad en sobrevivientes de cáncer (Trevino, Naik y Moye, 2015), hay poca información sobre investigaciones que recojan todos los constructos aquí propuestos (valores, religiosidad y sentido de vida). Además, varios estudios se centran en pacientes que padecen de cáncer, más no en aquellos que ya se han recuperado de la dolencia.

También, a pesar que algunos autores han buscado rescatar los productos favorables que podrían surgir de un escenario como este, hay una mayor tendencia a adoptar una postura fatalista del asunto. En este aspecto, Jim et al. (2015) sintetizaron en su metaanálisis, los resultados de diversos trabajos desarrollados en torno al cáncer, demostrando que sí existen consecuencias beneficiosas de una circunstancia de esta naturaleza. Así, sin importar el tipo de cáncer y las características sociodemográficas de la persona (catalogados como “moderadores”, según la terminología utilizada por los autores), se encontró que una mayor religiosidad y espiritualidad se vinculan con mejores niveles de salud física, una mayor sensación de competencia personal, menor presencia de síntomas propios de la dolencia y el tratamiento, salud mental positiva e interacciones y relaciones sociales más significativas.

Igualmente, muchas investigaciones desarrolladas en torno al cáncer son de corte cuantitativo, perdiendo de vista un elemento esencial: la experiencia subjetiva de la persona. Resulta fundamental comprender la enfermedad desde “los zapatos” del paciente y conocer el significado que esta supuso en su propia existencia. Por ello, el propósito del estudio es entender mejor cómo este suceso, trascendental en la vida de todo ser humano, pudo haber colaborado con un enriquecimiento en aspectos tan personales como son los valores, el sentido de vida y la religiosidad. Se busca abrir un espacio de diálogo, analizar este cambio desde la mirada de quiénes han enfrentado el cáncer exitosamente y actualizar y afinar conceptos que podrían ser utilizados en investigaciones posteriores; ampliando el campo de conocimiento que se tiene sobre los efectos favorables derivados de un evento tan complejo como este.

Desde el punto de vista psicológico, interesa conocer el desarrollo y adopción de nuevas formas de pensamiento, así como la incorporación o abandono de conductas que pudiesen haber estado relacionadas directa o indirectamente con el proceso de enfermedad, su tratamiento y su posterior curación.

Dado que los temas requieren ser examinados a profundidad, porque solo así se recogerá información relevante, se ha optado por utilizar el enfoque cualitativo, ya que faculta el análisis de tópicos que implican una percepción subjetiva (como el componente emocional en pacientes oncológicos). En este sentido, la *entrevista semi estructurada* se presenta como la técnica más apropiada para recoger una parte importante de la vivencia de los participantes, buscando entrar en detalle y ahondar en su experiencia personal.

Adicionalmente, se pretende reconocer aquellos factores y comportamientos que pudieron haber contribuido positivamente con el proceso de afrontamiento y recuperación de la dolencia en pacientes que actualmente se encuentran en estado de remisión. Esto podría servir para desarrollar estrategias integrales de acompañamiento para personas que hoy sufren de cáncer, ya que una vez identificados aquellos recursos que ayudaron a afrontar mejor y más efectivamente la enfermedad, será más sencillo transmitirlos y cultivarlos para que las posibilidades de mejoría sean mayores.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 El cáncer en la actualidad

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer (INC, 2015), el cáncer es el nombre que se le asigna a un grupo de enfermedades relacionadas que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. En todas las clases que existen, algunas células del cuerpo empiezan a multiplicarse sin parar, diseminándose a los tejidos corporales próximos y contaminando las células saludables.

Según cifras del Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2015), el número de personas a nivel global que mueren a causa de esta dolencia supera las 8.5 millones, representando el 13% del total de defunciones a nivel mundial. Los principales tipos son los siguientes: pulmonar (1.59 millones defunciones), hepático (745000 defunciones), gástrico (723000 defunciones), colorrectal (694000 defunciones), mamario (521000 defunciones) y cáncer de esófago (400000 defunciones). Se registró un incremento de 14 millones de nuevos casos, previéndose un aumento del 70% en los próximos veinte años.

Se determinó que los tipos de cáncer más frecuentes en los varones son pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado; mientras que en las mujeres son mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. De acuerdo con estas cifras, el número de muertes por cáncer es de 456.4 por cada 100000 personas por año; siendo el índice de mortalidad mayor en el caso de los hombres (493.8 por cada 100000 varones en comparación con 419 por cada 100000 mujeres) (CDC, 2015).

Actualmente, el Ministerio de Salud del Perú (2013), estima que cada año se presentan 50000 nuevos casos de cáncer; de entre las cuales 30000 fallecen debido a que la población no llega a tomar conciencia de su gravedad y no aplica las medidas necesarias para prevenirlo. El 75% del total de incidentes es diagnosticado en estadios avanzados de la dolencia, lo que redundará en un riesgo más elevado de morir por esta enfermedad.

2.2 Tipos de cáncer

Según el INC (2015), existen más de cien diferentes clases de cáncer, que podrían agruparse de la siguiente manera:

- Carcinoma: Cáncer formado en las células epiteliales de las superficies internas y externas del cuerpo.

- Sarcoma: Cáncer formado en los tejidos blandos del cuerpo (músculos, tejido adiposo, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y tejidos fibrosos) y en los huesos.
- Leucemia: Cáncer que comienza en los tejidos que forman la sangre en la médula ósea.
- Linfoma: Se produce una acumulación anormal de células en los vasos y ganglios linfáticos y en otros órganos del cuerpo. Puede ser Linfoma de Hodgkin y linfoma de No Hodgkin.
- Mieloma múltiple: Empieza en las células plasmáticas y forma tumores en los huesos de todo el organismo.
- Melanoma: Comienza en las células que se transforman en melanocitos, que son células especializadas pigmentar la piel.
- Tumores: Masa anormal compuesta de tejido corporal que puede ubicarse en cualquier parte del organismo. Pueden ser malignos (es cancerígeno y puede invadir otros tejidos sanos del cuerpo) o benignos (no son cancerígenos, están encapsulados y no se extienden).

2.3 Etapas en el diagnóstico de la enfermedad y tratamientos existentes

Según la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2015), las diferentes fases por las que atraviesa una persona luego de diagnosticado el cáncer son: Fase de crisis o shock (se caracteriza por padecer sentimientos de confusión, fragilidad, inseguridad y vulnerabilidad); incredulidad y negación (“deben haberse equivocado, no es posible que yo tenga cáncer”, “es mentira, yo estoy sano” o “seguro me han confundido con alguien más”); miedo, angustia, tristeza profunda, impotencia, llanto y depresión; y aceptación (coincide con el inicio del tratamiento y con la mejora y alivio que conlleva estar haciendo algo al respecto para enfrentar la enfermedad). Otras reacciones comunes son el nerviosismo, agitación, desesperanza, irascibilidad, incertidumbre hacia el futuro (probablemente la cualidad más representativa) y culpabilidad (sienten culpa por no haber sido capaces de percatarse con anterioridad, a pesar de que la afección se debe a la combinación de múltiples factores que escapan de su control).

En un escenario como este, resulta muy difícil sentir optimismo. Aparecen preguntas como: ¿Seré capaz de sobrevivir a esto?, ¿podré ser más fuerte que la enfermedad?, ¿por qué me tiene que suceder esto a mí? (AECC, 2015).

Por otro lado, en relación a los principales tratamientos para combatir esta dolencia, la ACS (2015) propone la siguiente tipología para clasificarlos:

- a) Cirugía: Especialmente útil cuando el cáncer está localizado o restringido a una zona en particular. Sirve para extirpar la zona cancerosa, junto con cualquier tejido que pueda haber resultado infectado.
- b) Radioterapia: Se administra para tratar cánceres localizados. En este caso, la radiación destruye las células cancerígenas para impedir su crecimiento.
- c) Quimioterapia: Consiste en combatir el cáncer con medicamentos de fuerte acción que suelen administrarse directamente en la vena o por vía oral. Este método permite combatir el cáncer que se ha propagado, ya que las sustancias químicas viajan por todo el torrente sanguíneo.

Adicionalmente, se establece como procedimiento de complemento el trasplante de células madre (trasplante de médula) para reemplazar la médula ósea parcialmente dañada o destruida por células madre saludables de una médula ósea sana (ACS, 2018).

2.4 Emociones negativas y positivas y su impacto en la persona

A pesar de que la forma en la que esta dolencia afecta a cada uno varía considerablemente, las emociones experimentadas y los estados afectivos resultantes suelen ser de común denominador para todos. Es natural sentir emociones negativas al enterarse que se padece de esta afección. Por ejemplo, la probabilidad de que un paciente oncológico sufra de depresión varía entre 8 y 24% dependiendo del tipo de cáncer, el método de asesoramiento y la fase del tratamiento (Krebber et al., 2014).

Cuando estos estados emocionales negativos se tornan crónicos, pueden afectar también los hábitos de salud al incidir en los hábitos alimenticios, en la cantidad de horas de sueño que se invierte, en la frecuencia con que se realiza algún tipo de ejercicio físico o en tomar precauciones ante posibles contagios o accidentes. En el peor de los casos, estas conductas, producto del estado emocional adverso, actúan agravando el desarrollo de la afección e incapacitan al paciente, deteriorando su calidad de vida. Además, la actitud sostenida para combatir la dolencia incide directamente en el posterior tratamiento y proceso de recuperación (Dantzer, O'Connor, Freund, Johnson y Kelly, 2008).

También, de acuerdo con Barra, Cerna, Kramm y Véliz (2006), las personas que están deprimidas muestran un deterioro general en su sistema inmunológico, presentan una mayor probabilidad de contraer enfermedades infecciosas y podrían adoptar conductas poco saludables como consumir alcohol y tabaco; viéndose afectada la presión arterial, el apetito, el tono muscular y la capacidad para conciliar sueño con normalidad. Quienes están deprimidos,

tienen menos probabilidades de mantenerse al día con sus medicamentos y vigilan menos lo que hacen y los alimentos que ingieren. Más aún, la depresión frecuentemente se complica al existir comorbilidad con ciertos desórdenes de ansiedad, resultando en síntomas psicológicos más severos y mayor incapacidad psicológica (Miller, O’Hea, Lerner, Moon y Foran-Tuller, 2011).

En sentido contrario, si bien las emociones negativas perjudican la salud, sucede lo opuesto con las emociones positivas. Algunos de los principales beneficios de las emociones positivas son pensar de forma más saludable y adaptativa, ampliar los repertorios de pensamiento y acción, razonamiento flexible, resolver problemas de forma más creativa, entusiasmo por desarrollar nuevas capacidades físicas e intelectuales y mejor calidad de relaciones interpersonales (Vecina, 2006).

Los científicos reconocen una relación física entre el sistema nervioso y el inmunológico, haciendo que el inmunológico dependa del nervioso para su correcto funcionamiento. Las emociones negativas y el estrés afectan al sistema de defensa, haciéndolo más inestable (Hänsel, Hong, Cámara y Kanel, 2010); la alegría, la satisfacción, el optimismo y el orgullo, colaboran a resistir estados físicos adversos y favorecen la recuperación. Las emociones favorables, al proteger de los efectos del estrés y actuar de forma complementaria a las negativas, también contribuyen a mantener la salud física (Vecina, 2006).

2.5 Apoyo social y su efecto en la salud

Por apoyo social, se entiende el proceso interactivo donde se obtiene apoyo emocional, instrumental y afectivo de la red social que rodea a la persona, generando un efecto protector sobre la salud y un amortiguador del estrés que representa la enfermedad (Ponce, Velásquez, Márquez, López y Bellido, 2009).

Este concepto ha mostrado su injerencia en distintos componentes ligados a los procesos de salud y malestar; entre los cuales destacan: el modo de afrontar el estrés, el avance de la dolencia, la adaptación y recuperación de la afección, el restablecimiento post operación, y el inicio y mantenimiento de las modificaciones comportamentales necesarias para prevenir complicaciones. Se puede aseverar que el escaso apoyo social podría ser un elemento de riesgo sobre la morbilidad y la mortalidad, comparable incluso con factores como la hipertensión, obesidad, hipercolesterolemia y la carencia actividad física (Kiecolt-Glaser, Mcguire, Robles y Glaser, 2012).

El apoyo social desempeña variadas funciones que podrían estructurarse en tres grandes clases: función emocional (vinculada con el cuidado, la intimidad y el confort), función informativa (ser receptor de orientación y consejo) y función instrumental (disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos) (Martín, Sánchez y Sierra, 2003). A pesar de que cada una es importante para el bienestar y la salud, se ha tendido a considerar el apoyo emocional cómo el más relevante, fundamentalmente al afrontar enfermedades graves (Trunzo y Pinto, 2013). Asimismo, este término aparece de forma casi automática al revisar la literatura sobre los grupos primarios y grupos secundarios descritos por Vivas, Rojas y Torras (2009). Con respecto al primer tipo, se caracteriza por la presencia de relaciones afectivas intensas, un alto grado de cohesión interna, una marcada intimidad entre sus miembros y satisfacción de las necesidades personales. Un ejemplo de este grupo puede ser la familia, la pareja o amigos muy cercanos y significativos. Sobre la segunda clase, los vínculos interpersonales se fundamentan en criterios de naturaleza institucional interdependientes de cada persona, existiendo un deseo o interés por conseguir algo. Aquí, importa más la posición relativa de la persona dentro del grupo, que ella en sí misma.

Por otro lado, el concepto de apoyo social puede comprenderse desde dos posturas. La primera es la cuantitativa-estructural, enfocada en la cantidad de vínculos en la red social de cada uno. La segunda, la cualitativa-funcional, prioriza la presencia de relaciones cercanas y significativas, y el examen que se hace sobre el apoyo disponible (Dolbier y Steinhardt, 2010). En este sentido, en un TED talk dirigido por Robert Waldinger (2015), donde describe el estudio longitudinal que desarrolló en la Universidad de Harvard a inicios de 1938, se reveló que la satisfacción que una persona experimenta en sus relaciones sociales tiene una fuerte influencia en su estado de salud. Si bien es importante cuidarse a nivel físico, prestar atención a los vínculos establecidos también es una manera de autocuidarse. Así, se encontró que existe una alta correlación entre el bienestar físico y psicológico, y las relaciones significativas a nivel de pareja, familia, amigos y comunidad. Estos lazos protegen a las personas de los problemas de la vida, retrasan el deterioro mental y biológico, y las vuelven menos propensas a caer en adicciones, permitiéndoles vivir más años y ser más felices.

En sentido contrario, Waldinger (2015) comenta que la soledad no deseada (descrita en su trabajo como “loneliness”) es un elemento que “mata”, llegando a ser tan poderoso como el alcohol y la adicción a fumar. No se trata que los vínculos deban ser fluidos todo el tiempo, sino de percibir que se puede contar con el apoyo del otro a pesar de las discusiones o altercados que puedan surgir de por medio.

Específicamente sobre el apoyo brindado por parte de la familia, Su et al. (2017) descubrieron que este constituye un elemento importante en pacientes con cáncer, demostrando una correlación negativa con desórdenes de depresión y ansiedad; siendo identificado como un factor que impacta positivamente en la calidad de vida y en la sensación de competencia personal para hacer frente a la afección. Asimismo, el estudio hace mención del papel primordial que juegan los profesionales de la salud para entender la interacción y dinámica familiares, así como para brindar información sobre cómo mejorar y mantener el apoyo y funcionalidad existentes.

También, según la investigación de Pehlivan, Ovayolu, Ovayolu, Sevinc y Camci (2011), el soporte familiar suele traducirse en la ausencia de sentimientos de desesperanza y soledad. La premisa imperante en estos casos es la de “la familia es primero” y lleva a sus miembros a comprometerse profundamente con el estado de salud y precariedad de la persona afectada. Se descubrió mayores niveles de apoyo familiar al inicio de la enfermedad, especialmente cuando el paciente es joven, agotando todos los recursos para colaborar con la persona a mejorar su adaptación a la afección y al tratamiento. No obstante, con el tiempo este nivel de soporte decrece cuando la familia se acostumbra a la condición, o cuando esta comienza a representar una carga creciente para la misma. Además, cuando el cáncer se presenta en dos o más miembros de la familia, se genera una división en el soporte disponible y una mayor carga emocional para los cuidadores, reduciendo los niveles de apoyo generales; que resulta en infelicidad e insatisfacción para el paciente oncológico porque el soporte percibido es insuficiente.

Con respecto al apoyo entregado por las enfermeras, en un estudio desarrollado por Cohen, Ferrell, Vrabel, Visovsky y Schaefer (2010), se encontró que estas establecen fuertes conexiones con los pacientes, ayudándolos a continuar con su vida, dándoles un cuidado individualizado, transmitiéndoles esperanza y ayudándolos a encontrar un sentido a la situación que están viviendo. Además, se descubrió que cumplen diversos roles tales como: educadoras, consejeras, cuidadoras compasivas, defensoras de los pacientes y oyentes de cualquier tema que el paciente desee compartir.

Igualmente, se menciona también la figura de los médicos como una fuente de soporte relevante, cuya importancia empieza a crecer conforme se fortalece la relación paciente-médico, se incrementa la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos y se mejora la calidad de vida y la comunicación entre ambos. Tratar a la persona como un todo y contar con un doctor con el cual compartir miedos, inquietudes y deseos, constituye una parte esencial del

tratamiento y cuidado que la persona busca y quiere recibir. Así, a diferencia de los médicos que se limitan únicamente a tratar biológicamente la enfermedad, dejando de lado la parte emocional y psicológica, el National Cancer Institute (NCI, 2018) comenta que estos profesionales más “humanos” permiten que el paciente exprese sus sentimientos, hable de la enfermedad cuando se siente listo, no se culpe a sí mismo por su situación de malestar, sea tan activo como pueda y encuentre formas para relajarse y disfrutar. Igualmente, se ha descubierto que algunos esperan que su médico sea totalmente honesto con ellos sobre la situación de su enfermedad, mientras que otros prefieren no recibir la información completa por temor al impacto emocional y físico que esto podría conllevar (Best, Butow y Olver, 2013).

Del mismo modo, Scharf (2005), comenta la importancia de incluir a un psicooncólogo para ayudar al paciente a transitar de forma más efectiva por las distintas etapas que podría implicar tener una enfermedad como esta. Estos profesionales se enfocan en la persona que padece y en su familia, interviniendo de forma activa en las fases de diagnóstico (detectar y orientar necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales), tratamiento (estrategias de afrontamiento para mejorar la capacidad de adaptación), intervalo libre de la afección (facilitar la expresión de temores y preocupaciones en el paciente y su familia), etapa recidiva (tratar estados depresivos) y fase final (incrementar la calidad de vida en la persona y su familia). Con todo ello, se pretende ofrecer un cuidado integral y brindar un espacio para abordar los miedos y dudas, evitando el síndrome de burnout y previniendo complicaciones biopsicosociales.

En cuanto a los grupos de apoyo entre pacientes de cáncer, según una investigación llevada a cabo por Pandey (2018), estos podrían actuar como facilitadores para adoptar comportamientos saludables, brindándole a la persona información valiosa para que lleve una vida más sana o se ejerza presión social para que adopte conductas más beneficiosas. Además, los grupos de apoyo fortalecen las estrategias individuales de afrontamiento y permiten adoptar una nueva postura para combatir mejor la dolencia y saber lidiar con el dolor. También, se encontró que los pacientes que formaban parte de grupos de apoyo, mostraban una perspectiva más positiva de su situación y un mayor optimismo hacia el futuro, minimizándose las consecuencias negativas asociadas a la afección (pesimismo, tristeza y desesperanza).

Por último, en un estudio desarrollado por Lorhan, Westhuizen y Gossman (2014), se encontró que los voluntarios que visitan regularmente a pacientes de cáncer verdaderamente mejoran su experiencia durante el tratamiento, específicamente al satisfacer sus necesidades emocionales, prácticas e informativas. Se menciona que cumplen un papel importante en el

proceso de cuidado de los mismos, ayudándolos de forma proactiva y anticipándose a sus necesidades; complementándose con las atenciones brindadas por el personal del centro médico al mostrar una mayor disponibilidad de tiempo para poder apoyarlos. El estudio concluye subrayando la importancia de asesorar y preparar bien el servicio ofrecido por los voluntarios para que sean capaces de identificar gaps en el tratamiento, desarrollen una profunda empatía y habilidades interpersonales, sean incorporados como un elemento potenciador en la asistencia del paciente y se garantice el uso eficiente de todos los recursos disponibles para atender a la persona.

2.6 Valores, religiosidad y sentido de vida en pacientes oncológicos

Hacer frente a un diagnóstico de cáncer es una situación compleja e inesperada que se deriva en alteraciones importantes en la vida del paciente. El afectado pasa de ser un individuo sano, con quehaceres y dificultades diarias, a ser alguien con una enfermedad muy seria. Este evento puede implicar cambios profundos en los sujetos, que los caracterizan y definen como personas (Cancer Institute of New South Wales, 2015).

2.6.1 Los valores y su importancia en el afronte de la enfermedad

La noción de valor está ligada a temas como la selección y la preferencia, pero ello no quiere decir que algo tiene valor porque es preferido, o que algo es preferible porque tiene valor. La teoría relativista sostiene que los actos de agrado y desagrado son el fundamento de los valores. La absolutista, en cambio, que el valor es el fundamento de todos los actos. La primera afirma que tiene valor lo deseable; la segunda, que es deseable lo valioso. Inclinarsse por alguno u otro valor determinará la moralidad de todos los comportamientos (Ferrater, 1995).

De acuerdo con Schwartz (2013), los valores personales podrían ser entendidos como aquellas metas que delimitan y especifican lo que es significativo e importante en la vida de la gente, sirviendo como inputs motivacionales para examinar y seleccionar comportamientos. Estos, van más allá de una mera situación específica y tienen como característica primordial la clase de objetivo o preocupación motivacional que expresan. Tanto a nivel individual como social, hay una variación en la relevancia que se le atribuye a ciertos valores.

Según la propuesta de Schwartz (2013), existen diez diferentes tipos de valores presentes en toda persona: Benevolencia, universalismo, autodirección, estimulación, hedonismo, logro, poder, seguridad, conformidad y tradición. La importancia que se le asigne a cada uno constituirá el sistema de prioridades valoracionales de cada individuo. Estas diez

clases se organizan a su vez en dos dimensiones: Apertura al cambio versus conservación, y autotranscendencia versus automejora. La primera, opone los valores que enfatizan el propio pensamiento y acción independientes, frente a aquellos que destacan la auto restricción sumisa y se inclinan por una vida y estabilidad invariables. La segunda, contrapone la promoción del bienestar y salud de los demás, frente a la búsqueda de intereses netamente individuales (incluso a expensas de otros). Las personas, elegirán alguno de los dos extremos de cada dimensión y los utilizarán como una guía de ruta para encaminar su vida y dirigir su comportamiento.

Por su parte, Dublin (2012) define los valores no solo como un conjunto aleatorio de criterios, sino como un complejo sistema de comparación que permite tomar decisiones sobre lo que es mejor, bueno, moral y menos negativo. En este sentido, las diferencias que existen en la manera en que las personas resuelven y se aproximan a un determinado problema, pueden ser descritas en función a las diferencias entre sus sistemas valores; que a su vez dependerán del estrato socioeconómico, la edad, educación, sexo, ocupación, estado civil, raza y afiliación religiosa. Sin importar el contenido de dicho sistema o cómo este opere, es el resultado de la combinación de factores de índole biológico, psicológico y social.

Los valores, suelen adquirirse desde edades muy tempranas, paralelamente con la educación y el lenguaje, y progresivamente se amplían y consolidan con la cultura y el acceso a los diferentes medios educativos. Cumplen con dos grandes características: Polaridad (negativos o positivos) y orden jerárquico (inferiores o superiores). Su importancia radica en que permiten orientar la existencia y fundamentar las decisiones (Montuschi, 2008).

Sobre las cualidades intrínsecas de los valores personales, Wilson y DuFrene (2009) comentan que se eligen libremente, se construyen de forma verbal y se refuerzan continua y dinámicamente a través de la experiencia de vida y el comportamiento de las personas. Es un concepto entendido no como un lugar de destino, sino más como una dirección o camino para poder llegar. También, explican que estos influyen de modo significativo en las decisiones humanas, siendo tomados como marco de referencia cuando alguien debe optar por una u otra conducta, después de haber sopesado los pros y contras de las alternativas que se le ofrecen.

Con respecto a los valores personales en pacientes oncológicos, el estudio llevado a cabo por Pitts y Goldberg (2015), mostró que la esperanza juega un papel primordial al momento de utilizar tecnologías novedosas que podrían contribuir a combatir el cáncer. Existe una especie de mayor apertura mental que en aquellos que ven el futuro próximo de modo más negativo, rehuendo a la posibilidad de utilizar nuevos métodos. Esta investigación reveló que

quienes manifiestan más esperanza para recuperarse y afrontar la enfermedad, mejoran hasta en un 25% más cuando se los compara con aquellos que adoptan una postura más pesimista.

Asimismo, según un estudio realizado por la Ruhr-Universidad de Bochum (2013), los valores personales también pueden influenciar en acatar o dejar de lado las recomendaciones y cuidados brindados por los médicos y enfermeras. Resulta crucial contemplar todos los elementos que componen la persona, más aún si forman parte inherente de su identidad e idiosincrasia.

2.6.2 Religiosidad y su relación con la dolencia

Se ha comprobado que los términos de religiosidad y espiritualidad tienen una fuerte relación con la salud física y mental en cuanto a todo tipo de afecciones (Quinceno y Vinaccia, 2009). Sobre el terreno físico, las investigaciones giran en torno a enfermedades del sistema inmune, del sistema cardiaco, cerebrovasculares, neurológicas y neoplasias (Turner, 2014). En cuanto al componente mental, los estudios se han centrado en tópicos de interés moderno como la adicción al alcohol y drogas, el suicidio, la delincuencia, el estrés, ansiedad y depresión (Behere, Das, Yadav y Behere, 2013).

De acuerdo con Zwingmann, Müller, Körber y Murken (2008), la religiosidad consiste en una serie de actitudes, valores o prácticas vinculadas con un poder divino o trascendente, que puede basarse o no en el sistema de creencias de una tradición. Baier (2013) comenta que, para entender mejor este concepto, es importante considerar tres componentes principales: frecuencia de práctica de rezos y/u oraciones, frecuencia con la que se asiste a un lugar para rendir culto o adoración y relevancia que la persona le brinda como parte de su día a día. Estos tres factores configuran la vida religiosa y determinan la importancia y peso que se le suele asignar, así como la relación que esta entablará con los demás ámbitos y elementos de la vida.

La espiritualidad, por otro lado, se define como una motivación intrínseca en las personas que, conscientes de su propia muerte, crean significados y propósitos para sus vidas, configurándose una búsqueda personal para entender las preguntas fundamentales de la existencia, el sentido que esta conlleva y la relación que mantienen con lo sagrado y lo trascendente (Piedmont y Wilkins, 2015). Este término muestra 3 ejes esenciales: aquel que la persona establece consigo misma a través de la búsqueda de sentido (dimensión intrapersonal); la establecida con los demás, orientada a perseguir relaciones de armonía, pero también de

conflicto (dimensión interpersonal); y la construida con un “otro” superior, que va más allá y sobrepasa a la propia persona (dimensión transpersonal) (Benito, Barbero y Dones, 2014).

Con respecto al concepto de religiosidad, en una investigación empírica desarrollada por Koenig (2008), se demostró que, aunque las personas no mantengan una vida cercana a Dios en su vida diaria, pueden tenerla en situaciones de enfermedad porque la experiencia de pérdida de control personal lleva a la gente a encontrar en algún poder divino un propósito para su existencia que les permita combatir experiencias altamente estresantes. En este sentido, Zwingmann et al. (2008), establecen una diferencia entre dos tipos de aproximación hacia la religión: el compromiso religioso disposicional, entendido como la relevancia de la religión en la propia vida, cuya presencia es concebida como un recurso; y el afrontamiento religioso en un escenario particular, comprendido como la forma que adoptan los pacientes para apoyarse en la fe religiosa cuando experimentan una situación crítica o delicada.

Sobre las estrategias de afronte religiosas y existenciales, se ha descubierto que estas pueden colaborar efectivamente para combatir varias clases de dolencias crónicas, resultando en un adecuado bienestar psicológico, emociones positivas, bajos niveles de ansiedad, buena calidad de vida y disminución de tendencias y conductas adictivas y suicidas (Meisenhelder y Marcum, 2009).

Específicamente sobre el cáncer y su relación con la religiosidad y la espiritualidad, se ha encontrado una fuerte asociación con resultados psicosociales positivos en quienes han sobrevivido. Un mayor bienestar espiritual se correlaciona con una mejor calidad de vida (Frost et al., 2013), salud mental (González et al., 2014), adaptación a la dolencia (Johannessen-Henry, Del-tour, Bidstrup, Dalton y Johansen, 2013) y menor angustia, preocupación y estrés (Purnell y Andersen, 2009). Asimismo, Park, Edmondson, Hale-Smith y Blank (2009), determinaron que las experiencias espirituales diarias se vinculaban con conductas saludables; incluyendo una dieta adecuada, práctica usual de ejercicio físico y una mayor adhesión a los consejos brindados por los médicos. Se observó una diferencia positiva de 18% en pacientes con una vida y práctica religiosas habituales, en comparación con aquellas personas que no la mantenían. Estas experiencias se relacionaban con salud física y psicosocial, un incremento de apoyo social para los pacientes y sus familias, y un propósito y sentido de vida más profundos. Además, se encontró que la espiritualidad y la religiosidad pueden otorgar mecanismos de afrontamiento de la enfermedad de diversa índole: cognitivos, afectivos, psicológicos y comportamentales; siendo reportado por los pacientes como una estrategia que permitía sobrellevar el malestar de mejor manera.

Por otro lado, en una investigación sobre la perspectiva hacia la religión en mujeres con cáncer de mama, se descubrió que, en el setenta por ciento de casos, la dolencia era entendida como un designio divino que Dios permitía para direccionar nuevamente la vida e invitar a la renuncia de caminos moralmente incorrectos. En general, la religiosidad resultó fundamental tanto al momento del diagnóstico y aparición de la enfermedad, como en la posterior evolución y tratamiento. Así, este concepto no solo brindaba un marco interpretativo para la dolencia, sino que promovía una serie de prácticas y conductas en el contexto del cáncer; por ejemplo, rezar de forma frecuente, leer libros espirituales o dialogar con Dios (Puentes, Urrego y Sánchez, 2015).

No obstante, a pesar de los numerosos estudios sobre los impactos positivos de la religiosidad y la espiritualidad en la salud, estos términos no siempre están asociados con resultados favorables. Los sobrevivientes de cáncer que reportaron sentir ira hacia Dios presentaron una pobre adaptación a la afección, especialmente si su enfado persistía en el tiempo (Exline, Park, Smyth y Carey, 2011). Mostraron un menor compromiso con comportamientos beneficiosos (Park et al., 2009), síntomas de depresión más severos y ansiedad (Hebert, Zdaniuk, Schulz y Scheier, 2009), y una menor satisfacción con la vida (Hebert et al., 2009).

Asimismo, de acuerdo con los resultados de un estudio desarrollado por González et al. (2014), los conceptos de fe y religiosidad podrían no tener un efecto favorable sobre el bienestar del paciente, especialmente cuando las demandas que percibe exceden los recursos religiosos que este posee. Así, si bien una persona podría utilizar estrategias de afronte religiosas-espirituales para proveerse seguridad emocional y fortaleza durante una crisis, en caso el pronóstico de la enfermedad del paciente decline, este podría experimentar frustración y problemas para rectificar su fe, asumiendo la inexistencia de Dios y arguyendo su incapacidad para escuchar las plegarias y aliviar el sufrimiento que le aqueja a él/ella y a su familia.

Según esta investigación, esto se deriva de la estabilidad que la religión posee como estrategia de afronte, dado que su grado de efectividad está directamente ligado a desenlaces positivos o a la expectativa de recompensa por la angustia del cáncer. En sentido contrario, los autores rescatan el valor del sentido y paz, que transmiten un mensaje de aceptación en la experiencia de sufrimiento, permitiendo a los pacientes conceptualizar el cáncer como una oportunidad y concebirlo como una llamada de atención para recordar el no dar por sentada la vida y poder disfrutarla al máximo (González et al., 2014).

2.6.3 Sentido de vida y búsqueda de significado

El sentido de vida es una necesidad básica del ser humano y la búsqueda de sentido una motivación primaria en las personas. Esto incluye la experiencia individual de cada sujeto, el sentido atribuido a una circunstancia específica y la búsqueda de sentido después de un evento traumático para ayudar a superar las dificultades. El diagnóstico de una enfermedad que amenaza la propia integridad, como es el caso del cáncer, genera una gran tensión que podría transformar la existencia y la mentalidad de las personas de forma permanente (Khurshid, Ehsan, Hasan, Maqsood y Gul, 2018).

En palabras del propio Viktor Frankl (1946/2004), el sentido de vida es un proceso de descubrimiento que implica una respuesta responsable de las personas frente a cada situación que experimentan. Es un concepto inherentemente dinámico y fluctuante que da paso a la verdadera potencialidad humana, haciendo posible percibir las tragedias, enfermedades y fracasos, como si fuesen un triunfo personal e incluso un logro alcanzado. Mischel y Shoda (1995), reconocen tres componentes esenciales de este concepto: (a) es un rasgo que depende de la personalidad de cada uno, (b) es un elemento de naturaleza cognitiva y (c) debido a su subjetividad, difiere de persona a persona.

Una definición más reciente (Breitbart et al., 2010), lo describe como la convicción de que uno está cumpliendo un propósito y un papel únicos en la vida que es un regalo y que implica la responsabilidad de usar el potencial pleno como seres humanos, logrando alcanzar un sentido de paz, plenitud y trascendencia. De acuerdo con este autor, todas las personas tienen un sentido general, consistente en una serie de sistemas orientadores globales, del cual surge a su vez un sentido situacional cuando la gente hace frente a distintos eventos. Para Park (2010), este sentido parece particularmente relevante al combatir experiencias altamente estresantes, tales como el diagnóstico de cáncer.

Así, sufrir de una enfermedad como esta, podría desafiar la perspectiva que una persona mantiene sobre el sentido de su vida, y las investigaciones revelan que esta experiencia podría variar significativamente entre cada sobreviviente. Algunos de los individuos que han superado esta dolencia, reportan una pérdida de este sentido después de haber sido diagnosticados de cáncer, dados los trastornos físicos y el aislamiento social; mientras que otros afirman haber alcanzado un sentido más elevado, debido en parte, a la buena relación entablada con otras personas: familiares, otros pacientes y personal médico y asistencial. En este sentido, se encontró que, a mayores niveles de actividad e interacción social, más alto el sentido subjetivo

encontrado durante la enfermedad (Khurshid et al., 2018). Al respecto, Sherman, Simonton, Latif y Bracy (2010), hallaron que las personas que no demuestran la capacidad de encontrar un sentido positivo para su vida, carecen de motivación hacia metas importantes, están confundidas respecto a su papel en la vida, y se inclinan a la carencia de compromiso y a la pasividad, lo cual evidencia un comportamiento desadaptativo al momento de afrontar circunstancias difíciles. Mencionan también, que el proceso de búsqueda y creación de significado se vuelve vital al enfrentar el dolor, la conmoción psicológica y sufrimiento emocional que son inherentes a la afección. Además, para los pacientes con enfermedades complicadas como el cáncer, el sentido de vida y el significado que tienen sobre sí mismos se van reorganizando en función a la situación que enfrentan.

De este modo, aceptar la condición presente, mantener una vida normal, luchar por lograr metas personales y ganar una mayor espiritualidad, se mencionan como elementos valiosos para conseguir un sentido de vida más pleno (Khurshid et al., 2018). Bajo esta postura, y según un estudio referente a sobrevivientes de cáncer llevado a cabo por Sales, Leite de Almeida, Wakiuchi, Piolli y Oliveira (2014), cuando los pacientes aceptan e interiorizan que ya han vencido esta enfermedad, se dirigen a buscar nuevos horizontes para reconstruir sus vidas y devolver el cariño y dedicación recibidos, cuidando de los otros cercanos y acompañando a quienes experimentan la misma situación existencial que ellos atravesaron. En estos casos, la afección se podría comprender como un factor purificador que le permite a la persona encontrar el verdadero significado de su vida, descubrirse a sí misma, establecer nuevamente sus prioridades y adoptar un estilo diferente para percibir y entender el mundo y la sociedad. El descubrimiento de un sentido de vida genuino, por otro lado, se conceptualiza como un proceso creciente y progresivo que termina por derivarse en una mejor satisfacción con la vida y con uno mismo; facilitando una adaptación más efectiva a los cambios y a los eventos negativos que en un principio fueron percibidos como grandes obstáculos o severas dificultades para ser feliz.

Sobre el momento mismo en el que se recibe el diagnóstico de cáncer, muchas investigaciones han descubierto el deseo por parte de los pacientes de sentirse atendidos, queridos, comprendidos y, principalmente, escuchados al compartir sus angustias y miedos sobre la muerte y el futuro incierto. Posteriormente, una vez iniciado el tratamiento, la quimioterapia aparece como uno de los factores de mayor impacto en las personas debido a sus efectos secundarios y las condiciones que esta implica, que invaden la vida del paciente y lo agotan tanto a nivel físico como psicológico (Sales et al., 2014).

Por otro lado, en cuanto al estado del paciente una vez que la dolencia se estabiliza y se cura, la literatura muestra que las personas continúan manifestando sentimientos intensos hacia la enfermedad, incluyendo el temor a seguir dependiendo de otros y la idea de finitud de su propia vida (Ferreira, Farago, Reis y Funghetto, 2011). Esto se debe a las profundas marcas que deja la dolencia que permanecen unidas a la vida del individuo a manera de un “fantasma”, inclusive una vez culminado el tratamiento y habiendo erradicado toda señal de cáncer en el cuerpo de la persona (Salci y Marcon, 2010). De esta manera, en los controles médicos posteriores, e incluso ante la remota idea de contraer nuevamente la afección, los pacientes experimentan miedo y ansiedad, acompañados de una mezcla de temor e incertidumbre que asocian con una muerte inminente cada vez que se recuerda y revive la enfermedad (Bennion y Molassiotis, 2013).

2.7 Cambios negativos y positivos en pacientes recuperados de cáncer

Muchos sobrevivientes de cáncer experimentan una marcada angustia luego de haber recibido el tratamiento para curarse de la enfermedad (Wu y Harden, 2015), manifestando mayores niveles de ansiedad que la población promedio. Por ejemplo, en un estudio sobre sujetos que se recuperaron por completo de cáncer testicular (Travis et al., 2010), el 19.2% dio positivo para desorden de ansiedad. Similarmente, 24% de la muestra de sobrevivientes de diversos tipos de cáncer, mostró niveles significativos de este desorden (Boyes, Girgis, D’Este y Zucca, 2011).

De acuerdo con una investigación llevada a cabo en el 2014 por White, Reeve, Chen, Stover e Irwin, quienes han padecido de cáncer están expuestos a sufrir de depresión en un porcentaje que varía entre 19.2 y 34.1%. Asimismo, las indagaciones sugieren que los varones poseen mayores probabilidades de deprimirse luego de haber recibido tratamiento quimioterapéutico que las mujeres (Brant, et al., 2011).

Sobre estrés postraumático, algunos estudios como el desarrollado por Smith, Zimmerman, Williams, Preiser y Clipp (2008), indican que el cáncer puede representar una experiencia sumamente estresante que produce síntomas de este trastorno en un porcentaje sustancial de individuos (de 2 a 14%). Algunos de estos efectos son pensamientos intrusivos que dibujan nuevamente la vivencia, activación psicológica repentina frente a estímulos no directamente relacionados con la problemática, hipervigilancia y evitación de escenarios particulares que traen a la memoria elementos que generan tensión y angustia (Alderfer, Navsaria y Kazac, 2009).

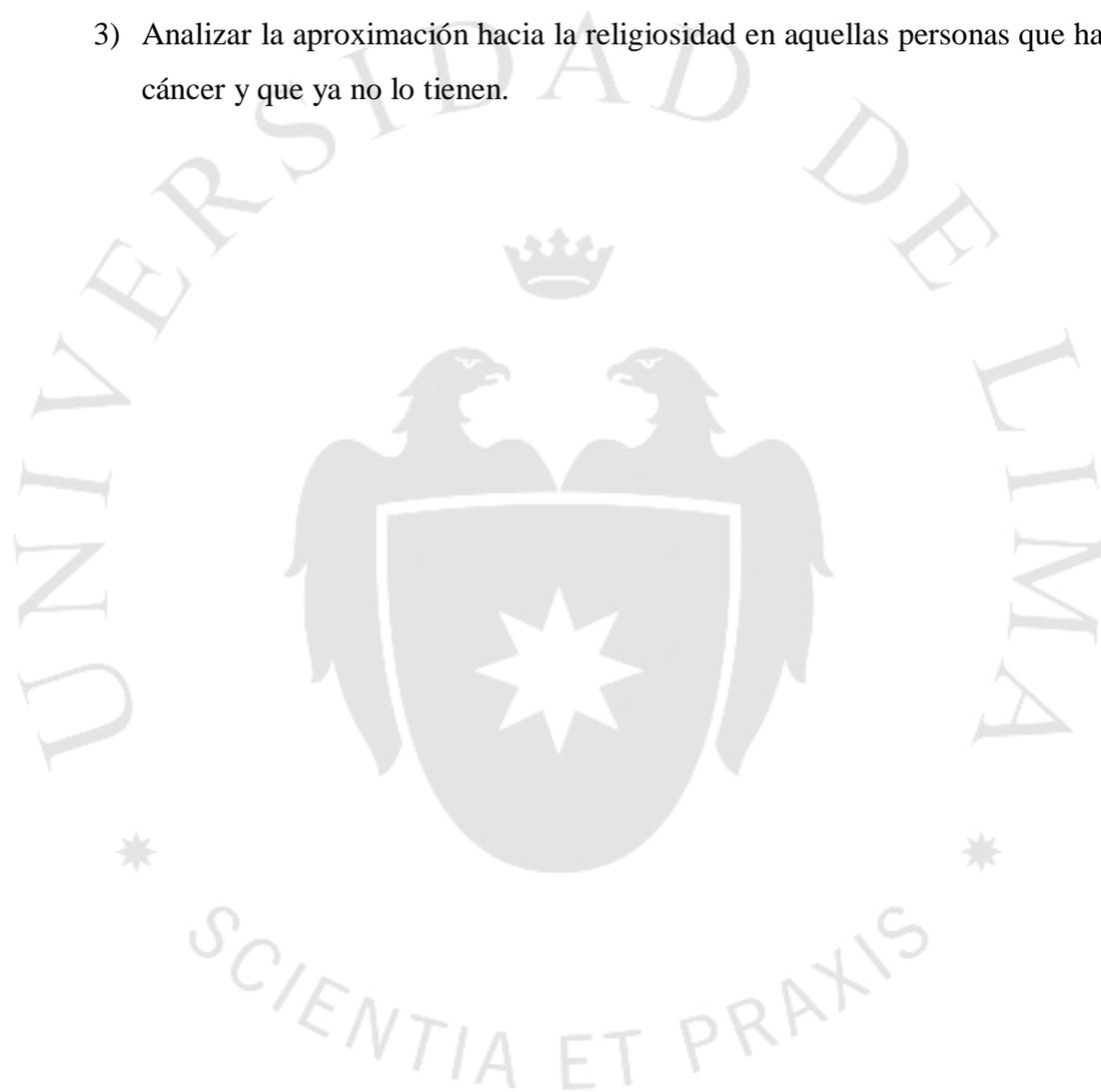
En sentido contrario, algunos sobrevivientes de cáncer comentan ciertos desenlaces positivos de su experiencia (Casellas-Grau, Font y Vives, 2014), entre los cuales destacan: Incremento en su confianza personal, autoconocimiento y compasión; mayor atención a sus relaciones interpersonales y una menor dependencia y necesidad de aprobación (Connerty y Knott, 2013). De hecho, las exploraciones sugieren que la mayoría reporta frutos de su dolencia (Shrinidhi, 2017). Así, en un estudio cualitativo sobre personas sobrevivientes de cáncer colorrectal (Bulkley, et al., 2013), el 60% indicó áreas de crecimiento personal atribuidas a la afección, incluyendo una mayor apreciación de la vida y sentirse empoderado a través de una actitud positiva permanente.

En cuanto al fenómeno de crecimiento postraumático, definido como un cambio positivo en el nivel de funcionamiento de una persona luego de haber experimentado un evento traumático, Sumalla, Ochoa, Gil y Blanco (2009), analizaron el desarrollo personal en pacientes con cáncer hereditario. Los resultados demostraron que, si bien los recursos intrapersonales juegan un papel fundamental para combatir el malestar, el factor contextual (ambiente y personas significativas) también tiene un rol relevante al representar una fuente de soporte y ayuda. Además, elementos como la esperanza de curarse (expectativas positivas), optimismo y estrategias de afrontamiento, se correlacionaron positivamente con la calidad de vida y el ajuste emocional, y negativamente con la depresión y ansiedad.

Por último, se encuentra el concepto adaptación hedónica, entendido como un fenómeno a través del cual las personas se acostumbran a sus nuevas condiciones de vida luego de haber experimentado situaciones favorables o desfavorables, retornando así a su previo estado de bienestar. Implica además una reducción en la respuesta afectiva manifiesta y un cambio en el grado de reacción o disfrute de las mismas (Lyubomirsky, 2011). Los estudios revelan que, a pesar de la magnitud de los factores negativos, las personas tienden a recuperar su sentido de bienestar y suelen focalizar su atención en algún otro elemento positivo que motive y guíe la conducta. La diferencia existente entre las expectativas y lo que finalmente se logra, así como el correcto balance entre vivencias positivas y negativas, permiten mantener los niveles y sensación de felicidad que se derivarán y reflejarán en un mayor bienestar físico y psicológico generales (Coulombe y De la Sablonnière, 2015).

CAPÍTULO III: OBJETIVOS

- 1) Conocer el proceso de adopción de nuevos valores personales en pacientes oncológicos en estado de remisión.
- 2) Comprender aquel nuevo sentido de vida subjetivo que pudo haber surgido como producto de la experiencia de haber padecido de cáncer.
- 3) Analizar la aproximación hacia la religiosidad en aquellas personas que han sufrido de cáncer y que ya no lo tienen.



CAPÍTULO IV: MÉTODO

4.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, ya que pretende ahondar en detalle acerca de la experiencia individual que han tenido las personas que fueron pacientes oncológicos. Asimismo, su alcance es descriptivo porque se pretende examinar, describir y comprender cómo son los valores personales, el sentido de vida y la religiosidad en pacientes sobrevivientes de cáncer (Castaño y Quecedo, 2002). En este sentido, a pesar de que se han efectuado numerosos estudios con personas sufrientes de esta dolencia, existe poca información sobre cómo este elemento tan significativo supone un cambio para su vida; especialmente cuando la enfermedad es superada. Por ello, también se incorpora un estudio exploratorio debido a que la materia de interés ha sido poco revisada desde una perspectiva como esta.

El diseño que corresponde para los objetivos es el fenomenológico, porque se orienta a explorar, describir y entender las experiencias de un grupo específico de informantes con respecto a un fenómeno en especial, para poder descubrir elementos comunes en la vivencia de cada uno (Mendieta, Ramírez y Fuerte, 2015). El objetivo es recoger información sobre cómo son sus valores, creencias religiosas y sentido de vida en este proceso de remisión de la enfermedad.

4.2 Participantes

El grupo de participantes estuvo conformado por varones, porque la incidencia de padecimiento de cáncer es mayor en el sexo masculino (CDC, 2015), y debido a la afinidad de género compartida con el investigador, que facilitó la fluidez de la conversación y la apertura frente a temas personales de elevada susceptibilidad. Además, de entre 20 y 40 años, porque es una edad en la que pudieron haber mantenido más aspiraciones y proyectos a futuro (percibiendo que “tenían toda una vida por delante”). De distintos niveles socioeconómicos, que estuviesen trabajando o cursando estudios superiores (reflejando un adecuado nivel de funcionamiento en su vida cotidiana) y por personas atendidas en Lima Metropolitana en los departamentos oncológicos de una institución médica privada y una estatal, que se encontrasen en estado de remisión total de cualquier tipo de cáncer que haya supuesto una amenaza para su vida. Por el término de remisión total o completa, se entiende la desaparición de todos los signos y síntomas de la enfermedad en los cinco años posteriores (como mínimo) una vez que la persona se ha

curado. En este estado, no se encuentran rastros de cáncer cuando el médico tratante examina al paciente o al llevarse a cabo diversos procedimientos médicos que pueden incluir exámenes de sangre, rayos X, escáner, tomografías computarizadas, biopsias y resonancias magnéticas (INC, 2014).

El tamaño del grupo fue de diez integrantes; cifra que estuvo expuesta a modificaciones hasta que se alcanzó el punto de saturación esperado (Martínez, 2011).

El procedimiento empleado para la selección de las personas fue el no probabilístico intencional de tipo voluntario, puesto que se pretendió encontrar buenos informantes que conociesen profundamente el tema por haberlo vivido en carne propia (criterio establecido) (Salkind, 2008). Además, dadas las dificultades para identificar a los miembros del estudio, se utilizó también el tipo bola de nieve (Morgan, 2008); en el que se les preguntó a quienes ya formaban parte de la investigación, si conocían a otros integrantes que pudiesen brindar más información sobre la materia.

Tabla 4.1

Datos de los informantes

Seudónimo	Edad actual	Edad en el diagnóstico de cáncer	Tipo de cáncer	Tiempo como paciente oncológico	Tipo de tratamiento	Lugar de atención	Tiempo en estado de remisión
Valdi	39	17	Cáncer testicular	8 meses	Quimioterapia y cirugía	Centro asistencial público	21 años
Isael	37	24	Cáncer testicular	7 meses	Quimioterapia y cirugía	Centro asistencial público	13 años
Joy	36	17	Linfoma linfoblástico mediastinal	24 meses	Quimioterapia	Centro asistencial público	17 años
Luigi	26	18	Leucemia	45 días	Quimioterapia y trasplante de médula	Centro asistencial público y clínica en España	8 años
Oswil	35	21	Cáncer testicular	6 meses	Radioterapia	Centro asistencial público	14 años
Pancho	26	13	Linfoma No Hodgkin	4 años	Quimioterapia y cirugía	Centro asistencial público	9 años
Manu	38	17	Leucemia	3 meses	Quimioterapia	Centro asistencial público	21 años
Charlie	31	13	Osteo sarcoma	3 años	Quimioterapia y amputación	Centro asistencial público	15 años
Dachi	30	21	Leucemia promielocítica aguda	3 años	Quimioterapia	Centro asistencial público	6 años
Nick	32	17	Cáncer testicular	No determinado	Quimioterapia y cirugía	Centro asistencial público	No determinado

Nota. La edad promedio de los participantes cuando fueron diagnosticados de cáncer es de 18,8.

4.3 Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de información fue la entrevista semi-estructurada, que consiste en un guión temático sobre materias relevantes que serán revisadas en el transcurso de la conversación. Este método utiliza preguntas abiertas que permiten que el entrevistado exprese su opinión y puedan incorporarse temas emergentes que resulta preciso explorar. En contraste con la entrevista estructurada, que consta de un listado establecido de interrogantes de tipo cerrado que serán respondidas de manera secuencial y dirigida, esta técnica posibilita la formulación de nuevas preguntas a partir de lo que el mismo entrevistado va narrando, viéndose enriquecida de forma constante con datos novedosos. Es una herramienta muy versátil que factibiliza hacer modificaciones conforme transcurre la sesión, incluyendo contenidos que no fueron contemplados en un principio (Vargas, 2012).

Para ello, se utilizó como apoyo una guía de entrevista que fue previamente examinada y validada por expertos en el enfoque cualitativo. Posteriormente, por un psicólogo con diez años de experiencia trabajando con pacientes oncológicos. A partir de esta última revisión, se incluyó tópicos relacionados a la experiencia emocional de las personas durante la enfermedad y a la aproximación que mantuvieron hacia la misma.

Por último, se llevó a cabo una prueba piloto a modo de inmersión inicial para validar los contenidos y la secuencia de la herramienta, así como su grado de efectividad para rescatar y ahondar en los temas de interés para la investigación. Con esto, se concluyó que las materias a explorar serían los siguientes: Enfermedad (descripción de la misma); recuperación y apoyo (tratamiento y recursos personales y sociales); antes y después de la enfermedad (formas de ser y conducirse del paciente); y valores, religiosidad y sentido de vida actuales.

4.4 Procedimiento de recolección de datos

Primero se estableció comunicación con los encargados de un centro para personas con cáncer y de un instituto de atención a pacientes oncológicos para localizar más fácilmente a quienes se hallaban en un estado de remisión total de la enfermedad. En ambos lugares, tanto en el centro como en el instituto, los pacientes recuperados ofrecen su apoyo para realizar estudios que contribuyan a obtener un mayor entendimiento y afronte de la enfermedad.

Posteriormente, se contactó individualmente a cada persona, informándoles sobre la naturaleza e importancia de la investigación y solicitando su colaboración para con la misma, dado que su experiencia suponía un material enriquecedor y sumamente útil para los fines

propuestos. Una vez confirmada su intervención, se les entregó el documento de consentimiento informado y se les explicó el procedimiento a seguir: Entrevistas personales.

Si bien inicialmente se estipuló una duración promedio de sesenta minutos por cada una, el tiempo estuvo sujeto a variaciones de acuerdo a la relevancia de la información brindada (punto de saturación), cuando se agotaron las ideas respecto a los tópicos de interés. Cada una fue grabada en audio y luego transcrita de forma manual para facilitar el proceso de identificación y análisis de información significativa.



CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados presentados a continuación son el producto de las diez entrevistas desarrolladas con varones de entre 20 y 40 años de edad, que fueron tratados de cáncer en Lima Metropolitana y que actualmente se encuentran en estado de remisión de la enfermedad. A partir de la transcripción de estas entrevistas, se llevó a cabo una lectura inicial de los testimonios y se procedió compararlos sistemáticamente, construyéndose categorías y sub subcategorías en función al análisis de las comunicaciones, y elaborándose codificaciones para cada una de las clases que iban surgiendo (Bardin, 1996; Cáceres, 2003). Con esto, se pretendió identificar elementos comunes, detectando semejanzas en la experiencia de los informantes y ahondando en los datos de mayor relevancia.

Este proceso de construcción, pasó por una clasificación metódica, adaptándose a las necesidades del estudio, e involucrando tres principales etapas: extracción del listado de características referidas a un elemento en común, asignación de una denominación abstracta para dichas características, y análisis de las proposiciones que definían y conformaban el concepto para determinar si existía alguna estructura interior (vínculos de inclusión, nexos laterales o encadenamientos) (Pasek, 2006).

Así, se delimitaron las categorías de “valores personales reportados por el ex paciente de cáncer”, “sentido de vida del paciente oncológico recuperado” y “religiosidad en pacientes oncológicos en remisión”. Posteriormente, se incluyó un tema adicional que, si bien no estaba directamente vinculado con el propósito de la investigación, fue subrayado por los mismos participantes y aparece en la bibliografía como un elemento importante al momento de combatir la dolencia (You y Lu, 2014). De esta forma, se elaboró la categoría de “apoyo percibido”, dando un total de cuatro grandes temas subdivididos a su vez en otras subclases que los conforman.

Seguidamente, se muestran uno a uno los temas y las sub temas que parten de las verbalizaciones compartidas por las personas.

Categoría 1: Apoyo percibido

En el análisis de las entrevistas, esta categoría fue mencionada por los informantes como uno de los elementos que mejor contribuyeron a llevar la afección de forma positiva y salir adelante

en medio de las adversidades. Para este caso, surgieron las siguientes tres subcategorías: Apoyo social, apoyo del personal del centro médico y apoyo entre pacientes.

Subcategoría 1.1: Apoyo social

El apoyo por parte de la familia del ex paciente es descrito como un soporte fundamental especialmente al momento de hacerle frente a la enfermedad y durante el tratamiento.

“Lo más importante fue... mi familia me apoyó. Eso fue de los puntos muy fundamentales, de los más importantes, gran apoyo. Mi familia, estuvieron conmigo y me trataron igual por todo ese tiempo” (Isael).

“Yo creo que la familia más que nada. En todo paciente con cáncer, la familia está ahí y brinda su apoyo. Hasta respeta sus decisiones” (Charlie).

Esto confirma los resultados de la investigación desarrollada por Ponce et al. (2009), en la que se establece que el apoyo social genera un efecto protector sobre la salud y un factor que reduce el estrés experimentado por la persona que está padeciendo. Para Isael, esto podría deberse a que su familia constituía un grupo primario caracterizado por un fuerte sentido de pertenencia, soporte incondicional constante y la sensación de pertenecer a una comunidad sólida que mantenía y compartía ciertas conductas tales como: mantener la esperanza y energía en todo momento y sacrificar algunas comodidades en pro del ex paciente (Vivas et al., 2009). Así, surge una marcada empatía producto de identificarse y entender las circunstancias de vida de la persona y debido al vínculo cercano establecido previo a la enfermedad, que también concuerda con los hallazgos del estudio realizado por Pehlivan et al. (2011), en el que se encontró que la familia muestra un sincero compromiso con la condición del paciente, fortaleciendo su ánimo al sentirse respaldado en momentos de profundo dolor, posibilitando el funcionamiento de recursos cognitivos más objetivos y eficaces.

De igual manera, Charlie, a quien se le tuvo que amputar una pierna por el grado de avance de su cáncer, destaca la intención de su familia por respetarlo y brindarle independencia, incluso en circunstancias de debilidad, que normalmente podrían llevar a ofrecer cuidados excesivos y tratar con demasiada fragilidad a la persona por su condición de “incapacidad”. Esto es importante porque pudo haber contribuido a incrementar el sentido de competencia personal de Charlie al transmitirle cierta sensación de control y decisión sobre la situación. En este sentido, se observa que, si bien es común que la familia y demás personas se aproximen con pena y condescendencia al paciente, lo que él busca es que le transmitan fortaleza y que la

vida continúa pese a los obstáculos. En un escenario negativo, abordarlo con mucha delicadeza podría derivarse en reforzar de modo involuntario su autopercepción de vulnerabilidad.

Además, se mencionan las conductas adoptadas por los familiares en señal del apoyo brindado, adoptando el estilo de vida de la persona afectada.

“Comieron conmigo las cosas que yo tuve que comer. También evitaron las gaseosas, las carnes, el ají amarillo, los condimentos... Yo les pedí que canten y cantaban canciones... de alabanzas a Dios y eso me tranquilizaba el cuerpo. Me daba paz, tranquilidad y yo podía dormir y... El apoyo incondicional fue muy... pude salir adelante” (Isael).

Se observan dos de las tres funciones del apoyo social mencionadas por Martín et al. (2003): Función emocional y función instrumental. Sobre la primera, el hecho de que Isael pudiese ver a sus seres queridos luchando su parte de la lucha y percibiendo su colaboración activa, constituyó una razón fundamental que le permitió “levantarse” cuando su fuerza de voluntad se hubiese visto disminuida.

En cuanto a la segunda función, la familia de Isael entonaba cantos religiosos para transmitirle la sensación de “no estás perseverando solo”, acompañándolo física y emocionalmente durante los siete meses de su tratamiento. Esto, coincide con los hallazgos del estudio de Pehlivan et al. (2011), donde se explica que el soporte social hacia los pacientes oncológicos se mantiene con intensidad en los primeros meses de la dolencia. Así, este soporte incondicional fue esencial para darle un giro al pronóstico negativo que el ex paciente tenía, en el que se pensaba que no lograría sobrevivir.

“Mi hermana me iba a visitar siempre y de hecho me sentía menos solo... Me gustaba pasar tiempo con mi hermana. No sé cómo decir su actitud, mindfulness. Hablaba sobre cómo me sentía más que todo” (Pancho).

Con respecto al caso de Pancho, se observa que el soporte brindado por su hermana mayor cumple la función informativa (Martín et al., 2012). Esto, debido a que sus conversaciones actúan como catarsis que le permitieron sentirse más aliviado por el simple hecho de poder compartir lo que pensaba y le preocupaba. Este diálogo permitió liberar estrés y evitar que Pancho se sintiera solo; elemento que podría haber resultado contraproducente para recuperarse de la enfermedad (Waldinger, 2015). También, se encuentra una relación con la teoría de Dolbier y Steinhardt (2010), en la que se describe la postura cualitativa funcional como aquella que prioriza la presencia de relaciones cercanas y cálidas. De esta forma, resultó muy

significativa desde la mirada y experiencia de Pancho, al punto que la califica como la más importante durante su tratamiento y recuperación.

En sentido contrario, se encontró una percepción negativa hacia el apoyo recibido durante la parte inicial del tratamiento, debido a la imagen de fragilidad y dependencia que la persona creía transmitir a su familia.

“En el caso mío, me molestaba. Que venga la familia, me molestaba que vengan los amigos, la gente me visite y yo estando mal... Me decían ‘te vas a sanar, confía en Dios’... Entonces, yo me fastidiaba porque decía ‘es fácil hablarlo, pero pasarlo no es lo mismo’” (Nick).

Sobre la experiencia de Nick, adolescente de 17 de años, se aprecia incomodidad en las primeras fases del tratamiento al ser observado por su familia en una situación de debilidad, que se contrapone a la literatura revisada donde se establece que el soporte familiar suele representar una fuente esencial de apoyo y compañía para los pacientes (Su et al., 2017). Asimismo, se cree que este fastidio se pudo haber intensificado por el tipo de cáncer padecido (cáncer testicular), en la que su representación y concepto de masculinidad se vieron afectados, generando inseguridad e incluso vergüenza frente a los demás. Esto podría deberse a que, antes de la enfermedad, Nick era un joven que intentaba proyectar una impresión de reciedumbre y firmeza sobre la cual fue construyendo su imagen personal ideal; imagen que logró instaurar en la dinámica de la interacción social mantenida con sus pares, familia y amigos. No obstante, esta figura se vio afectada una vez que contrajo la dolencia, viéndose expuesto a mostrar una parte suya que había procurado esconder, pero que ahora se hacía más evidente. Sin embargo, su mentalidad fue cambiando progresivamente al percibir que las intenciones de su familia eran sinceras y tenían como único motivo ayudarlo.

Asimismo, se subraya la importancia de ser transparente al momento de expresar las emociones y pensamientos que se tienen sobre el estado de la persona.

“Por eso me lo guardaba, se lo decía a mi hermana. Como que un poco más honesta, que la situación le llegue al pincho y que lllore al frente mío y me diga ‘no estoy llorando... Me molesta que te hayas enfermado’. Me molesta que mi mamá nunca me haya dicho eso.”

(Pancho).

Lo más valioso para Pancho fue sentirse escuchado (Martin et al., 2013). Valora la transparencia y la honestidad, mostrando interés por conocer la opinión del resto respecto a su dolencia, incluso cuando esta podría suponer un fuerte impacto o una queja sobre el tema. Esto, podría deberse a la falsa seguridad que se busca transmitir al aparentar que todo está bien,

cuando la realidad es que la persona es capaz de percibir el “engaño” y podría experimentar tristeza o decepción al sentir que sus seres más cercanos no son capaces de confiar en su propia entereza para recibir sus palabras duras, pero sinceras. Se cree que este papel de comunicar en forma directa lo que uno siente y piensa, también puede ser asumido por el personal del centro médico, pero resulta más importante si proviene de la misma familia, que representa una fuente de apoyo más importante.

Subtema 1.2: Apoyo del personal del centro médico

En cuanto al soporte brindado por el personal del centro médico, se rescata la importancia de la atención y la compañía brindados por cada una de las personas con quienes interactuaban.

“Cosas tan simples como... ayudarte con el agua, con las medias, con los zapatos. Hasta los de limpieza... los técnicos, las técnicas, jugábamos cartas a veces... Sabiendo que podían llamarles la atención...” (Manu).

Se observa un trato muy humano de parte del personal técnico y de limpieza, quienes empatizaron rápidamente con la circunstancia de fragilidad que el paciente estaba viviendo; que podría deberse a una profunda sensibilización producto de estar en contacto permanente con una realidad dolorosa a la que muchos niños, jóvenes y adultos se ven expuestos; que a su vez pudo haberse reforzado por sus propias experiencias de vida y su formación en ciencias humanas. Así, por más mínimo o simple que hayan sido estos detalles para con la persona, se valoran mucho al percibir su intención genuina por atenderlos y esforzarse para que se sientan mejor; más aun siendo conscientes de las limitaciones y escasos recursos que tenían.

Se menciona también la relación de cercanía y amistad construida con los médicos, producto de haber prestado su compromiso y tiempo para cuidar, tratar y colaborar en la recuperación de los ex pacientes.

“También puedo decir que la amistad que llevo con el doctor... Ya no lo veo como el doctor, sino como un amigo... va a tu cuarto, se sienta contigo, sonrío, te bromea, te habla... y también estuvo ahí pendiente de mí, y me dio la fuerza para poder salir adelante...” (Isael).

“No es una amistad de... de colegas, pero es... es un respeto y una amistad de... de entre el profesional que es el doctor y el paciente. Es un... Me siento muy contento... he... de haber podido tener esa pequeña relación con los doctores y con las enfermeras...” (Luigi).

Las verbalizaciones de Isael y Luigi se enlazan con lo postulado por Best et al. (2013), donde se afirma que la importancia del soporte de los médicos se fortalece en función a la cercanía de la relación paciente-profesional de la salud, derivándose en una mayor satisfacción con el tratamiento y mejorar calidad de vida del paciente. En este aspecto, se mantiene la creencia que, dado que los médicos oncológicos son profesionales bien preparados en temas de salud, se infiere que sus comentarios sobre el avance positivo de la enfermedad fueron especialmente relevantes y alentadores, exhortando a las personas a adherirse voluntariamente a sus indicaciones y recomendaciones. Asimismo, esta idea de confianza se robustece al percibirlos como figuras significativas que les permiten hablar de su enfermedad solo cuando se sienten preparadas, expresar sus sentimientos y temores, mantenerse activas de forma saludable y no culparse por su situación de sufrimiento (NCI, 2018); oponiéndose a los desórdenes de ansiedad y depresión que aparecen cuando la persona se siente sola y abandonada durante el tratamiento (Mental Health Foundation, 2018).

Por otro lado, se cree que este proceso de adaptación al cáncer pudo haberse visto facilitado con la presencia de un psicooncólogo en el tránsito hacia un mejor estado de salud; especialmente en los casos más críticos y complicados. Así, si bien los informantes no han referido esta clase de apoyo como representativo, ya que casi no ha sido mencionado en las entrevistas, la literatura revisada (Scharf, 2005) explica que su oportuna intervención resulta en una mejor atención de las necesidades sociales y psicológicas, estrategias de afrontamiento más sólidas y una mejora en la capacidad de ajuste de la persona.

Por otro lado, se subraya el cariño hacia las enfermeras y su rol primordial al dialogar y dar ánimos a los pacientes, preocupándose por mantenerlos de buen humor y por transmitirles tranquilidad.

“En el hospital también tuve bastante confianza con las enfermeras... Siempre me conversaban, me hablaban, me daban aliento. O sea, llegar al hospital y que tengas esa confianza de que sean como tu familia, que te saluden, de que te traten bien, que siempre estén alegres en un estado de humor, como que sí te levantaba el ánimo...” (Dachi).

Con el comentario de Dachi, internado a los 21 años durante casi 36 meses, se pone en evidencia la profunda valoración del paciente hacia el trato y disposición mostrado por las enfermeras, que se vincula con la investigación de Cohen et al. (2010), en la que se explica la fuerte conexión que estas entablan con la persona sufriendo, adoptando los roles de cuidador, consejero y soporte emocional.

En un escenario como este, en el cual la familia del paciente tiene visitas restringidas de un tiempo máximo de 15 o 30 minutos, las enfermeras aparecen como una fuente de apoyo más permanente y estable, entregando un trato individualizado y ayudándolos a encontrarle un sentido al malestar que atraviesan (Cohen et al., 2010). A partir de ello, se cree que nace un afecto especial hacia ellas por percibir que van más allá de lo que su papel profesional de enfermeras les exigía. Se aprecia en ellas una actitud altruista al escuchar y acoger el sufrimiento, dejando de lado la carga emocional y elevados niveles de estrés y ansiedad que esto podría acarrear.

Sobre el soporte de las voluntarias que acompañan a los pacientes, se rescata su atención y presencia en momentos cruciales de la enfermedad.

“No, tuve bastante apoyo de las voluntarias del centro. En verdad, las voluntarias... eran voluntarias y también se hicieron mis amigas y tengo comunicación con ellas hasta ahora”

(Joy).

“Las voluntarias. Todo me explicaban muy bien. Me daban palabras de aliento. ‘Todo va a salir bien’, ‘vas a estar bien’. Yo creo que las voluntarias han jugado un papel muy importante. Te decían palabras de aliento, te... te trataban con tolerancia, ¿no?” (Oswil).

Las voluntarias del hospital aparecen como una de las principales bases de soporte emocional para el paciente, mostrándose cercanas, motivándolo para que siga luchando y creando un ambiente de aceptación para que se sienta como en su propia casa; que coincide con los resultados del estudio de Lorhan et al. (2014), donde se destaca el rol que cumplen los voluntarios para mejorar la experiencia de enfermedad de la persona, reducir sus niveles de aislamiento y generar un vínculo de confianza donde existe libertad para compartir angustias e inquietudes. Así, se sostiene que esto podría deberse a que los pacientes perciben que ellos les entregan libremente su tiempo (sin estar sujetos a un compromiso médico), mostrándose disponibles permanentemente y ofreciéndoles una respuesta y cuidado oportunos en el mismo momento en que se requiere.

En las entrevistas realizadas, los voluntarios desempeñan un papel de contención emocional para proteger al paciente de sentirse desbordado por sus propias preocupaciones y pensamientos negativos asociados a la dolencia y al futuro, complementando el trato y soporte impartido por el personal médico. Se especula que, especialmente en los casos de escasez de apoyo familiar, esta ayuda resulta crucial al actuar como receptor y depósito de miedos que, de

no haber sido compartidos, habrían complicado la situación psicológica de los pacientes de modo innecesario.

Subtema 1.3: Apoyo entre pacientes

Con respecto al soporte brindado por los otros pacientes, se observa una relación solidaria y cercana asociada a sentirse identificado con el sufrimiento de los demás. Este vínculo les permite vivir satisfechos a pesar de su delicado estado de salud.

“Era muy bonito el salón porque nos dábamos ánimos todos. Al que decaía le decíamos todos ‘vamos, tú puedes, más adelante vamos a triunfar’. Nos proyectábamos hacia... ‘Más adelante, que de aquí a unos años vamos a venir, vamos a encontrarnos, vamos a salir y vamos a decir ¿te acuerdas de eso y de esto?’” (Isael).

“Ya no veías la enfermedad, veías una junta de amigos. Y había como una comunidad porque venía uno manco, lo conocías, lo incluías al grupo, lo vacilabas, se iban contentos. Yo pienso que eso influyó bastante en el tema como paciente que, al margen de que si te sanes o no te sanes, pienso que por lo menos tienes calidad de vida” (Nick).

Analizando estas verbalizaciones, se aprecia la importancia fundamental de establecer vínculos con personas que también sufren de cáncer, dado que esto facilita el afronte de la enfermedad al percibir la presencia de “compañeros de un mismo combate” que entienden perfectamente la situación de dolor. En la línea de la investigación realizada por Pandey (2018), donde se explica que los grupos de apoyo fortalecen las estrategias individuales de afrontamiento, los pacientes adoptan una nueva perspectiva para conceptualizar la enfermedad y manejar mejor el dolor. En este aspecto, se observa que el construir planes a futuro funciona como incentivo para fortalecer la voluntad de lucha y transmitir energía a los demás; permitiendo adoptar las posturas provechosas de los demás y aplicarlas a su propia realidad.

Por otro lado, tomando los comentarios de Nick, se advierte la presencia de una marcada proximidad que los llevó a conformar un segundo grupo primario (Vivas et al., 2009), caracterizado por una fuerte sinergia grupal, un sentido de confraternidad y el buen humor como un medio para disfrutar su estancia en el centro médico. Este último ingrediente cobra vital importancia al actuar como liberador de estrés y al ayudar al paciente a mantenerse enfocado en temas más relevantes (no solo mirar la enfermedad) que incrementen su calidad de vida y le generen satisfacción y bienestar. Se sostiene que este sentido de pertenencia nace en la identificación con el sufrimiento de los demás y la cercanía en la edad de los pacientes,

favoreciendo la experiencia de emociones positivas y colaborando con el proceso de recuperación (Vecina, 2006).

Tema 2: Valores personales reportados por el ex paciente de cáncer

En la lectura y relectura de las entrevistas, aparecieron de forma muy frecuente valores vinculados con la ayuda hacia los demás y la madurez personal.

Esta categoría será descrita en función a las subcategorías de valores orientados hacia uno mismo y valores orientados hacia los demás.

Subtema 2.1: Valores orientados hacia uno mismo

En cuanto a esta subcategoría, se comenta que, a raíz de la enfermedad, la persona empieza a tomar mayor conciencia sobre el cuidado y atención que su vida y su salud requieren.

“Antes me tomaba las cosas a la ligera. Había ocasiones en que salía, no me cuidaba y después de eso tomé más sentido de... Bueno, que la vida es una sola y hay que cuidarse.

Contraer algún tipo de enfermedad o arriesgarnos nosotros” (Valdi).

“Antes de enfermarme yo vivía prácticamente una vida ... Me gustaban bastante las fiestas, divertirse... y no pensaba casi en... en un futuro... estable. Por ejemplo, en estudiar... en pensar en mí... en mi salud” (Dachi).

En el caso de Valdi, y tomando a Schwartz (2013), se observa que la persona hace un insight sobre sí misma y delimita las cuestiones que para ella son significativas y constituyen una prioridad. En su condición actual de esposo y padre de familia, decide no seguir viviendo solo en función a sus intereses y necesidades, sino que ahora (de forma más prominente que antes, según lo que él refiere) su esposa e hijo son su principal fundamento y motivación, esforzándose más por transmitir la imagen de un adulto responsable y maduro, que represente un modelo adecuado de lucha, sacrificio y persistencia para su pareja e hijo. Además, su concepto de disfrutar la vida adopta una perspectiva más de mediano y largo plazo, en lugar de solo responder a un deseo repentino que le traerá satisfacción inmediata.

Para Dachi, previo a la dolencia se aprecia una conducta sin responsabilidades y orientada a la búsqueda permanente de euforia y placer. Pese a ser un joven de 21 años, no existe ninguna planificación a futuro; que podría explicarse en su carencia de contacto con la cruda y difícil realidad de otras personas, así como en la situación de comodidad que vivía en

aquel entonces, habiéndose malacostumbrado a recibir sin esfuerzo todo lo que quería y necesitaba. Así, se cree que se experimentaba ajeno al trabajo y dolor que son inherentes a la condición humana, que podrían haberle permitido desarrollar un criterio más juicioso sobre la vida y cuestionar si su forma de vivir y comportarse iba en la misma línea de lo que quería lograr más adelante. Sin embargo, una vez curado comienza a edificar proyectos más sólidos, asumiendo una postura más objetiva de su existencia y optando por poner su salud en primera plana.

También, se adopta una nueva perspectiva y valoración hacia las cosas que uno hace y tiene, y que pudo haber perdido producto de la afección.

“En valorar las cosas que uno tiene porque no le tomamos importancia, pero eso sí, ¿no? Tomar valoración de lo que uno tiene a su lado, ¿no? Que estuvo a punto de perder cuando estuve delicado” (Isael).

“O sea, sí soy un poco más... consciente que... en cualquier momento... Bueno, soy más consciente de que uno no tiene la vida comprada, de eso” (Charlie).

Es natural proyectarse hacia el futuro y esperar que las cosas sucedan según fueron pensadas, así como estar acostumbrados a tener ciertas condiciones y bienes materiales, salud, amistades y una familia. No obstante, frente a la experiencia de haber podido perderlo todo, surge en Isael y Charlie una mayor conciencia y agradecimiento hacia las oportunidades que han recibido, adoptando una nueva mirada sobre sí mismos y sobre cómo utilizar el tiempo disponible de forma responsable y provechosa. Nuevamente en la línea de Schwartz (2013), se observa que ambos informantes se aproximan a la realidad de un modo más sensato, considerando a las personas, eventos y bienes materiales en función a su verdadero valor.

Por otro lado, antes de la enfermedad los informantes mostraban una mayor preocupación hacia temas triviales relacionados con la apariencia física, el dinero y llamar la atención de los demás.

“Para mí la vida era ‘lo mío, lo mío y lo mío’. Pensaba mucho más en el sentido de que hay que comprarme ropa, y esta ropa de marca, o cosas buenas, y cosas así. Cuando ya me enfermo, me da poco o igual si me compran el esto... Lo que quería era sanarme y retomar mi vida...” (Luigi).

“Bueno, antes de tener la enfermedad, yo era bastante superficial. El tema del dinero, el tema de lo material es algo que a mí ya no me quita el sueño... Si yo me veo bien o mal, o

físicamente sea guapo o sea feo, o me falte un pie o una mano, creo que yo sigo siendo la misma persona, por lo que soy...” (Nick).

Luigi y Nick manifestaban interés por transmitir una imagen banal y sesgada, buscando ser el centro de atención y preocupándose por ser percibidos como jóvenes interesantes; que podría ser esperable dada la edad que tenían en ese entonces (18 y 17 años respectivamente) y la etapa de vida que estaban atravesando (mitad de la secundaria y recién egresado del colegio). Durante el tratamiento y una vez recuperados, asumen una forma de ser y comportarse más sencilla y auténtica, donde el guardar las apariencias ya no supone una preocupación, y donde la sencillez y la verdad sobre uno mismo pasan a constituir valores de orden superior que orientan el proceder de sus acciones, fundamentan sus decisiones y dirigen su pensamiento (Montuschi, 2008). Se produce una reestructuración en su forma de pensar y una reorganización en sus prioridades; meditando sobre la falsa satisfacción y seguridad del vivir de apariencias y actuar erróneamente mintiéndose y “engañando” a los demás.

Asimismo, antes de padecer la dolencia, se comentan dificultades para vincularse con personas de estratos socioeconómicos más bajos; situación que cambió cuando el ex paciente estuvo internado.

“El Israel de antes era una persona que no podía estar relacionándose con personas... de una condición más humilde que la mía. Al llegar ahí y estar ahí y ver a todos... Ahí no importaba la clase social. Desde el que tenía más al que tenía menos. Éramos iguales porque teníamos la misma enfermedad” (Israel).

Antes de sufrir de cáncer, Israel mostraba un claro sentido de superioridad sobre las personas de un estrato social más humilde o sobre quienes consideraba como menos importantes. Sin embargo, esto se invierte al establecer contacto directo con otros pacientes, experimentando la frágil realidad de su propia naturaleza y enfocándose en aquello que comparte y le permite unirse más profundamente a los otros. Frente al temor genuino de perder la vida, ya no hay espacio para preocupaciones superfluas; que podría confirmarse con el concepto de auto actualización comentado en el estudio de Tripathi (2018), quien tomando como referencia la teoría de necesidades de Maslow, explica que esta puede actuar como un instrumento para despertar en las personas el deseo de permanecer saludables y alcanzar una mejor calidad de vida, convirtiéndose y mejorando de forma constante, y asignándole un nuevo sentido a su vida respecto a lo que realmente creen es importante. Así, en el centro médico, el informante cayó en la cuenta que todos eran seres humanos con las mismas condiciones fundamentales y a todos los unía elemento importante: luchar y esforzarse por vencer el cáncer.

Israel, toma la firme decisión de vivir de modo sobrio y discreto, abandonando estereotipos y esquemas mentales injustificados, y dejando de lado sus máscaras pasadas que ahora son percibidas como algo indeseable (Ferrater, 1995).

Subtema 2.2: Valores orientados hacia los demás

Con respecto a la sociabilidad, antes de la enfermedad los informantes se caracterizaban por ser personas más tímidas y reservadas, mostrando preferencia por permanecer en solitario y mantenerse aislados del contacto social.

“Me gustaba jugar solo, vivir en mi mundo. Antes de la enfermedad. Después me volví más sociable... Empecé a tener más amigos en el colegio. Como que me di cuenta que era más apoyo... Ahora soy más extrovertido” (Pancho).

“No me acercaba mucho a las personas, era una persona muy tímida... No hablaba así nomás, no me relacionaba mucho. O sea, sí era poco de tener nuevos amigos, pero así que de estar en un salón grande y decir ‘hola, ¿qué tal...?’ No. Sí, aprendí a relacionarme... conversar con las personas...” (Israel).

Tomando en consideración que Pancho era una persona que tendía a la introversión, y que trató su enfermedad en una clínica privada en la que estuvo aislado en una habitación, pudo haber experimentado la carencia y necesidad de contacto con otras personas similares que lo acompañen y aconsejen. Si bien el contacto que mantuvo con su familia fue relevante, se cree que hizo falta la presencia de amigos y pares, más cercanos en edad e intereses, con quienes conversar de su situación de malestar y poder expresar todo lo que tenía guardado y no se sentía cómodo de compartir con otros. De este modo, y en concordancia con el valor de seguridad descrito por Schwartz (2013), no se trata solo del apoyo explícito mostrado, sino que su sola presencia le brindan la tranquilidad al saberse respaldado permanentemente.

Sobre Israel, que estuvo internado en un centro médico junto con otros pacientes, se percató de los enormes beneficios que trae el entablar relaciones sociales de calidad, que se vincula con lo postulado por Cohen (2004), quien explica que uno de los aspectos esenciales que contribuyen al bienestar de las personas en situaciones de crisis es la integración social. Este término, puede ser entendido como la participación de la persona en diferentes tipos de relaciones sociales que incluyen intimidad, emociones intensas y el sentirse parte de una familia, una asociación o una amistad; confiriendo un efecto protector contra conductas desadaptativas y efectos negativos sobre la salud. El participante se dio cuenta del nivel de

confianza que era capaz de construir y aprendió a vincularse con los demás pacientes del hospital; aprendizaje que luego transfirió a situaciones externas al centro médico.

Tomando la definición de Wilson y DuFrene (2009), donde establece que los valores se refuerzan continua y dinámicamente a través de la experiencia, se observa que tanto Pancho como Isael (uno de forma casi independiente y otro en el vínculo construido con los otros), desarrollan un interés y capacidad para entablar nuevo contacto social. El primero, en función a la escasez de soporte de parte de jóvenes semejantes, y el segundo a partir de la identificación de la sociabilidad como un elemento valioso y eficiente para combatir la dolencia y vivir de manera más satisfactoria.

También, se aprecia una diferencia en la percepción que los participantes tienen sobre las necesidades de los demás, especialmente en aquellos que en la actualidad padecen de cáncer.

“He cambiado totalmente. Ahora estoy mucho más pendiente de las personas que tengan algún tipo de enfermedad. O tratando de motivarlos... para que sigan en su lucha... Sinceramente, de lo que no era muy pendiente de los problemas de los demás, es que trato de ayudar a todas las personas” (Luigi).

“Prácticamente me preocupo bastante de los demás... Me gusta ayudar a los demás, a personas que también están pasando por esto... Pues les comparto mi experiencia, les doy métodos... con los cuáles yo pude superarlo...” (Dachi).

La enfermedad también llevó a desarrollar un fuerte sentido de solidaridad frente a las necesidades del resto. Si bien a partir de esta situación surge en ellos un deseo natural por ayudar a los demás, se sostiene que podrían experimentar una especie de deber o misión por devolver el bien que recibieron, especialmente con quienes ahora padecen de alguna afección o están atravesando momentos de dificultad. Con esta premisa, se podría dar sustento a la definición de valores de Wilson y DuFrene (2009), que los describe más como un camino a seguir que marca la pauta y señala la opción correcta, que como un lugar de destino al cual alguien desea llegar.

Así, por más pequeño e irrelevante que en primera instancia pueda parecer la colaboración, lo que de verdad importa es la intención de ayudar, que no necesariamente se traduce en una ayuda material o económica. Ya no se trata de solo ser el receptor de consejos y diálogos, sino de advertir en los demás una disposición abierta por cooperar, dotando a la persona de una red de soporte más amplia y enriquecedora.

Sobre la capacidad para comprender la situación de otra persona, los informantes mencionan que esta se desarrolla al percatarse del sufrimiento y circunstancias de los demás pacientes.

“Yo era una persona así tipo egoísta, que pensaba en mí mismo, pero ahora cuando ya pasé eso, vi también que hay mucha gente sufriendo y me ablandó el corazón... y me ablandó el corazón, me hizo un mejor joven...” (Joy).

“Yo, al ver que algunas personas que entraban al hospital eran de condición humilde... no tenían para comprarse ni la medicación o algo... En algún momento se le acababa el SIS. Ver la realidad cruda que vivía el país y yo estaba en mi casa sentado, viendo televisión... Y empiezo a cambiar un poco la forma de pensar. Dejar de ser el chico de su burbuja...” (Luigi).

La empatía, definida por la Real Academia Española como la capacidad para identificarse con alguien y compartir sus sentimientos, es uno de los valores mejor desarrollados por los ex pacientes oncológicos y se relacionan con la dimensión de autotranscendencia explicada por Schwartz (2013). Este autor, comenta que, si bien todos los seres humanos presentan ciertos valores, cada uno le asigna una importancia diferente que finalmente constituirá un sistema de prioridad de valores distinto. En las entrevistas revisadas, priman en su mayoría los valores orientados al bienestar y salud de los demás.

Con respecto a Joy, desarrolla la habilidad de comprender la realidad de los demás, especialmente cuando son personas que él conoce y estima. Esto sucede porque el sufrimiento en estas circunstancias se hace como más propio al mantener contacto directo con la persona afectada, dado que esto genera sentimientos más profundos de tristeza y preocupación. Ahora, Joy es capaz de extrapolar su experiencia y hacer una analogía entre su aflicción y la de sus compañeros, con la que actualmente atraviesan otras personas. En este sentido, el hecho de haber vivido en primera persona circunstancias de marcada vulnerabilidad, podría derivarse en una falta de entendimiento y compromiso con quienes actualmente sí lo están viviendo.

En cuanto a Luigi, se observa que parte de su proceso de ganar empatía se vincula con la situación de algunos amigos pacientes, quienes además de estar expuestos a la incertidumbre propia de la misma enfermedad, no contaban con los medios económicos para costear el tratamiento. Esta situación de desesperación en los otros, supuso para Luigi “chocarse contra una pared” al hacerse consciente de la dura realidad que se vive en el país; que lo llevó a hacer

un insight para identificar mejor todos sus recursos, dándose cuenta que vivía en una posición privilegiada al compararse con la precariedad de los demás.

Tema 3: Religiosidad en pacientes oncológicos en remisión

En las entrevistas realizadas, la religiosidad fue subrayada como un elemento que permitió llevar mejor la enfermedad. También, algunos informantes refirieron que no hubo cambios en su vida religiosa, mientras que otros se alejaron de Dios por el sufrimiento injusto que muchos pacientes oncológicos padecen.

La categoría de religiosidad será descrita en función a dos subcategorías: Relación y cercanía con Dios, y distanciamiento de Dios.

Subtema 3.1: Relación y cercanía con Dios

En esta sección se muestra que, si bien la persona mantenía cierta relación con Dios antes de la enfermedad, se produjo un acercamiento mayor producto de haber depositado en Él su confianza para curarse.

“Yo desde pequeño soy evangélico, pero... tuve una experiencia distinta con Dios... Mi fe mi fe creció, se agigantó. Puedo creer más en Dios por lo que hizo en mí y... como una vez en mis oraciones le dije ‘demuéstrame que eres real, que tú puedes sanar...’. Me lo demostró haciéndome recuperarme...” (Isael).

Isael, comparte haber tenido una experiencia de Dios mucho más personal, descubriéndolo como un ser benevolente que se compadeció de él en un encuentro íntimo que tiene lugar durante la afección. De esta manera, y en concordancia con lo postulado por Gonzalez et al. (2014), las estrategias de afronte religioso-espirituales en casos de enfermedad son efectivas en la medida que los resultados de la misma sean favorables, permitiendo corroborar la existencia de un ser superior que constantemente vela por el bienestar de la gente. En este caso, dada la metástasis que presentó la persona, y frente al diagnóstico de muerte inminente, su creencia se intensificó debido a que la única explicación que él encuentra para su recuperación son la seguridad y fe inamovibles mostrados. Este elemento, junto con los cantos de alabanza entonados por su familia (mencionados en el subtema de apoyo percibido), pudieron haber contribuido con su estado de salud a través de dos principales formas: Autorregulación comportamental (mantención de conductas saludables, como el evitar cierto tipo de comidas o tomar los remedios sugeridos sugerencias por los médicos) y autorregulación

emocional (dado que los rezos y fe mostrados por Isael pudieron traerle paz, esperanza y amor) (Jim et al., 2015).

“Bueno, cuando estaba internado, me refugié bastante en Dios. Empecé a reflexionar... ‘Dios ayúdame, sabes que si salgo de esta, voy a dedicar... un poco más de tiempo hacia ti’. Y empecé a sentir eso. Ya cuando salí, empecé a... No me olvidé de eso. Empecé a tratar de meterme más en la iglesia...” (Dachi).

En cuanto a Dachi, se observa un vínculo más cercano con Dios que parte de la convicción de que sus plegarias fueron escuchadas. El ex paciente, atribuye su sanación a una intervención divina que lo socorrió cuando se encontraban en una situación muy delicada, descubriendo consuelo y seguridad al creer que su afección ya no dependía solamente de factores biológicos o del destino, sino que estaba en las manos de su padre celestial. Asimismo, la promesa que hizo y que se mantiene hasta la actualidad, implica una renuncia a todo camino equivocado, viéndose plasmada en un compromiso concreto de participar, asistir y dar a conocer la iglesia católica

Esta información, tanto para Isael como para Dachi, se confirma en el estudio desarrollado por Meisenhelder y Marcum (2009), donde se afirma que las estrategias religiosas de afrontamiento ayudan a combatir afecciones crónicas, resultando en un mayor bienestar psicológico, menores niveles de ansiedad y una mejor calidad de vida. De este modo, estos eventos no solo supusieron una conversión momentánea y un cambio pasajero en su forma de aproximarse a Dios, sino que adoptaron una perspectiva que incorpora lo religioso como parte fundamental y pilar constituyente de sus vidas; proveyéndolos de recursos conductuales y emocionales autorregulados. Cabe destacar que los dos informantes ya tenían una vida de fe previo a contraer la enfermedad, lo que podría explicar por qué utilizaron la religión como una herramienta complementaria para lidiar con la incertidumbre sobre su futuro. Asimismo, dado que este crecimiento en su vida religiosa y espiritual se mide de forma retrospectiva en función a los comentarios del mismo paciente, existe la posibilidad que esta percepción de cambio se deba más a una denigración de su relación con Dios antes de la enfermedad, que a un verdadero crecimiento en la religiosidad y espiritualidad de los participantes (Jim et al., 2015).

También, se distingue un acercamiento más grande hacia Dios, pero vinculado con la presencia de una fuerza superior que los cuida y protege.

“Casualmente mi madre siempre me dejó experimentar todas las religiones... pero de que creo en algo superior, sí. Definitivamente sí... La intensifiqué más. Sentir que hay algo fuerte,

sentir que hay algo más allá... Lo que pasa es que, el tema, es que no estás solo. Sí, como que alguien que me cuida” (Manu).

En contraste con las verbalizaciones de Isael y Dachi, que afirman que se recuperaron primordialmente con la ayuda de Dios, Manu se limita a sostener la presencia de un ser divino que lo acompañó en todos los momentos de precariedad. Nunca se le asignó un papel protagónico en su proceso de sanación, pero se lo concibió como un fiel amigo que hizo que el camino del tratamiento fuese más llevadero. En otras palabras, si bien no se le atribuye la razón fundamental por la cual se curó, su mera presencia contribuyó a fortalecerlo a nivel emocional y psicológico.

Igualmente, se observa una idea de Dios asociada a su rol de guardián y compañero, y una fe descrita en función al primer factor de religiosidad establecido por Baier (2013): frecuencia de rezos. Así, a diferencia de lo que menciona este autor, donde dispone que este término solo se comprende al considerar sus otros dos componentes, Manu comenta que su vida religiosa gira básicamente en torno a su creencia sobre la existencia de un ente celestial, pero que no va de la mano con acciones específicas que permitan llevar a la práctica esta convicción.

De igual modo, se produjo una mayor proximidad hacia Dios, pero a raíz de las circunstancias de debilidad y fragilidad en las que se encontraba la persona.

“Eso ha hecho que me acerque a Dios... pero también estaba consciente de que no era yo, era mi miedo, mi temor. De acercarme a... a Dios justo cuando estoy en... en aprietos. Y por eso he tratado siempre de acercarme a Dios, pero no en sentido del temor, sino... cuando yo estaba libre de la enfermedad... (Oswil).

En el caso de Oswil, en un inicio su vínculo con Dios estuvo determinado por el miedo que experimentaba, generando cierta culpabilidad por buscarlo solo por conveniencia. Estos datos, guardan relación con los hallazgos del estudio de Johannessen-Henry et al. (2013), donde se encontró que un mayor bienestar espiritual y religioso facilitan el proceso de adaptación a la dolencia, correlacionándose positivamente con una menor angustia, preocupación y estrés. Así, ante la incapacidad de identificar algún elemento que le brinde una seguridad real y permanente, opta por depositar sus inquietudes en una fuerza superior que podría interceder a su favor. No obstante, progresivamente su decisión de acercarse a Dios pasa a tener un locus de control interno, dado que empieza a reconocer por sí mismo la importancia de entablar un vínculo con Él que no esté supeditado a una necesidad o interés personal, sino que se caracterice por ser una amistad natural y enriquecedora.

Por otro lado, se muestra una marcada unión con Dios únicamente durante la enfermedad. Una vez curado, esta relación se fue debilitando, dejándose de lado ciertos elementos que antes se tenían como prioritarios.

“Soy consciente de que anteriormente era mucho más agradecido con Dios... Incluso me levantaba cada mañana y agradecía a Dios. Una vez que me enfermé me volví mucho más... sí, creyente, exacto. Y una vez que estoy mucho mejor, me he olvidado. Agradezco mucho a Dios en... en muchos aspectos de mi vida, pero, al tener tantas cosas como proyectos, me olvido” (Luigi).

Las verbalizaciones de Luigi concuerdan con un estudio empírico llevado a cabo por Koenig (2008), donde se descubrió que a pesar de que las personas puedan no mantener una vida religiosa en su día a día, pueden tenerla en escenarios de enfermedad. Al percibir una falta de control sobre la situación que se está experimentando, se busca encontrar firmeza y una respuesta al dolor en algún poder divino que permita reducir la angustia y tensión.

Por otro lado, se sostiene que, dado que la madre de Luigi sí mantenía una vida religiosa activa en aquel entonces, esta pudo haberlo exhortado a depositar su confianza en Dios, y él pudo haber replicado los comportamientos identificados como provechosos para enfrentar mejor la compleja situación. De esta manera, se produce una reestructuración en su sistema de prioridades al punto que la religiosidad empieza a constituir un eje alrededor del cual se organizan sus comportamientos y su forma de pensar y percibir el mundo. No obstante, una vez que la persona se sanó, y experimentando un mayor manejo sobre su condición, se fue distanciando gradualmente.

Además, se reconoce una intención de justificar su falta de relación con Él, que podría tener explicación en haber recurrido a Dios solo en periodos de crisis, percibiendo que ahora está en una especie de falta con Él.

Sobre las personas que no percibieron cambios en su religiosidad, no se observa ninguna diferencia entre quienes ya compartían alguna relación con Dios antes de la enfermedad y aquellos que nunca la concibieron como un factor importante.

“Este, siempre creí. No hubo un mayor acercamiento a la fe o me cambié de religión... Soy católico, ¿no? Me mantuve igual. No me acerqué más, no me alejé más ni me cambié de religión. Me mantuve tal y como siempre” (Valdi).

“O sea, sí rezaba, pero no como miro que otras personas sí se abocan e intentan cambiar su vida hacia Dios... No me acerqué más, tampoco me alejé mucho. No cambió en nada mi fe

hacia Dios... pero sí sé que hay alguien arriba que... que te cuida y... no te deja, por más mal que estés...” (Charlie).

Tanto en los comentarios de Valdi (criado e instruido en una familia católica) como en los de Charlie (quien refiere haber probado varias religiones), no se observan cambios en la forma de percibir y relacionarse con Dios. Para ambos, el haber sufrido de cáncer no se explica en función a los designios y planes de un ser divino, sino a la combinación de diversos factores entre los cuales podrían estar el biológico-genético, ambiental o incluso el azar. Se infiere que los participantes llevaron su enfermedad de forma independiente a sus creencias religiosas, sin pretender identificar algún responsable por su situación de sufrimiento o intentar descubrir el trasfondo del tema; que se opone a los resultados de la investigación desarrollada por Puentes et al. (2015), en la que se encontró que casi el ochenta por ciento de los participantes (personas creyentes), asignaban una connotación divina al cáncer que padecían, arguyendo que era una invitación de parte de un ser supremo para que cambiasen el rumbo que le estaban dando a su vida y abandonen caminos moralmente incorrectos.

Subcategoría 3.2: Distanciamiento de Dios

En cuanto al haberse distanciado de Dios durante la enfermedad, se produce una especie de ruptura en la creencia que se tenía sobre la existencia de un ser divino que se preocupa por las personas.

“Yo me alejé más de Dios. Cuando yo llegué a la enfermedad, mi papá, mi mamá me decían ‘acércate a Dios, Dios te va a salvar’. Y cuando fui viendo que uno a uno de mis amigos iban falleciendo... Porque yo decía ‘Dios no existe’. O ‘si Dios existe, ¿por qué hace que la gente sufra tanto?’. Más o menos de lo que dejé la enfermedad, me alejé totalmente de Dios”
(Nick).

Revisando los comentarios de Nick, se observa que asigna a Dios parte la responsabilidad de la muerte de sus compañeros, concluyendo su inexistencia por permitir tanto sufrimiento y ser indiferente al ignorar los rezos de quienes habían depositado en Él su confianza de sanarse. Se cree que esta decisión de apartarse de la fe, se origina más en la experiencia de dolor de sus amigos que en la suya propia; que podría explicarse en la empatía mostrada hacia la desilusión que ellos experimentaron por no haberse recuperado a pesar de haber perseverando y haber mostrado una buena disposición la mayor parte del tiempo.

Esta frustración y distanciamiento de Dios se puede explicar en función a la investigación de González et al. (2014), donde se establece que el grado de efectividad de las estrategias religioso-espirituales se vincula de forma directa con los desenlaces positivos de la enfermedad. En un escenario como este, en el que las dificultades superaron los recursos religiosos disponibles, ocurre una escisión hacia la imagen que tiene de Dios como un ser divino atento a las necesidades y peticiones de sus hijos, y como fuente de seguridad y fortaleza. Así, y en conformidad con el metaanálisis desarrollado por Jim et al. (2015), cuando el paciente experimenta sentimientos de abandono por parte de su protector y padre celestial, su situación de salud podría complicarse al estar correlacionada con una falta de adhesión a los consejos impartidos por los médicos y una negativa a recibir la medicación para tratar la afección.

De esta forma, su enojo podría estar vinculado con las complicaciones físicas padecidas, confirmando los resultados del estudio de Exline et al. (2011) donde se encontró que las personas que reportan sentir cólera hacia Dios, mostraban una escasa adaptación a la dolencia y un menor compromiso con conductas beneficiosas. Sin embargo, este se presenta como un caso excepcional a la regla debido a que el paciente logró sanarse completamente; lo que permite deducir que este enfado no necesariamente se traduce en un empeoramiento en la condición física o psicológica de la persona.

Tema 4: Sentido de vida del paciente oncológico recuperado

En las entrevistas realizadas, el sentido de vida se muestra con una tonalidad positiva, estando orientado a vivir intensamente el presente, colaborar con los demás y vivir yendo más allá de uno mismo. Esta categoría será descrita en función a tres subtemas: Ayudar a otros, disfrutar el presente y propósito.

Subcategoría 4.1: Ayudar a otros

Sobre esta subcategoría, el sentido de vida se describe como un fuerte deseo y convicción de ayudar a otras personas y dejar una huella positiva en ellas.

“Pensar que voy a vivir solo un... cierta cantidad de años y ... No una marca, pero algo para que otras personas puedan tipo disfrutar. De alguna manera me propuse que no podía olvidarme de la enfermedad que había tenido y dejar esto ahí... No puedo vivir mi vida como la vivía antes que...” (Luigi).

“Bueno, esa parte cambió de mí, el saber que la vida es muy valiosa, saber que lo material, lo superficial no es tan valioso como el vivir intensamente. El vivir día a día por hacer el bien, por ayudar a otras personas porque tú quieres ayudar, mejorar cada día por las cosas que aprendí” (Isael).

La dolencia, marca un hito importante a partir del cual el ex paciente toma una decisión consciente de cambiar de rumbo (dejando atrás su pasado egoísta y autoreferencial) y nota un cambio importante en sí mismo, reconociéndose como una persona nueva y distinta. Surge un interés por cultivar y acrecentar cuestiones más interiores que le den mayor valor como ser humano y le permitan sentar bases para construir proyectos en beneficio de los demás, y encarnar una mejor versión de ellos. De este modo, y en concordancia con la investigación de Elekes (2017), una circunstancia de esta naturaleza puede traer consigo un mejor autoconocimiento, un cambio de prioridades y perseguir nuevas metas y motivaciones; buscando trascender y estimular el interés por colaborar con el resto.

También, se percibe un deseo sincero por ser recordados por el bien que hicieron y una mirada más moderada y transparente, producto de la profunda reflexión que todo este proceso les significó. Ahora, se dan cuenta del precio y finitud de la vida, y de lo valiosa y fructífera que esta debería ser. De forma especial, se menciona poner sus talentos al servicio de los demás como un medio para colaborar activamente con el bienestar de su prójimo. A raíz de este complejo y progresivo proceso de cambio, aparece una renuncia a su yo pasado y un compromiso diferente por vivir según nuevos estándares de vida, dirigiéndose siempre a estar atentos a lo que los demás podrían necesitar de ellos (Khurshid et al., 2018).

Subcategoría 4.2: Disfrutar el presente

En cuanto a este subtema, se comenta que ahora se busca aprovechar al máximo cada experiencia, de forma que no haya posibilidad de caer en arrepentimientos.

“Soy más desinhibido... Pasu, más todo. Más intenso. O sea, todo lo que yo experimento, lo quiero hacer con... como digo, con todo el fervor, de manera que ya le saqué el jugo a todo para que... no me queje de nada...” (Charlie).

Con las verbalizaciones de Charlie, se aprecia de forma colateral la concepción que se tiene respecto a la fragilidad y fugacidad de la vida. Aparece la noción de vivir cada momento y oportunidad al máximo, de modo que no haya posibilidad de arrepentirse por no haber sabido aprovecharlo de forma correcta. Tomando como referencia la teoría de Breitbart et al. (2010),

en la que describe que toda persona tiene un sentido general que consiste en un sistema de orientadores globales, se infiere que el sentido general del ex paciente se caracteriza por disfrutar cada circunstancia con la mayor intensidad y pasión posibles, buscando llenarse de experiencias valiosas que sumen provechosamente y le permitan conservar y aferrarse a recuerdos agradables por la calidad del tiempo vivido. No obstante, en un escenario adverso, se cree que esta postura podría desembocar en desenlaces negativos dado que podría estar asociada a una reducida capacidad de reflexión y ciertos rasgos de impulsividad.

También, se estima el tiempo presente como si fuese un regalo importante que debe cuidarse y aprovecharse.

“De hecho aprecio más mi presente. Yo creo que el presente en sí es lo más importante, porque no vale la pena pensar en el futuro y sentir como que ‘ah, me puedo morir mañana’, porque en verdad nadie sabe lo que va a pasar en el futuro y tampoco... vale la pena pensar en el pasado... ya pasó, no puedes hacer nada... Tu presente es la cosa más hermosa que tienes” (Pancho).

En este escenario, el pasado es concebido como una especie de maestro que trae consigo lecciones importantes que dotan a la persona de capacidades y conocimientos que le van a permitir desenvolverse de forma más efectiva en el futuro. No sirve gastar energía de forma innecesaria mirando hacia atrás, o sumergirse en pensamientos repetitivos referentes a los errores cometidos, sino que la perspectiva correcta es identificar elementos de los cuales sacar provecho y que le permitan a uno salir enriquecido y crecer como persona. Así, y conforme a la investigación de Elekes (2017), quienes fueron capaces de encontrar un sentido durante su enfermedad, muy probablemente lo hagan también para con sus vidas una vez recuperados, demostrando escasa presencia de ansiedad y síntomas depresivos. Asimismo, enfocarse en el presente, sirve para minimizar la sensación de amenaza de muerte y la inseguridad de no poder saber lo que les espera más adelante. Cabe resaltar que esta postura no debe ser vista como una negación del escenario de crisis, porque no se busca ignorar lo que podría venir después, sino que la premisa es concentrarse en el ahora y vivirlo con intensidad.

También, explica que el futuro podría ser motivo de angustia, principalmente porque no se puede tener certeza de lo que sucederá más adelante. Sin embargo, esto no implica abandonar los planes edificados, sino que se refiere a construirlos con esperanza y siendo conscientes que el tiempo presente es lo máspreciado; vinculándose con lo postulado por Khurshid et al. (2010), donde se menciona que cada persona redefine su propio significado de vida en función a las

circunstancias diversas que le tocan vivir. Para Pancho, esta etapa trajo consigo consecuencias positivas entre las cuales destacan el haber adoptado una posición más agradecida con la vida, mirar el hoy con más cariño y alegría, vivir un día a la vez y sostener la filosofía de “si no te suma, no lo tomes”.

De igual modo, se comenta que empezaron a ver el lado bueno de las cosas y a disfrutar todo lo posible.

“¿Cómo la veo ahora? Cambiar de chip, disfrutar la vida y no estar... uno amargado... mucho más relajado. Sí, disfruto todo lo que puedo... Para empezar, escojo mejor qué hacer y qué no hacer, y me meto con todo” (Manu).

“De que veíamos los problemas de los demás como que no eran nada y nuestros problemas de nosotros que eran la gran cosa, pero nosotros vivíamos el día a día como si fuera... el día más feliz del mundo. Eso fue un cambio, de ver la vida de una manera positiva a los problemas” (Nick).

Se advierte que Manu y Nick mantienen una visión más optimista y agradecida de la realidad. Nace en ellos la idea de disfrutar esta nueva oportunidad, sin dejar espacio a pensamientos negativos cuando aparecen complicaciones. Actualmente, se tiene una mirada más objetiva de las dificultades y se las concibe como una chance para mejorar, aprender y ser una persona más noble y sensata. En este sentido, no solo resulta improductivo estar estresado o desanimado por razones cualquiera, sino que esto supone una inversión innecesaria de recursos. Así, y de acuerdo con la propuesta de Frankl (1946/2004), los problemas son percibidos ya no como un obstáculo impedimento para ser felices, sino como una prueba que debe y puede superarse, y que forma parte de la carrera natural de la existencia.

Sobre Manu, se produce un cambio a nivel cognitivo que implica una manera diferente de sentir y ver las cosas, tomando una decisión voluntaria respecto a las actividades en las cuales invertirá su tiempo. La noción central es no acumularse de experiencias negativas, pero donde lo negativo y agobiante no es la situación o eventos en sí mismos, sino la postura que uno elige para hacerles frente. De esta forma, y confirmando la explicación de Sales et al. (2014), el sentido de vida es un proceso gradual, progresivo y dinámico que resulta en obtener una mayor satisfacción con uno mismo, con la vida y con los pequeños detalles cotidianos que la componen y la hacen valiosa.

Un factor adicional que ayudó durante el tratamiento fue el vivir con normalidad, sin prestar excesiva atención a la afección y procurando seguir siendo uno mismo.

“Primer consejo fue que ‘tú tienes que hacer tu vida normal...’ reflexioné y comencé a ser igual, a ser el chico fastidioso, alegre, y el que iba de paquí andando para acá, y bueno, fue como que mi cuerpo fue ya...” (Isael).

“Me olvidé de la enfermedad. Viví de una manera normal. Empecé a comer normal, empecé a salir también de una manera normal. Ya no me quedé cohibido de nada. Y llegué al punto de que fui mejorando... Desde esa vez que me desahucieron, yo ya no he vuelto al hospital a un chequeo” (Nick).

Para ambos ex pacientes, vivir con tranquilidad suponía dejar de poner en primera plana al cáncer y enfocarse en aspectos de interés personal, volviendo a ser la misma persona, pero con una connotación más positiva de la que se llevaba con anterioridad. A raíz de la afección, involuntariamente los informantes adoptaron un estilo de vida que giraba en torno al cáncer. Su estado de felicidad o tristeza, ánimo o desgano, dependían casi exclusivamente del avance positivo o negativo de la enfermedad; en lugar de separarse un espacio para disfrutar y distraerse de tanta tensión y ansiedad. De esta forma, y según la investigación de Yang, Staps y Hijmans (2010), es importante que los pacientes sean capaces de mirar su situación desde un ángulo más elevado y reorientando su atención sobre la base de un contexto más amplio. Una vez comprendida lo nociva que resultaba esta postura, fueron capaces de divertirse y liberar gran parte del estrés que cargaban en ese momento. Con esto, se confirman los planteamientos de Khurshid et al. (2018), quienes mencionan que aceptar la condición actual, mantener una vida normal y luchar por lograr objetivos personales, constituyen factores importantes que contribuyen a alcanzar un sentido de vida más satisfactorio.

Subcategoría 4.3: Propósito

En cuanto al subtema de propósito, los informantes refirieron experimentar que su vida tenía un objetivo importante que trascendía a lo que habían contemplado en momentos previos a la dolencia.

“Hay un significado más grande que el que nosotros creemos tener... Me di cuenta como que la vida va más allá de un buen momento... Hay gente que dice ‘no, tengo que hacer un impacto positivo en la sociedad...’, pero yo creo que... con que uno haga un impacto positivo en una persona, ya estás generando como una cadena de eventos que van a ser como que algo grande” (Pancho).

“Y pensé en que después de esto, ya no iba a ser lo mismo de antes. Claro, para tomar otro rumbo, ¿no? Me imaginé de que quizás eso fue por... de que yo iba en mal camino y tenía que pasar esto para yo... Todo cambió. Dio un giro... Descubrí de que mi vida tenía un... Otro propósito, ¿no?” (Dachi).

A raíz de la enfermedad, a los dos ex pacientes se les presenta una misma pregunta, vinculada con la definición de Breitbart et al. (2010): ¿Cuál es el sentido que tiene mi vida? Este autor, describe este concepto como la convicción de que uno está cumpliendo un rol único, que implica compromiso y responsabilidad para mejorar y alcanzar un sentido de trascendencia, plenitud y paz.

Por un lado, Pancho arguye que, si bien la vida es muy valiosa y vale la pena ser vivida, esta no solo se compone de momentos satisfactorios y felices, sino que también involucra ciertos problemas que ponen a prueba la firmeza y temple de las personas. La decisión de crecer y madurar, versus afligirse y hundirse, dependerá cabalmente de la perspectiva que cada uno quiera asumir. De esta manera, y en consonancia con Park, Blank y Edmondson (2008), atravesar por una circunstancia de cáncer puede resultar en el crecimiento personal del paciente y en ser más consciente de sus propias fortalezas y limitaciones, obteniendo un mayor bienestar psicológico y restaurándose la esperanza por continuar con los planes de vida y por construir un mundo más justo para él y sus seres queridos.

Se sostiene que el foco de atención no debería estar en la magnitud del impacto positivo generado por cada uno, sino en aportar lo que cada quien es capaz de dar desde su rol y con los recursos que tiene a su disposición. En este sentido, se asume que esto podría estar relacionado con las personas que cooperaron con Pancho durante su enfermedad, donde algunos pudieron haber cumplido un papel aparentemente sencillo, pero que finalmente se tradujo en efectos significativos sobre su salud y su recuperación. Adicionalmente, se cree que su inclinación por estudiar una carrera médica se vincula con este nuevo sentido de vida, dado que estaría aportando de forma más directa con el bienestar de la gente. Así, si bien antes seguía estudios en psicología, confirmándose nuevamente su deseo natural por colaborar con los demás, pudo haber querido ayudar de una forma más “física” que le permitiese replicar el mismo apoyo que recibió cuando estuvo internado.

Por otro lado, el cáncer significó para Dachi darse cuenta de cómo había estado llevando su vida hasta ese momento. No se quedó solo con la memoria de la enfermedad, sino que elige vivir en función a un ideal más elevado y correcto; apreciándose una renuncia definitiva a

costumbres, comportamientos y estilos de vida inadecuados; pudiéndose identificar los tres componentes descritos por Mischel y Shoda (1995): cualidad ligada a la personalidad (características de ilusión, confianza y entusiasmo hacia el futuro), elemento de naturaleza cognitiva (decisión voluntaria por cambiar y transformarse en un mejor hombre) y difiere de persona a persona (a pesar que dicho desenlace podría haberse repetido en gente expuesta a escenarios similares).

Así, se sostiene que esto involucró un extenso proceso de autoanálisis y una promesa de conversión que comenzó con el cáncer, pero que continúa hasta la actualidad. Este cambio, que forma parte de un proceso dinámico que implica una evolución y mejora constantes, trae consigo un modo distinto de definirse y una reestructuración completa de sus planes personales, buscando una mayor coherencia entre lo que cree y lo que hace. Esto, permite corroborar indirectamente la investigación de Sherman et al. (2010), donde se establece que las personas que no encuentran un significado positivo para su vida, carecen de compromiso con proyectos importantes y una pasividad que podría resultar en conductas desadaptativas.

También, se asume el seguir vivo como una nueva oportunidad para enmendar los errores del pasado, vivir el presente con alegría y erigir bases sólidas para tener un futuro provechoso. Frente a esta nueva opción para reinventarse, inicia una búsqueda de propósito que se construye conforme el informante vive y se nutre de las experiencias que atraviesa.

Finalmente, y sobre las limitaciones identificadas en la presente investigación, se encontró poca literatura vinculada con las temáticas de estudio en pacientes oncológicos ya recuperados (desde una perspectiva positiva, similar a la tomada para este caso), que sirviese de input para enriquecer el proceso de entrevistas y recolección de información, así como guiar la discusión y el análisis de los resultados. Adicionalmente, en algunos casos resultó complicado profundizar en los tópicos de estudio por la dificultad para traer a la memoria temas tan sensibles y dolorosos, la cantidad de tiempo transcurrido desde la ocurrencia y recuperación de la afección, y el conflicto para asignar significados y denominaciones a esta experiencia.

Tabla 5.1

Resumen de resultados: categorías y subcategorías identificadas por cada participante

Categoría - Subcategoría	Seudónimo del informante
Apoyo percibido	
Apoyo familiar	Isael, Charlie, Manu, Pancho y Nick
Apoyo del personal del centro médico	Manu, Isael, Luigi, Dachi, Joy y Oswil
Apoyo entre pacientes	Isael y Nick
Valores personales reportados por el ex paciente de cáncer	
Valores orientados hacia uno mismo	Valdi, Dachi, Isael, Charlie, Luigi y Nick
Valores orientados hacia los demás	Pancho, Isael, Luigi, Dachi y Joy
Religiosidad en pacientes oncológicos en remisión	
Relación y cercanía con Dios	Isael, Dachi, Manu, Oswil, Luigi, Valdi y Charlie
Distanciamiento de Dios	Nick
Sentido de vida del paciente oncológico recuperado	
Ayudar a otros	Luigi e Isael
Disfrutar el presente	Charlie, Pancho, Manu, Nick e Isael
Propósito	Pancho y Dachi

Nota. Se menciona una sola vez el seudónimo de la persona en cada subtema.

CONCLUSIONES

- En cuanto a los valores personales, a pesar que se encontraron cambios notorios a nivel general, las variaciones más significativas ocurrieron en los valores orientados hacia los demás. Actualmente, los ex pacientes demuestran un deseo sincero y desinteresado por ayudar a la gente, empatizando con sus condiciones de vida y procurando ayudarlos con los recursos que tienen a su disposición.
- Con respecto a la religiosidad, si bien se encontró que algunas personas buscan creer en algo superior que les dé seguridad en situaciones de riesgo y adversidad, sufrir de cáncer no necesariamente se deriva en una mayor proximidad con la fe y la religión, dado que en ocasiones el paciente lleva su dolencia de forma independiente a su condición de creyente, o incluso podría alejarse de Dios al sentir que este ignora sus súplicas pese a todo el esfuerzo mostrado. Además, en ciertos casos la religión podría no tener injerencia sobre el estado de salud de la persona, que se evidencia en el fallecimiento de otros pacientes a pesar de haber creído firmemente en que volverían a estar sanos. No obstante, cabe resaltar que esto está asociado a la actitud y aproximación que la persona mantiene hacia la imagen de Dios.
- Sobre el sentido de vida, haber sufrido de cáncer resulta en un cuestionamiento y reflexión profundos sobre la forma en la que la propia vida se ha venido llevando, replanteándose los objetivos y proyectos personales que la dirigen y le dan sustento. Ahora, los participantes buscan ayudar a otros y vivir intensamente según estándares más elevados que les permitan crecer como seres humanos; adoptando una mirada de agradecimiento hacia el pasado y el presente, y optimismo y esperanza hacia el futuro.
- Si bien el trabajo y atención del personal médico es de suma relevancia para mantener al paciente saludable físicamente, se requiere además que la persona se sienta escuchada y comprendida, y sea tratada de forma natural y espontánea. En este sentido, los pacientes valoran la compañía prestada y la preocupación y compromiso genuinos orientados a colaborar con su bienestar y su recuperación.
- En relación al aporte de los psicooncólogos, es importante que su labor también esté orientada a capacitar y preparar a los familiares y al personal del centro asistencial de salud, brindándoles herramientas que les permitan entregar una atención y soporte más efectivos, así como ayudarlos a entender el rol importantísimo que juega el apoyo social durante la

enfermedad; logrando comunicar el papel que se espera que desempeñe cada uno para con la persona afectada

- A pesar que uno de los soportes más importantes es el familiar, es especialmente útil que el paciente interactúe con personas semejantes (en etapa y situación de vida) que también estén atravesando por una circunstancia similar. Esto le permite desarrollar un fuerte sentido de pertenencia a un grupo humano que comparte su lucha y se solidariza con su situación de dolor y sufrimiento, contribuyendo favorablemente a combatir la enfermedad en momentos de vulnerabilidad e incertidumbre.



RECOMENDACIONES

- Con respecto a la religiosidad, se sugiere brindar acompañamiento espiritual al paciente oncológico (sea una persona laica o una consagrada) porque, en diversas ocasiones, esto permite reconfortarlo emocionalmente y le posibilita experimentar una mayor seguridad y paz al sentirse respaldado por Dios en una situación de grave crisis y profundo dolor. Sin embargo, es esencial adoptar una postura sensata y juiciosa en cuanto a la relación que se mantenga con Él, cuyo estado y calidad no estén supeditados a desenlaces favorables de la dolencia; de otra forma, la persona podría optar por culpabilizarlo de su condición de enfermedad, renegando de sus creencias y distanciándose voluntariamente de Él. Adicionalmente, se aconseja respetar la decisión que el paciente tome respecto a la manera en que se aproximará a la fe; debido a que, si sucede lo contrario, esto podría resultar contraproducente al sentir que se le está imponiendo una forma que él no comparte para ver y entender la realidad.
- Sobre el apoyo brindado, se recomienda mantener una aproximación integral que incluya al personal de los centros asistenciales de salud (médicos, enfermeras, voluntarios y psicooncólogos), la familia, amistades significativas e inclusive pacientes ya recuperados que puedan motivar y despertar emociones positivas y traer esperanza a la persona afectada. También, se sugiere que la persona con cáncer tenga la posibilidad de interactuar y compartir su experiencia con otros pacientes oncológicos, de forma que se refuerce su percepción de compañía al vincularse con quienes realmente comprenden su situación de dificultad; facilitándose la generación de vínculos significativos que colaboran con la dolencia de forma favorable.
- En cuanto a la postura adoptada para con el paciente, se recomienda mantener una relación similar a la sostenida previo a la enfermedad, dejando de lado actitudes de condescendencia y pena, que involucren tratarlos con extremo cuidado o como si la persona no pudiese valerse por sí misma. En este escenario de enfermedad, el paciente busca sentirse fuerte y ser tratado con normalidad pese a los problemas que está atravesando.
- Sobre los profesionales de la salud que los atienden, si bien es de suma relevancia que estén calificados a nivel técnico y se hayan especializado en temas afines al cáncer, se recomienda que lleven una formación humanística que les permita tener una óptica holística de la persona, permitiéndoles entregar una atención más completa que contemple lo emocional como parte constituyente del tratamiento. Asimismo, se sugiere incorporar al

equipo a psicooncólogos que puedan ayudar a los pacientes a enfrentar de forma más efectiva esta situación, colaborando con ellos al atender su ansiedad, pensamientos intrusivos, temores y demás ideas negativas asociadas a la dolencia; resultando en un mayor bienestar físico y psicológico.

- Con respecto a los estudios cualitativos en pacientes oncológicos, se sugiere llevar a cabo estudios longitudinales que permitan recoger los demás beneficios y desenlaces positivos de haber atravesado por una circunstancia como esta; contemplando desde las etapas iniciales del diagnóstico y tratamiento, hasta la recuperación completa de la persona. Igualmente, dado que en esta investigación los participantes ya estaban recuperados de cáncer, se sugiere explorar las materias en cuestión en el momento mismo de la enfermedad, de forma que se pueda establecer una comparación para detectar semejanzas y diferencias, permitiendo enriquecer la información recopilada y suscitar nuevas perspectivas de análisis.



REFERENCIAS

- Alderfer, M., Navsaria, N., & Kazak, A. (2009). Family Functioning and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescent Survivors of Childhood Cancer. *American Psychological Association, 23*(5), 717-725. doi: 10.1037/a0015996
- American Cancer Society. (2014). *El impacto emocional del diagnóstico de cáncer*. Recuperado de: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosemocionales/un-mensaje-de-esperanza-haciendo-frente-al-cancer-en-la-vida-diaria-emotional-impact-of-cancer>
- American Cancer Society. (2014). *Tipos comunes de tratamiento para el cáncer*. Recuperado de: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/comocomprendersudiagnostico/fragmentado/despues-del-diagnostico-una-guia-para-los-pacientes-y-sus-familias-common-cancer-treatments>
- American Cancer Society. (2018). Trasplante de células madre para el mieloma múltiple. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/mieloma-multiple/tratamiento/trasplante-de-celulas-madre.html>
- Asociación Española contra el Cáncer. (2015). *Ante la enfermedad*. Recuperado de: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/ENFRENTARSE/PAUTASPARAPACIENTES/ANTELAENFERMEDAD/Paginas/antelaenfermedad.aspx>
- Baier, D. (2013). The influence of religiosity on violent behaviour of adolescents: A comparison of christian and muslim religiosity. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(1), 102-127. doi: 10.1177/0886260513504646
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. y Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica, 24*(1), 55-61. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/785/78524106/>

- Behere, P., Das, A., Yadav, R., & Behere, A. (2013). Religion and mental health. *Indian J Psychiatry, 55*, 187-194. doi: 10.4103/0019-5545.105526
- Benito, E., Barbero, J. y Dones, M. (2014). Espiritualidad en Clínica: *Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*. Madrid: Monografías SECPAL. Recuperado de: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMonografia%20secpal.pdf>
- Bennion, A., & Molassiotis, A. (2013). Qualitative research into the symptom experiences of adult cancer patients after treatments: a systematic review and metasynthesis. *Support Care Cancer, 21*(1), 9-25.
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2014). Spiritual support of cancer patients and the role of the doctor. *Support Care Cancer, 22*, 1333-1339. doi: 10.1007/s00520-013-2091-1
- Boyes, A., Girgis, A., D'Este, K., & Zuca, A. (2011). Flourishing or floundering? Prevalence and correlates of anxiety and depression among a population-based sample of adult cancer survivors 6 months after diagnosis. *Journal of Affective Disorders, 135*, 184-192. doi: 10.1016/j.jad.2011.07.016
- Brant, J., Beck, S., Dudley, W., Cobb, P., Pepper, G., & Miaskowski, C. (2011). Symptom trajectories in posttreatment cancer survivors. *Cancer Nursing, 34*, 67-77. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181f04ae9
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., & Nelson, C. (2010). Meaning centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology, 19*(1), 21-28. doi: 10.1002/pon.1556
- Bulkley, J., McMullen, C. K., Hornbrook, M. C., Grant, M., Altschuler, A., Wendel, C. S., & Krouse, R. S. (2013). Spiritual well-being in long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Psycho-Oncology, 22*, 2513-2521. doi: 10.1002/pon.3318
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológicamente alcanzable. *Psicoperspectivas: Revista de la escuela de*

psicología, 2, 53-82. Recuperado de:

<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>

Cancer Institute New South Wales. (2015). *The effects of cancer on social and emotional wellbeing*. Recuperado de: <https://www.cancerinstitute.org.au/how-we-help/reports-and-publications/cancer-treatment-side-effects-a-guide-for-aborigi/the-effects-of-cancer-on-social-and-emotional-well>

Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23, 9–19. doi: 10.1002/pon.3353

Castaño, C. y Quecedo, R. (2002). Introducción a la metodología cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 14, 5-39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Rate of new cancers*. Recuperado de: <https://gis.cdc.gov/Cancer/USCS/DataViz.html>

Cohen, M., Ferrell, B., Vrabel, M., Visovsky, C. & Schaefer, B. (2010). What does it mean to be an oncology nurse? Reexamining the life cycle concepts. *Oncology Nursing Forum*, 7, 561-570. Recuperado de: <https://search.proquest.com/central/docview/749836858/8F3B82A128F24680P/Q/20?accountid=45277>

Cohen, S. (2004). Social Relationships and help. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. doi: 10.1037/0003-066X.59.8.676

Connerty, T. J., & Knott, V. (2013). Promoting positive change in the face of adversity: Experiences of cancer and post-traumatic growth. *European Journal of Cancer Care*, 22, 334–344. doi: 10.1111/ecc.12036

Coulombe, S. & De la Sablonnière, R. (2015). The role of identity integration in hedonic adaptation to a beneficial life change: The example of “coming out” for lesbians and gay men. *The Journal of Social Psychology*, 155, 294-313. doi: 10.1080/00224545.2015.1007028

- Dantzer, R., O'Connor, J., Freund, G., Johnson, R. & Kelley, K. (2008). From inflammation to sickness and depression: When the immune system subjugates the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 46–56. doi: 10.1038/nrn2297
- Dolbier, C. & Steinhardt, M. (2010). The development and validation of the sense of support scale. *Behavioral Medicine*, 25: 169-179
- Dublin, C. (2012). *Genetically modified foods, personal values, perception of morality, and the effects of self-confrontation on the stability of personal values* (a dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy). Washington State University, Washinton.
- Elekes, S. (2017). The relation of perceived meaning of life, meaning of illness and anxious-depressive symptoms among cancer patients. *European Journal of Mental Health*, 12, 230-241. doi: 10.5708/EJMH.12.2017.2.7
- Ellens, J. H. (2008). *Understanding religious experiences: what the Bible says about spirituality*. Connecticut: Praeger
- EUROCARE (2013). *Conclusions of the MAC Roundtable: Key Determinants of Inequalities in Cancer Survival across Europe*. Recuperado de: <http://www.eurocare.it/Eurocare5/tabid/64/Default.aspx>
- Exline, J. J., Park, C. L., Smyth, J. M., & Carey, M. P. (2011). Anger toward God: Social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 129–148. doi:10.1037/a0021716
- Ferrater, J. (1995). *Diccionario de filosofía*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Ferreira, D., Farago, P., Reis, P., & Funghetto, S. (2011). Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. *Rev Bras Enferm*, 64(3), 536-44. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a18.pdf>
- Ferté, C., Penel, N., Bonnetterre, J., & Adenis, A. (2010). Individual Life Expectancy Estimation Using Validated Prognostic Scores for Patients with Cancer of

Unknown Primary. *US National Library of Medicine*, 78(2), 87-93. doi: 10.1159/000306137

Fischer, D., Villines, D., Kim, Y., Epstein, J. & Wilkie, D. (2010). Anxiety, depression and pain: differences by primary cancer. *Support care Cancer*, 18(7), 801-810. doi: 10.1007/s00520-009-0712-5

Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. (Freire, J. B., trad.) (2da reimpresión). Barcelona: Herder. (Obra original publicada en 1946)

Frost, M., Novotny, P., Johnson, M., Clark, M., Sloan, J., & Yang, P. (2013). Spiritual well-being in lung cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 21, 1939–1946. doi: 10.1007/s00520-013-1757-z

González, P., Castañeda, S., Dale, J., Medeiros, E., Buelna, C., Nuñez, R., ... Talavera, G. (2014). Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 22, 2393–2400. doi: 10.1007/s00520-014-2207-2

Hänsel, A., Hong, S., Cámara, R. & Känel, R. (2010). Inflammation as a psychophysiological biomarker in chronic psychosocial stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 115-121. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.12.012

Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R. & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12, 537–545. doi: 10.1089/jpm.2008.0250

Instituto Nacional del cáncer. (2014). *El pronóstico del cáncer*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/pronostico>

Instituto Nacional del Cáncer. (2015) *¿Qué es el cáncer?* Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer /que-es>

Jemal, A., Ward, E., Johnson, C., Cronin, K., Ma, J., Ryerson, B., ... Weir, H. (2017). Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2014, Featuring Survival. Oxford University Press, 109(9), 1-22. doi: 10.1093/jnci/djx030

- Jim, H., Pustejovsky, J., Park, C., Danhauer, S., Sherman, A., Fitchett, G., ... Salsman, J. (2015). Religion, Spirituality and Physical Health in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Cancer*, *121*(21), 3760-3768. doi: 10.1002/cncr.29353
- Jiménez, J.C. (2008). *El Valor de los Valores*. Caracas: Cograf Comunicaciones.
- Johannessen-Henry, C., Deltour, I., Envold, P., Oksbjerg, S. & Johansen, C. (2013). Associations between faith, distress and mental adjustment - A Danish survivorship study. *Acta Oncológica*, *52*, 364-371. doi: org/10.3109/0284186X.2012.744141
- Khurshid, M., Ehsan, N., Hasan, N., Maqsood, A. & Gul, S. (2018). Breast cancer patients: An overview of the relationship between meaning of life and life satisfaction. *International Islamic University Islamabad Pakistan*, *68*(2), 374-378. Recuperado de: http://www.pafmj.org/art_pdf/36-%202018-03-025-%20Najam%20ul%20Hasan%20Abbasi.pdf
- Kiecolt-Glaser, J., Mcguire, L., Robles, T. & Glaser, R. (2012). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, *53*, 83-107. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135217
- Koenig, H.G. (2008). Concerns about Measuring “Spirituality” in Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(5), 349-355. doi: 10.1097/NMD.0b013e31816ff796
- Kreber, A., Buffart, L., Kleijn, G., Riepma, I., Bree, R., Leemans, C., ... Verdonck-de Leeuw, I. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Wiley Online Library*, *23*, 121-130. doi: 10.1002/pon.3409/epdf
- Lorhan, S., Westhuizen, M. & Gossman, S. (2014). The role of volunteers at an outpatient cancer center: how do volunteers enhance the patient experience? *Support Care Cancer*, *23*, 1597-1605. doi: 10.1007/s00520-014-2505-8
- Lyubomirsky, S. (2011). *Hedonic adaptation to positive and negative experiences*. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 200–

224). New York: Oxford University Press. Recuperado de:
<http://sonjalyubomirsky.com/files/2012/09/Lyubomirsky-2011.pdf>

- Marli, H. & van Leeuwen, E. (2000). Personal values and cancer treatment refusal. *Journal of Medical Ethics*, 26, 358-362. doi:10.1136/jme.26.5.358
- Martín, J., Sánchez, J. y Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 21, 29-37.
- Martínez, C. (2011). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Universidad Autónoma Metropolitana*, 613-619.
Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
- MD Anderson Cancer Center. (2013). *Consecuencias físicas*. Recuperado de:
<http://www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/consecuencias-fisicas>
- Meisenhelder, J. & Marcum, J. (2009). Terrorism, Post-traumatic Stress, Coping Strategies, and Spiritual Outcomes. *Journal of Religion and Health*, 48(1), 46-57. doi: 10.1007/s10943-008-9192-z
- Mendieta, G., Ramírez, J. y Fuerte, J. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: Una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara*, 33(3), 435-443. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a14
- Mental Health Foundation. (2018). *Cancer patients left to cope with mental problems alone*. Recuperado de: <https://www.mentalhealth.org.uk/news/cancer-patients-left-cope-mental-health-problems-alone>
- Miller, S., O’Hea, E., Lerner, J., Moon, S. & Foran-Tuller, K. (2011). The relationship between Breast Cancer Anxiety and Mammography: Experiential Avoidance as a Moderator. *US National Library of Medicine*, 37(4), 113-118. doi: 10.1080/08964289.2011.614291
- Ministerio de Salud (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú*. Recuperado de: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf

- Mischel, W. & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*, 102(2), 246-268. Recuperado de: <http://faculty.washington.edu/mdj3/MGMT580/Readings/Week%203/Mischel.pdf>
- Montuschi, L. (2008). Los valores personales y los valores corporativos en el comportamiento ético en la empresa. *Universidad de CEMA*, 384, 1-31. Recuperado de: http://www.ucema.edu.ar/u/lm/ETICA_Y_NEGOCIOS_-_ARTICULOS/Los_valores_personales_y_los_valores_corporativos.pdf
- Morgan, L. (Ed.). (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Alberta: Board.
- National Cancer Institute. (2018). *Feelings and cáncer*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings>
- Ochoa, C. y Casellas-Grau. (2017). El cambio vital positivo tras un cáncer: Ingredientes clave para facilitarlos y efectos sobre el bienestar. *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 1-11. doi: 10.23923/pap.psicol2017.2815
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Datos y cifras sobre el cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Pandey, M. (2018). Does social support group membership help in coping with chronic diseases? *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 9(3), 428-435. Recuperado de: file:///C:/Users/User/Downloads/Does_social_support_group_memb.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. *Psychol Bull*, 136(2), 257-301. Recuperado de: <file:///C:/Users/User/Downloads/PsychBull2010.pdf>
- Park, C., Blank, T. & Edmondson, D. (2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: The mediating roles of growth, life meaning and

restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 863-875. doi: 10.1037/a0013348

Park, C., Edmondson, D., Hale-Smith, A. & Blank, T. O. (2009).

Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: Does faith promote a healthier lifestyle? *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 582–591. doi: 10.1007/s10865-009-9223-6

Pasek, E. (2006). ¿Cómo construir categorías en Microhistoria? *Revista de Arte y*

Humanidades Única, 16, 85-97. Recuperado de:

file:///C:/Users/User/Downloads/3%20Como%20Construir%20Categorias(1)%20(1).pdf

Pehlivan, S., Owayolu, O., Owayolu, N., Sevinc, A. & Camci, C. (2011). Relationship

between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer*, 20, 733-739. doi: 10.1007/s00520-011-1137-5

Piedmont, R. & Wilkins, T. (2015). Spirituality, religiousness and personality:

Theoretical foundations and empirical applications. *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality*, 1, 1-14. doi: 10.1037/14045-009

Pitts, P. & Goldberg, R. (2015). Undermining Patient Values: The ASCO Value in

Cancer Care. *Task Force Framework*, 21(4), 10-14. doi: 10.5912/jcb723

Ponce, G., Velásquez, S., Márquez, C., López, R. y Bellido, M. (2009). Influencia del

apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de enfermería: información*, 18(4), 224-228. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002

Puentes, Y., Urrego, S. y Sánchez, R. (2015). Espiritualidad, religiosidad y

enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 481-495. doi:

dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.08

- Purnell, J. & Andersen, B. (2009). Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. *Counseling and Values*, 53, 165–182. doi: 10.1002/j.2161-007X.2009.tb00123.x
- Quinceno, M. y Vinaccia, S. (2009). *La salud en el marco de la psicología y la religiosidad*, 5(2), 321-336. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916260008>
- Reich, M., Lesur, A. & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110, 9–17. doi: 10.1007/s10549-007-9706-5
- Ruhr-University Bochum (2013). Doctor's advice for cancer patients: Personal values influence treatment recommendations. *Obesity, Fitness & Wellness Week* *Obesity, Fitness & Wellness Week*, 259. Recuperado de:
<http://search.proquest.com/docview/1366655177/1310B7284E63436EPQ/2?accountid=45277>
- Sales, C., Leite de Almeida, C., Wakiuchi, J., Piolli, K. & Oliveira, L. (2014). I survived cancer: Phenomenological analysis of the survivors' language. *Text Context Nursing*, 23(4), 880-888. doi: 10.1590/0104-070720140020500132015
- Salci, M., é Marcon, S. (2010). A convivência com o fantasma do câncer. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31(1), 18- 25. Recuperado de:
 * <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a03v31n1.pdf> *
- Scharf, B. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncología. *Persona y bioética*, 2(25), 64-67. Recuperado de: file:///C:/Users/User/Downloads/918-3748-1-PB.pdf
- Schwartz, S. H. (2013). An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). doi: 10.9707/2307-0919.1116
- Sherman, A., Simonton, S., Latif, U. & Bracy, L. (2010). Effects of global meaning and illness-specific meaning on health outcomes among breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(5), 364-377. Recuperado de:

<http://link.springer.com.ez.urosario.edu.co/content/pdf/10.1007%2Fs10865-010-9267-7.pdf>

- Shrinidhi, P. (2017). Exploring Post Traumatic Growth Experience Among Cancer Survivors. *Journal of Cancer Research & Therapeutics*, 1(13), 417-418. Recuperado de: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8bd6081f-6a1e-48b1-bcf6-3228282eb82b%40pdc-v-sessmgr06>
- Siegel, R., Miller, K. & Jemal, A. (2017). Cancer Statistics, 2017. *A Cancer Journal for Clinicians*, 67, 7-30. doi: 10.3322/caac.21387
- Singhal, H. & Rastogi, R. (2015). The changing conception of meaning of life among Indian working class: An examination of effect of marital status on meaning of life. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(6), 585-589. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1696474616/BB183D45591147BCPQ/4?accountid=45277>
- Smith, S., Zimmerman, S., Williams, C., Preisser, J. & Clipp, E. (2008). Post Traumatic Stress Outcomes in Non-Hodgkin's Lymphoma Survivors. *American Society of Clinical Psychology* 26(6), 934-941. doi: 10.1200/JCO.2007.12.3414
- Soylu, C., Babacan, T., Sever, A. & Altundag, K. (2016). Patients' understanding of treatment goals and disease course and their relationship with optimism, hope, and quality of life: a preliminary study among advanced breast cancer outpatients before receiving palliative treatment. *Support Care Center*, 24(8), 3481-3488. doi: 10.1007/s00520-016-3182-6
- Su, J., Yeh, D., Chang, C., Lin, Tzu., Lai, C., ...Gossop, M. (2017). Depression and family support in breast cancer patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13,2389- 2396. doi: 10.2147/NDT.S135624
- Sumalla, E., Ochoa, C., Gil, F. y Blanco, I. (2009). Sobre tránsitos, identidades y crecimiento post traumático en cáncer hereditario. *Psicooncología*, 6(1), 7-25. Recuperado de: <file:///C:/Users/User/Downloads/16105-16181-2-PB.pdf>

- Toftegard, L., Voigt, M., Rosenberg, J. & Gogenur, I. (2013). *Pharmacological treatment of depression in women with breast cancer: a systematic review*. Recuperado de:
<http://search.proquest.com/docview/1443979580/17C03E89E0EA4751PQ/5?accountid=45277>
- Travis, L., Beard, C., Allan, J., Dahl, A., Feldman, D., Oldenburg, J., ... Fossa, S. (2010). Testicular Cancer Survivorship: Research Strategies and Recommendations. *US National Library of Medicine, 102*(15), 1114-1130. doi: 10.1093/jnci/djq216
- Trevino, K., Naik, A. & Moye, J. (2015). Perceived and Actual Change in Religion/Spirituality in Cancer Survivors: Longitudinal Relationships with Distress and Perceived Growth. *Advanced online publication*, 1-11. doi: 10.1037/rel0000030
- Tripathi, N. (2018). A valuation of Abraham Maslow's theory of self-actualization for the enhancement of the quality of life. *Indian Journal of Health and Wellbeing, 9*(3), 499-504. Recuperado de:
<https://search.proquest.com/central/docview/2030131162/fulltextPDF/82372A94CE374D02PQ/13?accountid=45277>
- Trunzo, J. & Pinto, B. (2013). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 805-811. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.805>
- Turner, M. (2014). Can the Effects of Religion and Spirituality on Both Physical and Mental Health be Scientifically Measured? An Overview of the Key Sources, with Particular Reference to the Teachings of Said Nursi. *Philosophical Exploration, 54*, 2045-2051. doi: 10.1007/s10943-014-9894-3
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos. *Calidad en la Educación Superior, 3*(1), 119-139. Recuperado de:
<file:///C:/Users/Invitado/Downloads/Dialnet-LaEntrevistaEnLaInvestigacionCualitativa-3945773.pdf>

- Vecina, M. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/778/77827103/>
- Vivas, P., Rojas, J. y Torras, E. (2009). *Dinámica de grupos*. Barcelona: FUOC.
Recuperado de: <file:///C:/Users/User/Downloads/001.%20libro-dinamica-grupo.pdf>
- Waldinger, R. (2015, Noviembre). *Robert Waldinger: What makes a good life? Lessons from the longest study on happiness*. [File de video]. Recuperado de: https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness
- White, A., Reeve, B., Chen, R., Stover, A. & Irwin, D. (2014). Coexistence of urinary incontinence and major depressive disorder with health-related quality of life in older Americans with and without cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 8, 497–507. doi: 10.1007/s11764-014-0360-8
- Wilson, K. & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An Acceptance and Commitment Therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland: New Harbinger.
- Wu, H. & Harden, J. (2015). Symptom burden and quality of life in survivorship: a review of the literature. *US National Library of Medicine*, 38(1), 29-54. doi: 10.1097/NCC.000000000000135.
- Yang, W., Staps, T. & Hijmans, E. (2010). Existential crisis and the awareness of dying: The role of meaning and spirituality. *OMEGA*, 61(1), 53-69. doi: 10.2190/OM.61.1.c
- You, J. & Lu, Q. (2014). Sources of social support and adjustment among chinese cancer survivors: gender and age differences. *Support Care Center*, 22, 697-704. doi: 10.1007/s00520-013-2024-z
- Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J. & Murken, S. (2008). Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17(4), 361-370. Recuperado de:

https://pdfs.semanticscholar.org/c6c2/bee7132d6337b6c33ea4ef01a7f729f19127.pdf?_ga=2.131131276.2083048513.1536374411-388980804.1536374411



APÉNDICES

APÉNDICE 1: GUÍA DE ENTREVISTA

Guía de entrevista

Los temas de mayor relevancia que serán tratados en la entrevista han sido clasificados en las siguientes cuatro secciones: *Enfermedad* (descripción de la misma); *Recuperación y Apoyo* (tratamiento y recursos personales y sociales); *Antes y después de la Enfermedad* (cambios en relación a los valores, creencias religiosas y expectativas a futuro); y *Cambios en relación a sus valores, creencias religiosas y sentido que le asigna a su vida (antes, durante y después de la enfermedad)*. Adicionalmente se corroborará si los entrevistados entienden los conceptos de valores, creencias religiosas y sentido de vida del mismo modo en que son comprendidos para el presente estudio.

a) *Enfermedad:*

- Fantasías e ideas iniciales sobre el problema
- Descripción de su malestar (síntomas)
- Mayores temores durante la enfermedad
- Repercusión en la vida diaria
- Duración de la misma

b) *Recuperación y Apoyo:*

- Descripción del tratamiento recibido
- Duración del proceso de recuperación
- Complicaciones en el tratamiento
- Factores que facilitaron la mejora (elemento económico, personas significativas, actitud optimista, entre otros)

c) *Antes y Después de la enfermedad:*

- Descripción general de cómo era la persona antes de enfermarse

- Narración de cómo fue inmediatamente después de haber sido descubierto la afección
- Descripción a detalle de cómo fue una vez que se curó

d) *Cambios en relación a sus valores, creencias religiosas y sentido que le asigna a su vida (antes, durante y después de la enfermedad)*

- Descripción detallada de los cambios percibidos
- Personas involucradas o relacionadas a la nueva forma de aproximarse hacia los valores, creencias religiosas y sentido de vida
- Situaciones vinculadas a dichos cambios
- Duración de tales procesos de cambio (principales etapas, intensidad a través del tiempo, periodos de mayor relevancia, etc)
- Descripción de conductas activas que sean producto de dicha variación



APÉNDICE 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por Gustavo Castillo Narváez, de la Universidad de Lima. La meta de este estudio es conocer cómo cambian los valores, las creencias religiosas y el sentido de vida en pacientes oncológicos en estado de remisión; con la finalidad de optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y ser partícipe de una potencial sesión de *focus group*. Esto tomará aproximadamente de una a tres horas de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas en la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones o videos serán eliminados. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del mismo en cualquier etapa sin que ello lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las interrogantes durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Gustavo Castillo Narváez. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es profundizar en el conocimiento de los valores, creencias religiosas y sentido de vida en pacientes de cáncer que se han recuperado. Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista y en un posterior *focus group*, lo cual tomará aproximadamente de una a tres horas en total. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

-----/---/-----

Fecha



APÉNDICE 3: LIBRO DE CÓDIGOS

CATEGORÍA	Cód.	Subcategoría
Apoyo percibido	FA	Apoyo social
	PCM	Apoyo del personal del centro médico
	EP	Apoyo entre pacientes
Valores personales reportados por el ex paciente de cáncer	VOU	Valores orientados hacia uno mismo
	VOD	Valores orientados hacia los demás
Religiosidad en pacientes oncológicos en remisión	RCD	Relación y cercanía con Dios
	DD	Distanciamiento de Dios
Sentido de vida del paciente oncológico recuperado	AO	Ayudar a otros
	DP	Disfrutar el presente
	P	Propósito