

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DE LICENCIATURA

“LA ESPIRITUALIDAD COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO ANTE UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER”

Alumna: Menéndez, Martina Ruth
Director: Mgtr. Marcelo Fernando Ahumada Alvarado

Mendoza, Febrero 2026

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor Invitado:

Nota:

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento, en primer lugar, a mi director de tesis, por el acompañamiento, la orientación y la confianza brindada a lo largo de todo el proceso de investigación. Su disponibilidad y compromiso fueron fundamentales para el desarrollo y la finalización de este trabajo.

Agradezco profundamente a mi familia, quienes sostuvieron y compartieron cada alegría de este camino y apostaron en mí para convertirme en la profesional que, a partir de hoy, voy a ser. Cada abrazo, cada mate en una tarde de estudio y cada mensaje antes de ir a rendir, están guardados para siempre en mi memoria e hicieron posible llegar a este momento. Este paso, lo damos todos, porque es por y para ustedes.

No quiero dejar de mencionar a mi compañero de vida, quien compartió conmigo todo este recorrido. Tu amor, tus palabras y tu alegría fueron un sostén constante; gracias por confiar en mí y acompañarme en cada etapa de este proceso.

Agradezco especialmente a cada una de las mujeres que participaron en esta investigación. Sus relatos tocaron mi corazón e hicieron de cada página algo profundamente especial. Sin su generosidad y apertura, este trabajo no habría sido posible. Espero honrar cada una de sus historias de vida.

Cecilia, llevo tu historia para siempre conmigo, gracias por guiarnos. Tu amor está presente en cada uno de nosotros.

Por último, agradezco a mis amigas, quienes vieron mi potencial, me ayudaron a crecer y me acompañaron a lo largo de estos años. Gracias por estar, por creer y por compartir conmigo este camino; fue aún más hermoso transitarlo junto a ustedes.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como propósito comprender la experiencia de la espiritualidad como estrategia de afrontamiento en personas que atravesaron un diagnóstico y tratamiento de cáncer. Se adoptó un enfoque cualitativo de tipo fenomenológico, centrado en el análisis de entrevistas semiestructuradas realizadas a cinco participantes que finalizaron su tratamiento oncológico. El material fue analizado mediante la codificación temática de Gibbs (2012), avanzando desde los códigos descriptivos hasta categorías analíticas. Los hallazgos muestran que la espiritualidad emerge como un recurso integral de afrontamiento. Las participantes describieron cómo la fe, la oración, la meditación y otras prácticas espirituales posibilitaron dar sentido al sufrimiento, reducir la angustia y sostener la esperanza. En síntesis, la espiritualidad se consolida como un espacio de integración y sentido, que trasciende lo religioso para constituirse en una fuente de salud emocional, autoconocimiento y reconstrucción existencial.

ABSTRACT

This research aimed to understand the experience of spirituality as a coping strategy in people who went through a diagnosis and treatment of cancer. A qualitative, phenomenological approach was adopted, focusing on the analysis of semi-structured interviews conducted with five participants who had completed their oncological treatment. The material was analyzed through Gibbs' (2012) thematic coding, moving from descriptive codes to analytical categories. The findings show that spirituality emerges as a comprehensive coping resource. The participants described how faith, prayer, meditation, and other spiritual practices made it possible to give meaning to suffering, reduce distress, and sustain hope. In summary, spirituality is consolidated as a space of integration and meaning that transcends the religious dimension to become a source of emotional health, self-knowledge, and existential reconstruction.

ÍNDICE

HOJA DE EVALUACIÓN ……1

AGRADECIMIENTOS…….3

RESUMEN.……4

ABSTRACT.……...4

ÍNDICE.……..……5

INTRODUCCIÓN.……7

MARCO
TEÓRICO…….9
CAPÍTULO I**:** CÁNCER..……9

1.1 Psicología de la Salud..……....8

1.2 Breve recorrido por la historia de la Psicología de la Salud...……9

1.3 El cáncer desde la Psicología de la Salud……13

1.4 Posibles tratamientos médicos contra el cáncer……..15

1.5 El impacto del cáncer en la vida cotidiana……17

1.6 El impacto emocional del diagnóstico de cáncer…….19

CAPÍTULO II: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO…….25

2.1 El estrés……..26

2.2 Concepto de estrategias de afrontamiento……...28

2.3. Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos……31

2.4 Importancia de los recursos personales……34

CAPÍTULO III: ESPIRITUALIDAD…….38

3.1 Concepto de espiritualidad……..39

3.2 Creencias y prácticas espirituales……..41

3.3 Tipos de creencias y prácticas espirituales……...43

3.4 La espiritualidad en pacientes con diagnóstico y tratamiento contra el cáncer..49

MARCO METODOLÓGICO……..52

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN……52

4.1 Preguntas de Investigación……53

4.2 Objetivos de investigación.....53

4.3 Diseño de investigación……..54

4.4 Descripción de la muestra……..54

4.5 Instrumentos de recolección de datos……..55

4.6 Campo empírico y contextualización espacio temporal……56

4.7 Procedimiento metodológico……..56

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS…58

Eje 1: la vida antes del diagnóstico……..59

Eje 2: el impacto del diagnóstico y las primeras estrategias de afrontamiento……61

Eje 3: Las prácticas y creencias espirituales durante el tratamiento……..65

Eje 4: la espiritualidad como estrategia de afrontamiento……69

Eje 5: el acercamiento subjetivo a la espiritualidad y la transformación personal…75

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES……80

REFERENCIAS……84

ANEXOS……89

Anexo 1: GUIÓN PARA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD……90

Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO…….. 92

INTRODUCCIÓN

El cáncer representa uno de los desafíos más complejos para la salud física, emocional y social de las personas. Más allá de sus implicancias médicas, su diagnóstico produce una ruptura en la biografía individual, que interpela las certezas cotidianas y obliga a redefinir los modos de significar la vida, el cuerpo y la muerte. Frente a esta experiencia límite, se ha reconocido la importancia de estudiar las estrategias de afrontamiento que las personas despliegan para adaptarse a la enfermedad, destacando especialmente el papel de la espiritualidad.

La presente investigación surge del interés por comprender en profundidad cómo las personas que han atravesado un diagnóstico y tratamiento de cáncer vivencian la espiritualidad como estrategia de afrontamiento, y cómo esta se transforma a lo largo del proceso. A partir de un enfoque cualitativo de tipo fenomenológico, se buscó recuperar las voces de quienes han vivido la enfermedad desde su propia experiencia, permitiendo explorar los significados, emociones y prácticas que acompañaron su tránsito vital.

El estudio se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a cinco participantes que finalizaron su tratamiento oncológico.

La tesis se organiza en seis capítulos. El marco teórico aborda los conceptos de cáncer, afrontamiento y espiritualidad desde diversas perspectivas. El marco metodológico describe el enfoque cualitativo, la selección de participantes, los instrumentos y el procedimiento de análisis. El capítulo de resultados presenta los cinco ejes temáticos emergentes, que recorren el proceso vital desde la vida previa al diagnóstico hasta la transformación espiritual posterior al tratamiento. Finalmente, las conclusiones generales sintetizan los hallazgos más relevantes y reflexionan sobre la importancia de integrar la espiritualidad en el acompañamiento psicológico de personas con enfermedades crónicas.

En suma, esta investigación pretende dar voz a quienes han atravesado la experiencia del cáncer, visibilizando la espiritualidad no como un elemento accesorio, sino como una fuente esencial de afrontamiento y sentido. A través de sus relatos, se busca aportar al campo de la Psicología de la Salud una comprensión más humana e integral de la vivencia de la enfermedad.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: CÁNCER

1.1 Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud surge como una respuesta al modelo biomédico tradicional, incorporando al estudio de la salud y la enfermedad factores psicológicos, conductuales y sociales.

Matarazzo (1980) define la Psicología de la Salud como:

> «la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud» (p. 815)

Este campo se consolida en la década de 1970, cuando la American Psychological Association (APA) reconoce formalmente la Psicología de la Salud como una nueva especialidad, su enfoque promueve una visión más amplia del proceso salud-enfermedad, considerando que factores como el estrés, las creencias personales, las emociones y los vínculos sociales desempeñan un papel relevante en la etiología, curso y tratamiento de las enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. Bajo esta perspectiva, la Psicología de la Salud se ocupa de la prevención, promoción y tratamiento de la salud desde una visión integral, entendiendo que el comportamiento humano influye significativamente tanto en el origen como en el afrontamiento de las enfermedades crónicas, abarcando temas como la autorregulación del comportamiento, el manejo del estrés, estudios sobre personalidad y salud entre otros, realizando aportes significativos al bienestar físico, psicológico y social.

1.2 Breve recorrido por la historia de la Psicología de la Salud

La concepción de la salud y la enfermedad ha variado significativamente a lo largo del tiempo, influida por factores culturales, filosóficos y científicos. En la antigua Grecia, la visión predominante asumió una relación indivisible entre mente y cuerpo. Hipócrates, figura central de esta tradición, sostenía que la salud dependía de un equilibrio interno y externo, mientras que la enfermedad era consecuencia de la ruptura de esa armonía, incluyendo tanto causas biológicas como comportamentales y de personalidad (Amigo Vázquez, 2015).

Mucho antes, en la antigua China surgió una concepción naturalista que se basaba en el equilibrio de fuerzas opuestas. Desde esta perspectiva, la enfermedad se produce cuando dicho balance se rompe, considerando que en la salud influyen tanto los factores físicos como las emociones y también, el estilo de vida. Esta perspectiva holística, donde cuerpo y mente están integrados, aún persiste en la medicina tradicional china (Amigo Vázquez, 2015).

Durante la Edad Media, en el mundo occidental se impuso una visión dualista promovida por la Iglesia, que separaba el cuerpo del alma, la enfermedad era concebida como una consecuencia del pecado y su tratamiento se centraba en la fe y la redención espiritual. Esta interpretación perduró hasta el Renacimiento, cuando el desarrollo científico marcó el surgimiento del modelo biomédico (Amigo Vázquez, 2015).

El pensamiento cartesiano de René Descartes fue clave en esta transición, al proponer una separación radical entre mente (res cogitans) y cuerpo (res extensa), entonces bajo este paradigma, el cuerpo pasó a ser considerado una máquina susceptible de ser analizada en términos físicos y químicos, mientras que la enfermedad se interpretaba como una avería de ese sistema mecánico y la sanación vendría de mano del médico (Amigo Vázquez, 2015). Esta perspectiva reduccionista y centrada exclusivamente en lo biológico fue la base del modelo biomédico, que dominó durante siglos la práctica médica occidental, dejando al espíritu y la mente como algo inmaterial, lejos del mundo físico.

Sin embargo, este modelo ha sido ampliamente cuestionado, Amigo Vázquez (2015) explica cómo Engel criticó su carácter reduccionista, argumentando que ignora factores psicológicos y sociales que también inciden en la salud. Gracias al reduccionismo biológico, sumado a la separación del cuerpo y la mente, todo proceso de enfermedad queda reducido a cuestiones físicas y químicas ignorando cómo influyen diversas situaciones de la vida en la salud de las personas. Engel, también señaló la importancia de la relación médico-paciente a la hora de realizar un tratamiento exitoso, ya que de ello depende en gran medida la cooperación del paciente. Sumado a esto, el modelo biomédico tampoco tiene en cuenta el proceso de la recuperación de la salud luego de la enfermedad, sin considerar, por ejemplo, las consecuencias sociales y psicológicas que pueden aparecer luego de un diagnóstico y un tratamiento.

Como respuesta a estas limitaciones, Engel propuso el modelo biopsicosocial, el cual plantea que la salud y la enfermedad resultan de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Este modelo no solo otorga un papel activo a las personas en el mantenimiento de su salud, sino que también promueve un enfoque holístico e integrador, reconociendo la influencia de las emociones, conductas y el contexto social en los procesos de salud-enfermedad. Teniendo en cuenta que los pacientes también tienen un grado de responsabilidad en cómo se encuentra su salud, poniendo el énfasis en acciones que se pueden realizar para mejorarla o potenciarla, es por eso por lo que las personas pasan a tener un rol activo durante el tratamiento, su actitud es decisiva (Amigo Vázquez, 2015).

La Psicología de la Salud como disciplina surgió en este contexto de cambio. Tres factores fueron clave en su emergencia: el aumento de enfermedades crónicas ligadas al estilo de vida, la necesidad de adaptación prolongada de los pacientes a estas condiciones y la insuficiencia del modelo médico tradicional para abordar esta nueva realidad sanitaria. En respuesta a ello, la Asociación Americana de Psicología creó en 1978 la División 38: Health Psychology, que se consolidó rápidamente como un área especializada con publicaciones propias (Amigo Vázquez, 2015).

1.3 El cáncer desde la Psicología de la Salud

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la página oficial, publicó los resultados de el Boletín Oficial de la Nación, GLOBOCAN (2020), que situó a la Argentina en base a las estimaciones realizadas por el Observatorio Global del Cáncer dentro de los países del mundo con incidencia de cáncer media-alta, registrando ya en el 2020 una tasa de 212,4 casos por 100.000 habitantes, y posicionándose así en el quinto lugar en términos de frecuencia dentro de los países de América Latina. La distribución de los casos según los sitios tumorales indica que el cáncer de mama ocupa el primer lugar mientras que el colorrectal y el de pulmón ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente.

Aunque en el lenguaje común se utiliza el término *cáncer* en singular, esta designación abarca en realidad más de doscientas enfermedades diferentes, que difieren en aspectos esenciales como su etiología, localización, sintomatología e incluso en su pronóstico. A pesar de estas diferencias, todos los tipos de cáncer comparten ciertos mecanismos comunes, como el crecimiento anormal y descontrolado de células, la capacidad de invadir tejidos adyacentes y la posibilidad de diseminarse a otras partes del cuerpo, fenómeno conocido como metástasis (Amigo Vázquez, 2015).

En condiciones normales, la división celular es un proceso regulado que permite el reemplazo ordenado de células. Sin embargo, en el cáncer este sistema se ve alterado, y se produce una división celular incontrolada que da lugar a una masa tumoral. Este crecimiento, que da origen a lo que se denomina una neoplasia, puede comprometer órganos vitales como el hígado o los pulmones, interfiriendo en sus funciones. Hay muchos tipos de cáncer que forman tumores sólidos, pero no todos, por ejemplo los cánceres de la sangre, generalmente no los producen (Instituto Nacional del Cáncer, 2021).

El término *neoplasia* alude etimológicamente a una *nueva formación*, y puede referirse a tumores benignos o malignos. En el uso coloquial, se tiende a equiparar tumor con cáncer, aunque, sólo se considera cáncer a los tumores malignos. Esta distinción es fundamental tanto para el diagnóstico como para el abordaje clínico (Amigo Vázquez, 2015).

El desarrollo del cáncer implica una fuerte demanda de oxígeno y nutrientes por parte de las células tumorales, lo que provoca una alteración en el equilibrio del organismo. Para sostener su crecimiento, las células cancerígenas producen un factor angiogénico que promueve la formación de nuevos vasos sanguíneos, redirigiendo así recursos esenciales del cuerpo hacia el tumor. Además, estas células tienen la capacidad de desplazarse entre los tejidos, al no adherirse unas a otras como ocurre en las células normales, y secretan enzimas que destruyen estructuras de sostén como el colágeno, facilitando su invasión y expansión (Amigo Vázquez, 2015).

La capacidad de metástasis, una de las características del cáncer, consiste en la migración de células tumorales a través del sistema circulatorio o linfático hacia otras zonas del cuerpo, donde pueden formar nuevos tumores incluso más agresivos que el primario. Este proceso es altamente complejo (Amigo Vázquez, 2015).

Históricamente, la palabra *cáncer* deriva del término griego *karkinos* (cangrejo), que utilizó Hipócrates para describir lesiones con proyecciones similares a patas que se extendían hacia los tejidos circundantes. Esta metáfora sigue siendo relevante hoy en día, ya que refleja la agresividad y la forma invasiva con la que el cáncer avanza dentro del organismo (Amigo Vázquez, 2015).

El incremento sostenido en la incidencia del cáncer a lo largo del siglo XX, especialmente en las sociedades industrializadas, ha sido asociado a la exposición constante a múltiples factores de riesgo. Estos incluyen hábitos perjudiciales como el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, la exposición prolongada a radiaciones ultravioletas, y una dieta rica en grasas y pobre en fibras, características comunes en países desarrollados. También se ha observado la influencia de conductas sexuales vinculadas a la transmisión de virus como el papilomavirus humano, que se relaciona con el cáncer de cuello uterino (Amigo Vázquez, 2015).

Además de los factores físicos y conductuales, la Psicología de la Salud ha identificado la existencia de variables psicológicas que pueden influir en la aparición y el curso del cáncer. Entre estas, el estrés ocupa un lugar relevante. Diversos estudios sugieren que ciertos tipos de estrés, especialmente el estrés agudo e

incontrolable de tipo físico, pueden acelerar el crecimiento tumoral. En cambio, otros tipos de estrés, como el físico crónico, parecen inhibir dicho crecimiento. No obstante, el estrés social, independientemente de su duración, ha demostrado tener un efecto facilitador en el desarrollo tumoral (Pérez Álvarez, 1990 en Amigo Vazquez, 2015).

1.4 Posibles tratamientos médicos contra el cáncer

En las últimas décadas, el tratamiento del cáncer ha evolucionado significativamente, permitiendo una mayor tasa de supervivencia y curación en distintos tipos de tumores. Esto es gracias a que el abordaje médico es cada vez más amplio y especializado, si bien existen múltiples terapias posibles, las más empleadas y relevantes por su impacto físico y emocional en los pacientes son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y, en algunos casos, la terapia hormonal (Amigo Vázquez, 2015)

La **cirugía oncológica** es una de las estrategias más tradicionales y efectivas cuando el cáncer se encuentra localizado y aún no ha desarrollado metástasis. Su objetivo es extirpar la masa tumoral o neoplasia del organismo. No obstante, esta intervención conlleva ciertos riesgos: durante la extracción quirúrgica es posible que algunas células cancerígenas se desprendan y accedan al torrente sanguíneo o linfático, facilitando así la aparición de metástasis a futuro. Por este motivo, la cirugía suele combinarse con otros tratamientos adyuvantes como la radioterapia o la quimioterapia, a fin de aumentar la efectividad del abordaje integral de la enfermedad (Amigo Vázquez, 2015)

La **radioterapia** consiste en la aplicación dirigida de radiaciones ionizantes, como los rayos X o los rayos gamma, sobre los tejidos afectados por el cáncer. Su eficacia radica en que las células tumorales, debido a su rápida tasa de división, son especialmente sensibles a las alteraciones genéticas inducidas por la radiación durante el proceso de mitosis. Estas radiaciones afectan principalmente el ADN de las células cancerosas, dificultando su multiplicación. Sin embargo, una de las limitaciones de esta técnica es que también puede afectar a los tejidos sanos circundantes, especialmente aquellos con células de alta sensibilidad, como las

sanguíneas, lo que puede generar efectos secundarios significativos (Amigo Vázquez, 2015)

La **quimioterapia**, por su parte, implica el uso de sustancias químicas conocidas como citostáticos que interfieren directamente con la reproducción celular. Este tratamiento se fundamenta en el principio de que las células malignas se dividen más rápidamente que las normales, lo que las hace más vulnerables a estos agentes. Sin embargo, los citostáticos también afectan a células sanas de alta tasa mitótica, como las de la sangre, la piel o el sistema digestivo, generando efectos adversos como alopecia, inmunosupresión, anemia y una alta carga de malestar físico y psicológico. A menudo, la quimioterapia no tiene como finalidad la curación definitiva del cáncer, salvo en casos muy específicos, sino que se utiliza como un complemento terapéutico de otras estrategias, especialmente la cirugía y la radioterapia. Por ello, el acompañamiento psicológico es clave para facilitar el afrontamiento del proceso por parte del paciente (Amigo Vázquez, 2015)

Otro tratamiento empleado en ciertos tipos de cáncer es la **terapia hormonal**, especialmente útil en aquellos tumores cuya proliferación celular está influida por la presencia de determinadas hormonas, como el cáncer de mama o el de próstata. Este abordaje implica la administración de fármacos que inhiben la producción hormonal o bloquean su acción sobre los receptores específicos que poseen las células tumorales. La decisión de aplicar este tratamiento se basa en pruebas que determinan la presencia de receptores hormonales en el tejido canceroso. Si los resultados son positivos, se considera que las hormonas están favoreciendo el crecimiento del tumor, por lo que se recomienda iniciar la terapia correspondiente para frenar ese estímulo biológico (Amigo Vázquez, 2015).

Otro tratamiento posible es la **inmunoterapia,** esta no actúa directamente sobre el tumor como los anteriores, sino que busca estimular el sistema inmunológico del paciente para que sea este el que reconozca y destruya eficazmente las células cancerígenas. Durante décadas, se subestimó el rol del sistema inmunitario en el cáncer, en gran parte porque las células tumorales tienen la capacidad de evadir la respuesta inmunológica del organismo. Esto lo logran activando vías reguladoras negativas que inhiben la acción normal del sistema inmunitario, impidiendo así que las células defensoras reconozcan y eliminen el tumor (Reyes, et al., 2020).

En la actualidad, la inmunoterapia comprende una amplia gama de intervenciones terapéuticas que tienen como objetivo no solo reducir la carga tumoral, sino también generar memoria inmunológica, lo que permitiría al sistema inmunológico reconocer y atacar al cáncer si reaparece en el futuro. Este abordaje incluye el uso de moléculas no específicas, vacunas terapéuticas, virus oncolíticos, terapias celulares adaptativas y anticuerpos monoclonales inhibidores de puntos de control inmunológico (Reyes, et al., 2020).

Estos tratamientos, si bien están orientados a la erradicación del cáncer o a su control, implican un fuerte impacto físico y emocional en las personas que los transitan. Desde la Psicología de la Salud se destaca la necesidad de considerar la vivencia subjetiva del tratamiento, promover estrategias de afrontamiento y brindar contención emocional como parte esencial del acompañamiento terapéutico integral.

1.5 El impacto del cáncer en la vida cotidiana

El diagnóstico de cáncer representa un punto de quiebre vital que obliga a la persona a reorganizar su vida en múltiples dimensiones: personal, familiar, social, laboral y en relación con su propio cuerpo y autocuidado. Esta transformación, súbita e impredecible, genera la necesidad de un acompañamiento psicológico profesional que ayude al paciente a adaptarse a las nuevas condiciones impuestas por la enfermedad (Maruso, 2014).

La vivencia del diagnóstico está atravesada por múltiples factores: la amenaza a la integridad física, los efectos de los tratamientos médicos, el dolor, la posibilidad de la muerte, la alteración de los roles sociales, la dependencia de otros, la pérdida de intimidad, entre otros (Fernández, 2006).

El diagnóstico de una enfermedad como el cáncer conlleva un impacto significativo en la vida del paciente, afectando su calidad de vida, entendida esta como la percepción individual del lugar que ocupa en su entorno cultural y sistema de valores, en relación con sus metas, expectativas, preocupaciones y estado físico, psicológico, social y espiritual (Organización Mundial de la Salud, 1996). La calidad

de vida se ve afectada desde el diagnóstico y persiste durante el tratamiento, ya que muchos de ellos, por la intensidad que tienen provocan en el paciente la aparición de efectos secundarios como fatiga, náuseas, inmunodepresión, entre otros (Cavero Montejo e Ignacio Mestanza, 2025).

Desde el momento en que una persona recibe un diagnóstico de cáncer, suele atravesar una serie de reacciones emocionales intensas que incluyen enojo, temor, negación, preocupación, culpa y frustración. Estas emociones repercuten significativamente en diversos aspectos de su vida, como en sus vínculos afectivos, su entorno laboral y su bienestar general, generando sentimientos de tristeza, ansiedad, depresión e incluso soledad. No obstante, algunas personas experimentan el proceso de forma diferente, manifestando emociones como la gratitud o la esperanza, las cuales han demostrado tener un impacto positivo en el proceso de recuperación, al contribuir al fortalecimiento del sistema inmunológico y mejorar la respuesta al tratamiento médico (Instituto Nacional del Cáncer, 2023).

Ha surgido una subdisciplina conocida como psicooncología, esta se ha consolidado como un campo multidisciplinario que se ocupa tanto de la atención clínica como de la investigación relacionada con los aspectos psicológicos, sociales y espirituales que atraviesan las personas con cáncer a lo largo de todo el proceso de salud-enfermedad. Este enfoque contempla etapas clave como la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la supervivencia y el final de la vida, y no solo se centra en los pacientes, sino también en sus familias y en los equipos de salud. Para ello, se emplean herramientas de evaluación y estrategias de intervención psicológica fundamentadas en evidencia científica, lo que permite ofrecer una atención integral que favorezca el bienestar emocional y la calidad de vida en distintos tipos de cáncer (Galindo Vázquez et al., 2023).

En la práctica clínica, las intervenciones psicológicas en pacientes oncológicos se han diversificado, pero suelen agruparse en cuatro grandes objetivos: promover una comunicación efectiva entre paciente y equipo de salud; aliviar el malestar físico causado por la enfermedad y los tratamientos; contener y elaborar el daño emocional provocado por el diagnóstico y la progresión de la enfermedad; y trabajar en estrategias de prevención o promoción de salud en contextos comunitarios (Maruso, 2014).

La Psicología de la Salud, en este sentido, ofrece un marco fundamental para comprender cómo las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales interactúan en la vivencia del cáncer, y por qué es necesario integrar nuevas perspectivas, como la espiritualidad, en los procesos de afrontamiento.

1.6 El impacto emocional del diagnóstico de cáncer

El diagnóstico de cáncer conlleva no solo un impacto físico, sino también un profundo efecto emocional. Estos pueden alterar de manera significativa la vida del paciente (Armijos, et. al 2023). Desde un enfoque biopsicosocial, diversos estudios contemporáneos coinciden en señalar que las emociones no solo influyen en la experiencia subjetiva de la enfermedad, sino también en la fisiología del cuerpo. Las investigaciones en neurociencias han demostrado que los procesos emocionales tienen una base biológica concreta, sostenida en la interacción entre hormonas y neurotransmisores. Así, el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmunológico actúan como un triángulo de comunicación constante que traduce la vida emocional y psicosocial en cambios fisiológicos observables (Maruso, 2014).

El estrés emocional sostenido, la ansiedad, la depresión, la calidad del apoyo social, el duelo, el tipo de afrontamiento o incluso los conflictos relacionales pueden modular la respuesta inmunológica del organismo. Este fenómeno es particularmente relevante en enfermedades como el cáncer, ya que el sistema inmune juega un rol fundamental tanto en la detección como en el control de células tumorales. Se ha comprobado que los estados de indefensión crónica, caracterizados por la falta de recursos psicológicos y emocionales para hacer frente a la adversidad, pueden debilitar significativamente la inmunidad, aumentando así la vulnerabilidad del individuo frente al avance de la enfermedad (Maruso, 2014).

En este sentido, las emociones no solo median el modo en que se vive la enfermedad, sino que impactan directamente en las conductas de salud: estados de estrés, ansiedad o aburrimiento tienden a asociarse con hábitos perjudiciales como el consumo de tabaco o la mala alimentación (Fernández, 2006).

En el proceso de atravesar una enfermedad oncológica, existen momentos que suelen vivirse con una carga emocional particularmente intensa, especialmente al inicio del tratamiento. Este período se caracteriza por una mezcla de emociones como el miedo, la incertidumbre y, en algunos casos, una sensación paralizante de terror. El temor se convierte en una emoción persistente durante todo el proceso de tratamiento e incluso puede extenderse más allá del mismo, se teme a los efectos secundarios, al modo en que reaccionarán los vínculos familiares, sociales y laborales, a las transformaciones que puedan ocurrir en la vida sexual, a los cambios en la identidad física y personal, y sobre todo, a la incertidumbre respecto del futuro y a la posibilidad de una recaída una vez finalizado el tratamiento (Robert et al., 2013).

Además, es frecuente observar una mayor labilidad emocional, lo que se traduce en episodios de tristeza, ansiedad, angustia e incluso en sensaciones de desesperanza e indefensión. Estas emociones pueden expresarse también mediante conductas de irritabilidad, aislamiento social o sentimientos de enojo, que son formas de canalizar la frustración generada por el impacto de una enfermedad crónica de alta complejidad como el cáncer. En este contexto, la rabia puede emerger como una respuesta al sentimiento de estar enfrentando en soledad una experiencia tan transformadora (Robert et al., 2013).

Con el tiempo, y a medida que el paciente se familiariza con los procedimientos médicos y reconoce las respuestas de su cuerpo frente a los tratamientos, puede comenzar a resignificar la experiencia, logrando una mayor aceptación de la enfermedad.Sin embargo, este camino no es lineal; es común que las personas transiten por diferentes etapas emocionales de forma cíclica, regresando ocasionalmente a emociones intensas vividas al comienzo del proceso. El acceso a información clara, el acompañamiento adecuado y el desmantelamiento de ciertos mitos en torno al cáncer pueden contribuir significativamente a una mejor adaptación emocional al diagnóstico y tratamiento (Robert et al., 2013).

Frente a este nuevo escenario vital, la persona se ve obligada a reorganizar su cotidianidad personal, familiar, laboral y social. Las reacciones psicológicas que surgen están influenciadas tanto por las circunstancias objetivas como por la interpretación subjetiva que el paciente hace del proceso, estas reacciones implican

una vivencia que compromete integralmente a la persona y a su red de vínculos, constituyendo una situación que puede entenderse como una crisis vital que pone a prueba los recursos de afrontamiento del sujeto para adaptarse a la situación nueva que le toca transitar con todos los condicionantes que la acompañan. (Fernández, 2006).

Durante el transcurso de la enfermedad oncológica, la persona debe lidiar con un proceso de duelo relacionado con la adaptación que debe hacer con respecto a la pérdida de su salud, la pérdida de estabilidad, de la rutina, de sus roles familiares, sociales y laborales, y dentro de estos duelos, se considera particularmente importante el duelo por la pérdida de control. El llamado duelo oncológico es un proceso adaptativo, sano y necesario durante el transcurso del diagnóstico y tratamiento contra el cáncer (Robert et al., 2013).

Las reacciones psicológicas ante la enfermedad pueden disminuir la calidad de vida del enfermo de cáncer e incluso ser desencadenantes de diversos trastornos psiquiátricos como la ansiedad o la depresión, lo que a su vez dificulta la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad (Camacho, 2003). La depresión afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes, comprometiendo su adhesión al tratamiento por lo que se asocia de manera significativa con la mortalidad causada por el cáncer (Rodriguez, 2006).

Las consecuencias emocionales negativas derivadas del diagnóstico y tratamiento del cáncer pueden mantenerse incluso una vez superada la fase activa del tratamiento. En este marco, los trastornos depresivos son altamente prevalentes y se asocian con una peor calidad de vida, mayor dificultad para adherir al tratamiento y una prolongación del tiempo de hospitalización (Fernández, 2006).

El impacto emocional del cáncer debe abordarse considerando también las variables que modulan la respuesta psicológica: la personalidad del paciente, su historia de vida, el contexto social y económico, el entorno físico, y fundamentalmente, el significado subjetivo que la persona le otorga a su enfermedad (Fernández, 2006). Estas variables actúan de forma conjunta, generando una modalidad particular de adaptación o desadaptación ante la vivencia del cáncer.

Es un hecho que el funcionamiento del organismo está profundamente influenciado por la interacción entre el sistema nervioso, el endocrino y el inmunológico. El cerebro cumple un rol central al enviar señales a través del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, lo que activa la liberación de hormonas que alcanzan a los linfocitos, quienes actúan como transmisores finales de estas órdenes. Simultáneamente, esta comunicación se produce mediante el sistema nervioso autónomo, tanto simpático como parasimpático, al que el sistema inmunológico permanece receptivo de forma constante. Desde una perspectiva más amplia, se observa que nuestros pensamientos, creencias y actitudes influyen de manera directa en las condiciones corporales, modulando la homeostasis a través de estos tres sistemas clave. Las emociones juegan un papel mediador al filtrar la percepción, lo que determina cómo los estímulos del entorno, los factores psicosociales o los eventos estresantes impactan sobre el cerebro. Este, a su vez, se comunica con el sistema inmune tanto por medio del eje endocrino como del sistema vegetativo, utilizando como mensajeros las hormonas, los neurotransmisores y las linfocinas, moléculas específicas de cada sistema. Esta comunicación es bidireccional: el sistema inmunológico también capta señales derivadas de procesos infecciosos o inflamatorios en el cuerpo, y responde liberando linfocinas que informan al cerebro, el cual ajusta entonces la conducta del organismo en función de esa información (Maruso, 2014).

De este modo, los efectos del comportamiento pueden estar mediados tanto por estímulos psicológicos como por amenazas físicas, pero siempre dentro del circuito compartido entre el sistema nervioso y el inmunológico. Ambos sistemas se retroalimentan constantemente, conformando un entramado dinámico de comunicación donde también interviene el sistema endocrino. Este triángulo fisiológico se organiza en torno al ritmo impuesto por el sistema nervioso, que regula ciclos vitales como el sueño, el dolor, el placer y los ritmos circadianos. Esta interacción no se detiene en ningún momento, incluso durante el sueño o en estados de agotamiento extremo. En tales situaciones, es el sistema inmune quien toma el control de la energía disponible para llevar adelante sus funciones (Maruso, 2014).

Es por ello que entendemos que diversos factores como el estrés, el tipo de personalidad, la depresión, la ansiedad, así como un desastre natural, factores psicosociales o incluso un conflicto bélico producen un impacto en el sistema inmunológico, que determinan una modalidad de respuesta inmune propia de cada persona, la cual junto con otro factores (como por ejemplo, la edad, la dieta, entre otros) determinarán el estado de salud o enfermedad, así como el diagnóstico y los órganos afectados, del sujeto. La patología es la respuesta del sistema inmunológico frente al diálogo emocional (Maruso, 2014).

Frente a este escenario, los tratamientos basados en la medicina integrativa, que consideran dimensiones emocionales, cognitivas, espirituales y vinculares junto con la atención médica tradicional, han mostrado beneficios significativos. No sólo mejoran la calidad de vida de los pacientes, sino que, en muchos casos, contribuyen a modificar el curso de la enfermedad. Una actitud emocional activa, sostenida en la aceptación del diagnóstico sin resignación frente al pronóstico, se considera hoy una herramienta terapéutica de gran valor (Maruso, 2014).

Según Bautista Majuán y Piscoya Sernaqué (2019), muchas personas con cáncer buscan aliviar los efectos adversos físicos y emocionales a través del uso de terapias complementarias, además de los tratamientos médicos convencionales. Las terapias complementarias incluyen el uso de suplementos naturales como plantas medicinales y productos dietéticos, así como prácticas mente-cuerpo como la acupuntura, el masaje terapéutico y el yoga, orientadas a mejorar la calidad de vida durante la enfermedad. Estas suelen resultar atractivas porque utilizan tanto los propios recursos físicos y mentales del individuo como elementos provenientes de la naturaleza. Además, representan una alternativa voluntaria, elegida libremente por el paciente.

En síntesis, el cáncer se configura como una enfermedad compleja y multifactorial que trasciende su dimensión estrictamente biológica para involucrar aspectos psicológicos, sociales y culturales que influyen tanto en su desarrollo como en su tratamiento y pronóstico. La comprensión de su origen, evolución y abordaje terapéutico exige considerar la interacción entre factores genéticos, ambientales y conductuales, así como el impacto que el diagnóstico y el proceso de tratamiento generan en la vida de las personas y su entorno más cercano. Más allá de los

avances científicos y tecnológicos que han permitido mejorar las tasas de detección temprana y sobrevida, el cáncer continúa siendo una experiencia profundamente disruptiva que irrumpe en la cotidianidad, reconfigura proyectos de vida y demanda una reorganización integral de los recursos personales y sociales del paciente. Este capítulo ha permitido comprender no sólo los aspectos conceptuales sobre esta enfermedad, sino también la carga emocional para quien recibe el diagnóstico, brindando un panorama general que será fundamental para abordar, en el capítulo siguiente, **las estrategias de afrontamiento** que pueden contribuir a mitigar el impacto emocional y favorecer la adaptación frente a esta enfermedad.

CAPÍTULO II: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

2.1 El estrés

El estrés puede definirse como un estado de tensión física o mental que emerge cuando la percepción individual de un hecho no concuerda con sus expectativas, provocando una sensación de desequilibrio que el sujeto no logra manejar. En este sentido, el estrés es más que una experiencia emocional transitoria; implica una desorganización tanto fisiológica como psicológica que, si se prolonga en el tiempo, puede generar consecuencias discapacitantes para la persona (Maruso, 2014).

El cerebro desempeña un papel central en la génesis del estrés, ya que es el órgano encargado de interpretar los estresores del entorno y activar mecanismos de respuesta. Esto significa que no es únicamente lo que le ocurre al individuo lo que determina el impacto del estrés, sino la manera en que éste vive y metaboliza estos eventos. Factores como los recursos personales, el apoyo social, la capacidad para compartir emociones o el hecho de optar por reprimirlas, influyen en la respuesta del sistema. El cuerpo, guiado por la conciencia del individuo, responde de manera específica a los estímulos que percibe como amenazantes, activando patrones inmunológicos distintos según la enfermedad, el órgano afectado o la intensidad del estresor (Maruso, 2014).

El endocrinólogo Hans Selye fue pionero en demostrar que las emociones intensas, como el miedo o la ira u otras emociones estresantes, pueden activar de forma excesiva la glándula pituitaria, provocando la sobreproducción de hormonas del estrés, como la adrenalina y el cortisol. Estas hormonas, en el corto plazo, permiten que el cuerpo ejecute respuestas adaptativas útiles frente a peligros reales, como la huida o el enfrentamiento, pero si su producción se vuelve constante por situaciones emocionales no resueltas, el efecto se torna perjudicial.

El concepto de *estrés* fue introducido inicialmente en el campo de la salud por el fisiólogo Walter Cannon en 1932, que relaciona el término con respuestas de huida y lucha como una respuesta adaptativa del organismo ante una situación adversa (Zárate et al., 2014) , aunque fue Hans Selye quien lo popularizó en la década del 50. A lo largo de la historia, la palabra *estrés* fue utilizada para hacer referencia a dificultades o adversidades desde el siglo XIV, y más tarde, en el siglo XVII, Robert Hooke desarrolló una perspectiva técnica sobre este concepto al analizar cómo las

estructuras debían resistir fuerzas externas. A partir de ese análisis, se acuñaron tres nociones clave: carga, estrés y tensión. En esta analogía, la carga representa el estímulo externo, el estrés corresponde al área afectada y la tensión, a la deformación resultante. Estos conceptos fueron posteriormente aplicados al cuerpo humano y a la mente, originando las nociones modernas de estresores (inputs) y respuestas de estrés (outputs) (Lazarus, 1999).

Hans Selye, por su parte, propuso distinguir entre dos formas de estrés: el *distrés,*caracterizado por emociones negativas como la ira o la agresión, y considerado perjudicial para la salud; y el *eustrés*, relacionado con experiencias positivas, como el entusiasmo y la preocupación empática, y vinculado a una influencia protectora sobre la salud. No obstante, esta clasificación, aunque influyente, ha sido cuestionada por la falta de respaldo empírico suficiente (Lazarus, 1999).

Lazarus (1999) también planteó una clasificación funcional del estrés psicológico, dividiéndolo en tres tipos principales: daño/pérdida, amenaza y desafío. El primero refiere a perjuicios ya ocurridos, la amenaza implica riesgos potenciales aún no concretados, y el desafío se basa en la percepción de que las dificultades pueden ser superadas con esfuerzo y confianza. Cada uno de estos tipos activa distintas emociones y reacciones psicofisiológicas, además de requerir diferentes estrategias de manejo.

El autor resalta, además, la interrelación constante entre el estrés y las emociones, señalando que rara vez ocurren de manera completamente separada. Incluso emociones consideradas positivas, como la felicidad, la gratitud o el amor, pueden surgir en contextos estresantes o estar atravesadas por preocupaciones, como el miedo a perder aquello que se valora. Por ejemplo, el orgullo puede convertirse en una carga emocional si es percibido negativamente por el entorno, y el amor puede generar ansiedad si no es correspondido. Esta complejidad muestra que el estrés no se limita a emociones negativas, sino que también se manifiesta en las experiencias emocionales positivas y sus circunstancias relacionales.

Desde esta perspectiva integradora, Lazarus (1999) propone que el estrés, las emociones y las estrategias de afrontamiento no deberían analizarse como

fenómenos aislados, ya que en la experiencia humana funcionan como un conjunto interdependiente. La emoción se convierte en el concepto central que abarca tanto al estrés como a los intentos de afrontarlo, dado que es a través de la emoción que se activan y organizan las respuestas psicológicas y fisiológicas ante las situaciones desafiantes de la vida.

Se ha demostrado que el estrés emocional crónico puede provocar un desequilibrio hormonal significativo. El exceso sostenido de adrenalina y cortisol produce una serie de efectos fisiológicos nocivos: elevación sostenida de la presión arterial y el ritmo cardíaco, acumulación de triglicéridos y colesterol, alteraciones en la función tiroidea, y un impacto directo en la pérdida de densidad ósea y muscular. A nivel metabólico, se relaciona con una menor utilización de glucosa, mayor retención de sodio lo que incrementa la presión arterial y dificultades en la regeneración celular. Además, los niveles altos de estas hormonas afectan la memoria, el aprendizaje y debilitan el sistema inmunológico, lo cual incrementa la vulnerabilidad a múltiples enfermedades (Maruso, 2014).

2.2 Concepto de estrategias de afrontamiento

Teniendo en cuenta lo expuesto resulta importante conocer sobre estrategias de afrontamiento que logren aumentar el bienestar en los pacientes con diagnóstico de cáncer, el cual genera una inestabilidad emocional y en muchos casos esto imposibilita un afrontamiento adecuado. El afrontamiento es el esfuerzo cognitivo y conductual constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas como el diagnóstico oncológico (Cruz, 2022). Las estrategias de afrontamiento no sólo son esenciales para el manejo emocional de la enfermedad, sino también para mejorar la calidad de vida y facilitar la adaptación al proceso de tratamiento.

Lazarus y Folkman (1986) proponen el modelo transaccional del estrés en el que lo definen como una interacción entre el ambiente y el individuo, en donde la manera en la que el individuo percibe la demanda y los recursos que tiene para dar

respuesta a la misma son fundamentales.

Estos mismos autores clasifican el afrontamiento de dos formas diferentes: dirigida al problema, orientada a la modificación o cambio de la situación, que se relaciona con cómo la persona obtiene información sobre qué puede hacer y moviliza las acciones necesarias para modificar el problema; y dirigida a la emoción, que implica reducir la respuesta emocional negativa a una situación estresante.

Años más tarde, Lazarus (1999) explica que el acto de valorar es una serie de acciones cognitivas, un proceso ejecutado por un individuo que puede o no haber sido consciente al hacerlo. Refiere que hay dos actos de valoración, uno primario y uno secundario.

La valoración primaria, constituye el primer nivel de análisis cognitivo que realiza un individuo al enfrentarse con una situación potencialmente estresante. En este proceso, la persona evalúa si lo que está ocurriendo tiene algún tipo de implicancia para sus propios valores, objetivos o creencias sobre sí misma y el entorno. Es decir, se trata de determinar si hay algo importante en juego. No basta con que exista una creencia o valor abstracto, sino que debe haber un compromiso activo hacia un objetivo específico. Por lo tanto, si la persona no percibe que se ve afectado algún aspecto relevante de su bienestar, no habrá activación emocional ni estrés.En los casos en que la situación se percibe como significativa, la persona puede valorarla como una pérdida ya ocurrida (daño/pérdida), como una amenaza futura o como un desafío. Este último, similar al concepto de eustrés propuesto por Selye, se caracteriza por una respuesta positiva, donde el individuo se siente motivado a enfrentar la situación con entusiasmo y determinación. Así, por ejemplo, artistas o deportistas pueden experimentar nerviosismo, pero también disfrutar al aceptar un reto exigente.

Este proceso de valoración primaria, está relacionado con preguntas como: *¿Tengo algún objetivo en juego, o está alguno de mis valores nucleares comprometido o amenazado? Y en caso afirmativo, ¿Qué podría pasar?*, básicamente, es la evaluación del individuo donde define si la situación es estresante o no.

Por otra parte, la valoración secundaria, implica un análisis más detallado sobre los recursos personales disponibles para afrontar la situación. Este segundo proceso

evaluativo considera las opciones posibles para modificar o adaptarse a la relación con el ambiente, y si bien no es sinónimo de afrontamiento, constituye la base cognitiva sobre la que éste se sustenta. La persona analiza qué puede hacer, qué consecuencias pueden derivarse de cada acción, y cuán *eficaces pueden resultar las distintas respuestas posibles. Este se relaciona con preguntas como: ¿Qué opciones tengo para enfrentar esta situación? ¿Puedo hacer algo al respecto? ¿Tengo los recursos necesarios para afrontarlo? ¿Cuáles son los riesgos y beneficios de cada acción*? Es decir, en la valoración secundaria se hará un análisis de las estrategias disponibles.

Frente a un diagnóstico de cáncer, se realizará una valoración primaria, donde el individuo evaluará cómo la enfermedad afecta su vida, habrá personas que lo vean como una amenaza, daño o pérdida, o habrá quienes lo tomarán como un desafío. En base a esto, se realizará una valoración secundaria donde se busca estrategias para afrontarlo, es en este punto, donde pueden aparecer la espiritualidad con un papel clave para la reducción del estrés causado por el diagnóstico. Debemos tener en cuenta, que no existe una única estrategia de afrontamiento universalmente efectiva, sino que dependerá de la personalidad del sujeto, el tipo de amenaza, el escenario y demás variables que puedan ponerse en juego a la hora de recibir este diagnóstico.

De acuerdo con Lazarus (1999), las estrategias de afrontamiento desempeñan dos funciones primordiales cuando una persona se enfrenta a situaciones estresantes: una orientada hacia el problema y otra hacia la emoción. La función centrada en el problema tiene como objetivo modificar activamente las condiciones externas o internas que generan malestar. Para ello, el individuo busca información relevante, considera sus alternativas, y lleva a cabo acciones dirigidas a transformar la situación estresante. Estas acciones pueden estar dirigidas tanto al entorno como a sí mismo. Este tipo de afrontamiento implica una implicación activa, racional y dirigida a resolver el conflicto.

La función centrada en la emoción busca principalmente regular las reacciones emocionales que genera la situación estresante, sin necesariamente modificar las circunstancias objetivas. Las personas pueden intentar reducir su malestar emocional evitando pensar en la amenaza, reinterpretando la situación de manera

más positiva o buscando consuelo emocional.

Lazarus (1999) subraya que la eficacia de las estrategias de afrontamiento no reside en una fórmula fija, sino en su capacidad de adaptarse continuamente a las condiciones cambiantes de la realidad. Esto significa que una estrategia que resultó útil en una etapa del proceso puede volverse ineficaz más adelante, y requerir una modificación para seguir siendo funcional. La clave está en la flexibilidad: la persona debe evaluar constantemente la evolución de la situación y ajustar su respuesta en función de las nuevas demandas o recursos disponibles. En última instancia, las estrategias de afrontamiento deben evaluarse no solo por sus intenciones, sino también por los resultados que producen en el bienestar emocional y la adaptación del individuo a largo plazo.

2.3. Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos

Por todo lo antes mencionado entendemos que el diagnóstico y tratamiento de cáncer impacta en el sujeto tanto a nivel personal, social, familiar, alterando el curso de la vida del paciente, y convirtiéndolo en una situación estresante.

La vivencia del estrés no depende únicamente de las características objetivas de una situación, sino de la forma en que esta es percibida e interpretada por el individuo. Por ello, existe una gran variabilidad en las respuestas al estrés entre distintas personas, lo cual pone de relieve el carácter idiosincrático de estas reacciones. Aun así, se han identificado ciertos factores que, de forma general, tienden a incrementar el potencial estresor de una situación (Amigo Vázquez, 2017).

Uno de los primeros factores destacados es la **impredecibilidad de los acontecimientos**. Cuando los individuos no pueden anticipar lo que va a ocurrir, su capacidad para prepararse psicológica y emocionalmente se ve mermada. Esta falta de previsibilidad intensifica la percepción de amenaza y eleva el nivel de estrés experimentado (Amigo Vázquez, 2015)

Otro elemento importante que destaca el autor, es la **incontrolabilidad**. Situaciones que no pueden ser modificadas o evitadas tienden a generar mayor tensión que aquellas en las que la persona tiene cierto grado de control.

Continuando con lo que menciona el autor, en tercer lugar, se encuentra la **falta de apoyo social**, que se ha demostrado consistentemente como un modulador del estrés. El apoyo social se puede entender en dos dimensiones. La primera es cuantitativa y se refiere al tamaño de la red social, es decir, la cantidad de personas con las que el sujeto mantiene contacto significativo. La segunda es cualitativa o funcional, e incluye el apoyo emocional que incluye la escucha y contención, el apoyo instrumental relacionado con la ayuda práctica ante problemas concretos y el apoyo informativo que tiene que ver con recibir orientación y consejo. Las investigaciones sugieren dos formas principales en las que este apoyo actúa.

Los **eventos vitales estresantes** también tienen una fuerte vinculación con la aparición de enfermedades físicas. Este tipo de situaciones, que se caracterizan por ser impredecibles e incontrolables, pueden provocar desequilibrios significativos en el bienestar emocional. No obstante, si bien existe evidencia empírica que muestra una correlación entre estos eventos y la salud física, se estima que explican sólo entre un 10 % y un 15 % de la varianza en el desarrollo de enfermedades. Es decir, no todas las personas expuestas a experiencias vitales adversas desarrollarán necesariamente una enfermedad, lo que indica la existencia de múltiples factores intervinientes en la relación entre el estrés y la salud (Amigo Vazquez, 2015).

Recibir un diagnóstico y tratamiento contra el cáncer, es una situación estresante, y ante esto, se deben poner en marcha estrategias de afrontamiento. Pero, tal como lo demuestra Ruiz-Doria et. al 2023 en su investigación, debemos tener en cuenta que no todos los sujetos responden igual ante esta situación, algunas personas pueden adoptar una conducta depresiva y aislarse de su contexto familiar y social, pero otras personas pueden demandar cuidados y mayor atención por parte de su círculo social.

Resulta importante conocer sobre estrategias de afrontamiento que logren aumentar el bienestar de los pacientes con este diagnóstico, el cual genera una inestabilidad emocional y en muchos casos esto imposibilita un afrontamiento adecuado. El

afrontamiento es el esfuerzo cognitivo y conductual constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas como el diagnóstico oncológico (Cruz, 2022) y tienen como función regular las emociones que desencadena la evaluación de la situación, por ejemplo a partir de la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, ver los aspectos positivos, también pueden aparecer conductas emocionales como llorar, reír, comer, buscar apoyo emocional. Otra de las funciones es cambiar la relación de la persona con la situación problemática, esto lo realizan estrategias para resolver el problema, definiéndolo, generando alternativas, evaluando aspectos positivos y negativos, llevar las estrategias a la práctica, entre otras (Lazarus y Folkaman, 1986).

Lazarus y Folkaman (1986) describen varias estrategias de afrontamiento como fundamentales, entre ellas se encuentran:

- **Confrontación:** consiste en enfrentar directamente el problema, mediante acciones decididas, incluso intensas o con cierto grado de riesgo.
- **Distanciamiento:** intentos de apartarse, tomar distancia del problema, ya sea evitando pensar en él o intentando que no les afecte emocionalmente.
- **Autocontrol:** regulación interna de sus emociones y reacciones.
- **Búsqueda de apoyo social:** acción de recurrir a personas significativas del entorno, como familiares, amigos o allegados, con el fin de obtener asistencia en diversas formas. Esta ayuda puede manifestarse tanto en términos instrumentales (como información, orientación o recursos prácticos), como emocionales (brindando contención, comprensión o consuelo)
- **Aceptación de la responsabilidad**: se manifiesta cuando una persona reconoce su implicancia en la aparición o mantenimiento del problema.
- **Escape o evitación**: implica fantasías irreales o el uso de recursos externos como la comida, el alcohol o fármacos para eludir la realidad.
- **Solución planificada de problemas:** implica reflexionar y trazar posibles caminos para resolver el conflicto.
- **Reevaluación positiva:** que permite identificar elementos constructivos o aprendizajes posibles dentro de una situación adversa, lo cual puede fomentar el crecimiento personal y la resiliencia emocional

En la investigación realizada por Ruiz-Doria et. al 2023, se arroja como resultado, que el planeamiento es la principal estrategia cognitiva de afrontamiento utilizada por pacientes con cáncer de mama, esto tiene que ver con el uso de una estrategia, la identificación y formulación de las acciones a emprender para llevar adelante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Para la categoría de estrategias conductuales, la que aparece con mayor frecuencia es el afrontamiento activo, lo cual lleva a que el sujeto esté en una búsqueda constante de alternativas frente a la enfermedad. Por su parte, en la categoría de estrategias afectivas, la religión obtiene mayor frecuencia de uso con un 64%.

Las estrategias como la negación, la evitación o el distanciamiento, no son necesariamente negativas, sino que dependerá de la situación en la que se encuentre el sujeto si estas se están empleando de manera efectiva.

En conclusión, las estrategias de afrontamiento no sólo son esenciales para el manejo emocional de la enfermedad, sino también para mejorar la calidad de vida y facilitar la adaptación al proceso de tratamiento.

2.4 Importancia de los recursos personales

Muchas personas con cáncer, sienten que esa experiencia hizo que su vida mejore en aspectos relacionados a las relaciones personales y en el crecimiento personal, esto se relaciona con el *Benefit Finding* qué es una reacción ante el cáncer que lleva a algunas personas a apreciar detalles de su vida que antes ignoraban (Gabinet Psicologic Mataró, 2025).

La forma en que cada persona responde ante una situación estresante no depende únicamente del estímulo externo, sino también de factores individuales que condicionan dicha respuesta. Las experiencias previas, las creencias personales, el sistema de valores y las estrategias de afrontamiento comúnmente empleadas conforman un entramado subjetivo que influye en cómo se evalúa una situación y en el impacto emocional que esta puede generar, también existen ciertas variables de personalidad que predisponen a los individuos a reaccionar de manera particular frente a los eventos estresantes. Los motivos y metas personales también influyen a

la hora de interpretar la realidad, es decir, determinan qué resulta relevante para el sujeto y afectan la evaluación se realiza de la situación (Rodriguez, 2006)

También las creencias individuales afectan la percepción del estrés, así como las creencias existenciales, entre las que se encuentran las religiosas o filosóficas. A su vez, los recursos con los que cuenta cada persona para afrontar el estrés como la salud, la confianza en sí mismo, la capacidad para resolver problemas, las habilidades sociales, el apoyo social o los recursos materiales también influyen en la respuesta. (Rodriguez, 2006)

Según Lazarus (1999), existen tres categorías fundamentales de variables personales que influyen decisivamente en cómo las personas valoran las situaciones estresantes: los objetivos personales y su jerarquización, las creencias acerca de uno mismo y del entorno, y los recursos personales disponibles.

En primer lugar, los objetivos y su jerarquía desempeñan un papel esencial en la activación del estrés y las emociones. Las emociones no surgen en un vacío: son respuestas al progreso o al estancamiento en el logro de metas personales. Así, las emociones negativas, como la frustración o el desánimo, emergen cuando se perciben obstáculos o imposibilidad para alcanzar un objetivo significativo. En cambio, las emociones positivas se relacionan con el avance hacia la consecución de dichos objetivos. Sin embargo, en muchas situaciones pueden coexistir múltiples objetivos, a veces incluso contrapuestos, lo cual obliga al individuo a priorizar, seleccionando qué meta tiene mayor peso emocional o adaptativo en ese momento. Esta jerarquía influye de forma directa en las emociones experimentadas, ya que aquello que está en juego, sumado a el grado de importancia subjetiva asignado, determina la intensidad de la respuesta emocional.

En segundo lugar, las creencias sobre el self y sobre el mundo también condicionan la valoración que una persona hace de una situación. Estas creencias forman el marco desde el cual se interpretan los acontecimientos: afectan lo que se espera y teme, así como las emociones anticipatorias. Estas creencias también influyen en la evaluación de las posibilidades de éxito o fracaso frente a los desafíos de la vida cotidiana.

Finalmente, los recursos personales son aquellos atributos o apoyos con los que cuenta una persona y que influyen en su capacidad para hacer frente a las exigencias del entorno. Entre estos recursos se incluyen tanto características individuales, como la inteligencia, la salud, la energía o el atractivo físico, y también aspectos sociales así como el apoyo de la familia o de amistades. Algunos recursos son innatos, mientras que otros pueden desarrollarse a lo largo del tiempo mediante esfuerzo y experiencia. No obstante, muchos de estos recursos pueden llegar a consolidarse como rasgos estables de personalidad, lo cual los hace menos modificables a corto plazo. Esto representa un desafío cuando se busca intervenir para mejorar el afrontamiento, cambiar patrones de comportamiento puede resultar más viable que alterar condiciones personales profundamente arraigadas.

Maruso (2014) explica cómo los tratamientos basados en la medicina biopsicosocial que atienden las necesidades emocionales, cognitivas, físicas, nutricionales, vinculares, inconscientes, espirituales y energéticas pueden no sólo mejorar la vida de personas con enfermedades graves, sino también modificar el curso de la enfermedad y añade que la salud y el bienestar se sostienen sobre un banco de tres patas: la primera corresponde a los fármacos; la segunda, a la cirugía y los procedimientos clínicos y la tercera, al autocuidado de la persona.

Cuanto más amplio sea el repertorio de estrategias de afrontamiento de una persona, mayores serán sus posibilidades de adaptarse de forma flexible y efectiva a las exigencias que impone la enfermedad. En este sentido, brindar orientación sobre dichas estrategias contribuye a que la paciente acepte el diagnóstico y transite el proceso de la enfermedad con mayor confianza en sí misma, autonomía, control personal y sentido de autorrealización. Esto, a su vez, favorece una mejor calidad de vida y regula el uso del afrontamiento activo, facilitando según la teoría de Lazarus y Folkman, el desarrollo del máximo nivel de afrontamiento posible frente a la situación (Canchari López y Castro de la Cruz, 2023).

Este capítulo profundiza en la comprensión de las estrategias de afrontamiento, partiendo de un recorrido teórico por el concepto de estrés y su estrecha relación con las emociones, abarcando las desde una perspectiva integradora a partir de los aportes de Lazarus. Por lo tanto, la emoción se convierte en el concepto central, que abarca tanto al estrés como los intentos para afrontarlos. Se entiende que el

afrontamiento es un proceso dinámico y contextual, donde la valoración cognitiva del estímulo y la percepción de los propios recursos resultan determinantes. Asimismo, se analiza el papel de los recursos personales como aspectos clave de la experiencia de estrés y de la eficacia del afrontamiento. Este marco permite comprender que no existe un único modo “adecuado” de afrontar, sino que la efectividad de cada estrategia depende de su ajuste a las demandas específicas de la situación y a las características individuales de la persona, sentando así las bases para explorar en el capítulo siguiente el papel de la **espiritualidad** como recurso de afrontamiento frente al cáncer.

CAPÍTULO III: ESPIRITUALIDAD

3.1 Concepto de espiritualidad

La espiritualidad es un factor que influye de manera directa con la salud mental del paciente oncológico ya que, desde el primer momento que es diagnosticado intenta comprender la razón de su enfermedad, empieza a buscar el verdadero significado y el sentido de la vida (Alfaro, et. al, 2022). La espiritualidad en los pacientes con cáncer implica encontrar sentido a su lucha contra la enfermedad, ofreciendo comprensión emocional y esperanza renovada (Yañez, 2024). El estudio anteriormente citado, arroja como conclusión que la espiritualidad está ligada a lo psicológico, siendo más común en pacientes sometidos a quimioterapia, especialmente en mujeres.

Cuando hablamos de espiritualidad, nos referimos a una toma de conciencia, de la comprensión de que existe algo mucho más grande que nosotros que ha creado el universo y la vida, y que en esta creación representamos una parte importante y bien determinada que puede contribuir al desarrollo del todo (Kübler-Ross, 1989). Otros autores que abordan este tema son Canda y Furman (en Xu, 2016, p. 1395) entienden la espiritualidad como “una cualidad humana universal y fundamental que implica la búsqueda de un sentido de significado, propósito, moralidad, bienestar y profundidad en las relaciones con nosotros mismos, los demás y la realidad última, como sea que se entienda”.

Maruso (2014), resalta las palabras del neurocientífico Andrew Newberg quien habla sobre la extraordinaria capacidad del cerebro humano, el cual no solo posibilita el aprendizaje y la adaptación, sino que también tiene la habilidad de transformarse, promoviendo así el desarrollo personal. Según su perspectiva, la mente humana tiene el potencial de ayudarnos a comprender más profundamente el mundo y nuestras relaciones, otorgando un mayor significado a nuestras vidas. Newberg afirma que todos los seres humanos poseen una dimensión espiritual accesible que trasciende el conocimiento cotidiano.

En esta línea, la espiritualidad se comprende como un sentimiento interno de conexión con algo más grande que uno mismo. No está necesariamente ligada a la religiosidad; es decir, una persona puede ser espiritual sin ser religiosa, y viceversa.

Este concepto abarca múltiples cualidades humanas, como el desapego del ego, la empatía, la compasión, la gratitud y una profunda paz interior. Estas características no solo enriquecen la vida de quienes las practican, sino que también han sido asociadas con beneficios significativos para la salud y los procesos de sanación (Maruso, 2014).

Es importante tener en cuenta que los beneficios de la medicina espiritual están disponibles para cualquier persona, independientemente de sus creencias religiosas o su postura frente a lo trascendente. Esta perspectiva no requiere adhesión a dogmas, sino disposición al trabajo interior. Asimismo, la implicación activa del paciente en su proceso de sanación no es opcional ni accesoria, sino un componente esencial del tratamiento. Desde esta mirada integral, el bienestar se concibe como un equilibrio sostenido por tres pilares: los tratamientos médicos y farmacológicos, los procedimientos clínico-quirúrgicos, y, en igual medida, el autocuidado personal. Además, se reconoce que los pensamientos tienen efectos bioquímicos que pueden reforzar patrones de conducta poco saludables. Al comprender los mecanismos que originan estas adicciones emocionales o comportamentales, las personas pueden modificar sus hábitos y promover nuevas formas de vivir, generando incluso cambios en su estructura cerebral (Maruso, 2014).

Investigaciones recientes, como señala Maruso (2014), revelan que la personalidad puede transformarse a lo largo de toda la vida mediante un proceso consciente de reconfiguración de patrones mentales y biológicos, que se logra transformando los hábitos inconscientes y los automatismos. Cuando experiencias pasadas, propias o transgeneracionales, generan emociones persistentes de insatisfacción, dificultades relacionales, limitaciones, problemas en el autoestima, dificultad para mantener relaciones sanas, miedo, culpa, entre otras cosas, aparece la posibilidad de un reaprendizaje, es un trabajo para modificar el *filtro* mental. Este proceso implica trabajar tanto con los programas inconscientes almacenados en la memoria celular como con las redes neuronales establecidas. La ciencia actual confirma que la adopción sistemática de pensamientos saludables puede modular la expresión genética y el comportamiento, permitiendo superar condicionamientos heredados y construir una vida alineada con las necesidades y aspiraciones auténticas, incluso

frente a circunstancias adversas.

Desde la medicina Mente-Cuerpo se busca entender la sanación como el *hacer un todo*, no implica necesariamente la eliminación completa de los síntomas físicos, es importante entender que podemos sanar de diversas formas, expresando amor, cerrando heridas, perdonando a otros y a nosotros mismos, abrazando las diferencias, dejando de juzgar. Más bien, se concibe como un proceso de restauración de la totalidad del ser. Bajo esta mirada, la enfermedad puede ser interpretada como una posibilidad para recuperar la coherencia e integridad personal, incluso en el contexto de dolencias crónicas. Esta forma de sanación sólo es posible cuando mente y cuerpo actúan de manera unificada, como una sola fuerza orientada al bienestar (Maruso, 2014).

3.2 Creencias y prácticas espirituales

Una investigación que menciona Maruso (2014) en su libro es la llevada a cabo por la doctora Pert, quien dió a conocer un mecanismo que explica cómo nuestras emociones afectan a nuestro cuerpo, las emociones no pueden separarse del cerebro, lo que hacemos, pensamos y sentimos tiene consecuencias físicas, nuestras creencias controlan el cuerpo y la mente.

El organismo posee mecanismos naturales para eliminar los tumores que se desarrollan cotidianamente. Las células encargadas de esta función, pertenecientes al sistema inmunológico, cuentan con receptores específicos y liberan péptidos que son químicamente similares a las moléculas asociadas con las emociones. A su vez, las células cancerígenas también emiten estos péptidos y poseen receptores que responden a señales que pueden activar o inhibir su división, así como su capacidad de generar metástasis. Al ser parte del propio cuerpo, los tumores están integrados en la red psicosomática y participan en el flujo constante de información corporal, el cual se encuentra influido en gran medida por el estado emocional de la persona. Diversos estudios han demostrado que estas células tumorales responden a factores de crecimiento, endorfinas, péptidos y otras sustancias producidas en el

cerebro y el sistema inmunológico, lo que evidencia que este último refleja directamente nuestras emociones y estado de ánimo (Maruso, 2014).

Trabajar para nuestra sanación tanto física como mental y espiritual, no es un camino sencillo, es necesario un conocimiento profundo sobre uno mismo, honestidad y valentía. Existen creencias que limitan nuestra existencia y otras que la potencian, unas que debilitan nuestra capacidad de acción y otras que nos empoderan para transformar nuestra realidad, algunas construyen salud y otras las destruyen, por ejemplo, la idea de que el dolor debe ser eliminado de nuestras vidas, generan más sufrimiento al alimentar la resistencia de lo inevitable, la vida misma incluye pérdidas y dolor de forma natural, y sanar requiere integrar también a nuestra realidad esa parte, incorporando a nuestro estado de conciencia, entendiendo que el estado de conciencia plena nos abre un espacio que permite sanar (Maruso, 2014). Para lograr esto, múltiples creencias y prácticas denominadas holísticas pueden ayudar.

El término *holístico* proviene de la palabra griega *holos*, que significa completo, íntegro o total, y se refiere a un enfoque que considera los fenómenos en su totalidad, analizando las múltiples interacciones que los conforman. Este paradigma busca comprender la realidad de manera integral, evitando reduccionismos y valorando la complejidad de los procesos, los actores involucrados y sus contextos. Así, el holismo no solo es una perspectiva teórica, sino también una práctica que fomenta una mirada interconectada y multicausal, permitiendo una interpretación más profunda y abarcadora de los sistemas en estudio. (EsSalud, 2023).

Estas terapias pueden servir como una estrategia de afrontamiento frente al diagnóstico y tratamiento de cáncer, ya que el paciente, además de encargarse de tratar su enfermedad física, estas terapias lo harán conectar con la manera en la que está percibiendo y manejando emocionalmente la enfermedad, el efecto en las relaciones familiares y sociales, sus actitudes y creencias.

3.3 Tipos de creencias y prácticas espirituales

Las terapias complementarias pueden categorizarse de distintas maneras, en este caso tomaremos cinco categorías: las terapias mente-cuerpo, las biológicas, de manipulación corporal, energéticas y sistemas holísticos.

Las terapias mente-cuerpo constituyen intervenciones terapéuticas que integran técnicas de focalización mental, regulación respiratoria y actividad física coordinada, con el objetivo de inducir estados de relajación psicofisiológica. Este enfoque multimodal incluye diversas prácticas validadas empíricamente, entre las que destacan: tai chi, yoga, mindfulness. Estas modalidades comparten mecanismos neurobiológicos comunes, particularmente la modulación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y la activación del sistema nervioso parasimpático (Cavero Montejo e Ignacio Mestanza, 2025), tienen el objetivo de fortalecer la conexión de los procesos mentales y las funciones físicas (Maruso,2014). Su eficacia ha sido demostrada en la reducción de marcadores de estrés, ansiedad, depresión, fatiga, náuseas y vómitos, dolor crónico, según análisis recientes.

- Meditación: es una técnica orientada a lograr un estado de conciencia en el cual la persona elimina los estímulos ambientales y centra su atención en algo determinado, lo que genera un estado de relajación y una sensación de alivio de la tensión, según el Glosario de Términos de Medicina Complementaria (2023).
- Mindfulness: En los últimos años, una modalidad específica de meditación conocida como *mindfulness* ha adquirido gran protagonismo en el ámbito de la psicología de la salud, especialmente dentro de las denominadas terapias conductuales de tercera generación o contextuales. Esta práctica, originada en las tradiciones contemplativas del budismo y difundida en Occidente principalmente a través del trabajo de Jon Kabat-Zinn, se ha consolidado como una herramienta terapéutica relevante en múltiples enfoques clínicos contemporáneos (Amigo-Vázquez, 2010).

  El *mindfulness* promueve una actitud de atención activa y deliberada al momento presente, con una disposición abierta y no enjuiciadora respecto a

las propias sensaciones, pensamientos y emociones, esta práctica propone abandonar el intento constante de controlar los contenidos mentales, particularmente aquellos que resultan dolorosos o incontrolables. Al hacerlo, se facilita una disminución del malestar psicológico asociado a la lucha por controlar lo que no puede ser controlado, como es el caso de ciertos pensamientos intrusivos o emociones difíciles.

Entre las prácticas comunes que integran esta filosofía se encuentran la atención plena a la respiración, el escaneo corporal, la observación consciente de los sonidos del entorno, de los propios pensamientos o incluso de actividades cotidianas como caminar. La lógica subyacente a estos ejercicios es entrenar a la mente en el reconocimiento de la experiencia presente, sin resistencias ni apegos.

Ha emergido un importante cuerpo de investigaciones que respaldan su utilidad no solo en el abordaje de afecciones como el dolor crónico, la artritis reumatoide, el insomnio o la mejora de la calidad de vida, sino también en ámbitos ocupacionales, evidenciando beneficios en el aumento del bienestar y la profesionalización de trabajadores en distintos sectores (Amigo-Vázquez, 2010).

- Yoga: es un término derivado de la raíz sánscrita *yuj* (que significa *unión* o *integración*), constituye un sistema milenario de origen indio que busca armonizar las dimensiones física, mental y espiritual del ser humano (EsSalud, 2023). Es un tipo de ejercicio basado en movimientos anaeróbicos, sumado a técnicas de control de la respiración (Cavero Montejo e Ignacio Mestanza, 2025), y técnicas de meditación con la finalidad de liberar a las personas de la enfermedad o sufrimiento (Instituto Nacional de Salud del Perú, 2025.)
- Biodescodificación: La *biodescodificación* es un enfoque terapéutico mente-cuerpo que busca identificar y traer a la conciencia las emociones reprimidas vinculadas a manifestaciones físicas de enfermedades, con el objetivo de reinterpretar su significado y así *desprogramar* las causas de la enfermedad (Biorigen, 2025). El núcleo de este modelo radica en una premisa fundamental: toda enfermedad, en esencia, tendría sus raíces en el

psiquismo. No se trata de una correlación vaga, sino de conexiones precisas entre síntomas físicos y eventos emocionales concretos. La terapia, en este marco, opera como un viaje de reinterpretación. A través de distintas técnicas, se rastrean en la biografía del paciente esos momentos críticos donde emoción y cuerpo colapsaron en un código disfuncional. El objetivo no es solo identificar, sino reescribir: al transformar la emoción oculta, el síntoma antes un mensaje cifrado, codificado, pierde su razón de ser.

Ahora bien, es crucial aclarar un malentendido frecuente. La *biodescodificación* no pretende reemplazar a la medicina convencional; su aporte es hermenéutico. Propone que la enfermedad emerge cuando el organismo, ante una brecha insostenible entre lo que necesita y lo que recibe o ante un desafío que excede sus recursos, lo cual activa mecanismos de compensación biopsíquicos. Estos, inicialmente adaptativos, pueden devenir en patologías. El síntoma, así, sería un último recurso del cuerpo para restaurar un equilibrio que la mente no logró gestionar (Revista Portales Médicos, 2025.).

Las terapias energéticas representan un conjunto de intervenciones basadas en el principio biofísico de la existencia de un campo energético vital (CEV) que interactúa con los sistemas biológicos (Cavero Montejo e Ignacio Mestanza, 2025). Estas se fundamentan en una visión holística del ser humano, donde la salud no depende únicamente de factores biológicos, sino del equilibrio de un sistema energético sutil que recorre y rodea el cuerpo. Según este paradigma, cuando esta energía vital encuentra obstáculos en su flujo natural, se manifiestan desequilibrios que pueden traducirse tanto en malestares físicos como en trastornos emocionales. El objetivo terapéutico principal de estas prácticas no es simplemente aliviar síntomas, sino identificar y disolver estos bloqueos invisibles que perturban la armonía energética del organismo (Nehuén, 2025).

- Reiki: es definido por el Glosario de Términos de Medicina Complementaria, publicado por EsSalud en 2023, como un término que proviene de la unión de las palabras *rei* (energía universal) y *ki* (energía vital), es una práctica terapéutica de origen japonés. Su método central consiste en que el terapeuta coloca sus manos sobre el cuerpo del receptor, buscando canalizar

y armonizar el flujo de esta energía vital que, según esta tradición, constituye la base del bienestar físico y emocional. Se define como la utilización de una secuencia específica de posiciones de manos y de símbolos para canalizar la fuerza vital universal con el fin de recargar, realinear y reequilibrar el campo de energía del ser humano, según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (p. 395).

Este enfoque particular considera que el terapeuta actúa como un canal de la energía universal (Rei), dirigiéndose a través de sus manos hacia los centros energéticos (chakras) del receptor. Lo distintivo de esta práctica es que no depende de la fuerza personal del practicante, sino de su capacidad para servir como conducto de esta energía inteligente que, según sus principios, buscaría siempre restaurar el equilibrio donde más se necesita. Un aspecto fundamental de esta terapia es su enfoque no invasivo: las manos se colocan ligeramente sobre o cerca del cuerpo, en una serie de posiciones específicas, creando un espacio donde la energía vital (Ki) del paciente puede reorganizarse. (Nehuén, 2025).

Más que un simple contacto físico, el *Reiki* opera bajo el principio de que el desequilibrio energético es la raíz de muchas dolencias. Al actuar como un puente para la energía universal, el practicante facilita la autorregulación del organismo receptor.

Los sistemas médicos holísticos representan modelos terapéuticos completos con fundamentos epistemológicos y metodológicos desarrollados con anterioridad e independencia a la medicina alopática occidental (Cavero Montejo e Ignacio Mestanza, 2025).

- Acupuntura: esta técnica ancestral consiste en la inserción percutánea de agujas estériles de calibre milimétrico en puntos estratégicos del cuerpo descrito por la teoría del Qi (energía vital) , ya que la desorganización del funcionamiento sería el causante de la enfermedad. La inserción de agujas en estos puntos clave, genera una sensación de bienestar por la liberación de endorfinas, alivia el dolor, la sensación de sofoco, disminuye las alteraciones del sueño y reduce los niveles de ansiedad, favoreciendo a que el paciente se sienta con más energía y motivación (Cavero Montejo e Ignacio Mestanza,

2025).

Las terapias biológicas utilizan vitaminas, hierbas, suplementos, alimentos y demás materiales que se encuentran en la naturaleza (Cavero Montejo e Ignacio Mestanza, 2025).

- Fitoterapia: es el empleo de las plantas tanto en la prevención como en los tratamientos de las enfermedades (Cavero Montejo e Ignacio Mestanza, 2025).
- Aromaterapia: es la aplicación de aceites esenciales extraídos de flores, hierbas o plantas y pueden utilizarse vía cutánea o inhalatoria, además de que pueden contribuir a otras terapias como los masajes o la acupuntura (EsSalud, 2023).

Las terapias de manipulación corporal constituyen intervenciones manuales especializadas que aplican fuerzas controladas sobre tejidos corporales para restaurar la homeostasis biopsicosocial. Según la evidencia actual, estas técnicas ejercen sus efectos terapéuticos mediante tres mecanismos interrelacionados (Cavero Montejo e Ignacio Mestanza, 2025).

- Masoterapia: consiste en la manipulación metódica de los tejidos blandos corporales para inducir respuestas terapéuticas (EsSalud, 2023)

Todo lo expuesto anteriormente forman parte de las terapias complementarias, pero también existen técnicas utilizadas por la psicología y otras ciencias que se toman como herramientas dentro de las terapias holísticas

- Técnicas de visualización: es también denominada *imaginación guiada o visualización creativa*, constituye una herramienta psicológica de probada eficacia para el manejo de la ansiedad y el estrés. Explicado por Criado-Álvarez et al. (2022) el mecanismo de acción va más allá del simple acto de imaginar; se trata de un proceso multisensorial que involucra activamente todos los canales perceptivos - visuales, auditivos, olfativos, gustativos y táctiles, lo que crea una experiencia mental inmersiva.

  Esta técnica opera mediante un protocolo estructurado que combina tanto una fase introductoria de preparación mental, ejercicios de relajación

muscular progresiva, profundización del estado de calma y también la aplicación de sugestiones específicas adaptadas a cada necesidad terapéutica.

A nivel neurofisiológico, la *visualización* aprovecha la plasticidad cerebral, activando redes neuronales similares a las que se emplearían en la situación real (UPAD Psicología y Coaching, 2024). Este fenómeno explica su eficacia en: la reducción de marcadores fisiológicos de ansiedad (frecuencia cardíaca, cortisol), la mejora en el manejo del dolor crónico como también mejora de funciones cognitivas (memoria, concentración) y el fortalecimiento de la autoeficacia y actitud positiva.

La religión también es un tipo de creencia posible ante el diagnóstico y tratamiento contra el cáncer, la misma es entendida como el *rezo y la oración*, que funcionan como un recurso de afrontamiento ante situaciones estresantes, según el modelo de Lazarus y Folkman (1986). Estas prácticas no solo influyen en cómo se percibe e interpreta el estrés, sino que también pueden modular su intensidad, actuando como amortiguadores emocionales (Ursul y Herrera Guerra, 2023).

Álvarez Amigo (2017) señala que la práctica de oraciones repetitivas en el cristianismo se originó con los Padres del Desierto, consolidándose posteriormente en el siglo XIV en el Monte Athos (Grecia), donde se desarrolló una técnica específica que combinaba la atención a la respiración con la repetición de la invocación *Señor Jesús, ten compasión de mí*, manteniendo una actitud de desapego hacia los pensamientos intrusivos. Este formato de oración contemplativa, preservado hasta hoy, presenta notables paralelos en otras tradiciones religiosas como el islam, budismo y taoísmo, donde solo varía el contenido de las fórmulas verbales pero no su estructura básica. Amigo Vázquez (2015) menciona diversas investigaciones contemporáneas que han demostrado que estas prácticas generan efectos psicofisiológicos comparables a los de la meditación trascendental, sugiriendo un mecanismo universal de regulación mente-cuerpo a través de rituales contemplativos.

De un tiempo a esta parte, han sido muy mencionadas dentro de la psicología contemporánea las *constelaciones familiares,* son un metodo psicoterapeutico de abordaje sistémico, que tiene en cuenta cuestiones energéticas y fenomenologías a

partir de la cual entiende que el origen de los problemas de salud del paciente se gestan en las relaciones familiares, las fuerzas que actúan en el inconsciente familiar, las leyes de orden, el equilibrio, la pertenencia, entre otras (EsSalud, 2023).

Las constelaciones familiares, según Medina Pacheco (2007), son una herramienta terapéutica de enfoque sistémico que permite visualizar dinámicas relacionales ocultas a través de representaciones espaciales, siendo una herramienta efectiva para resolver conflictos en cualquier relación interpersonal.

3.4 La espiritualidad en pacientes con diagnóstico y tratamiento contra el cáncer

En México, Gómez Álvarez (2023) realizó una exploración cualitativa del sentido de la espiritualidad en 5 (cinco) pacientes con cáncer, para ello se validó una escala de espiritualidad (SECPAL). Se obtuvo como resultado que en todos los casos la importancia de la familia en su sentido de la vida es crucial. Una conclusión relevante de la investigación es el concepto de *la voluntad de Dios* ¿Qué puede significar? De las entrevistas se infiere un cierto dejarse llevar, abandonarse, e incluso renunciar al apego a uno mismo para permitir que la trascendencia, que prácticamente todos los sujetos han identificado como un Dios personal, los guíe. Además, en la mayoría de los casos, el cáncer impulsó una autorreflexión sobre su biografía, a raíz de esto, la enfermedad sirvió para reconstruir o al menos reflexionar sobre sus errores.

Por su parte, Duque Ortiz (2023) realizó una investigación en Colombia que tuvo el objetivo de analizar la vivencia de la espiritualidad en pacientes con cáncer durante el tratamiento con quimioterapia ambulatoria, para ello realizó entrevistas semiestructuradas y a partir de ellas pudo pensar que el paciente con cáncer representa la espiritualidad a partir de cinco categorías, estas son: emociones vividas durante el tratamiento como impulso para seguir adelante; redes de apoyo, una fuente de fortaleza y esperanza; el cáncer, una prueba divina entre las limitaciones y el aprendizaje; la empatía del personal de salud, un mecanismo para afrontar la enfermedad y generar bienestar y la espiritualidad, una fuerza que

cambia la perspectiva de la enfermedad. De esta investigación se obtuvo en cuanto a resultados que:

Pese a la connotación negativa del diagnóstico de cáncer, la dimensión espiritual en el paciente con cáncer en tratamiento de quimioterapia ambulatoria contribuye a que la persona vea la enfermedad desde una perspectiva positiva, aumente la fe y la esperanza para continuar luchando, le dé un sentido de que todo ha valido la pena, permite ver más allá y proporciona tranquilidad para enfrentar las adversidades ocasionadas por el cáncer.

En Argentina, no se han encontrado estudios que aborden directamente la temática de la espiritualidad como estrategia de afrontamiento en personas con cáncer. Sin embargo, Colombre et al. (2021) estudiaron la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en adolescentes con cáncer. El resultado que obtuvieron fue el que se esperaba, que el uso de estrategias de afrontamiento de aproximación al problema correlaciona con puntajes más altos de calidad de vida y la búsqueda de apoyo se asocia positivamente con la percepción de calidad de vida de los adolescentes con cáncer, y que además las pacientes mujeres informaron mayor uso de las estrategias de afrontamiento.

Un estudio citado por Maruso (2014) es el de los doctores Simonton (1981) quienes llevaron a cabo una experiencia terapéutica basada en la visualización guiada con pacientes oncológicos en estadios avanzados, obteniendo resultados notablemente positivos en términos de supervivencia. En mujeres con cáncer de mama, la esperanza de vida se duplicó respecto a lo estimado por la literatura médica, y en casos de cáncer de pulmón y colon también se observaron incrementos significativos en los tiempos de sobrevida. Esta intervención combinaba técnicas de relajación con ejercicios de visualización, en los que los pacientes imaginaban escenas como células tumorales débiles y vulnerables, tratamientos eficaces capaces de destruirlas sin dañar a las células sanas, y glóbulos blancos combatiendo y eliminando las células malignas. Además, se promovía la imagen mental del paciente recuperando progresivamente su salud, fortaleciendo así la conexión mente-cuerpo en el proceso de sanación.

El tercer capítulo aborda la espiritualidad como un recurso de afrontamiento particularmente relevante en el contexto del cáncer, explorando sus diversas definiciones, dimensiones y manifestaciones. Se analiza su papel como fuente de sentido, esperanza y fortaleza emocional, así como su potencial para favorecer la adaptación ante la enfermedad y mitigar el sufrimiento asociado. A partir de la revisión de la literatura, se evidencia que la espiritualidad independientemente de su expresión religiosa o laica, puede actuar como un factor protector, influyendo en la percepción del estrés, en la resignificación de la experiencia y en la mejora del bienestar general. Este capítulo consolida el marco teórico integrando la relación entre cáncer, afrontamiento y espiritualidad, para trabajar en los capítulos siguientes, cómo ha sido llevada a cabo la investigación.

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En esta segunda parte del presente trabajo, se describe el tipo de metodología utilizada para responder a los objetivos generales y específicos, y a las preguntas de investigación planteadas en el proyecto.

Los instrumentos de evaluación requeridos en esta investigación son: entrevistas semiestructurada, que se realizaron a cinco sujetos que tuvieron un diagnóstico y tratamiento de cáncer en distintos contextos oncológicos y que ya no se encuentren en tratamiento en los últimos 6 (seis) meses (Ver apartado Muestra)

Los resultados arrojados del análisis e interpretación del presente estudio son, entonces, aplicables solamente al grupo de sujetos entrevistados. Las generalizaciones aquí obtenidas serán propias del grupo en cuestión ya que la muestra es intencional y sesgada (Hernandez Sampieri y Mendoza Torres, 2018)

4.1 Preguntas de Investigación

1. ¿Cuáles son las experiencias subjetivas de los pacientes oncológicos en relación con su espiritualidad?
2. ¿Cómo influye la espiritualidad en las estrategias de afrontamiento adoptadas por pacientes con cáncer durante su tratamiento oncológico?

4.2 Objetivos de investigación:

Los objetivos de investigación se dividen en:

Objetivo General:

- Conocer la historia de vida de personas que tuvieron un diagnóstico y tratamiento de cáncer finalizado, desde un año antes del diagnóstico hasta la actualidad.

Objetivos Específicos

- Analizar el papel de la espiritualidad como estrategia de afrontamiento en la historia de vida de personas que finalizaron un tratamiento de cáncer.

- Describir las prácticas, rituales y creencias espirituales realizados por personas durante su tratamiento de cáncer.
- Analizar el proceso de acercamiento subjetivo a la espiritualidad en personas que tuvieron un tratamiento contra el cáncer.
- Comprender la influencia de la espiritualidad en las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con cáncer.

4.3 Diseño de investigación

El presente estudio, se realizó con un enfoque **cualitativo**, ya que se guía por áreas o temas significativos de investigación, desarrollando preguntas y anticipaciones de sentido antes, durante o después de la recolección y análisis de datos, lo que lo hace un enfoque flexible y circular, no lineal, donde la secuencia puede no ser la misma siempre, ya que varía de estudio en estudio, y la dinámica se da entre los hechos y la interpretación de estos. Se trata de un proceso inductivo. En este tipo de enfoque se estudia la realidad en su contexto natural, es por esto por lo que se caracteriza, por el estudio de cuestiones que nos ayuden a comprender un fenómeno tal y como sucede, intentando acercar al entendimiento o interpretarlos de acuerdo con el significado que tienen para los participantes implicados, por lo que resulta acorde a los objetivos de investigación (Hernández Sampieri y Mendoza Torres., 2018; Rodríguez Gómez et al., 1999).

La investigación, se realizó con un diseño **fenomenológico**, el propósito principal de este tipo de diseño es indagar, detallar y captar en profundidad las experiencias de las personas en relación con un fenómeno específico (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

4.4 Descripción de la muestra

La selección de quienes participaron en el estudio fue intencional, es decir, que los sujetos fueron elegidos de acuerdo a las necesidades de la investigación; careciendo de representatividad y de posibilidades de generalizar los resultados.

En esta investigación se trabajó con una muestreo por oportunidad, ya que los

casos que participaron de la investigación se presentaron ante la investigadora al enterarse de la temática a trabajar.

Los criterios de inclusión son: tener entre 21 y 60 años, y haber tenido un diagnóstico y tratamiento de cáncer en distintos contextos oncológicos y que ya no se encuentren en tratamiento, habiéndolo terminado hace al menos 6 meses, que residan en la provincia de Mendoza, y que hayan elegido participar de manera voluntaria.

La muestra se conformó por cinco (5) participantes mujeres. M de 51 años con diagnóstico de cáncer de mama, que realizó tratamientos de quimioterapia, radioterapia y cirugía (cuadrantectomía de seno) finalizado hace 12 meses; V de 54 años, con diagnóstico de cáncer de mama, que realizó tratamiento de radioterapia y cirugía (cuadrantectomía de seno) finalizado hace 4 años. L de 50 años con diagnóstico de cáncer de útero, el tratamiento realizado fue de cirugía, quimioterapia, radioterapia y braquiterapia, finalizado hace 12 años; S de 34 años con diagnóstico de cáncer de vejiga, realizó tratamiento de cirugía y quimioterapia finalizado hace 10 años; y A de 50 años con diagnóstico de cáncer de mama, con tratamiento de quimioterapia, radioterapia y cirugía (cuadrantectomía de seno) finalizado hace 11 años.

4.5 Instrumentos de recolección de datos

Se considera que un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o variables que el investigador tiene en su mente (Hernández Sampieri et. al., 2014).
En este estudio, se utilizó como técnicas de recolección de datos **entrevistas semiestructuradas**, este tipo de entrevistas se estructuran a partir de una guía temática o de preguntas, y además el entrevistador cuenta con la flexibilidad de incorporar nuevas preguntas para aclarar o profundizar en ciertos aspectos (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Los ejes temáticos con los que se trabajó en las entrevistas en profundidad son: momento del diagnóstico, transcurso

de su tratamiento, la aparición de la espiritualidad en su vida, y para finalizar, cómo percibe hoy su vida después de lo acontecido. El guión utilizado en las mismas se encuentra en Anexo 1. Además, se utilizó la **observación** a partir de **sistemas narrativos,** esto nos permitió ir realizando notas de campo para poder registrar de forma natural acciones, acontecimientos o descripciones que los voluntarios vayan realizando.

Se confeccionó un modelo de consentimiento informado específico para la presente investigación (ver en Anexo 2)

Los datos obtenidos tanto en las entrevistas, como en las anotaciones realizadas a partir de la observación, se analizaron a partir del **análisis categorial** Gibbs (2012), en función de los nombres de los ejes de las entrevistas. El procedimiento consiste en ordenar los datos, clasificándolos en diferentes categorías, para su posterior codificación y jerarquización, agrupándolos para poder comparar las distintas respuestas de los participantes. Se discutieron los resultados y se elaboraron las conclusiones.

4.6 Campo empírico y contextualización espacio temporal:

La investigación se llevó a cabo con participantes que han tenido un diagnóstico y tratamiento de cáncer finalizado hace al menos 6 (seis) meses, en distintos contextos oncológicos, que fueron entrevistados en Mendoza de manera presencial, acordando día y lugar de encuentro. Las entrevistas fueron realizadas durante el mes de septiembre entre los días 1 y 18, con una duración aproximada de 90 minutos.

4.7 Procedimiento metodológico:

Para llevar adelante esta investigación, se comenzó realizando el rastreo bibliográfico pertinente, donde se recabó información sobre el tema a investigar, la espiritualidad como estrategia de afrontamiento en pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer finalizado, dicho procedimiento fue guiado por los objetivos de investigación y las preguntas de investigación previamente elaboradas. Se

confeccionó el apartado del estado actual del tema, y el marco teórico, que busca sustentar teóricamente el estudio (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018), ello implica exponer y analizar las teorías, las conceptualizaciones, las investigaciones previas y los antecedentes en general que se consideren válidos para encuadrar el estudio (Soriano Rojas, 2001).

Una vez realizado lo anterior, se procedió a convocar a las participantes de la investigación, que se habían contactado por medio de mensajes con la investigadora anteriormente al enterarse de la temática a trabajar. La investigadora para iniciar el trabajo de campo, se comunicó con ellas mediante un mensaje en el cual, se informó sobre la investigación, sus objetivos y de cómo se procedería con el trabajo, además se programaron los encuentros, según comodidad y preferencia de cada uno de las participantes que fueron entrevistadas de manera individual. En este primer encuentro, se presentó el proyecto y se resolvieron inquietudes de las participantes, además de que se les proporcionó el consentimiento informado (ver Anexo 2), que había sido previamente confeccionado, para que lo puedan leer y firmar, donde se especifica y garantiza la confidencialidad de los datos. También durante este encuentro se comentó las actividades posteriores y el encuadre de estas, se coordinaron días, horarios y lugar. Una vez realizado lo anterior, se llevaron a cabo las entrevistas semiestructuradas, se realizaron tres de las entrevistas en un solo encuentro presencial con una duración aproximada de una hora, y las otras dos entrevistadas tuvieron dos encuentros debido a la duración de la primer entrevista, una de las entrevistadas realizó ambos encuentros de forma presencial, y la otra participante desarrolló una de las entrevistas presencial y la otra de forma virtual.

Las entrevistas fueron grabadas con celular a partir de notas de audio, y también la investigadora tomó notas respecto a lo observado de las entrevistas.

Una vez alcanzada la saturación de información, se dió inicio al proceso de análisis de los datos recolectados. Posteriormente se presentaron los datos y la discusión, para elaborar las conclusiones. Luego se esperó la aprobación y defensa de la tesis. Por último, los resultados serán devueltos a los participantes.

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos a partir de las entrevistas en profundidad realizadas a cinco mujeres diagnosticadas con cáncer, con el objetivo de comprender la experiencia de la espiritualidad como estrategia de afrontamiento ante el diagnóstico. El proceso analítico siguió los lineamientos de Gibbs (2012) para la codificación cualitativa, avanzando desde códigos descriptivos hacia categoriales y analíticos, con el fin de identificar los significados que las participantes atribuyen a sus experiencias de enfermedad y afrontamiento.

El objetivo principal de este apartado es comprender cómo las prácticas espirituales, en sus diversas expresiones, se constituyen en estrategias de afrontamiento frente al impacto físico, emocional y existencial del cáncer. Para ello, se presentan los principales ejes temáticos de acuerdo con los objetivos de investigación: comprender el papel de la espiritualidad como estrategia de afrontamiento, describir las prácticas espirituales y explorar los procesos de transformación subjetiva que surgen de la experiencia de la enfermedad y comprender la influencia de la espiritualidad en las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con cáncer.

Los ejes se han estructurado de la siguiente manera:

Eje 1: la vida antes del diagnóstico

Antes del diagnóstico, las entrevistadas describen una vida caracterizada por la estabilidad, la rutina y la sensación de equilibrio cotidiano. Las cinco mujeres relatan un período previo al cáncer en el que sus actividades laborales, familiares y sociales transcurrían dentro de lo que cada una define como una “vida normal”. Este punto resulta relevante porque marca, en todos los casos, el contraste con el impacto posterior del diagnóstico, configurando un “antes y un después” en sus trayectorias vitales.

Estas narraciones iniciales construyen un escenario de continuidad y previsibilidad, en el que la enfermedad aún no irrumpe como amenaza. La rutina laboral, los vínculos familiares y el cuidado de los otros ocupan un lugar central.

El relato de esta vida “normal” también cumple una función narrativa clave: establece un punto de partida para el contraste, un antes simbólico que hace más visible la ruptura que implica el diagnóstico. En los testimonios se observa que la enfermedad no solo introduce el sufrimiento físico, sino que desestructura el sentido de continuidad temporal y biográfica, transformando la percepción de sí mismas.

Como señala Maruso (2014), el cáncer irrumpe en el cuerpo y en la vida, es un quiebre vital que obliga a la persona a reconfigurar su identidad, su rol social y su forma de relacionarse con el mundo, obliga a las personas a reorganizar su vida.

Aun en la diversidad de sus historias, las cinco entrevistadas coinciden en que el período previo al diagnóstico se vivía como una etapa “normal”, lo que refuerza la percepción posterior del cáncer como una irrupción súbita e inesperada. Este primer momento del análisis, por lo tanto, permite comprender que el proceso de afrontamiento no comienza con la enfermedad, sino que se enraíza en la vida previa, en los valores, vínculos y creencias que cada persona ya poseía y que luego serán reactivados o transformados para enfrentar el proceso oncológico.

A continuación, se presentan los fragmentos más significativos de las entrevistas que ilustran el modo en que las participantes describen su vida previa al diagnóstico, junto con una breve interpretación analítica de cada caso.

Tabla N°1 correspondiente al estilo de vida previo al diagnóstico:

participante	fragmento
M	“Mi vida era normal, trabajaba, estaba a cargo de mis hijas, hacía ejercicio, salía con amigas. Una vida tranquila”
V	“Trabajaba muchísimo, era todo muy rutinario”
L	“Era directora de jardin, con mis hijas chicas”
S	“Estudiaba abogacía, trabajaba en Movistar, tenía novio, y problemas de convivencia con mi familia”

A	“Tenía una vida normal, tranquila, sin sobresaltos. Trabajaba, estaba con mi pareja de toda la vida, hacia lo que me gustaba”

Los relatos de las participantes permiten reconstruir un antes caracterizado por la normalidad, la rutina y el equilibrio cotidiano, donde el trabajo, la familia y las relaciones sociales se vivían dentro de parámetros previsibles. Esta representación de una “vida normal” cumple un rol simbólico central: establece un punto de contraste frente a la irrupción del cáncer, configurando la enfermedad como una ruptura biográfica que fractura la continuidad del yo.

En síntesis, se muestra que la estabilidad previa al cáncer constituye tanto un estado emocional de referencia como un marco narrativo, a partir del cual las participantes construirán el significado de la enfermedad. La “vida antes del diagnóstico” no solo representa el pasado, sino el parámetro desde el cual se mide el cambio, inaugurando el recorrido vital que la espiritualidad y el afrontamiento irán transformando a lo largo del proceso.

Eje 2: el impacto del diagnóstico y las primeras estrategias de afrontamiento

El momento del diagnóstico constituye, para todas las entrevistadas, un punto de inflexión vital. La confirmación del cáncer irrumpe de forma abrupta, alterando la continuidad de sus vidas y generando un fuerte impacto emocional. Las entrevistadas lo describen como una experiencia de desconcierto, miedo, angustia y sensación de pérdida de control. Este evento marca, en términos narrativos, la ruptura del equilibrio descrito en el eje anterior y da inicio al proceso de afrontamiento.

En las cinco historias se observa que el diagnóstico no solo afecta el cuerpo, sino también las dimensiones simbólicas, relacionales y espirituales de la vida, tal como lo plantea Fernandez (2006).

El Instituto Nacional del Cáncer (2023) expresa que desde el momento que la persona recibe el diagnóstico de cáncer, se suele atravesar una serie de reacciones

emocionales intensas, que van desde el enojo, temor, negación, preocupación, frustración, acompañados de sentimientos de tristeza, ansiedad, depresión e incluso soledad.

Las mujeres relatan este episodio como un golpe abrupto, un quiebre en el curso habitual de su existencia. L lo define de forma contundente: *fue como una piña, estábamos todos en shock*" "*Ni lloré, estaba acostada en shock, como un ladrillazo, si te lo tengo que describir fue como si me hubieran dado un ladrillazo en la cara"*

Del mismo modo, M recuerda: *"cuando leí que era maligno, me quedé tranquila y a los dos minutos era un llanto familiar"*

En A aparece la idea de preparación anticipada frente a la posibilidad del resultado negativo: *"Cuando me sentí el bultito, me dijeron que era normal, que tenía que controlar en seis meses, pero no me quedé tranquila, algo me decía que no estaba todo bien" "Cuando el médico me dijo que había un 90% de que fuera maligno, empecé a prepararme mentalmente, me dio mucha ansiedad, y empecé a trabajar en mi para no impactar negativamente en los que me rodeaban"*

V recuerda haber recibido el diagnóstico sola, por correo electrónico: "*me pasé la mañana buscando médicos, aterrada, en vez de pensar en mí, pensé en mis hijos, en los demás y como una defensa no le dije a casi nadie*"

Por su parte, S señala: *"fue un baldazo en ese momento, lo primero que pensé fue en mi pelo, que se me iba a caer el pelo…"*.

Estas narraciones expresan una reacción inicial de shock e incredulidad, acompañada por mecanismos de defensa emocionales como el silencio, la negación o la racionalización. En todas las narraciones, el diagnóstico irrumpe como amenaza vital, como recordatorio repentino de la finitud. Lazarus (1999), explica que los procesos de afrontamiento inician a partir de una evaluación primaria, en la cual la persona interpreta el evento como peligroso o dañino para su bienestar. En este caso, el cáncer es percibido como una amenaza total: a la vida, al cuerpo, a la identidad, al proyecto vital.

Hay ciertos factores que de forma general, tienden a incrementar el potencial estresor de una situación, los eventos vitales estresantes, como la aparición de un diagnóstico de cáncer, se caracterizan por ser impredecibles e incontrolables. La impredecibilidad de los acontecimientos, es cuando los individuos no pueden anticipar lo que va a ocurrir se intensifica la percepción de amenaza y eleva el nivel de estrés experimentado. Lo mismo ocurre con la incontrolabilidad, esto se asocia a situaciones que no pueden ser modificadas o evitadas (Amigo Vázquez, 2015). Estos elementos aparecen de manera clara en los relatos de las entrevistadas, expresadas a través del miedo, que aparece con diferentes matices:

En L aparece claramente el **miedo a la muerte**: *"tenía miedo, pánico, terror a morirme… dejar a mis hijas solas, que mi mamá y mi papá sufrieran la muerte de un hijo, que mis hijas no me recordaran…"*. Esto se relaciona con la imposibilidad de anticipar el curso de la enfermedad.

En M, el **miedo** se asocia a la **incertidumbre del tratamiento**: *"es todo totalmente desconocido, te da miedo eso desconocido, mi descompostura, mi físico, mi apariencia"*. En este fragmento, vemos como la sensación de no saber cómo responderá su cuerpo, puede vincularse con la incontrolabilidad de la situación.

V, por su parte, expresa: *"estaba sola y aterrada, tenía angustia y miedo, no a morirme pero sí al tratamiento, a lo traumático que iba a ser para mis hijos"*. En la misma línea, expresa el temor por no poder anticipar las consecuencias del tratamiento, y también el no poder controlar el impacto emocional en sus hijos.

A menciona con claridad el **miedo al dolor físico** por sobre el temor a la muerte, lo que también se relaciona con los dos factores anteriores: *"No le tengo miedo a morir, le tengo miedo al sufrimiento físico. Me daba miedo que doliera mucho"*.

S, diagnosticada muy joven, relata el impacto de verse enferma en un cuerpo que asociaba a la salud y la juventud, lo cual se asocia con la impredecibilidad e incontrolabilidad explicada por Amigo Vazquez (2015) : *"No sentí miedo a morirme, tenía la intuición de que iba a vivir, pero no entendía… sentía que me había pasado algo que no me correspondía. Tenía 21 años y tenía un cáncer muy raro… era todo muy extraño".*

Frente a un diagnóstico de cáncer, se realizará una valoración primaria, donde el individuo evaluará cómo la enfermedad afecta su vida, habrá personas que lo vean como una amenaza, daño o pérdida, o habrá quienes lo tomarán como un desafío.

Desde el modelo de Lazarus y Folkman (1986), estas respuestas iniciales pueden entenderse como estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, que buscan regular el malestar y amortiguar el impacto psicológico del estresor. La conmoción inicial y la sensación de pérdida de control son comprensibles dentro de un proceso de evaluación cognitiva donde la persona percibe la amenaza como superior a sus recursos disponibles.

Luego, se realizará una valoración secundaria donde se busca estrategias para afrontarlo, es en este punto, donde pueden aparecer la espiritualidad con un papel clave para la reducción del estrés causado por el diagnóstico. Debemos tener en cuenta, que no existe una única estrategia de afrontamiento universalmente efectiva, sino que dependerá de la personalidad del sujeto, el tipo de amenaza, el escenario y demás variables que puedan ponerse en juego a la hora de recibir este diagnóstico.

Con el correr de los días, las entrevistadas comienzan a activar formas más activas y cognitivamente elaboradas de afrontamiento, orientadas a recuperar el control y otorgar sentido a la experiencia. Como señala Ruiz-Doria et. al 2023 debemos tener en cuenta que no todos los sujetos responden igual ante esta situación, algunas personas pueden adoptar una conducta depresiva y aislarse de su contexto familiar y social, pero otras personas pueden demandar cuidados y mayor atención por parte de su círculo social. Esto se ve reflejado en los siguientes aportes de las entrevistadas:

A relata: *“Lloré bajo la ducha, me dejé llorar hasta que el agua salió fría, y ahí dije basta y me puse en marcha.” “Desde un principio pensé, Dios en tus manos estoy, lo que vos digas es lo que tiene que ser”*

M también busca sostén emocional y contención: *“Me apoyé mucho en mis hijas y en mi familia. La psicooncóloga me ubicó.” “Después empecé terapias alternativas, eso me hacía sentir muy tranquila y acompañada” “Me sentía apoyada por todos lados”*

V, en tanto, encuentra un primer sostén en la fe: *“Me aferré a Dios, me entregué y sentía que Dios me acompañaba en ese momento” “También empecé reiki”*

Como plantea Maruso (2014), el diagnóstico representa un quiebre vital que obliga a las personas a reorganizar su vida en múltiples dimensiones. En estos fragmentos se observa el pasaje progresivo desde estrategias centradas en la emoción, como la expresión afectiva, la búsqueda de consuelo y la regulación del miedo, hacia estrategias centradas en el problema, como la búsqueda de información médica, la planificación del tratamiento y la organización del entorno.

Asimismo, el acompañamiento psicológico y el apoyo familiar se convierten en mediadores esenciales para la elaboración del impacto. Como plantea Maruso (2014), la vivencia del cáncer requiere no sólo intervenciones médicas sino también espacios que permitan integrar el cuerpo, la emoción y el pensamiento, promoviendo una comprensión más amplia de la enfermedad.

En los relatos también aparece, desde este primer momento, la espiritualidad como recurso emergente.

En síntesis, el diagnóstico inaugura una etapa de crisis que moviliza intensas emociones, pero también la activación de recursos personales, familiares y espirituales. El tránsito del miedo a la organización, y del desconcierto a la búsqueda de sentido, muestra la capacidad adaptativa de las participantes para reconfigurar cognitivamente la situación y comenzar el camino de afrontamiento.

Eje 3: Las prácticas y creencias espirituales durante el tratamiento

Durante el proceso de tratamiento, la espiritualidad se convierte en un recurso cotidiano de sostén emocional para todas las entrevistadas. A través de oraciones, rituales, terapias alternativas o encuentros, cada una encuentra un modo singular de construir esperanza y calma en medio del dolor físico y la incertidumbre. A medida que las entrevistadas atravesaron el tratamiento oncológico (cirugías, quimioterapia, radioterapia y recuperación), la espiritualidad se transformó en un recurso cotidiano de sostén emocional, sentido y fortaleza interior.

En los relatos se observa que la espiritualidad no aparece como una práctica aislada, sino como parte de una trama que une el cuerpo, la mente y el sentido de vida.

M recuerda que durante la quimioterapia y las sesiones de radiación comenzó a apoyarse en la oración y en los símbolos religiosos: *"Cada vez que iba al hospital de día llevaba mis ángeles, mis estampitas, mis vírgenes, cuadritos, todo lo que la gente me iba regalando. Rezaba todas las noches, a el Arcángel Rafael para que me diera salud y poder afrontar lo que se venía, a Miguel que me protegiera, a Dios que me diera lo mejor, a Lourdes que estuviera cerca mio, que me tomara la mano"*

También recuerda *"Con mi terapeuta holística empecé a meditar… me daba alivio. También hicimos biodescodificación, la idea era fortalecerme espiritualmente, quererme, aceptarme, verme"*

"Tambien pedia reiki el dia anterior a la quimio, para sentirme tranquila, descansada, e ir con mi cabeza totalmente liviana… te sentís aliviada"

Estos fragmentos muestran cómo la práctica espiritual se asocia al cuerpo: rezar y respirar son gestos que anclan la esperanza en la experiencia física inmediata, transformando la ansiedad en serenidad.

L también incorpora distintas formas de espiritualidad, integrando su fe católica con terapias energéticas: *"al principio del tratamiento no estaba yendo a misa, pero un día encontré la Iglesia abierta y fui a confesarme, de casualidad, el cura que estaba confesando era un cura sanador, yo no lo sabía, al terminar la confesión me dijo vas a estar bien, y lo tomé como una señal… empecé a ir a misa los días de semana"*

"Antes de las quimios con mi psicóloga hacíamos yoganhidra, una meditación corta que te relaja y alinea energéticamente para que la quimio fuera más tranquila, y efectiva" "También mi psicóloga me mandaba audios con meditaciones específicas que hacía cuando las necesitaba"

"El yoga me relajaba totalmente"

"La psicóloga también me presentó las flores de Bach, tenía varias, una era la de rescate que la tomaba cuando algo me generaba mucha ansiedad o miedo, por

ejemplo antes de irme a hacer los controles, también había una que era para todos los días… me tranquilizaba y acomodaba los pensamientos… era como un Alplax pero natural"

"También fui a que me dieran la unción de los enfermos antes de la cirugía, sentí un calor en la cabeza, como un fuego… después empecé con el reiki con mi psicóloga, me dejaba relajada"

V, en cambio, destaca el papel de la comunidad de fe y el grupo de oración:

"Me sumé a un grupo de oración, nosotros le decimos el remanso, nos sentamos a hablar, compartir, y ver a Cristo con lo que te está pasando" "También iba a misa y tenía un momento de oración personal, no es algo estructurado, mi estilo es hablar, escuchar música o leer algo, trabajar con la palabra y yo llevarla a mi vida"

"El reiki no lo veo separado de la Iglesia, yo creo que es todo de Dios, que la energía es de Dios. El reiki me serenaba, me servía para estar más tranquila"

"La meditación fue muy buena para mi, lo busqué en internet, encontré un canal y empecé a meditar con eso"

"Todo me sirvió para afrontar el miedo, las meditaciones me ayudaron a no evadir el miedo, sino sentir el terror y superarlo"

S vive la espiritualidad vinculada a la fe evangélica y a experiencias sensoriales:

"*Al acercarme a la Iglesia evangélica me sentí apoyada, era muy joven y el acercamiento vino más por mi familia… La fe te acompaña, la gente te llena de buena onda, salía de las reuniones con una sensación de victoria, íbamos todos los jueves a las reuniones, te sentás en círculo, se lee la palabra se comparte, te divertis. Los domingos íbamos a la Iglesia"*

"Me hicieron un ritual de sanación imposición de manos, me ungieron con aceite de oliva e hicieron un rezo, algunas mujeres y el pastor hablaron en lenguas"

"Empecé a hablar con Dios, negociaba con Él, le pedía la oportunidad de vivir, le ofrecía ser buena hija, recibirme, liderar un grupo de jóvenes…"

A, en cambio, mantiene una espiritualidad profundamente ligada a la tradición católica y a la fe sacramental:

“Me dieron la unción de los enfermos, y fue una experiencia maravillosa en mi vida, me puso la mano encima y empezó a hablar en lenguas muertas, irreconocibles para mí, cuando me desperté, estaba en brazos de mi esposo llorando”

“Me apoyé en Dios, en vivir desde la fe. Me acerqué a la Iglesia física porque necesitaba de la palabra, una explicación profunda y una meditación sobre esa palabra, iba a misa los domingos y trataba de pensar en la semana sobre lo que habíamos escuchado.” “Encontraba la tranquilidad para seguir avanzando”

“Entendí que no podía modificar la situación, no está en mis manos, soy un titere de esta situación y hay un hilo superior que va manejando las cosas, estaba entregada.”

En este testimonio, la práctica espiritual no busca modificar el curso biológico de la enfermedad, sino modular el miedo y generar aceptación. Según Lazarus y Folkman (1986), este tipo de práctica puede entenderse como una *estrategia de afrontamiento centrada en la emoción*, orientada a la regulación del malestar interno más que a la resolución del problema externo.

Las prácticas y creencias espirituales se desarrollaron durante todo el tratamiento de las entrevistadas, pero L relata como momento clave el siguiente:

“Cuando estaba haciéndome la braquiterapia, que es bastante cruel, son unas horas encerrada en una habitación de plomo, estas sola, nadie puede entrar a verte, no hay señal en el celular, sentís que te quemas por dentro, es una sensación física muy fea, tome todas mis herramientas, rezaba, meditaba, me visualizaba en algún espacio, hacia respiraciones.”

Esta descripción ilustra la dimensión simbólica de la espiritualidad: el rezo, la visualización, y la meditación se convierten en estrategias simbólicas de autocontrol que otorgan al cuerpo un lugar activo en el proceso de afrontamiento.

Asimismo, todas las entrevistadas refieren que las prácticas espirituales fueron elegidas libremente y adaptadas a sus propias creencias.

La espiritualidad aparece aquí como *una estrategia de afrontamiento* porque contribuye a sostener la motivación para continuar con el tratamiento y promueve emociones positivas (esperanza, gratitud, serenidad) que mitigan el estrés. Esto se relaciona con lo planteado por Lazarus y Folkman (1986) y Lazarus (1999), quienes entienden el afrontamiento como un proceso dinámico de reevaluación cognitiva y regulación emocional frente a situaciones amenazantes. Las entrevistadas no sólo oran o meditan: reinterpretan el sufrimiento como oportunidad de aprendizaje y construyen, a través del ritual, una narrativa de sentido que las mantiene activas y conectadas con la vida.

En síntesis, los relatos muestran que las prácticas, rituales y creencias espirituales operan como puentes entre lo físico y lo simbólico, entre la experiencia médica y la búsqueda subjetiva de sentido. Cada gesto, encender una vela, rezar, meditar, asistir a misa, recibir reiki, contribuye a recomponer la sensación de unidad interna, a restaurar el equilibrio perdido con el diagnóstico.

El cuerpo, la mente y la fe se entrelazan para transformar el sufrimiento en serenidad, permitiendo que, aún en medio del dolor, cada una conserve la sensación de estar acompañada y de seguir perteneciendo al mundo.

Eje 4: la espiritualidad como estrategia de afrontamiento

La experiencia de enfermedad reorganiza el campo emocional y cognitivo de las personas, y obliga a activar recursos para lidiar con el miedo, la incertidumbre y el dolor. En ese tránsito, la espiritualidad emerge en estas entrevistas como un dispositivo de afrontamiento que regula emociones intensas, ofrece marcos de sentido, habilita conductas de autocuidado y sostiene la adhesión a los tratamientos. En términos del modelo transaccional del estrés y afrontamiento (Lazarus, 1999; Lazarus y Folkman, 1986), la espiritualidad es un recurso que las participantes movilizan luego de evaluar el diagnóstico como amenaza (valoración primaria) y ponderar sus posibilidades de respuesta (valoración secundaria). De este modo, se integra con estrategias centradas en la emoción (calma, aceptación, esperanza) y centradas en el problema (planificación, búsqueda de información, adherencia terapéutica).

Las entrevistadas definieron la espiritualidad de la siguiente manera:

Tabla N°2 correspondiente a la definición de espiritualidad:

participante	fragmento
M	“Yo la propago. Porque también te pasa que creo que estás tan abierta y ves tantas cosas que tenés un imán de personas que tienen que pasar por eso o de otro tipo de cosas, entonces llevás esa espiritualidad y se lo trasladás. Como lo hicieron conmigo…la espiritualidad me quedó y la llevo y la propago. Entonces, donde yo tenga que decir algo, llevo la espiritualidad. Con todo lo que lleva. Virgen, Dios, agua bendita, mis ángeles, lo holístico, lo que va más allá de de lo que podés ver y creer”
V	“El el secreto de la felicidad para mí”
L	“No me sale una definición, sino como como la practico, sigo rezando, sigo confiando y Dios para mí está siempre está, lo dejo en en sus manos y que lo que pase o todo lo que sea que vaya a pasar está en sus manos, no lo puedo yo programar o decidir, sino que todo lo que sea no está en en mis manos, sino en las de Él”
S	“Para mí la espiritualidad es conexión. Conexión con algo más que no vemos o no lo tocamos y también

	conexión con uno mismo. Porque este tipo de diagnósticos propios o de un familiar, te lleva muy adentro. Conexión con lo que no se ve, conexión con uno, conexión con los otros, con el tratamiento, con tu enfermedad, con tu cuerpo”
A	“Creo que la espiritualidad tiene que ver con una conexión entre uno mismo y un ser superior. Y una entrega. O sea, ese ser superior no está allá arriba, está dentro tuyo, tiene que ver con una conexión con vos mismo, no con nada de afuera. Dios está dentro tuyo, no está ni en la iglesia ni en el cielo. Está adentro tuyo. No hay otra forma. Creo que la espiritualidad tiene que ver con una conexión con vos mismo”

Las definiciones de espiritualidad dadas por las entrevistadas revelan un rasgo común profundamente significativo: para todas ellas, la espiritualidad se convirtió en un espacio de conexión, tanto con ellas mismas como con los demás. Lejos de vivirlo como una práctica aislada o esporádica, la espiritualidad pasó a ocupar un lugar cotidiano, íntimo y a la vez compartido, transformándose en un modo de habitar el mundo durante y después de la enfermedad.

En conjunto, las definiciones muestran que la espiritualidad no fue una práctica puntual o circunstancial, sino un modo de sostenerse emocionalmente, de estar en vínculo, de compartir conversaciones, agradecimientos, rituales y creencias con otros. Se volvió parte de la rutina, de la forma de mirar el día, de comprender el dolor y de seguir viviendo. A través de la espiritualidad, las entrevistadas se conectaron consigo mismas, con sus seres queridos, con lo trascendente y con una idea renovada de lo que significa estar vivas.

En los relatos aparece con fuerza la transición desde una fe entendida como espera pasiva del milagro hacia una espiritualidad vivida como acompañamiento y trabajo personal. El fragmento de V sintetiza el giro:

“Uno piensa que es todo de Dios y que te caiga el milagro, tenés que entender que hay una parte tuya que se tiene que mover, que tenés que que empezar a trabajar para para sanar y que no es algo volado, que te va a caer un milagro del cielo y te vas a mejorar, sino que el papel de de Dios es acompañarte y a amarte.

L, en la misma línea expresa: *“Dios tiene un proyecto para uno. Hay un proyecto y un camino para cada persona. Obviamente uno decide hacia dónde va, no es que…listo, total me quedo acá sin hacer nada, Dios me guía. Uno hace, pero sabes que no estás solo, que hay algo más allá que va guiando los pasos y que te va dando señales. ”*

Ahora bien, para entender con precisión cómo opera la espiritualidad en el afrontamiento, resulta clave la contribución de Kenneth I. Pargament. Este autor define la religión como una búsqueda de significado en relación con lo sagrado y conceptualiza el afrontamiento religioso como el uso de creencias y prácticas espirituales para manejar el estrés, aliviar el sufrimiento y sostener el sentido en contextos de adversidad (Quiceno, 2016).

Esa distinción es clave: la espiritualidad deja de ser un pedido de salvación para convertirse en una herramienta de acompañamiento interior. En términos de Pargament, esto configura un afrontamiento religioso positivo: flexible, creativo, orientado al significado y a la regulación emocional. Su relato condensa el núcleo del afrontamiento colaborativo descrito por Pargament: una relación activa entre la persona y lo sagrado, donde la fe no reemplaza la acción, sino que la sostiene y da dirección. En estas cinco historias predomina una relación benevolente con lo sagrado que promueve calma, confianza y acción (Quiceno, 2016).

De acuerdo con el modelo transaccional del estrés y afrontamiento propuesto por Lazarus (1999), toda situación potencialmente estresante implica una evaluación cognitiva en dos niveles:

1. **Valoración primaria**, donde la persona interpreta el evento (en este caso, el diagnóstico de cáncer) como amenaza, pérdida o desafío.

2. **Valoración secundaria**, en la cual estima los recursos personales y externos disponibles para enfrentarlo.

Cuando el individuo percibe que no puede modificar directamente las causas del estrés, tiende a desplegar estrategias de afrontamiento, cuyo objetivo es regular la respuesta afectiva y mantener la estabilidad psicológica frente a la amenaza. modular sus efectos emocionales, reduciendo ansiedad, miedo o desesperanza (Lazarus, 1999).

En el contexto de enfermedades graves, como el cáncer, este tipo de afrontamiento resulta especialmente adaptativo, ya que muchas dimensiones de la situación, la evolución del tratamiento, los efectos secundarios o la posibilidad de recaídas, exceden el control del paciente. Frente a esa imposibilidad de acción directa, las entrevistadas recurren a la espiritualidad como una vía emocional de reequilibrio, que les permite restaurar una sensación de coherencia y dominio interno.

La oración, la meditación o la respiración consciente funcionan como conductas que disminuyen la actividad fisiológica asociada al miedo y la ansiedad. Estas acciones promueven un estado emocional de tranquilidad y aceptación, facilitando la adaptación al entorno estresante. Lazarus y Folkman (1986) describen este proceso como una estrategia de afrontamiento denominada *autocontrol* que transforma la emoción disruptiva en una respuesta más manejable. Aun cuando no se controla la enfermedad, las prácticas espirituales permiten sentir control sobre las emociones. Rezar o meditar se convierte en una acción significativa que otorga percepción de agencia: el sujeto *hace algo* frente al miedo, restableciendo el equilibrio.

M lo expresa claramente: "*Me siento contenida, protegida. Sé que Dios me va a dar lo mejor." "Los Ángeles es con los que me sentí más acompañada, porque mientras más le hablás más presentes están...estoy protegida, es porque es porque está conmigo, es porque me lleva, me acompaña" "Yo en mis meditaciones holísticas veía a la Virgen, veía a Jesús, veía a los ángeles. Entonces, sí, en algún punto se unen. O sea, o tu cabeza las une, lo necesitás." "Bueno, lo que sea mejor. Si tengo que pasar por esto, bueno, Dios acompáñame. Acompáñame y está cerquita*"

V aporta desde su experiencia: "*yo creo que lo esencial es uno. Es es uno y esto te ayuda, estas cosas te ayudan a ir transitándolo, pero la fuerza central está en uno. ¿En qué me ayudaron? Me ayudaron en tener más esperanza*"

A nos habla sobre cómo la religión la ayudó a la aceptación: *"Encontraba en la fe la tranquilidad para poder seguir avanzando. Me llevaba para dentro a una introspección, esto para mí es un norte, es: vos no podés modificar esto. Simplemente podés aceptar. No hay más que eso*"

La fe también impulsa la conexión con otros: familiares, grupos religiosos o terapéuticos. Lazarus y Folkaman (1986) reconocen que el soporte social es un mediador fundamental del afrontamiento. Por ejemplo, V comenta que asiste a un grupo de oración, que ella llama "el remanso". Tambien S, nos cuenta su experiencia con la Iglesia evangélica y cómo las reuniones le brindaban una sensación de victoria.

Lazarus (1999) enfatiza que el afrontamiento eficaz se caracteriza por la flexibilidad adaptativa: la capacidad de alternar entre estrategias emocionales y centradas en el problema según la fase del proceso. La espiritualidad facilita esa alternancia, ya que permite calmar primero la emoción para luego pasar a la acción racional. Así, la espiritualidad no es un refugio de inacción, sino una mediadora que transforma la emoción en movimiento.

El resultado de este proceso es una integración entre el sentido espiritual y la acción concreta, en la que la oración, la meditación o el agradecimiento no sustituyen la búsqueda médica, sino que la refuerzan emocionalmente.

Las cinco historias configuran una espiritualidad activa, colaborativa y significativa que no espera "milagros que caen del cielo". La fe se vuelve herramienta de acompañamiento interior: calma, organiza, da sentido y transforma. Así, la espiritualidad no es adorno discursivo ni mera creencia periférica: es columna vertebral del afrontamiento en estas trayectorias oncológicas.

Eje 5: el acercamiento subjetivo a la espiritualidad y la transformación personal

En este eje se analiza cómo la espiritualidad, más allá de funcionar como un recurso puntual de afrontamiento, se convierte en un proceso de transformación subjetiva que modifica la forma en que las entrevistadas se perciben a sí mismas, a los otros y al mundo. La enfermedad marca un punto de inflexión que las impulsa a redefinir prioridades, creencias y vínculos, produciendo una resignificación profunda de la existencia.

Las participantes relatan un tránsito desde el miedo y la incertidumbre inicial hacia un estado de mayor conciencia, gratitud y conexión espiritual, en el que la fe deja de ser únicamente un refugio para convertirse en un modo de habitar la vida con más presencia y serenidad.

Como expresa A: *"lo que viví como enfermedad era porque tenía cosas para aprender" "Aprendí a soltar, a dejar de controlar"*

M comentó también: *"si esto me toca, por algo es, tiene que haber una enseñanza" "aprendi a aflojar, a permitir que personas entraran en mi vida en el momento más vulnerable"*

V desde su experiencia comparte: *"aprendí a ir más liviana, más ligera de equipaje, con la mochila con lo mínimo… disfrutar de la vida, de lo pequeño, no esperar grandes cosas, sino disfrutar todo el tiempo"*

L en la misma línea expresa: *" Experiencias así te llevan a cambiar el modo de ver la vida. Primero disfrutas lo que tenés hoy, el presente, y disfrutas todo, el amanecer, la luna, el café, el mate, las amigas.. creo que te despertás"*

S comparte como el diagnóstico cambió su vida: *"me hizo cambiar de carrera, me volvió más atenta con mi salud, me potenció la intuición… te cambian las prioridades, cómo pensas, cómo te relacionas.. es un cambio de foco*"

Este cambio en la mirada sobre la vida coincide con lo que Amigo Vázquez (2015) denomina *Beneffit Finding,* que es la posibilidad de experimentar crecimiento personal luego de atravesar una situación límite. Desde esta perspectiva, el

sufrimiento no desaparece, sino que adquiere un nuevo significado, integrándose como parte de una narrativa de aprendizaje y fortaleza.

V comenta: *“yo siempre digo, ese tumor vino a salvarme ¿por qué? porque fue un sacudón fuerte para volver a mirarme”*

Este testimonio refleja la reevaluación de valores planteada por Lazarus y Folkman (1986). A través del proceso de reevaluación cognitiva las personas logran resignificar la amenaza y reconstruir su sentido de continuidad personal. La espiritualidad, en este sentido, actúa como catalizadora del cambio, brindando un marco simbólico para integrar la experiencia dolorosa sin quedar atrapadas en ella.

En la misma línea S expresa: *“tengo una sensación de fortaleza y gratitud porque pude sanarme… siento gratitud porque sobreviví y estoy acá y pude ser lo que pedía en ese momento… siento que hay tanto por agradecer, más cuando te pones a hablar de estas cosas”*

El acercamiento a la espiritualidad no se limita a la práctica religiosa formal, sino que se traduce en formas cotidianas de sentido: agradecer, ayudar a otros, cuidar de sí mismas.

M lo expresa con claridad: *“el aprendizaje para mi fue el acercamiento a mis ángeles, a mis vírgenes, a Dios, a aceptar la terapia alternativa, abrir la cabeza, ser cuidadosa con la mirada al otro. El entender en qué momento me descuidé y no lo tuve en cuenta”*

V comenta sobre cómo volvió la mirada hacia ella misma: *“para aliviar mi mochila aprendí a priorizarme, entendí que si yo estoy bien, todo a mi alrededor va a estar bien. También aprendí a soltar, que cada uno tenga su vida, no tratar de solucionar o de hacer grandes cosas para que los demás cambien su realidad*”

L habla sobre cómo el crecimiento espiritual cambió su relación con ella misma y los demás: *“te vuelves mejor persona, creces desde lo espiritual, aprendes a ver los detalles, a ser generosa, a ayudar al otro, acompañas, podés acompañar a otro…”*

Las narrativas de M, V, L, S y A evidencian que la espiritualidad se constituye como una fuerza transformadora que trasciende la función de consuelo inicial. A lo largo

del proceso, las participantes desarrollan un acercamiento subjetivo y activo a la espiritualidad, que implica autoconocimiento, aceptación, gratitud y compromiso con la vida.

El cáncer deja de ser sólo un evento traumático para convertirse en un hito de crecimiento y expansión interior.

En suma, la espiritualidad ayuda a reformular el significado del evento, convirtiendo el cáncer en una experiencia con sentido, en lugar de una mera tragedia. El acercamiento subjetivo a la espiritualidad no es sólo una estrategia de afrontamiento, sino un modo de reconstruir la identidad después del trauma, afirmando el sentido, la esperanza y la continuidad del ser.

El recorrido vital de las entrevistadas culmina en un punto de reconstrucción y equilibrio, donde la espiritualidad deja de operar únicamente como respuesta ante la crisis y pasa a constituirse en una forma de vivir, un modo de interpretar la existencia desde la gratitud, la aceptación y la conciencia de la finitud.

Después de haber transitado el miedo, la pérdida de control y la incertidumbre del tratamiento, las participantes expresan que el cáncer marcó un antes y un después en sus vidas. Este “después” no se define por la ausencia de enfermedad, sino por la integración emocional y espiritual del proceso vivido.

Según el modelo de Lazarus y Folkman (1986), hablan de la reevaluación positiva, que permite identificar elementos constructivos o aprendizajes posibles dentro de una situación adversa, lo cual puede fomentar el crecimiento personal y la resiliencia emocional. En este punto, la espiritualidad se presenta como una estrategia de afrontamiento sostenida en el tiempo, capaz de mantener el equilibrio interior y favorecer el crecimiento postraumático.

Las entrevistadas relatan que, una vez concluido el tratamiento, la espiritualidad continuó acompañándolas como una guía cotidiana, transformando su percepción de la vida, del cuerpo y de los vínculos. Las creencias y prácticas espirituales se convierten en una forma de vida. Así lo expresan en los siguientes recortes, luego de que se les preguntara *¿qué lugar ocupa hoy la espiritualidad en tu vida?* :

M: *“la espiritualidad la llevo conmigo para siempre. Siempre. Soy yo andando, la tengo adentro y la comparto. Ponerle un número es difícil porque primero cuido a los míos y me cuido con mi espiritualidad… la espiritualidad la tengo yo, la siento yo, la llevo yo y la traslado de la manera que puedo. No todo el mundo es receptivo a eso.”*

V: “*La espiritualidad es el secreto de mi felicidad, ocupa el primer lugar”*

L: “*Le doy el primer lugar en mi vida*”

S: *“para mí la espiritualidad es conexión, conexión con uno, con los otros, con el tratamiento, con tu enfermedad, con tu cuerpo, eh, y yo creo que es justamente al ser uno la la conexión es invisible y no se ve pero la necesitamos, sobre estos momentos en los que te dan un diagnóstico.”*

A: *“Todo, porque para mí la espiritualidad está muy vinculada con mi interior. Entonces, es todo.”*

Sus relatos reflejan la internalización de la espiritualidad como actitud vital, más allá del contexto de crisis.

La espiritualidad, entonces, no sólo permitió afrontar el cáncer, sino también transformar la manera de estar en el mundo, promoviendo una existencia más consciente, plena y conectada. Esto fue descrito por las entrevistadas, lo cual se refleja en el eje 4, en la definición de espiritualidad.

La vida después del cáncer, para estas mujeres, se caracteriza por una reconstrucción identitaria sostenida en la espiritualidad. Las experiencias de M, V, L, S y A muestran que el sufrimiento puede devenir aprendizaje cuando se integra emocional y simbólicamente en la historia personal.

La espiritualidad se configura como un recurso simbólico, con un profundo valor adaptativo frente a la experiencia del cáncer, siendo una estrategia de afrontamiento dinámica, capaz de integrar dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales. Las participantes que contaron su experiencia pudieron reconstruir el sentido de la vida,

regular emociones y mantener una actitud esperanzada ante la enfermedad. Así, el eje integrador de todas las experiencias es la aceptación consciente de la vulnerabilidad y la capacidad de agradecer la vida incluso en su fragilidad.

La espiritualidad, finalmente, se consolida como una forma de salud existencial: no se trata sólo de sobrevivir, sino de vivir con sentido.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como propósito conocer la historia de vida de personas que atravesaron un diagnóstico y tratamiento de cáncer, poniendo el foco en el modo en que la espiritualidad operó como estrategia de afrontamiento ante dicha experiencia. A partir de un diseño cualitativo, basado en entrevistas en profundidad y en un análisis temático según la propuesta de Gibbs (2012), fue posible reconstruir los significados, emociones y prácticas que configuran la vivencia subjetiva del cáncer desde una mirada integral.

Resulta de gran relevancia destacar que las que las conclusiones que se plantean a continuación no pueden extenderse a toda la población. Sino que éstas son válidas sólo para el grupo de sujetos que participó en la investigación. Si se aumentara la muestra, se podrían generalizar los resultados.

En relación con el objetivo general los resultados permitieron corroborar que la espiritualidad constituye un recurso adaptativo y transformador frente a situaciones de enfermedad grave. Las participantes describen las prácticas espirituales no como simples mecanismos de evasión, sino como estrategias activas de regulación emocional, búsqueda de sentido y reorganización vital. Estando en concordancia con lo que expresa la Psicología de la Salud en relación a que las creencias personales, las emociones y los vínculos sociales presentan un papel relevante en relación al curso y tratamiento de las enfermedades.

Asimismo, los hallazgos se corresponden con los aportes de Pargament (en Quinceno, 2016) respecto al afrontamiento religioso positivo. Las participantes expresaron vivencias espirituales de carácter colaborativo, alejadas de perspectivas pasivas o fatalistas.

Lazarus (1999) explica cómo las creencias sobre el self y el mundo condicionan la valoración que el sujeto pueda hacer ante una situación potencialmente estresante. En este sentido, Rodriguez (2006) también menciona la importancia de las creencias personales en la evaluación de una situación, el impacto emocional y la respuesta que se pueda generar a partir de la misma. Maruso (2014) expresa la necesidad de que se consideren las dimensiones emocionales, cognitivas, espirituales y vinculares junto con la atención clínica, ya que mejora la calidad de vida de los pacientes y fomenta una actitud emocional activa y una aceptación del

diagnóstico, dándole visibilidad dentro del modelo médico tradicional.

El análisis permitió además identificar un proceso de resignificación identitaria, donde la espiritualidad funcionó como núcleo organizador de la continuidad del yo. Las entrevistadas describieron un antes y un después del cáncer, pero no desde la pérdida, sino desde la transformación: el diagnóstico, lejos de quebrarlas, las llevó a reordenar sus prioridades, fortalecer vínculos y desarrollar una actitud más compasiva hacia sí mismas y los otros. Esta reconfiguración vital tiene que ver con lo mencionado como *Benefit Finding* (Gabinet Psicologic Mataró, 2025).

Los objetivos específicos también pudieron cumplirse:

1- Se analizó el papel de la espiritualidad como estrategia de afrontamiento en la historia de vida de las entrevistadas, demostrando a partir de sus relatos como las diferentes creencias y prácticas espirituales acompañaron sus diagnóstico y tratamiento. En concordancia con el modelo transaccional del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) y Lazarus (1999), la espiritualidad se presentó tanto en su dimensión centrada en la emoción, ayudando a manejar el miedo, la angustia y la incertidumbre, como en su dimensión centrada en el problema, facilitando la adherencia terapéutica, la toma de decisiones y la planificación cotidiana.

2- Las participantes realizaron descripciones sobre sus prácticas y creencias espirituales que las acompañaron durante el diagnóstico y tratamiento contra el cáncer. Mencionando la oración, meditación, reiki, técnicas de visualización, toma de flores de Bach y yoga.

3- El análisis del acercamiento subjetivo de cada entrevistada a la espiritualidad demostró un proceso dinámico y evolutivo. Para algunas entrevistas se profundizó a partir del diagnóstico, para otras fue una dimensión que ya existía pero que adquirió un significado renovado.

4- La espiritualidad influyó en la forma de afrontar el diagnóstico y tratamiento contra el cáncer, todas las entrevistadas estuvieron de acuerdo que facilitó una actitud activa, promoviendo emociones positivas de esperanza, gratitud y serenidad, fortaleciendo una actitud de acompañamiento interno y sentimiento de conexión con algo superior.

En síntesis, la investigación demuestra que la espiritualidad cumple un papel central en los procesos de afrontamiento, adaptación y reconstrucción subjetiva frente al cáncer. Se trata de una vivencia compleja que articula aspectos emocionales, cognitivos, conductuales y sociales, y que posibilita transformar la experiencia del dolor en un proceso de aprendizaje, gratitud y trascendencia.

Entre las principales limitaciones se encuentra el tamaño reducido de la muestra, conformada por cinco entrevistadas, lo que impide poder generalizar los resultados a poblaciones más amplias. Asimismo, el carácter retrospectivo y sensible del relato requiere de una actitud empática y flexible, respetando los tiempos y silencios de cada participante, además de la necesidad de mantener un equilibrio entre la emoción y la investigación.

A partir de los hallazgos obtenidos, se abre la posibilidad de profundizar en nuevas líneas de investigación que articulen espiritualidad y salud desde una perspectiva interdisciplinaria. Sería relevante explorar cómo estas estrategias espirituales se despliegan en otras etapas del proceso oncológico (por ejemplo, recaídas o cuidados paliativos) y en otros grupos poblacionales (familiares, profesionales de la salud).

REFERENCIAS

Alfaro Chaves, Y., Rodríguez Álvarez, E., & Prada Ramírez, L. (2022). *Cuidado de enfermería con enfoque espiritual a personas con enfermedad oncológica* [Tesis de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. https://hdl.handle.net/20.500.12494/55214

Amigo Vazquez, I. (2015). *Manual de psicología de la salud* (2.ª ed.). Pirámide.

Argentina.gob.ar (15 de mayo de 2025). *Incidencia del cáncer en Argentina*. https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia

Armijos Campoverde, L. M., Romero Fernández, A. J., & Mendoza Cedeño, M. M. (2023). *Impacto emocional relacionado a la autoestima e imagen corporal en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas* [Tesis de grado, Universidad de Los Andes]. https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17500

Ávila, H., González, M., & Licea, S. (2019). La triangulación metodológica como método de la investigación científica. *Didáctica y Educación, 10*(4), 137–146. https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/917

Bautista Majuán, J., & Piscoya Sernaqué, L. I. (2019). *Medicina complementaria como apoyo al tratamiento en los pacientes oncológicos. Servicio de Oncología. HNAAA – EsSalud. 2017* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio Institucional Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. https://hdl.handle.net/20.500.12893/8398

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (6.ª ed.). Elsevier.

Canchari López, V. A., y Castro de la Cruz, M. D. (2023). *Estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico del cáncer de mama en mujeres del servicio de oncología médica de un hospital del MINSA 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://hdl.handle.net/20.500.12866/13673

Cavero Montejo, D. M., e Ignacio Mestanza, D. J. (2025). *Conocimiento sobre medicina complementaria en el tratamiento de personas con cáncer en profesionales de enfermería de los hospitales de la Región Lambayeque.* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.] https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/14489

Colombre, A., Hauché, R., y Gago-Glavagno, L. (2021). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Psicología UNEMI, 5*(9), 36–45. https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5iss9.2021pp36-45p

Criado-Álvarez, J. J., Romo-Barrientos, C., Zabala-Baños, C., Martínez-Lorca, M., Viñuela, A., Ubeda-Bañon, I., Flores-Cuadrado, A., Martínez-Lorca, A., Polonio-López, B., & Mohedano-Moriano, A. (2022). The effect of visualization techniques on students of occupational therapy during the first visit to the dissection room. *Healthcare*, *10*(11), 2192. https://doi.org/10.3390/healthcare10112192

Cruz, V.,y Echeverría, W. (2022). Estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer. Un estudio de centro único. *Revista Oncológica del Ecuador, 32*(2), 169–179. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1391898/ao-4_estrategias-de-afrontamiento-en-pacientes-con-cancer-del-_npbi3y1.pdf

Duque-Ortiz, C., Tirado-Otalvaro, A. F., y Guarín-Cardona, L. F. (2023). Vivencia de la espiritualidad en el paciente con cáncer en quimioterapia ambulatoria. *Revista Ciencia y Cuidado, 20*(1), 45–58. https://doi.org/10.22463/17949831.3360

Gómez Álvarez, J. E. (2023). Reflexiones bioéticas en torno a la espiritualidad: un estudio cualitativo a partir de cinco pacientes adultos mayores de México con cáncer. *Apuntes de Bioética, 6*(2), 85–98. https://doi.org/10.35383/apuntes.v6i2.975

EsSalud. (2023). *Glosario de términos de medicina complementaria*. https://repositorio.essalud.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12959/4692/Glosario%20de%20t%C3%A9rminos%20de%20Medicina%20Complementaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gabinet Psicològic Mataró. (26 de mayo 2025). *El benefit finding*. https://gabinetpsicologicmataro.com/el-benefit-finding/

Gibbs, G. R. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Morata.

Galindo Vázquez, O., Flores, C., Hernandez Marin, J., y Costas Muñiz R. (2023). La importancia de la psicooncología como parte integral del tratamiento en oncología. *Revista Digital Universitaria*, *24*(6), e5. https://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2023.24.6.5

Hernández Sampieri, R., Fernandez Collado, C., Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Educación.

Hernández Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Educación.

Instituto Nacional de Salud del Perú. (27 de junio 2025). *Medicina alternativa y complementaria*. https://www.gob.pe/44927-instituto-nacional-de-salud-medicina-alternativa-complementaria

Kübler-Ross, E. (1989). *La muerte: un amanecer*. Luciérnaga.

Lazarus, R. S. (1999). *Estrés y emoción: manejo e implicancias en nuestra salud*. Desclée De Brouwer.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.

Maruso, S. M. (2014). *El laboratorio interior* (1ª ed.). Planeta.

Nehuén, T. (2025, 18 de marzo). *Terapias alternativas: Qué son, definición, tipos y ejemplos*. Definicion.de. https://definicion.de/terapias-alternativas/

Quiceno, J. M. (2016). Afrontamiento religioso-espiritual: Una estrategia de afrontamiento ante el dolor y el sufrimiento. En L. C. Alves de Souza & M. I. P. Mota (Comps.), *Religião, saúde e terapias integrativas* (Vol. 1, pp. 63–111). Editora Espaço Acadêmico.

Reyes, J., González, K. B., Rodríguez, C, Navarrete-Muñoz, C, Salazar, A., Villagra, A, Caglevic, C, y Hepp, Matías I.. (2020). Inmunoterapia contra el cáncer: una actualización. *Revista médica de Chile* , *148* (7), 970-982. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000700970

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

Rodríguez Fernández, M. I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Institucional UAM. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., y García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe.

Ursul, A., y Herrera Guerra, E. (2023). Riesgo de suicidio y estrategias de afrontamiento ante el estrés, en una muestra de adolescentes colombianos. *Informes Psicológicos, 23*(1), 223–238. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9604462

Xu, J. (2016). Pargament's theory of religious coping: Implications for spiritually sensitive social work practice. *The British Journal of Social Work, 46*(5), 1394–1410. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv080

Yañez, E. (2024). *Intervención de la espiritualidad en el manejo de la terapia psicológica en pacientes oncológicos* [Tesis de doctorado, Universidad Peruana Unión]. http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/7798

Zárate, S., Cárdenas, F. P., Acevedo-Triana, C., Sarmiento-Bolaños, M. J., & León, L. A. (2014). Efectos del estrés sobre los procesos de plasticidad y neurogénesis: una revisión. *Universitas Psychologica, 13*(3), 15–47. http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.eepp

ANEXOS

Anexo 1: GUIÓN PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Eje 1: Momento del diagnóstico

1. ¿Recordas cómo era tu vida un año antes del diagnóstico?
2. ¿Cómo fue el momento en el que recibiste el diagnóstico? ¿Días previos a su confirmación diagnóstico, que sentimientos aparecieron?
3. ¿Dónde estabas? ¿Con quién? ¿Cómo reaccionaste emocionalmente?
4. ¿Qué pensamientos o sensaciones aparecieron en esos primeros días?
5. ¿Cómo afectó esa noticia tu vida cotidiana y tus relaciones personales?
6. ¿A quién recurrir en ese momento? ¿Sentiste apoyo?

Eje 2: Transcurso del tratamiento

1. ¿Qué tratamiento seguiste (quimioterapia, radioterapia, cirugía, etc.)? ¿Cómo fue transitarlo?
2. ¿Qué momentos considerás que fueron los más difíciles?
3. ¿Qué pensamientos te ayudaban a seguir adelante durante esa etapa?
4. ¿Te apoyaste en alguien o en algo para sobrellevar el tratamiento?
5. ¿Hubo momentos en los que sentiste desesperanza o angustia profunda?
6. ¿Cómo describirías tu fortaleza durante ese proceso? ¿De dónde creés que provenía?

Eje 3: Aparición de la espiritualidad en su vida

1. ¿Tuviste algún tipo de práctica espiritual o religiosa antes de enfermarte?
2. ¿Cambió tu relación con lo espiritual a partir del diagnóstico?
3. ¿Te sentiste sostenido o acompañado por alguna creencia, fe o experiencia trascendente?
4. ¿Realizaste alguna práctica espiritual específica (oración, meditación,

rituales, lectura, reiki, biodecodificación, etc.) durante tu tratamiento? ¿Podrías describirla?

5. ¿Hubo momentos en los que la espiritualidad te brindó calma, contención o esperanza?

6. ¿Creés que tu espiritualidad influyó en tu forma de enfrentar la enfermedad?

7. ¿Cómo definirías hoy qué es la espiritualidad para vos?

Eje 4: Percepción actual de la vida después de la experiencia

1. ¿Cómo ves tu vida hoy luego de haber pasado por esta experiencia?

2. ¿Sentís que cambió algo en tu manera de vivir, pensar o sentir?

3. ¿Qué lugar ocupa hoy la espiritualidad en tu vida?

4. ¿Sentís que hubo una transformación personal? ¿Podrías describirla?

5. ¿Qué aprendiste de vos mismo/a durante todo este camino?

6. ¿Qué mensaje le darías a otra persona que esté atravesando una situación similar?

7. ¿Te gustaría agregar algo más que no te haya preguntado y que consideres importante compartir?

8. ¿Cómo te sentiste durante esta entrevista?

Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

……, Mendoza

Estimado/a:

El propósito del presente documento de consentimiento informado es brindar a cada participante de la investigación titulada: “LA ESPIRITUALIDAD COMO RECURSO DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER” una explicación clara de la naturaleza, objetivos, características y del rol que se espera de ellos en la misma.

La investigación mencionada es llevada adelante por la estudiante Martina Ruth Menéndez, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Aconcagua y se encuentra bajo la dirección del Mgtr. Marcelo Fernando Ahumada Alvarado.

El objetivo de este estudio es identificar el papel de la espiritualidad como estrategia de afrontamiento ante un diagnóstico y tratamiento de cáncer en distintos contextos oncológicos. Para ello, se trabajará con personas mayores de 21 años y que hayan atravesado un diagnóstico y tratamiento de cáncer, que vivan en Mendoza y elijan participar de manera voluntaria. Es requisito excluyente el haber finalizado el tratamiento de cáncer al menos hace seis (6) meses al momento de participar en este estudio.

Para esta investigación se recabarán datos a partir de la administración de entrevistas semiestructuradas que serán grabadas para su posterior utilización en la investigación. Su participación en las entrevistas tendrá una duración aproximada de 45 minutos por encuentro, constando de una serie de encuentros.

La participación en este estudio es voluntaria. La información proporcionada y recabada es absolutamente confidencial y anónima. El uso de esta será sólo con fines de investigación y estrictamente académicos. Si tiene alguna duda sobre la naturaleza y/ o procedimiento de este estudio, en cualquier momento que desee, puede realizar preguntas que permitan aclararlas; cómo también puede abandonar la investigación, sin que ello lo perjudique. Si alguna pregunta o situación le resulta incómoda, tiene el derecho de hacérsela saber a la investigadora o de no responder.

Al finalizar este trabajo, se procederá a realizar una devolución de los resultados obtenidos.

Desde ya, se agradece su participación.

Firma:

Aclaración:

Correo Electrónico: