

El cáncer como estresor de alta incertidumbre: Un ensayo sobre modelos de afrontamiento dinámico

Cancer as a high-uncertainty stressor: An essay on dynamic coping models

Romina del Carmen Güeres Velásquez ¹  Glenda Florel García García ² 

RESUMEN

¹ Departamento de Ciencias Fisiológicas. Escuela de Ciencias Biomédicas y Tecnológicas. Facultad de Ciencias de la Salud. Instituto de Investigaciones Médicas y Biotecnológicas. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.

² Departamento Clínico Integral del Sur. Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Venezuela.

El cáncer constituye un estresor de alta incertidumbre que impacta múltiples dimensiones de la vida del paciente y su entorno. Este ensayo tuvo como objetivo analizar los modelos de afrontamiento aplicados al cáncer, con énfasis en los enfoques dinámicos que permiten comprender el afrontamiento del paciente oncológico como un proceso cambiante, no lineal y contextualizado en las distintas etapas de la enfermedad. Se revisó el modelo transaccional clásico de Lazarus y Folkman como punto de partida, reconociendo sus aportes y limitaciones para explicar el afrontamiento en situaciones complejas y prolongadas como el cáncer. Posteriormente, se examinaron modelos dinámicos contemporáneos, incluyendo el modelo de afrontamiento diádico, el modelo de proceso dual de afrontamiento al duelo, el modelo de construcción de significado y crecimiento postraumático, y las intervenciones centradas en el miedo a la recaída. La evidencia analizada sugiere que estos modelos ofrecen enfoques más ajustados a las distintas fases del proceso oncológico: desde la sospecha y el diagnóstico hasta el tratamiento, la remisión y la posible recidiva; al considerar no solo al paciente, sino también a su entorno familiar y social, así como la naturaleza oscilante y evolutiva del afrontamiento. Se concluye que el abordaje psicológico del paciente oncológico requiere intervenciones individualizadas y acordes a cada etapa de la enfermedad, favoreciendo el afrontamiento adaptativo, la adherencia al tratamiento y una mejor evolución clínica y emocional.

Palabras clave: Cáncer; Psico-oncología; Afrontamiento diádico; Modelo del proceso dual; Elaboración de significado; Miedo a la recaída.

ABSTRACT

Cancer constitutes a high-uncertainty stressor that impacts multiple dimensions of the patient's life and their environment. This essay aimed to analyze coping models applied to cancer, with emphasis on dynamic approaches that allow understanding oncological patients' coping as a changing, non-linear process contextualized in the different stages of the disease. The classic transactional model by Lazarus and Folkman was reviewed as a starting point, recognizing its contributions and limitations for explaining coping in complex and prolonged situations such as cancer. Subsequently, contemporary dynamic models were examined, including the dyadic coping model, the dual-process model of grief coping, the meaning-making and post-traumatic growth model, and interventions focused on fear of recurrence. The analyzed evidence suggests that these models offer approaches better adjusted to the different phases of the oncological process: from suspicion and diagnosis to treatment, remission, and possible relapse; by considering not only the patient but also their family and social environment, as well as the oscillating and evolving nature of coping. It is concluded that the psychological approach to oncological patients requires individualized interventions according to each stage of the disease, promoting adaptive coping, treatment adherence, and better clinical and emotional outcomes.

Keywords: Cancer; Psycho-oncology; Dyadic coping; Dual-process model; Meaning-making; Fear of recurrence.

Autor de correspondencia:
Romina del Carmen Güeres Velásquez



Correo: rominadcgv@gmail.com

Recibido: 25/08/2026
Aceptado: 24/09/2026
Publicado: 28/09/2026

Citar como:

Güeres Velásquez RDC, García García GF. El cáncer como estresor de alta incertidumbre: Un ensayo sobre modelos de afrontamiento dinámico. e-Rev P. Med. 2026; 2:e260015. doi: 10.61286/e-RPM.2026.514.

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons 

Introducción

El diagnóstico de una enfermedad, suele ser interpretado por el paciente como una amenaza por representar un evento vital disruptivo. Cuando la enfermedad en cuestión es el cáncer, ésta se convierte en un estresor importante para el paciente oncológico por varias razones: en primer lugar, el hecho de que exista una sospecha de cáncer, genera una cascada de eventos con emociones de negación, miedo, ira, angustia agravados por realización de biopsias, intervenciones quirúrgicas, estudios especiales, quimioterapia, radioterapia, etc ¹. En segundo lugar, porque la enfermedad representa una amenaza a la integridad física por la posibilidad de cambios en la imagen corporal así como de pérdida del rol que desempeña la persona en los ámbitos laboral, social y familiar por las limitaciones físicas que puedan aparecer; y, por último, por la permanente incertidumbre de remisión y la posibilidad de recaída. Es por esto que el cáncer puede considerarse como un estresor de alta incertidumbre.^{2,3}

Todo estímulo, condición o situación capaz de generar estrés puede ser considerado un estresor. El estrés ha sido definido como un estado de preocupación o tensión mental causado por una situación difícil ⁴ y también ha sido definido como un proceso en el que las demandas ambientales ponen a prueba la capacidad de adaptación del organismo, lo que resulta en demandas psicológicas y cambios biológicos ⁵. Desde el punto de vista fisiológico, el estrés consiste en un conjunto de respuestas del organismo ante un estímulo considerado como una amenaza para la homeostasis y que lo preparan para la lucha o la huida, lo cual le asegura su supervivencia.⁶

De acuerdo a la existencia de varias definiciones de estrés correspondientes a diversos enfoques, se puede decir que existe un estrés orgánico, desarrollado por el organismo ante una amenaza o agresión; y un estrés psicológico como aquel relacionado con pensamientos y emociones derivados de un evento real o imaginario percibido como superior a la capacidad de resolución o adaptación por parte del individuo.

En medicina, siempre se ha considerado al estrés como un factor etiológico de enfermedad, pero ¿qué ocurre cuando es la enfermedad y, específicamente el cáncer, la causa de estrés? ¿Cómo responde el paciente ante este estresor? Las respuestas de los individuos al estrés han originado innumerables investigaciones con el objetivo de explicar las formas de afrontamiento y adaptación. En este contexto, han surgido diversos modelos teóricos que buscan comprender cómo las personas procesan y responden a situaciones estresantes. Entre los enfoques más influyentes se encuentran el modelo clásico, conocido como transaccional, que han permitido entender el afrontamiento como un proceso cognitivo mediado por la evaluación de recursos y amenazas ^{7,8}. Sin embargo, en lo que respecta al paciente oncológico, el modelo clásico puede resultar insuficiente por sí solo para la comprensión del afrontamiento del cáncer debido a su complejidad como evento estresante ya que el proceso transcurre en varias etapas distintas: sospecha clínica, diagnóstico, estudios de extensión, tratamientos, seguimiento; requiriendo cada una herramientas diferentes para el acompañamiento del paciente; y además es un evento que no sólo afecta al paciente sino también a su entorno, por lo que surge la necesidad de considerar el afrontamiento del cáncer desde otros modelos de aparición posterior al modelo clásico que pueden ofrecer enfoques más ajustados a las distintas etapas y dimensiones del proceso de enfermedad de cada paciente.

De allí que reconociendo sus limitaciones para explicar situaciones complejas y prolongadas como el cáncer, han surgido los modelos de afrontamiento dinámico, los cuales plantean que el afrontamiento no es un rasgo fijo ni un proceso lineal, sino un fenómeno cambiante que se ajusta a las demandas específicas de cada situación, a lo largo del tiempo y en interacción con el entorno social del paciente.⁸

El presente ensayo tuvo como objetivo analizar los modelos de afrontamiento aplicados al cáncer, con énfasis en los enfoques dinámicos que permiten comprender el afrontamiento del paciente oncológico como un proceso cambiante, no lineal y contextualizado en las distintas etapas de la enfermedad.

Modelo Clásico: Modelo Transaccional del Estrés

Los modelos de afrontamiento del cáncer tienen su origen en el modelo transaccional clásico propuesto por los psicólogos Richard Lazarus y Susan Folkman en el año 1984. Según este enfoque se plantea que la percepción de un estímulo como estresor depende de un proceso de valoración cognitiva previa, mediante el cual el individuo interpreta la situación como amenazante en función del balance entre la demanda percibida y sus recursos disponibles ⁷. De acuerdo a esto, establecieron tres tipos de evaluación en ese proceso cognitivo: evaluación primaria, evaluación secundaria y reevaluación. En la evaluación primaria, le individuo compara la situación o factor con su disponibilidad de recursos para enfrentarlo; en el caso de que sus recursos sean inferiores, entonces, interpreta al factor como una amenaza y se convierte en estresor, por el contrario, si sus recursos son mayores, entonces, el individuo interpreta al factor como un desafío, no aparece el estrés. En el caso de que el factor se convierta en un estresor por ser una amenaza, el individuo desarrolla la evaluación secundaria, en la cual va a analizar su capacidad para afrontar la amenaza para dar origen a las estrategias de afrontamiento ⁷. Por último, la reevaluación consiste en evaluar y modificar continuamente las interpretaciones producto de la evaluación primaria y secundaria, por lo que, si la situación o factor se sostiene en el tiempo, las estrategias de afrontamiento pueden cambiar siendo contrarias las de su evaluación inicial.

De acuerdo a este modelo, la evaluación secundaria establece las estrategias de afrontamiento las cuales se clasifican en: afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción. El afrontamiento basado en el problema, el individuo se enfoca en buscar soluciones y hacer todo lo necesario para eliminar al estresor, en el caso de que el estresor sea una enfermedad, el paciente puede cumplir el tratamiento médico, adherirse a un nuevo plan nutricional, etc. Por otra parte, el afrontamiento centrado en la emoción, se refiere a las técnicas que utiliza el individuo para minimizar el malestar emocional que le produce el estresor modificando como siente o piensa y puede adoptar conductas como negar la existencia del estresor, expresar libremente sus emociones al respecto, minimizar al estresor (buscar el lado positivo), practicar la meditación, buscar grupos de apoyo, evadirse mediante el consumo de drogas o alcohol⁹. Diversas investigaciones han planteado que el afrontamiento centrado en el problema es útil cuando el estresor puede ser modificado, y que el centrado en la emoción, es más útil en el caso de los estresores que no se pueden modificar. Más aún, algunas estrategias de afrontamiento (evitación) pueden ser perjudiciales por promover el abuso de drogas y alcohol.

Si bien el modelo transaccional explicó la respuesta de estrés y las formas de afrontamiento al mismo, principalmente explica la relación de un individuo con el estresor considerando la disponibilidad de los recursos del individuo ante el evento y puede explicar la forma como un individuo puede afrontar una enfermedad aguda o una enfermedad crónica controlable, sin embargo, para comprender el afrontamiento del cáncer puede poseer limitantes cuando la enfermedad adquiere un comportamiento crónico en el cual el paciente tendría que hacer evaluación primaria reiteradamente estableciéndose un bucle que pudiera producir angustia y estancamiento, momentos en los cuales el paciente oncológico se mantiene en una incertidumbre constante sobre su futuro. Esto debido a que la base del modelo es el proceso cognitivo que desarrolla el individuo ante la situación sin tomar en cuenta los mecanismos de defensa del inconsciente que dependen de traumas previos o reacciones automáticas⁸. Es por esto que, al considerar el afrontamiento como un proceso también cambiante, resulta conveniente analizar otros modelos de afrontamiento más dinámicos que expliquen el afrontamiento del cáncer en las realidades de los pacientes oncológicos.

Modelo de Afrontamiento Diádico

Este modelo de afrontamiento propuesto por Bodenmann en 1995 a raíz de sus estudios del estrés y basado en el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, se refiere al estrés que ocurre en una pareja. Planteó, además, que el estrés diádico puede ser un estrés individual no resuelto o un estrés diádico real que afecta a los miembros de la pareja¹⁰. En el primer caso, cuando la intensidad y el tiempo de exposición del estrés individual son muy altos o el individuo no es capaz de afrontar al estresor en forma adecuada, esto comienza a afectar al otro miembro de la pareja. De igual forma, el estrés diádico puede ser consecuencia de los esfuerzos de afrontamiento de uno de los miembros de la pareja lo cual crea un conflicto con las expectativas del otro¹¹. Por otra parte, el estrés diádico verdadero, es cualquier forma de estrés centrado en el problema o en la emoción que afecta a la pareja como una unidad, por ejemplo, el nacimiento de los hijos, la búsqueda de vivienda, los problemas de comunicación, etc.¹¹. Esta teoría intenta explicar la afectación que sufre una pareja ante un evento estresor. Para Bodenmann, el afrontamiento diádico se refiere a la serie de pensamientos y acciones que adoptan las parejas para manejar situaciones difíciles y puede conceptualizarse como un proceso en donde los cónyuges se comunican entre sí sobre el estrés que experimentan, afrontándolo como pareja para encontrar una solución^{11,12}. Es un proceso psicológico que comprende las señales de estrés de uno de los cónyuges, las reacciones que origina la pareja al enfrentar la situación estresante y las estrategias que se emplean tanto a nivel individual como de pareja para lidiar con el estrés.¹²

En tal sentido, Bodenmann señaló que de acuerdo al tipo de situación estresante y a las evaluaciones individuales y de pareja, pueden adoptarse tres formas de afrontamiento: compartido, de soporte o de delegación. Cada una de ellas puede ser centrada en el problema o en la emoción, y a su vez, pueden ser positivas o negativas (hostilidad, ambivalencia, superficialidad)¹². En el afrontamiento compartido, ambos miembros de la pareja participan de forma más o menos equitativa en el proceso de afrontamiento ya sea resolviendo el problema juntos, compartiendo equitativamente las tareas, realizando actividades religiosas juntos, expresando mutua solidaridad, etc. En el afrontamiento diádico de soporte, uno de los miembros de la pareja da soporte para tratar de ayudar al otro quien posee menos recursos o herramientas para el afrontamiento ayudándolo con la realización de las tareas diarias, suministrándole información, aconsejándola, con actitud de comprensión empática, expresando interés en el problema del otro, ayudándolo a calmarse, etc. En otro sentido, en el afrontamiento de delegación, uno de los miembros de la pareja se encarga de todas las tareas y responsabilidades del otro para reducir el estrés de la pareja, y al contrario de la forma de soporte, aquí el miembro de la pareja que manifiesta estrés le solicita al otro que se encargue de sus labores (las delega) por lo que uno de los miembros de la pareja se queda solo con el proceso de afrontamiento.¹¹

Esta teoría inicialmente se vinculó a los procesos de afrontamiento en la vida marital y surgió para comprender la dinámica de una pareja a la hora de resolver eventos estresantes que pueden ser intradiádicos (comunicación marital, satisfacción, incompatibilidad de intereses, conflictos en la toma de decisiones, etc.), o contextuales, que son aspectos externos que

intervienen en la relación de pareja (dificultades económicas, enfermedades crónicas, cuidar de un enfermo, mudanzas, migración, trabajo, tiempo libre, problemas con familiares, hijos, etc.).^{12,13}

Una forma de afrontamiento diádico, es el afrontamiento centrado en la relación, el cual implica esfuerzos cognitivos y conductuales para resolver los estresores mientras se mantienen intactas las relaciones cercanas. Generalmente, se estudian dos tipos de estrategias de este tipo: amortiguamiento protector y compromiso activo. La amortiguación protectora se refiere a la supresión de las propias preocupaciones para minimizar la angustia del otro miembro de la pareja o para evitar conflictos en la relación, por ejemplo, uno de los miembros de la pareja que padece cáncer, le oculta sus miedos y preocupaciones a su cónyuge para evitar que sufra, esto es más frecuente cuando el hombre está enfermo, al respecto, algunos estudios han demostrado que esta estrategia de afrontamiento puede resultar perjudicial para quien realiza la protección porque puede provocar cansancio y mala gestión de las emociones. Por otro lado, el compromiso activo implica incluir a la pareja en el diálogo sobre los eventos estresores para obtener soluciones beneficiosas para ambos. En este caso, se desencadena un proceso de comunicación de estrés en el que cada miembro de la pareja le expresa sus emociones al otro con la esperanza de recibir apoyo emocional y/o práctico lo cual resulta beneficioso para el bienestar y satisfacción en la relación.^{11,12,13}

Si bien, esta teoría fue conceptualizada para la vida marital, a lo largo del tiempo ha sido aplicada para explorar el afrontamiento de familias y grupos de personas ante estresores comunes. En el área de la medicina, y específicamente en la oncología y psicooncología, existen investigaciones que han evaluado las estrategias de afrontamiento entre el paciente oncológico y su pareja o su cuidador familiar, lo cual es de vital importancia debido a que el cáncer es una enfermedad que no solo afecta al paciente sino a su entorno, el cual experimenta una gran incertidumbre originando emociones y pensamientos en el contexto de la enfermedad como estresor. La forma como la pareja o el cuidador familiar del paciente oncológico procesa y afronta los diferentes desafíos de la enfermedad ha sido de utilidad para reforzar el afrontamiento favorable del propio paciente favoreciendo la adherencia al tratamiento y disminuyendo la ansiedad por la incertidumbre al convertirse en un acompañante activo, empático y colaborador durante todo el proceso, por lo que también requiere atención en su propio proceso de afrontamiento¹³. En una revisión sistemática de Talero y Fink¹⁴ de afrontamiento diádico en cáncer de mama se concluyó que las intervenciones basadas en afrontamiento diádico ayudaron a desarrollar diferentes habilidades en las parejas con resultados favorables, sin embargo, estos resultados no se sostuvieron en el tiempo como se ha encontrado en otro estudio¹⁵ lo cual pudiera explicarse por la naturaleza fluctuante del proceso del cáncer de mama.

Este modelo ofrece ventajas a la hora de considerar el afrontamiento del cáncer en pareja y aporta intervenciones terapéuticas muy útiles para mejorar el malestar emocional en el paciente y en su pareja o cuidador familiar facilitando el afrontamiento, sin embargo, posee limitaciones para evaluar el afrontamiento en etapas de cronicidad y en la recidiva del cáncer.

Modelo de Proceso Dual de Afrontamiento al Duelo

Padecer cáncer desencadena un proceso de duelo: el duelo oncológico, en el cual el paciente experimenta una serie de sentimientos asociados a la pérdida de la salud, los cambios en su imagen corporal y la incertidumbre ante el futuro. Si bien, el duelo en forma clásica se refiere a los cambios adaptativos que sufre un individuo por la pérdida de un ser querido¹⁶, en la actualidad, este concepto puede aplicarse a cualquier pérdida significativa que tenga el individuo, por lo que la pérdida de la salud en general, también se considera como un duelo.

En el afrontamiento del duelo tradicionalmente se han establecido cuatro fases: una primera fase de aturdimiento o de shock, en la que el individuo tiene un sentimiento de aturdimiento e incredulidad ante lo que ocurre. El shock emocional puede ser un estado protector para evitar pensar en lo que sucede hasta que esté preparado para ello. La segunda es la fase de anhelo y búsqueda, en la que el individuo desea reencontrarse con la persona perdida. Existe inquietud y agresividad con posible autorreproches y pérdida de la seguridad. La tercera fase es de desesperación y desorganización, que se caracteriza porque el individuo en duelo reconoce que su ser querido no volverá y aparecen profundos sentimientos de tristeza y apatía, y la cuarta fase es la de reorganización en la que el individuo se va adaptando a nuevos patrones de vida sin la persona fallecida¹⁶. De acuerdo a lo anterior, estas fases del afrontamiento del duelo parecen suceder en forma lineal una después de la otra hasta que el individuo en duelo logra su recuperación; sin embargo, se ha observado que este proceso no ocurre igual en todas las personas ni en todas las formas de duelo.

Por esta razón, Margaret Stroebe y Henk Schut,¹⁷ propusieron un modelo de afrontamiento de duelo basado en el hecho de que dicho proceso no es lineal sino oscilante en el cual el individuo en duelo puede tener momentos en los que sufre su pérdida alternos con momentos en los que intenta continuar con su vida como una forma de desprenderse de su sufrimiento¹⁷. Este modelo identifica dos tipos de factores estresantes: orientados a la pérdida y a la restauración. Plantean un proceso de afrontamiento dinámico y de oscilación, mediante el cual el individuo a veces confronta el duelo y a veces evita las tareas relacionadas con el duelo como forma de alcanzar un afrontamiento adaptativo y beneficioso.^{17,18}

De acuerdo a lo anterior, este modelo de afrontamiento puede adaptarse al paciente oncológico debido a que éste experimenta factores estresantes orientados a la pérdida (enfermedad) mediante acciones dirigidas a recibir tratamiento, al abordaje del dolor o de otros síntomas, a someterse a estudios diagnósticos y de extensión, y de igual forma, factores orientados a la restauración a través de la reincorporación progresiva a sus labores habituales y a la conexión social para evitar sentirse enfermo, lo cual puede resultar provechoso para la aceptación de su enfermedad y el afrontamiento adaptativo¹⁹. En la práctica, muchos de los pacientes oncológicos desean continuar con sus labores cotidianas simultáneamente con sus esquemas de tratamiento lo cual disminuye su angustia por su enfermedad. El problema puede presentarse cuando el paciente se queda en uno de los dos extremos, ya sea el afrontamiento orientado a la enfermedad lo cual puede producirle más incertidumbre y temor a tal punto que le impide realizar sus actividades básicas y generando una permanente angustia y depresión; o en el extremo del afrontamiento a la restauración en el que paciente puede evitar pensar en su enfermedad y ocuparse de ella continuando con su vida a tal punto de descuidarse en su tratamiento y seguimiento. En consecuencia, el afrontamiento adaptativo sólo se lograría cuando ocurre una oscilación más o menos equilibrada entre ambas formas de afrontamiento.

Modelo de Afrontamiento Basado en la Construcción del Significado y Crecimiento Post-traumático

Anteriormente hemos mencionado que el paciente oncológico vive un proceso caracterizado por la complejidad del fenómeno debido a las diferentes dimensiones impactadas por el diagnóstico: físicas, psicológicas, socioeconómicas; convirtiéndose en una situación que requiere de todos los recursos que el paciente pueda poseer. Durante el proceso de enfermedad, la dimensión psicológica es de vital importancia ya que las herramientas que el paciente emplea para el afrontamiento adaptativo se ponen a prueba en distintas etapas de la enfermedad. Uno de los aspectos que más ha llamado la atención en la forma de afrontamiento de los pacientes oncológicos es la búsqueda de significado en sus vidas. Al encontrarse ante la presencia de una enfermedad potencialmente mortal, muchos pacientes se replantean los hechos y sus significados. La experiencia del cáncer puede generar nuevas formas de percibir la vida en todos sus aspectos. Es por esto que un modelo que ha sido utilizado para evaluar el afrontamiento del cáncer es el modelo de construcción de significado propuesto por Crystal Park²⁰ como un modelo integrador de las teorías y hallazgos empíricos relacionados con el significado para explicar el afrontamiento en enfermedades graves, duelo, agresión sexual, desastres naturales y ataques terroristas.

Este distingue dos niveles de significado: uno global y uno situacional. El global hace referencia a los sistemas de creencias arraigadas en los individuos respecto a la realidad como la justicia, el control, la identidad y los objetivos; incluye además un sentido subjetivo de la vida como significativo como es el caso del propósito^{20,21}. El significado situacional consiste en la interpretación o comprensión que cada individuo hace ante determinadas circunstancias. Los individuos evalúan sus experiencias y le dan un significado para determinar el grado de amenaza de dichos eventos atribuyendo causas e infiriendo sus implicaciones. Los eventos evaluados determinan las reacciones de los individuos ante estos. De acuerdo a este modelo, el estrés aparece cuando el significado situacional evaluado es contrario al sistema de significado global del individuo²¹. En el caso del paciente oncológico, su angustia aparece cuando recibe el diagnóstico y lo evalúa como una amenaza que se contrapone a sus creencias de su futuro, planes y objetivos. Las discrepancias entre el significado situacional y el global generan las violaciones del significado, lo cual genera malestar.

Una vez que aparece angustia o dolor por la violación del significado, el individuo pone en marcha una serie de estrategias de afrontamiento para aliviar su malestar y que terminarán en la creación de significado para comprender la situación y ajustarla a sus creencias de significado global, o cambiando sus creencias y objetivos de significado global cuando la situación o evento sea de mayor magnitud^{21,22}. Si la construcción de significado es exitosa, entonces el individuo tendrá una visión diferente de la situación y habrá cambiado sus creencias de significado global para que exista coherencia entre ambos. A esto se le llama significado construido²². Una estrategia de afrontamiento en este caso es la reevaluación positiva en la que se resaltan los aspectos positivos del evento traumático para minimizar el malestar psicológico que genera. En caso contrario, cuando el individuo es incapaz de integrar la evaluación de un evento traumático en el significado global, aparece la rumiación, los pensamientos intrusivos y la depresión²². Este modelo de afrontamiento resulta aplicable cuando el paciente oncológico recibe el diagnóstico y durante la fase de tratamiento, en las cuales el paciente en muchas ocasiones puede replantear su vida y cambiar el significado global para lograr un afrontamiento adaptativo. De igual forma, una vez alcanzada la remisión de la enfermedad, este modelo puede brindar al paciente herramientas para su adaptación a esta nueva etapa y reducir su incertidumbre.

Con relación a lo anterior, muchos eventos traumáticos originan un cambio positivo en algunos individuos, conocido como crecimiento postraumático y que se refiere a la percepción de cambios positivos que resultan del esfuerzo personal después de una crisis vital o acontecimiento traumático que conllevan a una transformación personal como una forma de responder a eventos vitales traumáticos y relacionada con el afrontamiento al estrés. Para Tedeschi y Calhoun²³, este concepto involucra la presencia de cambios fundamentales y reflexivos en la vida de las personas produciendo un verdadero crecimiento evolutivo y no solo una forma de afrontamiento. Este crecimiento representa un significativo cambio cognitivo y emocional en sus vidas con implicaciones en cambios conductuales.

Este crecimiento postraumático puede manifestarse como cambios en la percepción de sí mismo, cambios en las relaciones interpersonales y cambio en la filosofía de vida. Los cambios en la percepción de sí mismo están relacionados con el concepto de cada individuo de sí mismo ante el evento traumático (víctima o sobreviviente) lo cual influye significativamente en el afrontamiento posterior. Igualmente, después de sobrevivir a un evento traumático, el individuo puede hacerse más autosuficiente y confiar en sus propios recursos y capacidades para afrontar otros eventos traumáticos en forma exitosa, pero con alto sentido de su propia vulnerabilidad, lo cual le permite también que tenga cambios en sus relaciones interpersonales al reconocer en cuáles momentos requiere soporte de sus familiares y amigos. En este sentido, los cambios en las relaciones interpersonales requieren una mejor expresión de los sentimientos e inconformidades, así como por el surgimiento de la necesidad de dar soporte emocional a otros individuos quienes sufren un evento traumático y a través de un proceso recíproco en el que el reconocimiento de la vulnerabilidad puede generar empatía, compasión y mayor altruismo.²³

Respecto al cambio en la filosofía de vida, es frecuente que después de un evento traumático, un individuo se pregunte del significado de la vida, por lo que si bien, el crecimiento postraumático es considerado un proceso psicológico, es muy frecuente que después de un evento traumático aparezcan las dudas existenciales y filosóficas. Varios autores han señalado que, en el crecimiento postraumático, el cambio de la filosofía de vida está compuesta por cambios en las prioridades y apreciación de la vida, cambios existenciales, cambios espirituales y cambios religiosos^{24,25}. Muchos individuos quienes han experimentado traumas que pusieron en peligro sus vidas, han tenido mayor apreciación de sus vidas por considerar que deben ser más cuidados con ellas y valorar más los momentos que comparten con sus seres queridos, apreciar los pequeños detalles del día a día y sobrellevar la vida más fácilmente. Por otra parte, quienes se enfrentan a una enfermedad terminal o a la muerte de un ser querido, se hacen preguntas del verdadero significado de la vida y consideran que su vida antes de este evento fue superficial, lo que puede generar angustia en ellos o motivarlos a la construcción de su nuevo significado como forma de afrontamiento adaptativo, como ya se ha señalado.

Por otra parte, muchas personas pueden usar su vida espiritual o creencias metafísicas para entender y afrontar una experiencia traumática; mientras que otras desarrollan una transformación espiritual después del trauma. La espiritualidad en este contexto se refiere a una gran sensación de estar conectado con algo trascendente en una forma que no sería posible antes del trauma. Esto puede ser: una mayor conciencia de la presencia de Dios, una mayor participación en una determinada religión o un mayor entendimiento de las creencias religiosas. En los pacientes oncológicos se han encontrado hallazgos de construcción de significado y crecimiento postraumático como formas de afrontamiento positivos durante la enfermedad y en etapas de remisión haciendo especial mención a los cambios en la filosofía de vida y los cambios espirituales y religiosos, así como la importancia del apoyo social como factores de influencia favorables para afrontar posteriores eventos traumáticos o crisis vitales.^{25,26}

Miedo a la Recaída

Hasta ahora se ha analizado la evidencia científica en torno a los modelos de afrontamiento del cáncer, pero ¿qué ocurre desde el punto de vista psicológico después de la remisión? Respecto a este punto, Lebel y Maheu²⁷ han publicado una serie de trabajos de investigación y revisiones enfocadas en las intervenciones sobre miedo a la recaída en sobrevivientes de cáncer.

El miedo a la recidiva, es una de las preocupaciones más frecuente en los sobrevivientes de cáncer de cualquier tipo generando malestar psicológico, estrés y mala calidad de vida. Se define como miedo o preocupación por la posibilidad de que el cáncer regrese o progrese²⁷. Un bajo nivel de miedo a la recidiva es favorable para que el paciente se adhiera de forma adecuada al tratamiento y adopte un estilo de vida más saludable. Sin embargo, en varios pacientes, el miedo a la recaída puede provocar que éstos tengan mayor cuidado y adherencia al seguimiento post-remisión, por lo que, en estos casos, resulta positivo. Se han identificado algunos factores relacionados con el miedo a la recidiva como la presencia de síntomas físicos como fatiga y dolor; el sexo femenino, ya que las mujeres han demostrado mayor miedo a la recidiva; y la edad, encontrándose que los jóvenes experimentan mayor miedo que los pacientes oncológicos mayores, sin embargo, aún queda mucho por investigar en esta área²⁸. Más aún, en tipos de cáncer con alta probabilidad de cronicidad como el de mama, se han descrito altos niveles de ansiedad por miedo a la recidiva que se expresan en síntomas físicos (palpitaciones, disnea, dolor torácico) y psicológicos (hipervigilancia corporal, rumiación, mala calidad de vida, etc.).²⁹

De acuerdo a lo anterior, se hace necesario el acompañamiento al paciente y su entorno cercano con técnicas de intervención psicológica con el fin de minimizar el malestar emocional, la ansiedad y la depresión, a través de terapias de intervención como la Terapia de Miedo a la Recurrencia del Cáncer (FORT: Fear of Cancer Recurrence Therapy) propuesta por Lebel con buenos resultados en la disminución de la ansiedad y la depresión sobre todo en pacientes con cáncer de mama^{27,30}. Si bien, esta y otras terapias para el miedo a la recaída del cáncer han sido efectivas para mejorar la ansiedad, no han demostrado mejorar la calidad de vida de algunos sobrevivientes de cáncer por lo que nos hace suponer que esto depende de otros factores aún por conocer.

Consideraciones Finales

En este ensayo se revisaron los modelos de afrontamiento que se han propuesto y aplicado en pacientes oncológicos para explicar la forma como éstos experimentan la incertidumbre ante la enfermedad, las alternativas terapéuticas y el miedo después de la remisión cuya importancia radica en que consideran no solo al paciente sino a su entorno familiar, a sus actividades cotidianas y laborales y sus relaciones sociales haciéndolos más dinámicos y ajustados a las fases que transita cada paciente, de la misma forma que consideran el proceso de afrontamiento al cáncer no como un camino lineal sino con altibajos ante un evento que impacta la vida del paciente y de su entorno. La importancia de revisar estos modelos es que cada uno es útil en las distintas fases del proceso de enfermedad, por ejemplo, el modelo transaccional y el modelo de afrontamiento diádico son útiles en las etapas de sospecha de cáncer, estudios y diagnóstico. Luego, el modelo de proceso dual de afrontamiento al duelo, es útil después del diagnóstico y durante el tratamiento. Posteriormente, en las etapas finales del tratamiento y en la remisión, son útiles los modelos basados en la construcción de significado, el crecimiento postraumático y el miedo a la recaída; mientras que en los pacientes que experimentan recaída o en etapas terminales, el modelo de construcción de significado ha demostrado mayor comprensión del afrontamiento.

De igual manera, las autoras consideran que estos modelos plantean la posibilidad de ver al paciente desde una perspectiva más humana con miras a abandonar los términos de “lucha contra la enfermedad” o “debes ser fuerte para luchar” que en muchas ocasiones escucha el paciente y que lo colocan en una posición comprometida interpretando sus emociones de miedo, tristeza o ansiedad como signos de debilidad sintiéndose más ansioso, es en estos momentos cuando aceptar que puede permitirse ser vulnerable es también parte de su crecimiento ante la enfermedad.

Es importante entender que el paciente oncológico y su entorno cercano requieren acompañamiento profesional de su equipo médico, incluyendo el psicólogo, para recorrer el proceso de la manera más adecuada y con confianza para lo cual el abordaje psicológico aporta herramientas individualizadas y de acuerdo a cada fase del proceso de la enfermedad favoreciendo el afrontamiento adaptativo, la adherencia a las opciones de tratamiento oncológico y una buena evolución.

Declaración de conflicto de interés: las autoras declaran no tener conflicto de interés para la autoría y publicación de este artículo.

Referencias

1. Noval González A. Impacto psicológico del paciente con cáncer. NPunto. 2022;5(56): 30-51. <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>
2. Vehling S, Kissane DW. Existential distress in cancer: alleviating suffering from fundamental loss and change. Psychooncology. 2018;27(11):2525-2530. doi:10.1002/pon.4872. <https://doi.org/10.1002/pon.4872>
3. Butow P, Lebel S, Shaw J, Humphris G. Editorial: uncertainty, anxiety, and fear of cancer recurrence. Front Psychol. 2021;12:811602. doi:10.3389/fpsyg.2021.811602. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.811602>
4. Organización Mundial de la Salud. Cancer [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2026 [citado 25 Sep 2026]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
5. Cohen S, Kessler RC, Gordon LU. Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In: Cohen S, Kessler RC, Gordon LU, editors. Measuring stress: a guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press; 1995. p. 3-26. Disponible en: <https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/publications/scalesmeasurements/pdfs/cohen,-s-et-al-1995.pdf>
6. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2010;48(4):307-318. doi:10.4067/S0717-92272010000500006. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>
7. Soriano J. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. Bol Psicol. 2002;(75):73-85. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>
8. Camacho Gómez O, Pedroza Cabrera FJ, Navarro Contreras G, De la Roca Chiapas JM, Fulgencio Juárez M. Modelo transaccional del estrés y estilos de afrontamiento en investigación psicológica del estrés: análisis crítico. Uaricha Rev Psicol. 2024;22:42-53. <https://doi.org/10.35830/kcgm5244>
9. Littleton H, Horsley S, John S, Nelson DV. Trauma coping strategies and psychological distress: a meta-analysis. J Trauma Stress. 2007;20(6):977-988. doi:10.1002/jts.20276. <https://doi.org/10.1002/jts.20276>
10. Bodenmann G. Dyadic coping: a systemic-transactional view of stress and coping among couples: theory and empirical findings. Eur Rev Appl Psychol. 1997;47:137-140. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1997-43680-005>

11. Weitkamp K, Bodenmann G. We-disease model: a conceptualization of couples' dyadic coping when dealing with chronic physical or mental illness. *Health Psychol Open*. 2026;13:20551029261444871. <https://doi.org/10.1177/20551029261444871>
12. Weitkamp K, Feger F, Landolt SA, Roth M, Bodenmann G. Dyadic coping in couples facing chronic physical illness: a systematic review. *Front Psychol*. 2021;12:722740. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722740>
13. Cao R, Zhou Y, Su Y. Dyadic coping and illness uncertainty in cancer patient-caregiver dyads: interactive mechanisms, heterogeneity, and integrated intervention directions—a narrative review (2021-2025). *Healthcare (Basel)*. 2026;14(14):2098. <https://doi.org/10.3390/healthcare14142098>
14. Talero Acero LF, Finck Barboza C. "Nuestra enfermedad": revisión sistemática sobre coping diádico en cáncer de mama. *Psicooncología*. 2019;16:251-272. <https://doi.org/10.5209/psic.65590>
15. Köditz AK, Mehnert-Theuerkauf A, Goerling U, Zimmermann T, Hornemann B, Springer F, et al. Dyadic coping after cancer diagnosis: a longitudinal cluster analysis. *Acta Oncol*. 2025;64:431-438. <https://doi.org/10.2340/1651-226X.2025.42561>
16. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(Supl 3):163-176. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012
17. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud*. 1999;23(3):197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
18. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega (Westport)*. 2010;61(4):273-289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
19. Castillo-Zavaleta SE, Chávez-Cerna DN, Huertas-Angulo F, León-Alayo ML, Valverde-Meza C. Proceso de duelo en pacientes adultos diagnosticados con cáncer. *Ene*. 2023;17(1):1454. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2023000100009&script=sci_arttext
20. Park CL. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol Bull*. 2010;136(2):257-301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
21. Park CL. Meaning making following trauma. *Front Psychol*. 2022;13:844891. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.844891>
22. Park CL. Distinctions to promote and integrated perspectives of meaning and meaning-making processes. *J Constr Psychol*. 2017;30(1):14-19. <https://doi.org/10.1080/10720537.2015.1119082>
23. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: a new perspective on psychotraumatology. *Psychiatr Times*. 2004;21(4):58-60. Disponible en: <https://www.psychiatristimes.com/view/posttraumatic-growth-new-perspective-psychotraumatology>
24. Vis J, Boynton HM. Spirituality and transcendent meaning making: possibilities for enhancing posttraumatic growth. *J Relig Spiritual Soc Work*. 2008;27(1-2):69-86. <https://doi.org/10.1080/15426430802113814>
25. Chuan-Yu Y, Yi-Chien C, Chia-Ling W, Shih-Kai H, Tsung-Lan C, Ya-Chu H. The mediating role of spirituality in the relationships between posttraumatic stress and posttraumatic growth among patients with cancer: a cross-sectional study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2023;10(5):100221. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100221>
26. Huang S, Huang M, Long F, Wang F. Post-traumatic growth experience of breast cancer patients: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *PLoS One*. 2025;20(1):e0316108. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316108>
27. Lebel S, Maheu C, Tomei C, Bernstein LJ, Courbasson C, Ferguson S, et al. Towards the validation of a new, blended theoretical model of fear of cancer recurrence. *Psychooncology*. 2018;27(11):2594-2601. <https://doi.org/10.1002/pon.4880>
28. Luigjes-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, Kasparian NA, Lam WWT, Lebel S, et al. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychooncology*. 2022;31(6):879-892. <https://doi.org/10.1002/pon.5921>
29. Garduño-Sánchez S, Iglesias-Melero C, Gómez-Salgado J. Miedo a la recaída y frecuentación de atención primaria en las mujeres con cáncer de mama. *Aten Primaria*. 2026;58(7):103485. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2026.103485>
30. Tomei C, Lebel S, Maheu C, Mutsaers B. Addressing fear of recurrence: improving psychological care in cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2016;24(7):2815-8. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3103-8>