

Influencia de la dignidad percibida y estrategias de afrontamiento en la incertidumbre y malestar emocional de pacientes con cáncer avanzado

Berta Obispo¹ , Paula Jiménez-Fonseca² , Teresa García-García³ , Jacobo Rogado⁴ ,
Vilma Pacheco-Barcia⁵ , Caterina Calderon⁶ 

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.98170>

Recibido: 6 de marzo de 2024 / Aceptado: 3 de mayo de 2024

Resumen: Objetivo: en este análisis evaluaremos el malestar psicológico al diagnóstico del cáncer avanzado, la dignidad percibida y su relación con factores sociodemográficos, clínicos y psicológicos, así como las estrategias de afrontamiento como moduladoras entre la incertidumbre y el malestar psicológico. Método: este estudio se fundamentó en el proyecto NEOetic, un registro prospectivo y multicéntrico promovido por la sección de Bioética de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Se utilizaron diversas escalas: BSI-18, PPDS, MUIS, DUFSSQ y MINI-MAC. Además, se analizaron factores sociodemográficos y clínicos y su relación con el resto de variables. Resultado: los pacientes tratados durante la pandemia de Covid-19 mostraban altos niveles de ansiedad y depresión, especialmente vinculados a ser joven al diagnóstico, tener una expectativa de vida superior a 18 meses: al sexo femenino, tener preocupación por el cáncer y experimentar desesperanza. Aquellos con bajos niveles de dignidad percibida mostraron mayor ansiedad y depresión, y una actitud menos positiva. El malestar psicológico afectó al 72% de los pacientes, siendo la actitud positiva y la evitación cognitiva las estrategias de afrontamiento más empleadas. Conclusiones: estos hallazgos subrayan la importancia de abordar la salud mental de los pacientes oncológicos especialmente en situaciones de crisis como la pandemia. Es esencial promover estrategias de afrontamiento eficaces y proporcionar un apoyo emocional adecuado.

- ¹ Berta M^o Obispo Portero. Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. España. ORCID: 0000-0003-1214-6595
E-mail: berta.obispo@gmail.com
 - ² Paula Jimenez-Fonseca. Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. Av. Roma, s/n, 33011 Oviedo. España. ORCID: 0000-0003-4592-3813
E-mail: palucaji@hotmail.com
 - ³ Teresa García-García. Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena, Cartagena. España. ORCID: 0000-0003-0110-8016
E-mail: tggarc@gmail.com
 - ⁴ Jacobo Rogado. Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. Av/Gran vía del Este 80, Vallecas, 28031. Madrid. España. ORCID: 0000-0002-9795-8762
E-mail: jacobo.rogado@gmail.com
 - ⁵ Vilma Pacheco-Barcia. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. España. ORCID: 0000-0003-0141-1306
E-mail: vilmapbarcia@yahoo.es
 - ⁶ Caterina Calderon. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona. España. ORCID: 0000-0002-6956-9321
E-mail: ccalderon@ub.edu
- * Dirección de correspondencia: Berta M^o Obispo Portero. Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. Av/Gran vía del Este 80, Vallecas, 28031. Madrid.
E-mail: berta.obispo@gmail.com

Se recomienda a los oncólogos realizar evaluaciones periódicas del estado psicológico de sus pacientes, adaptando intervenciones personalizadas que respondan a los factores identificados para reforzar la resiliencia emocional y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Cáncer avanzado, malestar psicológico, dignidad percibida, incertidumbre, evitación cognitiva, actitud positiva, estrategias afrontamiento.

ENG Influence of perceived dignity and coping strategies on uncertainty and emotional distress in advanced cancer patients

ENG Abstract: Aim: In this analysis we will assess psychological distress at diagnosis of advanced cancer, perceived dignity and its relationship with sociodemographic, clinical, and psychological factors and coping strategies as modulators between uncertainty and psychological distress. Method: This study was based on the NEOetic project, a prospective, multicentre registry promoted by the Bioethics section of the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM). Several scales were used: BSI-18, PPDS, MUIS, DUFSSQ and MINI-MAC. In addition, sociodemographic and clinical aspects and their relationship with the other variables were analyzed. Results: Patients treated during the Covid-19 pandemic exhibited high levels of anxiety and depression, particularly associated with young age at diagnosis, life expectancy over 18 months, female sex, cancer-related concerns, and hopelessness. Patients with low perceived dignity experienced higher levels of anxiety and depression, along with lower positive attitudes. Psychological distress affected 72% of patients, with positive attitude and cognitive avoidance being the most employed coping strategies. Conclusions: These findings underscore the importance of addressing the mental health of cancer patients, especially during crises like the pandemic, by promoting effective coping strategies and providing appropriate emotional support. Oncology professionals are encouraged to conduct regular assessments of psychological well-being and tailor specific interventions based on identified factors to enhance emotional resilience and improve patients' quality of life.

Keywords: Advanced cancer, psychological distress, perceived dignity, uncertainty, cognitive avoidance, positive attitude, coping strategies.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Resultados. 4. Discusión 5. Conclusiones 6. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Obispo B, Jiménez-Fonseca P, García-García T, Rogado J, Pacheco-Barcia V, Calderon C. Influencia de la dignidad percibida y estrategias de afrontamiento en la incertidumbre y malestar emocional de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología* 2024; 21: 251-264. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.98170>

1. Introducción

El cáncer es una de las enfermedades más prevalentes a nivel mundial y una de las principales causas de mortalidad⁽¹⁾. Su incidencia ha aumentado en los últimos años y se espera un incremento de casos progresivo hasta el año 2040 junto con el consiguiente aumento de mortalidad⁽¹⁾. Los nuevos avances diagnósticos y terapéuticos en oncología contribuyen a un diagnóstico precoz de la enfermedad con tasas de supervivencia global cada vez más prolongadas. Todo ello conlleva el consiguiente riesgo aumentado de sufrir alteraciones emocionales a lo largo del curso de la enfermedad⁽²⁾.

El diagnóstico del cáncer, la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad y los tratamientos y sus secuelas posteriores son factores percibidos por el paciente como estresantes

y pueden estar asociados a la aparición de trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión⁽²⁾, afectar a la percepción de dignidad y a las relaciones del paciente con sus familiares y su entorno⁽³⁾.

La aparición de estos problemas psicológicos está asociada con menor adherencia al tratamiento, peor evolución de la enfermedad con menores tasas de supervivencia y mayor deterioro de la calidad de vida^(4,5). Los pacientes con cáncer presentan una prevalencia de malestar psicológico superior a la población general estimada en torno al 30-40% que varía según el tipo de tumor y especialmente en aquellos con cáncer avanzado^(6,7).

La ansiedad y depresión son los síntomas más prevalentes en el paciente oncológico, con unas tasas de incidencia para la depresión que varían entre el 18% y el 67% y para la ansiedad entre el 6,5% y el 23%^(8,9). La edad y el sexo son dos factores que juegan un rol importante como mediadores de la ansiedad y la depresión^(10,11). Estudios realizados en población oncológica describen que el malestar psicológico está inversamente relacionado con la edad. Las mujeres jóvenes con cualquier tipo de cáncer son más proclives a sufrir ansiedad y depresión ya que tras el diagnóstico del cáncer ven modificadas sus expectativas vitales, sus propios roles y se encuentra ante una posible pérdida de su futuro⁽¹²⁻¹⁴⁾.

El diagnóstico de un cáncer avanzado puede impactar en la identidad del paciente y afectar a su percepción de dignidad. Los niveles bajos de dignidad percibida pueden estar relacionados con un aumento de los niveles de malestar psicológico y pérdida de deseo de seguir viviendo en pacientes con cáncer avanzado⁽¹⁵⁾. En un estudio llevado a cabo por Wang que involucró a 200 pacientes con cáncer en estadio precoz y avanzado se objetivó que la mayoría (89%) presentaban algún nivel de pérdida en la percepción de dignidad, especialmente aquellos con cáncer avanzado⁽¹⁶⁾. Entre los factores relacionados con la percepción de pérdida de dignidad podemos encontrar la edad⁽¹⁷⁾, la situación funcional al diagnóstico⁽¹⁸⁾, el sexo femenino⁽¹⁹⁾ y estrategias de afrontamiento como la desesperanza⁽²⁰⁾.

La incertidumbre sobre la enfermedad aparece hasta en el 60% de los pacientes con cáncer⁽²¹⁾. Influyen múltiples factores como la imprevisibilidad respecto al futuro ante una posible recidiva o progresión, la dificultad para comprender la información sobre la enfermedad, las barreras en la comunicación y la ambigüedad de los síntomas. Puede ser causa de aumento de malestar emocional produciendo un impacto negativo en la calidad de vida⁽²²⁾.

Las estrategias de afrontamiento desempeñan un papel crucial en la modulación del malestar psicológico⁽²³⁾. Al enfrentarse al diagnóstico de un cáncer avanzado, los pacientes utilizan inicialmente las estrategias de afrontamiento que empleaban previamente. Sin embargo, a medida que avanza la enfermedad, estas tácticas se adaptan y evolucionan para permitir al paciente convivir con ella⁽²⁴⁾. Los pacientes que adoptan estrategias como la actitud positiva y el espíritu de lucha suelen presentar niveles más bajos de malestar psicológico a diferencia de los pacientes que utilizan la evitación cognitiva⁽²⁵⁾. Diversos estudios han explorado la relación entre incertidumbre, estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer con resultados inconsistentes debido a la heterogeneidad de las poblaciones.

En este análisis, se evaluará el malestar psicológico ante el diagnóstico del cáncer avanzado, la dignidad percibida y su relación con factores sociodemográficos, clínicos y psicológicos. Además, se examinarán las estrategias de afrontamiento y su papel como moduladoras en la relación entre la incertidumbre y el malestar psicológico.

2. Método

El presente estudio se enmarca en el proyecto NEOetic registro nacional de tipo prospectivo, observacional, analítico con carácter longitudinal realizado en 15 servicios de Oncología Médica de diversos hospitales de España desde febrero de 2020 hasta febrero de 2023. Esta investigación se realizó de acuerdo con los principios éticos vigentes y recibió la aprobación previa de los Comités de Revisión Ética de cada institución y de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS; código de identificación: ES14042015). Los procedimientos de recopilación de datos fueron similares en todos los hospitales y los datos relacionados con los

participantes se obtuvieron de las instituciones donde recibieron tratamiento. La participación fue voluntaria, anónima y no afectó la atención al paciente. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado antes de la inclusión. Los datos fueron recogidos y actualizados por el médico oncólogo, a través de una plataforma web (www.neoetic.es).

Muestra

Tamaño muestral

El tamaño muestral estimado para el objetivo del estudio fue de 1248 pacientes teniendo en cuenta un nivel de significación α (dos colas) de 0.05, un poder estadístico de 0.8, y un coeficiente de correlación (r) de al menos 0.15 (considerado clínicamente relevante). A ello se añade un 20% de pérdidas estimadas de seguimiento

En este análisis exponemos los resultados realizados tras realizar tres puntos de corte: primer corte de datos en mayo de 2021 tras la inclusión de 426 pacientes, segundo corte realizado en octubre de 2021 tras la inclusión de 508 pacientes y tercer corte en abril 2022 tras incluir 814 pacientes.

Criterios de inclusión y de exclusión:

Entre los criterios de inclusión del estudio se encontraban pacientes con diagnóstico histológico confirmado de cáncer localmente avanzado irreseccable o metastásico, mayores de 18 años, que no fueran candidatos a una cirugía con intención curativa y fueran candidatos a recibir tratamiento sistémico aceptando participar en el estudio y firmando el consentimiento informado antes de realizar los procedimientos específicos.

Entre los criterios de exclusión se encontraba presentar una condición personal, psicológica, familiar, sociológica, geográfica y/o médica subyacente que pudiera obstaculizar, a criterio del oncólogo, la capacidad del paciente para participar en el estudio y que hubieran recibido tratamiento oncológico en los dos años previos por otro tumor avanzado o tuvieran lesiones metastásicas resecaadas.

Diseño

Variables e instrumentos

El oncólogo médico era el responsable de recoger las variables clínicas relacionadas con el tipo de tumor, extensión de la enfermedad, tratamiento sistémico planteado y eficacia, y relación médico-paciente.

Por otra parte, el paciente cumplimentaba un cuestionario con datos sociodemográficos entre los que se encontraba sexo, edad, nacionalidad, origen, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, situación laboral y cuidador principal y las siguientes escalas psicológicas:

- **Brief Symptom Inventory - 18 (BSI-18)**⁽²⁶⁾ es uno de los instrumentos más utilizados para evaluación de la ansiedad, la depresión y la somatización. La escala consta de 18 ítems, pero en nuestro trabajo, analizamos exclusivamente 12 ítems, suprimiendo aquellos relacionados con la somatización por su posible confusión con otros síntomas físicos de la enfermedad. Estos 12 ítems se dividen en dos subescalas de 6 ítems cada una en relación con la ansiedad y depresión. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 5 puntos y la puntuación de cada subescala oscila entre 0 (nada) y 24 (extremadamente). Las puntuaciones más altas indican mayor nivel de ansiedad o depresión. Las puntuaciones brutas se convierten en puntuaciones T basadas en datos normativos específicos para cada sexo. Para identificar a los individuos con niveles significativos de ansiedad y depresión, la BSI aplica la regla del caso clínico desarrollada originalmente para el SCL-90⁽²⁷⁾. De acuerdo con los valores de corte recomendados por Derogatis⁽²⁶⁾, se consideró que los pacientes cuya puntuación T ≥ 67 tenían "posible ansiedad o depresión", y una puntuación T ≥ 63 se categorizó como "probable ansiedad o depresión." La versión española del BSI ha demostrado una buena fiabilidad y validez en pacientes con cáncer. El alfa de Cronbach para las escalas de ansiedad y depresión fue de 0,80 y 0,75 respectivamente⁽²⁸⁾.

- **Michel Uncertainty in Illness Scale (MUIS)**⁽²⁹⁾ es un cuestionario que evalúa las reacciones ante la incertidumbre, la ambigüedad y el futuro. Los ítems se puntúan con una escala Likert de 1 (ninguna característica se aplica a mi persona) a 5 puntos (todas las características se aplican a mí), con puntuaciones comprendidas entre 5-25. Esta escala ha sido validada en población española⁽³⁰⁾. Basándose en los valores de corte de Rodríguez-González et al., las puntuaciones ≥ 16 se consideraron “incertidumbre”⁽³¹⁾. El alfa de Cronbach fue de 0,83⁽²⁹⁾.
- **Hert Hope Index (HHI)**⁽³²⁾ es una escala de 12 ítems utilizada para evaluar la esperanza. Los ítems se evalúan con una escala Likert de 4 puntos, con puntuaciones totales que oscilan entre los 12 y los 48 puntos. La versión española del HHI ha demostrado una buena fiabilidad y validez en pacientes con cáncer⁽³³⁾. Puntuaciones más bajas evidencian una mayor desesperanza. En este estudio, el alfa de Cronbach para la escala fue de 0,97⁽³²⁾.
- **Cancer Worry Scale (CWS)**⁽³⁴⁾ evalúa la preocupación sobre la recurrencia del cáncer y el impacto de esta preocupación en el día a día del paciente. Consta de 6 ítems que se valoran con una escala Likert de 4 puntos, con puntuaciones posibles que oscilan entre 6 y 24. Una mayor puntuación en esta escala indica una mayor preocupación sobre el cáncer. Esta escala ha sido validada en población española⁽³⁵⁾. El alfa de Cronbach para la escala fue de 0,90⁽³⁴⁾.
- **Palliative Patients’ Dignity Scale (PPDS)**⁽³⁶⁾ es una escala que consta de 8 ítems que evalúan la percepción de preservación o de amenaza o pérdida de la dignidad. Se evalúa en una escala Likert de 9 puntos y la puntuación total puede oscilar entre 0 y 72. A mayor puntuación, mayor es la dignidad percibida por el paciente. Esta escala ha sido validada en población española⁽³⁷⁾. El alfa de Cronbach fue de 0,75⁽³⁶⁾.
- **Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC)**⁽³⁸⁾ es una escala que mide las estrategias de afrontamiento frente al cáncer a través de 29 ítems y las clasifica en adaptativas (espíritu de lucha y evitación cognitiva) y desadaptativas (desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo). El Mini-MAC mide cuatro factores: desesperanza, preocupación ansiosa, aptitud positiva, y evitación cognitiva. Los ítems se evalúan en una escala Likert de 4 puntos. Una mayor puntuación en una de estas subescalas indica una mayor predominancia de esa estrategia de afrontamiento. La versión española tuvo un rango de fiabilidad (alfa de Cronbach) que oscilan entre 0,88 y 0,9⁽³⁹⁾.
- **The Duke/UNC Functional Social Support Questionnaire (DUFSSQ)**⁽⁴⁰⁾ es una escala compuesta por 11 ítems que evalúan el apoyo instrumental (recibir información, consejo u orientación) y el apoyo social afectivo (expresiones de cariño, aprecio o simpatía hacia el paciente). Los ítems se evalúan con una escala Likert de 5 puntos, desde 1 (mucho menos de lo que me gustaría) hasta 5 (tanto como me gustaría). Las puntuaciones más altas indican menos apoyo social. Esta escala ha sido validada en español⁽⁴¹⁾. El alfa de Cronbach es de 0,93⁽⁴⁰⁾.

Procedimiento

En este estudio el oncólogo médico era el responsable del reclutamiento de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer localmente avanzado irreseccable o metastásico con inclusión realizada de forma consecutiva. Los pacientes recibían información sobre el estudio y su participación de forma voluntaria, anónima y confidencial y firmaban un consentimiento informado de forma previa a la recogida de datos.

El oncólogo médico recopilaba los datos clínicos a través de la historia clínica del hospital, incluyendo información sobre el tipo de tumor, su extensión y el tratamiento administrado. Por su parte, los pacientes completaban en su domicilio los cuestionarios que incluían variables socio-demográficas y aquellos referentes a distintas escalas psicológicas y los entregaban posteriormente en la siguiente visita al personal sanitario del servicio.

La información se recogía de forma sistemática por el investigador a través de una página web específica para el proyecto (<https://www.neoetic.es/>).

Análisis estadístico

Las características sociodemográficas y clínicas de los sujetos se expresaron como medias y desviaciones estándar (DE) para las variables continuas y como frecuencia y porcentajes (%) para las variables categóricas.

Se realizaron pruebas *t* de muestras independientes y análisis de la varianza unidireccional mediante ANOVA para evaluar las variaciones de la ansiedad y la depresión con respecto a las variables sociodemográficas y clínicas, y ANOVA y Chi Cuadrado para evaluar las diferencias en características demográficas, clínicas y psicológicas entre los perfiles de dignidad.

La correlación de Pearson determinó el nivel de asociación entre las variables del estudio, y los análisis de regresión lineal exploraron los efectos de la incertidumbre, la desesperanza y la preocupación por el cáncer sobre la ansiedad y la depresión, con ajuste por variables sociodemográficas y clínicas.

Para identificar a los pacientes con patrones de dignidad similares, se realizó un análisis de conglomerados. Las variables de agrupación comprendían los ítems de la escala de dignidad (PPDS). Dado que la agrupación requiere valores válidos para todas variables, se eliminaron los sujetos en los que faltaba algún valor de la PPDS.

Se aplicó Eta-cuadrado (η^2) para evaluar el tamaño del efecto y correlaciones bivariadas para evaluar la asociación entre la incertidumbre ante la enfermedad (MUIS), las estrategias de afrontamiento (Mini-MAC) y el malestar psicológico (BSI-18).

Se utilizó un modelo de ecuación estructural (SEM) y de trayectorias para identificar la relación entre la incertidumbre y las escalas psicológicas.

Para todos los análisis, la significación se fijó en $\alpha < 0,05$. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 25.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk, NY: IBM Corp).

3. Resultados

Incidencia de ansiedad y depresión y relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas

En un primer análisis⁽⁴²⁾ se analizó la incidencia de ansiedad y depresión y su relación con otras variables clínicas y psicológicas. El corte de datos fue en mayo 2021 tras haber incluido un total de 426 pacientes de los cuales 209 era mujeres (52,1%) con una mediana de edad de 64,1 años (desviación estándar (DE) =10,6, rango 30-88). La mayoría estaban casados o tenían pareja (71,6%), tenían hijos (79,6%) y habían cursado estudios primarios (46,6%). Con respecto a las características clínicas, los tumores más frecuentes fueron los broncopulmonares (30,9%) y la mayor parte de los pacientes presentaban tumores en estadio IV (79,3%). El tratamiento sistémico más empleado fue la quimioterapia (56,6%). La supervivencia estimada para los pacientes de la muestra fue inferior a los 18 meses en el 48,6%.

Se encontraron **síntomas clínicamente significativos** de ansiedad y depresión en el 36% y 35% de los pacientes, respectivamente (puntuación $T > 67$) y un 29% y 17% presentaban algún síntoma de ansiedad y depresión respectivamente ($T \geq 63$ a < 67).

Las mujeres presentaron más ansiedad (media (M) = 66,3 con DE = 7,8) que los hombres (M = 63,0; DE = 7,9) ($F_{(1,399)} = 17,501$; $p = 0,001$; tamaño del efecto $\eta^2 = 0,042$) y más síntomas depresivos (M = 63,9; DE = 6,9 frente a M = 61,6; DE = 6,6) con una relación que alcanzaba la significación estadística ($p = 0,001$). También se encontró una relación estadísticamente significativa con la ansiedad entre los menores de 65 años (M = 65,8, DE 7,9 frente a M = 63,9, DE = 7,9) ($p = 0,005$) y aquellos con estimación de supervivencia superior a 18 meses (M = 65,5, DE = 8,0 frente a M = 63,8) ($p = 0,043$).

La ansiedad y la depresión estaban correlacionadas de forma positiva con la preocupación por el cáncer, la desesperanza y la incertidumbre (todas con $p = 0,001$). La edad se correlacionó negativamente con los síntomas de ansiedad. Se realizó un análisis de regresión lineal que reveló que las variaciones en la edad, ser mujer, preocupación sobre el cáncer y desesperanza explicaban el 34% de la varianza en los síntomas de ansiedad ($F = 35,202$, $p < 0,001$). Por otra parte, la preocupación por el cáncer, la desesperanza y ser mujer explicaban el 37% de los síntomas de depresión ($F = 40,315$, $p < 0,001$) (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de regresión lineal para determinar los factores protectores para bajos niveles de ansiedad y depresión; coeficientes no estandarizados, significación, r2 ajustado y análisis de varianzas

BSI	Ansiedad				Depresión			
	β	p	R ² Adj	F	β	p	R ² Adj	F
MUIS. Incertidumbre	0,004	0,813	0,340	35,202**	0,034		0,370	40,315**
HHI. Esperanza	-0,329	<0,001			-0,455	<0,001		
CWS. Preocupación	0,410	<0,001			0,335	<0,001		
Edad (años)	-0,095	0,022			-0,056	0,167		
Supervivencia (meses)	0,063	0,130			0,024	0,546		
Género: femenino	0,112	0,008			0,088	0,032		

Género categorizado "femenino" frente a "masculino".
 Los valores resaltados en negrita señalan significación estadística al 5%.

Dignidad percibida y relación con factores sociodemográficos, clínicos y psicológicos

En el segundo análisis⁽⁴³⁾ se realizó corte de datos en octubre de 2021 tras el reclutamiento de 508 pacientes. La mayoría eran varones (54%), mayores de 65 años (53%), casados (60%), con enfermedad metastásica en el momento de la inclusión (80%), tumores digestivos (41%) y estimación de supervivencia de más de 18 meses en más de la mitad de los casos (51%).

Tras completar la escala PPDS y realizar el análisis de conglomerados, se clasificó a los sujetos con niveles bajos (56%, n = 283) o altos (44%, n = 225) de dignidad percibida. Los niveles bajos se relacionaron con la edad superior a 65 años (X² = 6,718, p = 0,010), con peor estado basal (ECOG ≥ 1) (X² = 11,393, p = 0,001) y peor supervivencia estimada a 18 meses (X² = 6,118, p = 0,013). También se relacionaron con altos niveles de preocupación ansiosa (M = 51,6 versus M = 45,6- η^2 = 0,013) y desesperanza (M = 30,4 versus M = 18,8- η^2 = 0,060) y bajos niveles de actitud positiva (M = 77,0 versus M = 84,7; η^2 = 0,028). Además, aquellos pacientes con niveles bajos de dignidad percibida también mostraron mayores niveles de ansiedad (M = 66,0 versus M = 62,1; η^2 = 0,009), depresión (M = 64,7 versus M = 60,2; η^2 = 0,102), síntomas somáticos (M = 66,3 versus M = 63 ; η^2 = 0,004), mayor incertidumbre (M = 15,1 versus M = 13,8; η^2 = 0,022) y menor apoyo psicológico (M = 41,3 versus M = 45,1 ; η^2 = 0,021) (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias en las características psicosociales y los perfiles de dignidad

	Baja dignidad percibida (n= 283)		Alta dignidad percibida (n=225)		F	p	Eta-cuadrado
	Media	DE	Media	DE			
Afrontamiento (Mini-MAC)							
Preocupación ansiosa	51,6	21,4	45,6	30,1	6,822	0,009	0,013
Desesperanza	30,4	23,6	18,8	21,9	32,057	0,001	0,060
Actitud positiva	77,0	20,9	84,7	24,2	14,380	0,001	0,028
Evitación	62,7	25,5	64,9	25,1	0,979	0,324	--
Malestar psicológico (BSI)							
Depresión	64,7	7,3	60,2	5,6	57,010	0,001	0,102
Ansiedad	66,0	8,5	62,1	7,1	30,488	0,001	0,009
Somatización	66,3	7,8	63,0	7,3	22,035	0,001	0,004
Incertidumbre (MUIS)	15,1	4,1	13,8	4,4	11,303	0,001	0,022
Soporte social (DUFSSQ)	41,3	9,3	45,1	19,8	10,756	0,001	0,021

Abreviaturas: Mini-MAC, Mini Mental Adjustment to Cancer; BSI: Brief Symptom Inventory; MUIS, -Michel Uncertainty in Illness Scale; DUFSSQ, Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire; DE, desviación estándar. Los valores resaltados en negrita señalan significancia estadística al 5%.

Malestar psicológico, estrategias de afrontamiento y relación con la incertidumbre

Para el tercer análisis⁽⁴⁴⁾ se realizó corte de datos en abril de 2022 tras la inclusión de 814 pacientes siendo la mayoría varones (54%), con una media de edad de 65,2 años con diagnóstico de enfermedad metastásica (81%) y tumor de origen broncopulmonar (32%).

El 71,7% de los participantes alcanzaron una puntuación igual o superior a 63 en la escala BSI, indicando la presencia de malestar psicológico clínicamente significativo.

Se encontró relación entre menores niveles de malestar psicológico y ser hombre ($F = 13,477$, $p = 13,477$; η^2 parcial = 0,016), estar casado ($F = 4,162$, $p = 0,042$; η^2 parcial = 0,006) y presentar buena situación funcional evaluada mediante la escala ECOG ($F = 6,066$, $p = 0,014$; η^2 parcial = 0,007).

Las estrategias de afrontamiento predominantes fueron la actitud positiva ($M = 79,2$, $DE = 17,2$) y la evitación cognitiva ($M = 64,0$, $DE = 26,1$). La incertidumbre ante la enfermedad se relacionó con la preocupación ansiosa, la indefensión, la evitación cognitiva y el malestar psicológico (todos con $p < 0,05$) (Tabla 3).

Tabla 3. Correlación entre incertidumbre, estrategias de afrontamiento y malestar psicológico.

Variables	Media	Desviación Estándar	Incertidumbre	Preocupación ansiosa	Impotencia	Actitud positiva	Evitación cognitiva	Malestar psicológico
Incertidumbre ¹	14,5	5,9	1					
Preocupación ansiosa ²	48,2	21,6	0,23**	1				
Impotencia ²	24,6	22,5	0,22**	0,62**	1			
Actitud positiva ²	79,2	17,2	-0,02	0,03	-0,21**	1		
Evitación cognitiva ²	64,0	26,1	0,08*	0,45**	0,16**	0,47**	1	
Malestar psicológico ³	66,8	7,3	0,19**	0,55**	0,43**	-0,16**	0,12**	1

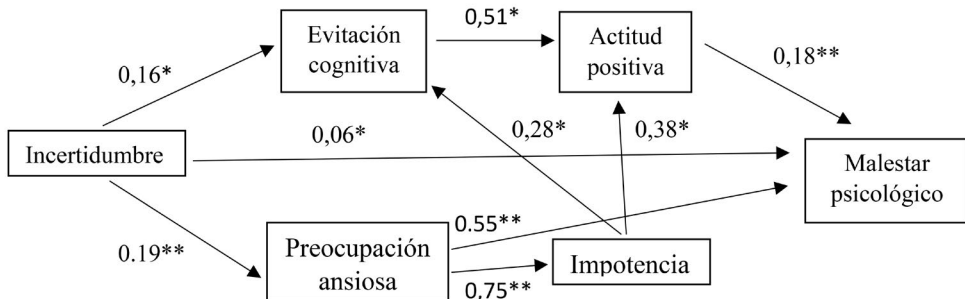
¹Raw scores. Escala desde 0 a 25.

²Raw scores. Escala desde 0 a 100.

³T-Score. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Se encontró que niveles altos de incertidumbre se asocian con un aumento en la adopción de estrategias de afrontamiento como la evitación cognitiva y la preocupación ansiosa (β de 0,16 y 0,19). Esto puede conducir a un incremento en los niveles de malestar psicológico (β 0,06). Por otra parte, la evitación cognitiva mostró una relación positiva con la actitud positiva (β de 0,51). La preocupación ansiosa se correlacionó positivamente con la impotencia (β de 0,75) y con el malestar psicológico (β de 0,55). Esto sugiere que, a mayor preocupación, los pacientes presentan un aumento en el sentimiento de impotencia y en los niveles de malestar psicológico (Figura 1).

Figura 1. Modelo predictivo teórico del malestar psicológico en pacientes con cáncer avanzado basado en la teoría de la incertidumbre de Mishel. Las líneas representan las vías significativas. * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.



4. Discusión

En el primer análisis realizado durante la pandemia por Covid-19, se encontró que la incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado que iban a iniciar tratamiento sistémico se encontraba en el 36 y 35%, respectivamente. Estos resultados coinciden con otros realizados en población oncológica durante el mismo periodo, donde los niveles de ansiedad oscilaban entre el 9,3% y el 31% y los de depresión entre el 8,9% y el 36%⁽⁴⁵⁾. Esta alta incidencia podría estar relacionada con el miedo de los pacientes con cáncer a sufrir la infección por Covid-19, a las potenciales complicaciones secundarias de la infección vírica en su situación de inmunodepresión, con el posible retraso en las pruebas diagnósticas y tratamientos y la preocupación sobre cómo la infección por Covid-19 podría afectar a la evolución de su proceso oncológico.

El 71,7% de los pacientes presentaban altos niveles de malestar psicológico con una puntuación de 63 o superior en la escala de BSI-18 lo cual puede deberse a que toda la muestra incluida son pacientes con cáncer irreseccable o metastásico en los que el tratamiento no se realiza con intención curativa.

En nuestro estudio hemos encontrado que las mujeres presentan niveles más elevados de ansiedad y depresión especialmente con edades inferiores a los 65 años. Las mujeres jóvenes con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer son especialmente vulnerables para sufrir trastornos de angustia ya que de forma inesperada ven modificados sus roles y expectativas vitales, generalmente con respecto al entorno familiar y laboral^(11,12). Estudios realizados en pacientes con cáncer de mama sugieren que las mujeres jóvenes son más vulnerables al malestar psicológico que las de edad más avanzada⁽⁴⁶⁾. Además, el cáncer de mama es uno de los tumores donde el diagnóstico de la enfermedad se produce más frecuentemente a edades precoces.

Por otra parte, hemos objetivado que aquellos pacientes con mejor situación funcional presentan niveles más bajos de malestar psicológico. En un estudio llevado a cabo por McMullen y col, se encontró que aquellos pacientes con capacidad funcional reducida valorada mediante el índice de Karfnovsky mostraban niveles moderados a altos de distrés psicológico, medido a través de la escala DASS-21⁽⁴⁷⁾. El malestar psicológico repercute de forma negativa en la calidad de vida del paciente lo que a su vez puede impactar en su estado funcional. Todo ello dificulta la adherencia a los tratamientos, aumenta la posibilidad de complicaciones y empeora los resultados en supervivencia⁽⁴⁸⁾.

Se encontró relación entre el malestar psicológico y la estimación de supervivencia al diagnóstico del cáncer, encontrando mayores niveles entre los que su expectativa de vida era superior a los 18 meses. Hay muy pocos estudios descritos en la literatura donde se evalúe la relación entre los niveles de ansiedad y depresión y la estimación de supervivencia al diagnóstico de un cáncer avanzado. En un metaanálisis publicado por Mitchell et al., en el que se incluyeron 94 estudios llevados a cabo en población oncohematológica, no se encontró relación entre los trastornos del estado de ánimo con el tipo de cáncer, el estadio tumoral ni con el contexto paliativo⁽⁴⁹⁾. Nuestros resultados se podrían explicar por el miedo a la evolución de la enfermedad, a que el sufrimiento sea prolongado en el tiempo tanto para el propio paciente como para sus familiares y al miedo a la pérdida de autonomía.

En un segundo análisis, se encontró que aproximadamente la mitad de los pacientes incluidos en la muestra presentaban bajos niveles de dignidad percibida evaluada mediante la escala PPDS (56%). En un análisis llevado a cabo por Wang donde se incluyeron 202 pacientes con cáncer precoz y avanzado, se encontró que la mayoría (89%) experimentaban cierto grado de percepción de pérdida de dignidad, encontrando una relación estadísticamente significativa entre la pérdida de dignidad percibida y los pacientes con cáncer avanzado ($p = 0,001$)⁽⁵⁰⁾. El diagnóstico de una enfermedad avanzada puede suponer la ausencia de tratamientos específicos, imprevisibilidad de síntomas que se pueden relacionar con una pérdida de autonomía y la consiguiente pérdida de dignidad percibida.

Se exploró la relación entre los niveles de dignidad percibida y la presencia de síntomas psicosociales, encontrando que los niveles bajos de dignidad percibida se asociaban con mayor

nivel de ansiedad y depresión, mayor incertidumbre y menos soporte social. Los pacientes con cáncer avanzado enfrentan constantemente la incertidumbre a la que deben adaptarse tanto ellos como sus familiares. Este contexto afecta a las funciones y responsabilidades laborales y sociales y puede generar discrepancias en torno a las necesidades y la autonomía del paciente lo cual podría socavar el sentido de dignidad del paciente. Los pacientes con bajos niveles de dignidad percibida presentaban altas puntuaciones en preocupación ansiosa y desesperanza y una baja puntuación en actitud positiva. Grassi llevó a cabo un estudio en el que se incluyeron 194 pacientes con cáncer en estadio precoz y avanzado. En este estudio se analizó la relación entre la dignidad y las escalas de afrontamiento encontrando una asociación entre bajos niveles de dignidad percibida y la desesperanza, lo que coincide con los resultados de nuestro estudio⁽⁵¹⁾.

Los hallazgos revelaron que las **estrategias de afrontamiento** más utilizadas eran la actitud positiva y la evitación cognitiva. Estudios cualitativos indican que, en las primeras fases tras haber recibido el diagnóstico de la enfermedad, las personas utilizan las estrategias de afrontamiento que empleaban de forma previa al diagnóstico del cáncer. Posteriormente estas estrategias van cambiando, se van modificando y desarrollando a medida que el paciente aprende a convivir con su enfermedad. Un estudio publicado recientemente en el que se incluyeron 367 pacientes con cáncer de mama tenía como objetivo analizar cuál era la estrategia de afrontamiento más utilizada al diagnóstico de la enfermedad. La estrategia de afrontamiento más utilizada fue la actitud positiva, de forma similar a los resultados de nuestro estudio⁽⁵²⁾.

Se encontró una relación positiva entre la incertidumbre y la evitación cognitiva que a su vez se encontró relacionada favorablemente con la actitud positiva. Ante una situación estresante e incierta como es el diagnóstico de un cáncer, uno de los mecanismos de afrontamiento más utilizados al inicio es la evitación cognitiva, que permite al individuo encontrarse temporalmente menos estresado. En la actualidad, gracias a la aparición de nuevos fármacos, nos enfrentamos ante supervivencias más prolongadas, que nos traen en consecuencia, una situación de incertidumbre que se mantiene durante mucho más tiempo. En este contexto, la evitación cognitiva minimiza el enfrentamiento consciente con pensamientos, emociones o información relacionada con su enfermedad por lo que podría ser una estrategia más saludable que ayude a evitar el agotamiento y la concentración improductiva que produce la preocupación constante por el cáncer.

Entre las limitaciones del estudio cabe destacar su carácter transversal por lo que no es posible establecer la direccionalidad de las relaciones observadas entre las variables. Además, se ha llevado a cabo en población oncológica española lo que restringe la generalización de los resultados a pacientes oncológicos de otros países, especialmente aquellos no occidentales. La población incluida son pacientes con tumores locamente avanzados irsecables o metastásicos por lo que los resultados no son extrapolables a tumores en estadios precoces ni tampoco a cánceres raros o infrecuentes que no se encuentran representados en nuestra muestra.

Por último, cabe destacar que los cuestionarios fueron completados por los pacientes en sus hogares, sin supervisión directa del investigador, lo que podría haber causado errores de interpretación, recuerdos imprecisos, influencia de la deseabilidad social o dificultades de comprensión.

Nuestros resultados resaltan la necesidad crucial de brindar atención psicológica especializada en psicooncología, promoviendo un enfoque integral y multidisciplinario desde el diagnóstico. Además, con el aumento exponencial de la incidencia de cáncer y de la supervivencia gracias a nuevas terapias, se subraya la importancia del acompañamiento psicológico para la mejora de la calidad de vida.

5. Conclusiones

En resumen, los hallazgos de este estudio sugieren que los pacientes tratados durante la pandemia de Covid-19 experimentaron altos niveles de ansiedad y depresión. Estos niveles estaban vinculados a varios factores, como ser joven al diagnóstico, tener una expectativa de vida superior a 18 meses, ser mujer, tener preocupaciones acerca del cáncer y sentir desesperanza. Adicionalmente, los pacientes con bajos niveles de dignidad percibida mostraron altas puntuaciones en preocupación ansiosa y desesperanza, así como bajos niveles de actitud positiva. Es

notable que un porcentaje significativo de pacientes (72%) experimentaron malestar psicológico, y las estrategias de afrontamiento más comunes fueron la actitud positiva y la evitación cognitiva.

Implicaciones clínicas

Es crucial que los profesionales de la salud presten atención particular a los pacientes jóvenes, en especial a aquellos con una expectativa de vida extendida, y a mujeres, dado que pueden ser más susceptibles de experimentar ansiedad y depresión durante el tratamiento.

Es importante abordar la preocupación por el cáncer y la desesperanza en los pacientes, ya que estos factores están relacionados con niveles más altos de malestar psicológico.

Fomentar la percepción de dignidad entre los pacientes puede ayudar a reducir la ansiedad y la depresión, así como a promover una actitud positiva hacia el tratamiento.

Los profesionales de la salud deben estar atentos a los signos de malestar psicológico y ofrecer estrategias de afrontamiento efectivas, como fomentar una actitud positiva y proporcionar apoyo emocional para ayudar a los pacientes a enfrentar los desafíos asociados con el tratamiento durante crisis como la pandemia COVID y más allá.

6. Referencias bibliográficas

1. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin* 2023;73:17-48. <https://doi.org/10.3322/caac.21763>.
2. Hinz A, Krauss O, Hauss J, Hockel M, Kortmann R, Stolzemburg J et al. Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *Eur J Cancer Care* 2010;19:522-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01088.x>.
3. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BM* 2018;361:k1415. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>.
4. Zhu J, Fang F, Sjölander A, Fall K, Adami HO, Valdimarsdóttir U. First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Ann Oncol* 2017;28:1964-9. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx265>
5. Vyas A, Babcock Z, Kogut S. Impact of depression treatment on health-related quality of life among adults with cancer and depression: a population-level analysis. *J Cancer Surviv* 2017;11:624-33. <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0635-y>.
6. Morrison EJ, Novotny PJ, Sloan JA, Yang P, Patten CA, Ruddy KJ, et al. Emotional Problems, Quality of Life, and Symptom Burden in Patients With Lung Cancer. *Clin Lung Cancer* 2017;18:497-503. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2017.02.008>.
7. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*. 2001;10:19-28. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6)
8. Jimenez-Fonseca P, Calderón C, Hernández R, Ramón y Cajal T, Mut M, Ramchandani A, et al. Factors associated with anxiety and depression in cancer patients prior to initiating adjuvant therapy. *Clin Transl Oncol* 2018;20:1408-15. <https://doi.org/10.1007/s12094-018-1873-9>.
9. Götze H, Friedrich M, Taubenheim S, Dietz A, Lordick F, Mehnert A. Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer* 2020;28:211-20. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04805-1>.
10. Donner NC, Lowry CA. Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Pflugers Archiv* 2013;465:601-26. <https://doi.org/10.1007/s00424-013-1271-7>
11. Leach LS, Christensen H, Mackinnon AJ, Windsor TD, Butterworth P. Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Soc Psychiat Epidemiol* 2008;43:983-98. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0388-z>.
12. Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Seah D, Schapira L, Come SE et al. Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: a cross-sectional study. *Psychosomatics* 2018;59:251-8. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2018.01.007>
13. Dunn J, Steginga SK. Young women's experience of breast cancer. defining young and identifying concerns. *Psychooncology* 2000;9:137-46. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(200003/04\)9:2<137::aid-pon442>3.0.co;2-0](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(200003/04)9:2<137::aid-pon442>3.0.co;2-0).

14. Jehn CF, Flath B, Strux A, Krebs M, Possinger K, Pezzutto A et al. Influence of age, performance status, cancer activity, and IL-6 on anxiety and depression in patients with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2012;136:789-94. <https://doi.org/10.1007/s10549-012-2311-2>.
15. Griffin-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. *Accid Emerg Nurs*. 2005;13(4):251-257. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2005.09.003>
16. Wang L, Wei Y, Xue L, Guo Q, Liu W. Dignity and its influencing factors in patients with cancer in North China: a cross-sectional study. *Curr Oncol* 2019;26(2):e188e193. <https://doi.org/10.3747/co.26.4679>
17. Ribera Casado JM. Dignidad de la persona mayor [Dignity of the elderly]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2015;50:195-9. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.01.003>
18. Oechsle K, Wais MC, Vehling S, Bokemeyer C, Mehnert A. Relationship between symptom burden, distress, and sense of dignity in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2014;48:313-21. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.022>
19. Koyama A, Matsuoka H, Ohtake Y, Makimura Ch, Sakai K, Sakamoto R et al. Gender differences in cancer-related distress in Japan: A retrospective observation study. *Biopsychosoc Med* 2016;10:10. <https://doi.org/10.1186/s13030-016-0062-8>
20. Grassi L, Costantini A, Caruso R, Brunetti S, Marchetti P, Sabato S. Dignity and Psychosocial-Related Variables in Advanced and Nonadvanced Cancer Patients by Using the Patient Dignity Inventory-Italian Version. *J Pain Symptom Manage* 2017;53:279-87. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.009>
21. Guan T, Santacroce SJ, Chen D, Song L. Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. *Psychooncology* 2020;29:1019-25. <https://doi.org/10.1002/pon.5372>
22. Richardson A, Wagland R, Foster R, Symons J, Davis C, Boyland L et al. Uncertainty and anxiety in the cancer of unknown primary patient journey: a multiperspective qualitative study. *BMJ Support Palliat Care* 2015-5:366-72. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000482>
23. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004-55:745-74. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
24. Walshe C, Roberts D, Appleton L, Calman L, Large P, Lloyd-Williams M et al. Coping well with advanced cancer: a serial qualitative interview study with patients and family carers. *PLoS One* 2017;12(1):e0169071. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169071>
25. Cohee A, Johns SA, Alwine JS, Talib T, O Monahan, Stump T et al. The mediating role of avoidant coping in the relationships between physical, psychological, and social wellbeing and distress in breast cancer survivors. *Psycho Oncol* 2021;30:1129-1136. <https://doi.org/10.1002/pon.5663>
26. Derogatis LR. *Brief Symptom Inventory (BSI): administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.; 1993.
27. Andreu Y, Galdón MJ, Dura E, Ferrando M, Murgui S, García A, et al. Psychometric properties of the Brief Symptoms Inventory-18 (Bsi-18) in a Spanish sample of outpatients with psychiatric disorders. *Psicothema* 2008;20:844-50.
28. Calderon C, Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U, Hernández R, Oporto-Alonso M, Jiménez-Fonseca P. Factor structure and measurement invariance of the Brief Symptom Inventory (BSI-18) in cancer patients. *Int J Clin Health Psychol* 2020;20:71-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.12.001>
29. Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image J Nurs Scholarsh* 1990;22: 256-62. <https://doi.org/10.1111/j.15475069.1990.tb00225.x>
30. Ruymán Brito-Brito P, García-Tesouro E, Fernández-Gutiérrez DÁ, García-Hernández AM, Fernández-Gutiérrez R, Burillo-Putze G. Validation of an uncertainty of illness scale adapted to use with Spanish emergency department patients and their accompanying relatives or friends. *Validación de la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad en pacientes y acompañantes que acuden a un servicio de urgencias*. *Emergencias*. 2018;30(2):105-114.
31. Rodríguez-Gonzalez A, Velasco-Durantez V, Martín-Abreu C, Cruz-Castellanos P, Hernández R, Gil-Raga M et al. Fatigue, emotional distress, and illness uncertainty in patients with

- metastatic cancer: results from the prospective NEOETIC_SEOM study. *Curr Oncol* 2022;29:9722-32. <https://doi.org/10.3390/curroncol29120763>
32. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs*. 1992;17(10):1251-1259. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x
 33. Calderon C, Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U, Ferreira E, Sorribes E, Hernández R et al. Psychometric Properties and Measurement Invariance of the Herth Hope Index in Spanish Cancer Patients. *Psicothema*. 2024;36(1):72-79. doi:10.7334/psicothema2023.86
 34. Lerman C, Daly M, Masny A, Balshem A. Attitudes about genetic testing for breast ovarian cancer susceptibility. *J Clin Oncol* 1994;12:843-850. <https://doi.org/10.1200/JCO.1994.12.4.843>
 35. Cabrera E, Zabalegui A, Blanco I. Versión española de la Cancer Worry Scale (Escala de Preocupación por el Cáncer: adaptación cultural y análisis de la validez y la fiabilidad) [Spanish version of the Cancer Worry Scale (CWS). Cross cultural adaptation and validity and reliability analysis]. *Med Clin* 2011;136:8-12. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.04.015>
 36. Hall S, Edmonds P, Harding R, Chochinov H, Higginson IJ. Assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for people with advanced cancer referred to a hospital-based palliative care team: Study protocol. *BMC Palliat Care* 2009;8:5. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-8-5>
 37. Rudilla, D., Oliver, A., Galiana, L., and Barreto, P. (2016). A new measure of home care patients' dignity at the end of life: the Palliative Patients' Dignity Scale (PPDS). *Palliat. Support Care* 14, 99-108. doi: 10.1017/S1478951515000747
 38. Watson M, Law M. G., Dos Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. The Mini-MAC: further development of the mental adjustment to cancer scale. *J. Psychosoc Oncol* 1994; 12: 33-46. https://doi.org/10.1300/J077V12N03_03
 39. Calderon C, Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ, Gómez-Sánchez D, Ferreira E, Ciria-Suarez L et al. Psychometric properties of Spanish version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale. *Int J Clin Health Psychol*. 2021;21(1):100185. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.06.001>
 40. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*. 1988;26(7):709-723. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>
 41. Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Frades-Payo B, Joao Forjaz M, Martínez-Martin P, Fernández-Mayoralas G et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España [Psychometric properties of the Functional Social Support Questionnaire and the Loneliness Scale in non-institutionalized older adults in Spain]. *Gac Sanit* 2012;26:317-24. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.009>
 42. Obispo-Portero B, Cruz-Castellanos P, Jiménez-Fonseca P, Rogado J, Hernández R, Castillo-Trujillo OA et al. Anxiety and depression in patients with advanced cancer during the COVID-19 pandemic. *Support Care Cancer* 2022;30:3363-70. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06789-3>
 43. Obispo B, Cruz-Castellanos P, Hernandez R, Gil-Raga M, González-Moya M, Rogado J et al. Perceived Dignity of Advanced Cancer Patients and Its Relationship to Sociodemographic, Clinical, and Psychological Factors. *Front Psychol* 2022;13:855704. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.855704>
 44. Obispo B, Cruz-Castellanos P, Fernández-Montes A, Coca-Membrives S, Rogado J, Antoñanzas M et al. Coping strategies as mediators of uncertainty and psychological distress in patients with advanced cancer. *Psychooncology* 2023;32:1694-701. <https://doi.org/10.1002/pon.6219>
 45. Miaskowski C, Paul SM, Snowberg K, Abbott M, Borno H, Chang S, et al. Stress and symptom burden in oncology patients during the COVID19 pandemic. *J Pain Symptom Manage* 2020;60(5):e25-e34. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.037>
 46. Jehn CF, Flath B, Strux A, Krebs M, Possinger K, Pezzutto A et al. Influence of age, performance status, cancer activity, and IL-6 on anxiety and depression in patients with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2012;136:789-94. <https://doi.org/10.1007/s10549-012-2311-2>

47. McMullen M, Lau PKH, Taylor S, McTigue J, Cook A, Bamblett M et al. Factors associated with psychological distress amongst outpatient chemotherapy patients: An analysis of depression, anxiety and stress using the DASS-21. *Appl Nurs Res* 2018;40:45-50. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.002>
48. Brown DJ, McMillan DC, Milroy R. The correlation between fatigue, physical function, the systemic inflammatory response, and psychological distress in patients with advanced lung cancer. *Cancer* 2005;103:377-82. <https://doi.org/10.1002/cncr.20777>
49. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12:160-74. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X).
50. Wang L, Wei Y, Xue L, Guo Q, Liu W. Dignity and its influencing factors in patients with cancer in North China: a cross-sectional study. *Curr Oncol* 2019;26(2):e188e193. <https://doi.org/10.3747/co.26.4679>
51. Grassi L., Costantini A., Caruso R., Brunetti S., Marchetti P., Sabato S., et al. Dignity and Psychosocial-Related Variables in Advanced and Nonadvanced Cancer Patients by Using the Patient Dignity Inventory-Italian Version. *J. Pain Symptom Manag* 2017; 53 279-87. [10.1016/j.jpainsymman.2016.09.009](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.009)
52. Schou-Bredal I, Ekeberg Ø, Kåresen R. Variability and stability of coping styles among breast cancer survivors: A prospective study. *Psychooncology* 2021;30:369-77. <https://doi.org/10.1002/pon.5587>