

Deseo de vivir en pacientes con cáncer en cuidados paliativos

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares¹, Paulo Goberlânio Barros Silva¹, Tallys Newton Fernandes de Matos², Marcelo Gurgel Carlos da Silva¹

1. Instituto do Câncer do Ceará, Fortaleza/CE, Brasil. 2. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza/CE, Brasil.

Resumen

El deseo de vivir es una dimensión compleja en la enfermedad y al final de la vida, relacionada con múltiples factores. El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia del deseo de vivir y los factores asociados en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. El estudio longitudinal utilizó un guion estructurado para la evaluación socioepidemiológica; la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton; la Escala de Apoyo Social; la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; la Escala de Esperanza de Herth; y la Escala Analógica de Deseo de Vivir. Se verificó que ninguna de las variables sociodemográficas influye en las ganas de vivir. Las personas que presentaban un mayor apoyo social en la dimensión afectiva mostraron una reducción en el deseo de vivir en T1 ($p=0,047$); las que presentaban una baja interacción social mostraron pocas ganas de vivir en T2 ($p=0,011$). En cuanto a la esperanza, aquellos que comenzaron con puntuos elevados tuvieron una reducción en el deseo de vivir de T1 a T2 ($p=0,011$), pero los que mantuvieron puntos altos en T2 mantuvieron un alto deseo de vivir ($p=0,008$).

Palabras clave: Cuidados paliativos. Neoplasias. Apoyo social. Ansiedad. Depresión. Esperanza. Volición.

Resumo

Vontade de viver em pacientes com câncer em cuidados paliativos

Vontade de viver é uma dimensão complexa na doença e no final da vida, relacionada a múltiplos fatores. O objetivo do estudo foi analisar a prevalência da vontade de viver e fatores associados em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. O estudo longitudinal utilizou roteiro estruturado para avaliação socioepidemiológica; escala de avaliação de sintomas de Edmonton; escala de apoio social; escala de depressão, ansiedade e estresse; escala de esperança de Herth; e escala analógica da vontade de viver. Verificou-se que nenhuma das variáveis sociodemográficas influencia a vontade de viver. Pessoas que apresentaram apoio social aumentado na dimensão afetiva tiveram redução na vontade de viver em T1 ($p=0,047$); as que apresentaram baixa interação social tiveram baixa vontade de viver em T2 ($p=0,011$). Na esperança, aqueles que iniciaram com escores aumentados tiveram redução na vontade de viver de T1 para T2 ($p=0,011$), mas quem manteve escores altos em T2 manteve alta vontade de viver ($p=0,008$).

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Neoplasias. Apoio social. Ansiedade. Depressão. Esperança. Volição.

Abstract

Will to live in cancer patients receiving palliative care

The will to live is a complex dimension in illness and at the end of life, related to multiple factors. This study aimed to analyze the prevalence of the will to live and associated factors in cancer patients receiving palliative care. The longitudinal study used a structured script for socioepidemiological assessment; the Edmonton Symptom Assessment Scale; the Social Support Scale; the Depression, Anxiety, and Stress Scale; the Herth Hope Scale; and the Analogical Will to Live Scale. It was found that none of the sociodemographic variables influenced the will to live. People who had increased social support in the affective dimension had a reduction in the will to live at T1 ($p=0.047$); those who had low social interaction had a low will to live at T2 ($p=0.011$). In terms of hope, those who started with increased scores had a reduction in the will to live from T1 to T2 ($p=0.011$), but those who maintained high scores at T2 maintained a high will to live ($p=0.008$).

Keywords: Palliative care. Neoplasms. Social support. Anxiety. Depression. Hope. Volition.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP/ICC 5.614.934

Las intervenciones en cuidados paliativos (CP) deben basarse en evidencias e incluyen prevención, identificación temprana, evaluación y manejo del sufrimiento físico (dolor y otros síntomas), necesidades sociales, angustias psicológicas y espirituales de los individuos, respetando sus valores y creencias¹. Además, deben aplicarse y modificarse durante el curso de la enfermedad y según las necesidades del paciente².

Para pacientes oncológicos en CP, una de las facetas del tratamiento debe centrarse en el control de los signos y síntomas físicos, como el dolor, la fatiga, la anorexia, la disfagia, las náuseas, los vómitos y el estreñimiento, entre otros³. Tales síntomas deterioran la funcionalidad y afectan significativamente la calidad de vida y deben manejarse de forma efectiva y humanizada⁴.

La escala canadiense del Edmonton symptom assessment system (ESAS)⁵, traducida y validada al portugués brasileño como escala de evaluación de síntomas de Edmonton, es un instrumento sencillo y útil para la práctica clínica en diversos contextos. Se trata de una herramienta que valora el reporte del paciente respecto a la intensidad de los síntomas mediante una escala visual numérica, que varía de 0 (mínima intensidad) a 10 puntos (máxima intensidad), incluyendo dolor, cansancio (debilidad), dificultad para respirar, náuseas, tristeza, ansiedad, somnolencia, apetito y bienestar⁶.

Los síntomas físicos pueden influir en la prevalencia de los síntomas de ansiedad o depresión, ya sea desarrollando o empeorando estos síntomas⁷. Así, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS), desarrollada originalmente por Lovibond y Lovibond⁸, permite realizar un seguimiento de los diferentes estados emocionales utilizando un único instrumento. La DASS-21 fue adaptada y validada para el portugués brasileño por Vignola⁹ como una escala autoadministrada, que contiene tres subescalas (una para cada estado emocional), cada una compuesta por siete ítems de tipo Likert.

En la DASS-21, para cada uno de los 21 ítems, la persona evaluada debe indicar su grado de concordancia con lo que leyó en las opciones: "No se aplica a mí en lo absoluto" (0 puntos), "Se aplica a mí hasta cierto punto o durante un corto período de tiempo" (1 punto), "Se aplica a mí en grado considerable o durante la mayor parte del tiempo" (2 puntos), "Se aplica a mí mucho o casi siempre" (3 puntos)⁹.

El apoyo social se refiere a las relaciones mediante las cuales una persona recibe ayuda emocional, afectiva y material para afrontar situaciones difíciles y en las que se percibe a sí misma como cuidada, valorada, apreciada y amada en el contexto de los grupos a los que pertenece^{10,11}. Cuando el paciente se percibe a sí mismo como importante en la red social, puede presentar una mejor adaptación a la enfermedad, adoptar actitudes positivas como la adherencia o el mantenimiento de la terapia propuesta, tener mejores pronósticos y una mayor supervivencia¹².

En este contexto, Sherbourne y Stewart¹³ desarrollaron una escala para valorar y cubrir las varias dimensiones del apoyo social, denominada social support scale, para utilizarla en el *Medical Outcomes Study*, un estudio con pacientes con condiciones crónicas, denominada MOS-SSS. Se trata de una escala compuesta por 19 ítems distribuidos originalmente en cinco dimensiones, que abarcan diferentes aspectos del apoyo social (afectivo, interacción social emocional positiva, informativa y material)^{14,15}.

En función de una instrucción inicial, el participante deberá responder: "Si lo necesitas, ¿con qué frecuencia recurres a alguien?", seleccionando una de las cinco posibles respuestas en una escala Likert de cinco puntos: 0 ("nunca"), 1 ("rara vez"), 2 ("a veces"), 3 ("casi siempre") y 4 ("siempre"). Tras evaluar la correlación, los autores propusieron combinar las dimensiones emocional e informativa en una subescala¹³.

Tras un diagnóstico de cáncer, es fundamental mantener la esperanza, ya que la noticia, generalmente recibida como una sentencia de muerte, provoca un sufrimiento intenso y puede generar sentimientos de desesperanza, que afectan negativamente al pronóstico. Balsanelli y Grossi¹⁶ observaron que los pacientes que mantuvieron o fortalecieron su sentimiento de esperanza demostraron una mayor capacidad para aceptar el diagnóstico y seguir las recomendaciones terapéuticas, así como tasas más altas de adherencia al tratamiento y, en consecuencia, una respuesta más positiva a este.

Para evaluar la esperanza, actualmente existen 18 escalas, y Snyder hope scale e Herth hope index¹⁷ son las más utilizadas. Este último índice fue construido y validado por Herth¹⁸ y posteriormente adaptado y validado en Brasil por Sartore¹⁹, bajo el nombre de Escala de Esperanza de Herth (EEH), la cual consta de 12 ítems y se basa en tres

componentes esenciales: temporalidad y futuro, expectativas positivas e interconexión. Por lo tanto, resulta valiosa como instrumento de cribado¹⁸. Cada ítem se califica utilizando una escala Likert de cuatro puntos, que va desde “estoy totalmente en desacuerdo” (1 punto) hasta “estoy totalmente de acuerdo” (4 puntos). La puntuación total oscila entre 12 y 48 puntos, y las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de esperanza²⁰.

En estudios con pacientes con cáncer avanzado, se encontraron correlaciones significativas entre la voluntad de vivir y los síntomas físicos, la ansiedad y la sensación de bienestar²¹. También se constató que la voluntad de vivir puede variar durante el curso de la enfermedad y que dichas fluctuaciones cambian a medida que se acerca la muerte²². Otro estudio reveló que la mayoría de los pacientes presenta una fuerte voluntad de vivir, incluso cuando están cerca de la muerte. Sin embargo, también se encontró que una baja voluntad de vivir está directamente relacionada con la existencia de sufrimiento físico y psicológico²³.

En este contexto, la voluntad de vivir se considera una dimensión compleja en la experiencia de la enfermedad y del final de la vida, y está relacionada con múltiples factores²⁴. En el ámbito clínico, el uso de un instrumento de un solo ítem para evaluar la voluntad de vivir puede ser un punto de partida para abordar este tema complejo y puede ayudar al equipo multiprofesional a identificar áreas específicas de intervención.

Desde la perspectiva de los cuidados paliativos, la voluntad de vivir ha sido poco explorada en la literatura y está directamente relacionada con una asistencia paliativa de calidad. Medir la voluntad de vivir y los factores relacionados puede generar una mayor conciencia profesional para satisfacer las necesidades de cuidado y conducir a una mejor atención al paciente.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de la voluntad de vivir y sus factores asociados, ya sean físicos, sociales, psicológicos o espirituales, en pacientes oncológicos en CP en un hospital de referencia en tratamiento del cáncer en Ceará, Brasil.

Método

Se trata de un estudio longitudinal de población, realizado en dos periodos, denominados T1 y T2,

donde T1 se refiere a la primera entrevista, y T2 a la segunda, que tuvo lugar tres meses después de la primera. La recopilación de datos se dio en el Hospital Haroldo Juaçaba (HHJ), un hospital de referencia para el tratamiento del cáncer en Ceará, Brasil, concretamente en el Ambulatório Corina Parente. La recopilación de datos tuvo lugar de abril a octubre del 2023.

Para este estudio, se creó un guion estructurado de evaluación socioepidemiológica, con variables como edad, sexo, color de piel, origen, estado civil, número de hijos, educación, ocupación, ingresos, número de personas que viven en el hogar, quién es el sostén de la familia, religión e historial de la enfermedad actual, que fue el primer instrumento aplicado en la entrevista (T1). Después, se aplicó la ESAS, seguida de la MOS-SSS, la DASS-21, la EEH y, finalmente, la Escala Analógica de la Voluntad de Vivir (VdV).

La VdV se creó para esta investigación con base en los hallazgos de Bornet y colaboradores²⁴ para valorar, de forma objetiva, la voluntad de vivir que el entrevistado manifiesta en una escala de calificación (del 1 al 10), donde 1 significa poca voluntad de vivir y 10 significa mucha voluntad de vivir.

En la segunda entrevista (T2), se aplicaron las mismas escalas, en la misma secuencia, salvo el cuestionario socioepidemiológico. Se incluyeron en el estudio todos los individuos evaluados mediante la palliative performance scale (PPS) >50%, siempre que tuvieran un nivel de conciencia completo²⁵.

La población seleccionada para el estudio incluyó a pacientes que, durante el período de recopilación de datos, tuvieron su primera consulta en el Ambulatório Corina Parente, en el servicio de dolor y cuidados paliativos. Estas personas fueron derivadas desde otros servicios del HHJ, como oncología clínica, cirugía oncológica o radioterapia. Además de estos, también se incluyeron los pacientes derivados directamente desde el servicio de triaje al servicio especializado de cuidados paliativos en el momento de registrar su historial médico.

Con base en el estudio de Julião y colaboradores²³, que observó que los pacientes que son capaces de adaptarse a la enfermedad presentan una mayor voluntad de vivir en comparación con los pacientes que no lo son (75% frente al 35,5%), se estimó que era necesario evaluar entre 56 y 72 pacientes para obtener una muestra que tuviera entre un 80% y un 90% de potencia y un 95% de confianza para

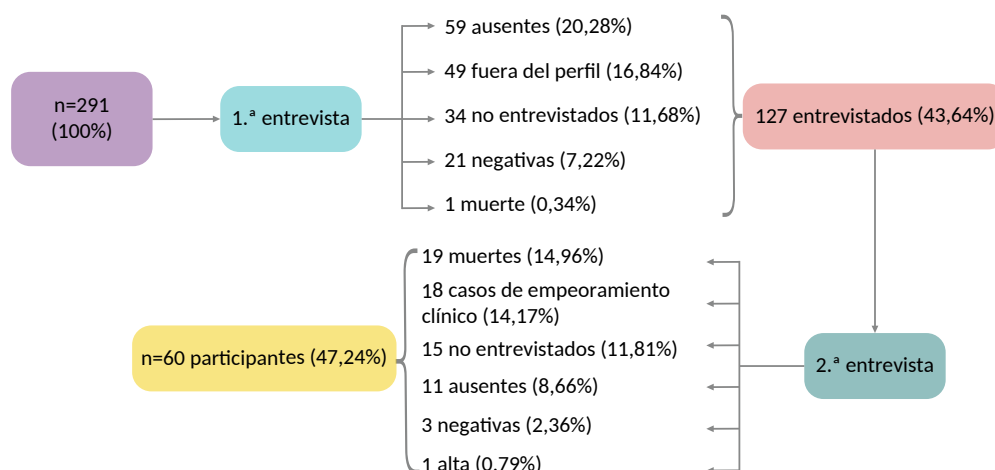
rechazar la hipótesis nula de este estudio (método de Fleiss con corrección de continuidad).

Tras las ausencias a las consultas, las negativas y la exclusión de pacientes que no cumplían el perfil clínico/cognitivo para participar en la investigación en T1, se entrevistó a 127 pacientes, lo que representa el 43,64% del número total de pacientes ingresados en la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos (n=291) durante un período de aproximadamente tres meses. La segunda entrevista (T2) se realizó con los mismos participantes de T1,

comenzando tres meses después de la primera evaluación; sin embargo, hubo pérdida de muestra debido a fallecimientos, empeoramiento de la condición clínica/cognitiva, negativa a continuar en la investigación e incluso alta del seguimiento.

Finalmente, 60 participantes (47,24%) que cumplían los criterios de inclusión aceptaron ser entrevistados nuevamente. Una vez alcanzado el tamaño de muestra adecuado, se dio por finalizada la recopilación de datos y 15 participantes (11,81%) no fueron entrevistados (Figura 1).

Figura 1. Representación gráfica del número final de participantes en la encuesta.



Fuente: desarrollado por los autores (2025).

Los datos se expresaron en forma de media, desviación estándar o frecuencia absoluta y porcentual. Se calcularon los coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach para cada cuestionario y sus respectivos constructos. Las puntuaciones medias en T1 y T2 se compararon mediante la prueba de Wilcoxon, y las frecuencias mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson.

Además, los pacientes se clasificaron según tuvieran o no una voluntad de vivir reducida en T1 y T2. Estos datos se asociaron con otras variables clínico-psicosociales mediante las pruebas de Kruskal-Wallis/Dunn. En todos los análisis realizados, se adoptó un nivel de confianza del 95%. Los datos obtenidos durante la recopilación se tabularon y se analizaron utilizando el software IBM SPSS Statistics para Windows, versión 20.0.

El proyecto se presentó para su aprobación al Comité de Ética en Investigación en la Plataforma

Brasil. La investigación siguió las normas de la Resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) 466/2012²⁶.

Resultados

Evaluación sociodemográfica, económica y clínica

De los 60 participantes evaluados, la mayoría tenía entre 50 y 79 años, vivía en la capital, se consideraba de color mixto o pardo, era mujer y estaba casada o vivía con su pareja. La mayoría declaró tener hijos, vivir con más de una persona y haber asistido a la escuela, pero solo a nivel primario. La religión católica predominó entre los participantes.

La mayoría (78%) declaró no tener ningún vínculo laboral en el momento de la entrevista. El ingreso individual del 91% de los encuestados

se situaba entre 1 y 2 salarios mínimos, que también era el rango de ingresos familiares (85%), y la mayoría afirmó no ser el único sostén económico de su familia (68%). La mayor parte de la muestra declaró recibir prestaciones de jubilación (45%), seguida por aquellos que afirmaron que su única fuente de ingresos eran las prestaciones sociales del gobierno (36%).

Los tipos de cáncer más frecuentes registrados en los historiales médicos fueron el cáncer de mama (20%), del tracto gastrointestinal (16,7%), de próstata (18,3%) y de cabeza y cuello (11,7%). La mitad de la muestra presentaba metástasis. El 35% de la muestra había recibido combinaciones de dos modalidades de tratamiento contra el cáncer (bimodal), y la quimioterapia combinada con radioterapia fue la más frecuente; otro 35% de la muestra recibió tres o más tipos diferentes de tratamiento (trimodal), y la combinación de quimioterapia, radioterapia y cirugía la fue más frecuente.

Variables físicas, sociales, psicológicas y espirituales

En la evaluación general de la voluntad de vivir, tanto en T1 ($9,32 \pm 1,86$) como en T2 ($9,07 \pm 2,12$), las puntuaciones fueron altas (superiores a 9), con una ligera reducción en T2, pero sin diferencia estadística ($p=0,190$). También se realizó una estratificación para determinar quiénes experimentaron una reducción, un mantenimiento o un aumento de la voluntad de vivir, entre T1 y T2. De los 60 participantes evaluados, 10 (16,7%) mostraron una reducción de la voluntad de vivir entre T1 y T2, y 46 (76,7%) mantuvieron la voluntad de vivir.

Con base en este último análisis de la reducción, el mantenimiento y el aumento de la voluntad de vivir, se evaluaron los resultados de todas las escalas aplicadas en la investigación (ESAS,

DASS-21, MOS-SSS, EEH) para encontrar posibles asociaciones entre las variables. Se constató que la edad, el sexo, el color de piel, el hecho de residir o no en la capital, el estado civil, tener hijos o no, el número de personas con las que se convive, el nivel educativo, la religión, las condiciones laborales y los ingresos no influyeron de forma significativa en la reducción de las ganas de vivir. Lo mismo ocurrió con las características clínicas de la muestra: el tipo de cáncer, la presencia o ausencia de metástasis y las modalidades de tratamiento empleadas no influyeron significativamente en la voluntad de vivir.

En lo que respecta a la escala ESAS, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la voluntad de vivir entre T1 y T2. En cuanto a la escala DASS-21, se constató que los síntomas de ansiedad, estrés y depresión no influyeron en la variación de la voluntad de vivir entre T1 y T2, ya que tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la MOS-SSS, subdividida en dominios, los individuos que comenzaron el estudio en T1 con una voluntad de vivir reducida fueron aquellos que presentaron puntuaciones elevadas en la dimensión afectiva del apoyo social ($p=0,047$). En T2, en la evaluación de la dimensión de interacción social positiva, las personas que obtuvieron puntuaciones más bajas también presentaron una reducción en la voluntad de vivir ($p=0,011$), lo que muestra una asociación entre las dos variables (Tabla 1).

En la evaluación de la escala de esperanza, las personas que comenzaron el estudio en T1 con puntuaciones de esperanza aumentadas fueron aquellas que mostraron una reducción significativa en la voluntad de vivir ($p=0,011$). En T2, las personas que tuvieron una mayor esperanza también mantuvieron alta la voluntad de vivir ($p=0,008$) (Tabla 2).

Tabla 1. Voluntad de vivir y escala de apoyo social

MOSS-SSS	VdV entre T1 y T2			p-valor ^a
	Se redujo	Se mantuvo	Aumentó	
<i>T1 Dimensión material</i>	<i>2,07±0,65</i>	<i>3,45±0,51</i>	<i>1,50±0,75</i>	<i>0,794</i>
Baja	-	4 (8,7)	-	0,577
Media	3 (30,0)	6 (13,0)	1 (25,0)	-
Alta	7 (70,0)	36 (78,3)	3 (75,0)	-

continúa...

Cuadro 1. Continuación

MOSS-SSS	VdV entre T1 y T2			p-valor [*]
	Se redujo	Se mantuvo	Aumentó	
<i>T1 Dimensión afectiva</i>	3,65±1,16	2,13±0,31	-	0,047
Baja	1 (10,0)	1 (2,2)	-	0,075
Media	4 (40,0)	5 (10,9)	-	-
Alta	5 (50,0)	40 (87,0)	4 (100,0)	-
<i>T1 Dimensión emocional/informacional</i>	8,89±2,81	7,59±1,12	4,08±2,04	0,559
Baja	1 (10,0)	4 (8,7)	-	0,481
Media	4 (40,0)	14 (30,4)	3 (75,0)	-
Alta	5 (50,0)	28 (60,9)	1 (25,0)	-
<i>T1 Dimensión interacción social</i>	5,24±1,66	4,21±0,62	1,00±0,50	0,369
Baja	1 (10,0)	5 (10,9)	-	0,522
Media	4 (40,0)	14 (30,4)	-	-
Alta	5 (50,0)	27 (58,7)	4 (100,0)	-
<i>T2 Dimensión material</i>	3,43±1,08	3,38±0,50	1,00±0,50	0,787
Baja	1 (10,0)	3 (6,5)	-	0,846
Media	1 (10,0)	7 (15,2)	-	-
Alta	8 (80,0)	36 (78,3)	4 (100,0)	-
<i>T2 Dimensión afectiva</i>	2,66±0,84	1,75±0,26	-	0,174
Baja	-	-	-	0,341
Media	3 (30,0)	7 (15,2)	-	-
Alta	7 (70,0)	39 (84,8)	4 (100,0)	-
<i>T2 Dimensión emocional/informacional</i>	8,95±2,83	6,01±0,89	2,87±1,44	0,160
Baja	2 (20,0)	2 (4,3)	-	0,375
Media	3 (30,0)	10 (21,7)	1 (25,0)	-
Alta	5 (50,0)	34 (73,9)	3 (75,0)	-
<i>T2 Dimensión Interacción social</i>	5,84±1,85	3,59±0,53	1,50±0,75	0,189
Baja	4 (40,0)	2 (4,3)	-	0,011
Media	1 (10,0)	15 (32,6)	2 (50,0)	-
Alta	5 (50,0)	29 (63,0)	2 (50,0)	-

*: $p < 0,05$, prueba de Kruskal-Wallis/Dunn (media±DE) o chi-cuadrado de Pearson (n, %)

Tabla 2. Voluntad de vivir y escala de esperanza

EEH	VdV entre T1 y T2			p-valor [*]
	Se redujo	Se mantuvo	Aumentó	
<i>T1 EEH</i>	7,65±2,42	5,48±0,81	4,04±2,02	0,011
Reducida	1 (10,0)	-	-	0,002
Normal	2 (20,0)	10 (21,7)	4 (100,0)	-
Aumentada	7 (70,0)	36 (78,3)	-	-
<i>T2 EEH</i>	4,37±1,38	5,09±0,75	4,03±2,02	0,008
Reducida	-	1 (2,2)	-	0,047
Normal	8 (80,0)	13 (28,3)	2 (50,0)	-
Aumentada	2 (20,0)	32 (69,6)	2 (50,0)	-

*: $p < 0,05$, prueba de Kruskal-Wallis/Dunn (media±DE) o chi-cuadrado de Pearson (n, %).

Discusión

En cuanto a las variables sociodemográficas, la mayoría de los participantes eran mujeres, con una edad media de 65 años, bajo nivel educativo y bajos ingresos, resultados similares a los de otros estudios con pacientes con cáncer en cuidados paliativos desarrollados en Brasil²⁷⁻²⁹.

En Brasil, se estimaron 483.000 nuevos casos para el 2023 (excluyendo el cáncer de piel no melanoma), de los cuales el 49,5% correspondería a hombres (239.000 nuevos casos) y el 50,5% a mujeres (244.000 nuevos casos). Los cánceres de mama femenina y de próstata representan aproximadamente un 15% de nuevos casos cada uno, seguidos de los cánceres colorrectal (9,4%), de tráquea, bronquios y pulmón (6,7%), de estómago (4,4%) y de cuello uterino (3,5%)³⁰. En este estudio, la prevalencia de cáncer de mama (20%) y de cáncer de próstata (18%) fue superior a la esperada para el país.

La presencia de síntomas, especialmente el dolor en su complejidad biopsicosocial, ha sido ampliamente discutida como un determinante de la calidad de vida para los pacientes en CP³¹⁻³³. Otros síntomas, como la falta de apetito, la disnea, la depresión, la ansiedad y la falta de bienestar, y la hospitalización se asociaron con una reducción estadísticamente significativa en la supervivencia³⁴.

Este estudio no halló diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de síntomas físicos y la voluntad de vivir. La voluntad de vivir se mantuvo (76,7%) en la mayoría de los pacientes o aumentó (6,7%), a pesar de los desafíos y las cargas que enfrentaron al acercarse a la muerte, influenciados por múltiples aspectos físicos y psicológicos, también descritos en otro estudio²³.

El apoyo social se refiere a la percepción que tiene un individuo de las personas en las que puede confiar y apoyarse en momentos de necesidad, y que lo hacen sentirse cuidado y valorado¹¹. Las dimensiones funcionales del apoyo social pueden ser: apoyo emocional, afectivo, material, informacional e interacción social positiva¹³.

En concreto, para explorar la dimensión afectiva en la escala MOS-SSS, los ítems evaluados son los siguientes: “que te demuestra amor y afecto”, “que te dé un abrazo” y “que tú lo quieras y que te haga sentir querido/a”, que presentaron

puntuaciones altas en T1, lo que indica una alta percepción de este apoyo por parte de los encuestados. Sin embargo, estas personas también presentaron una reducción en su voluntad de vivir, un resultado inesperado.

Este dato demostró que la reducción de la voluntad de vivir se produjo incluso en condiciones de mayor apoyo social afectivo en T1, es decir, una mayor dimensión afectiva en T1 es un predictor de una reducción de la voluntad de vivir entre T1 y T2. Carvalho y colaboradores³⁵ obtuvieron resultados diferentes, según los cuales las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama manifestaron sentimientos de angustia, dolor, sufrimiento, tristeza y culpa, pero también de esperanza, fe, fortaleza, paz y voluntad de vivir, y el apoyo social se evidenció en los relatos como una fuente de seguridad, motivación y afrontamiento para desear seguir adelante, aunque sin especificar la dimensión.

Una situación que puede estar relacionada con el resultado hallado en esta investigación se describió en el estudio realizado por Supiano y colaboradores³⁶, que observó a los participantes preocupados por convertirse en una carga de cuidados para sus familiares y amigos, o una carga financiera, una inversión de tiempo o una tensión emocional derivada de observar la progresión de la enfermedad y la muerte inminente. Hudson y colaboradores²¹ verificaron que los factores más comunes asociados con el deseo de acelerar la muerte parecen ser: sentirse una carga para los demás, la pérdida de autonomía a medida que avanza la enfermedad (y el deseo asociado de controlar las circunstancias de la muerte), los síntomas físicos (como el dolor), la depresión y la desesperanza, las preocupaciones existenciales y el miedo al futuro.

La dimensión de interacción social positiva, cuyos ítems de evaluación son “para divertirse juntos”, “con quien relajarse”, “con quien despejar la mente” y “con quien hacer cosas agradables”, obtuvo puntuaciones reducidas en T2 y se asoció con una menor voluntad de vivir. En un estudio realizado para comprender cómo se organizan las familias para afrontar el cáncer y lidiar con la persona enferma, la mayoría de los familiares informó invertir en la vida social, con actividades como ir a la playa y salir de paseo, con predominio de actividades familiares, para ofrecer apoyo al miembro enfermo³⁷.

Sin embargo, otro estudio demostró una disminución de la capacidad funcional de las personas con cáncer y, como consecuencia, una mayor dependencia para realizar las actividades diarias. Esta reducción se produce debido a posibles alteraciones, causadas por la enfermedad o el tratamiento, en los sistemas cognitivo, locomotor y de comunicación³⁸. Se puede inferir que, debido a la pérdida de funcionalidad resultante de la enfermedad o del tratamiento, hubo una reducción en la voluntad de vivir, asociada a una disminución de la interacción social.

La depresión y la ansiedad son trastornos frecuentes en pacientes con cáncer, estudiados y evaluados con frecuencia de diferentes maneras y en diferentes escalas³⁹⁻⁴³. En la práctica clínica, es difícil detectar la depresión en pacientes oncológicos, sobre todo porque algunos síntomas somáticos, a menudo asociados con la depresión, pueden ser consecuencia del propio cáncer o incluso del tratamiento. Además, los síntomas depresivos pueden subestimarse, erróneamente, porque todos los pacientes con cáncer están "comprensiblemente deprimidos"⁴⁴.

Este estudio no encontró ninguna relación significativa entre los síntomas de ansiedad, estrés y depresión y la voluntad de vivir. Sin embargo, un estudio longitudinal realizado con pacientes mayores (no oncológicos) encontró que, al final de la vida, un debilitamiento en la voluntad de vivir es un predictor de síntomas depresivos, y no lo contrario⁴⁵. La teoría de los acontecimientos vitales sostiene que la exposición a acontecimientos de la vida en general, especialmente a los negativos (por ejemplo, un diagnóstico de cáncer), puede provocar una alteración del organismo humano y causar un estado de estrés. El estrés, a su vez, inicia procesos de adaptación fisiológica y psicológica que requieren una inversión sustancial de recursos personales (emocionales, físicos, conductuales, sociales y financieros). Estas importantes demandas adaptativas y esfuerzos continuos pueden conducir al agotamiento y, en consecuencia, a la enfermedad física, y la lucha por mantener la salud física y mental a menudo resultan en estrés crónico y depresión⁴⁶.

Los "supervivientes", cansados de luchar por la existencia y conscientes de la corta vida que les queda, pueden empezar a preguntarse si esa vida aún merece la pena, una incertidumbre que mina

sus ganas de vivir. Estos sentimientos pueden conducir a una creciente apatía hacia el mundo que nos rodea y a una pérdida de motivación para seguir viviendo, así como a síntomas de ideación suicida pasiva. Los síntomas de este tipo conducen a la reducción de la participación en las actividades sociales y de salud habituales, incluso de aquellas que antes resultaban placenteras. Los cambios en el comportamiento diario exacerban el deterioro de la salud y la funcionalidad, lo que puede acelerar aún más la pérdida de interés por la vida e intensificar los síntomas clave de la depresión, como la sensación de vacío y la apatía. En última instancia, este proceso puede conducir a una depresión patológica y a la pérdida de la voluntad de vivir. Por lo tanto, mantener una voluntad de vivir fuerte y estable puede proteger a las personas del deterioro de su salud mental⁴⁵.

El miedo a la mortalidad entre las personas con cáncer es un elemento significativo que impregna sus experiencias desde el momento del diagnóstico e influye en su perspectiva y esperanza a lo largo de todo el proceso de tratamiento. La sensación de falta de control sobre la propia vida, combinada con el miedo a la muerte, compromete los mecanismos de afrontamiento y mina las expectativas para el futuro⁴⁷. En cambio, las características observadas en un estudio realizado por Li y colaboradores⁴⁸ que pueden aumentar los niveles de esperanza incluyen tener 45 años o menos, tener creencias religiosas y presentar síntomas menos severos.

En este estudio, las personas que comenzaron la investigación con puntuaciones de esperanza más elevadas mostraron una reducción en su voluntad de vivir en T2, lo cual también fue una situación inesperada. Una situación diferente, pero relacionada, se produjo en un estudio realizado en Turquía⁴⁷, en el cual se percibió que, a medida que aumentaba el nivel educativo de los participantes, también aumentaban las puntuaciones medias en las subescalas de esperanza, lo que pudo haber contribuido a reducir la sensación de incertidumbre y a promover el aprendizaje de conductas de afrontamiento, la investigación y la lectura de artículos sobre la enfermedad. En otro estudio longitudinal⁴⁹, la esperanza no disminuyó tras participar en la planificación anticipada del cuidado; incluso pudo haber aumentado. En otras palabras, tener conversaciones "difíciles" con los

pacientes puede hacer que se sientan más cómodos y seguros.

La esperanza suele surgir de una circunstancia negativa en la que la probabilidad de un resultado concreto es baja, pero de gran importancia para el individuo, como la remisión o la curación de un cáncer avanzado. Si bien mantener la esperanza en niveles elevados aporta beneficios comprobados, tanto físicos como psicológicos, también puede aumentar la probabilidad de que el paciente desarrolle sesgos como el razonamiento motivado, el autoengaño, el optimismo y el complejo de superioridad. Esto también puede llevar a un tratamiento excesivo y al arrepentimiento⁵⁰.

En T2, las personas con puntuaciones de esperanza más altas también mantuvieron una gran voluntad de vivir, y es imperativo que la esperanza se fomente y se mantenga al final de la vida. En general, los pacientes que sienten que tienen más control sobre sí mismos al final de la vida mostraron mayores niveles de esperanza^{51,52}. Hablar sobre los cuidados al final de la vida o incluso completar las directivas anticipadas puede ser un mecanismo eficaz para que el paciente obtenga el control adicional necesario para promover la esperanza al final de la vida⁴⁹.

Limitaciones

Este estudio se realizó en un solo hospital y durante un período de tiempo específico; por lo tanto, las características del lugar del estudio y las condiciones sociales y culturales de ese período y de esa población pueden haber influido en los resultados de maneras que no son generalizables. El período de seguimiento entre las evaluaciones T1 y T2 fue relativamente corto y puede que no haya sido suficiente para detectar cambios significativos en la voluntad de vivir y en otras variables de interés a lo largo del tiempo.

Modelos multivariados de análisis, con métodos cualitativos, quizá podrían proporcionar *insights* adicionales respecto a los estándares de asociación entre las variables estudiadas para una mejor comprensión de los datos encontrados. Dada la escasez de publicaciones sobre el tema, es necesario realizar más investigaciones en este ámbito.

Consideraciones finales

Entre los encuestados, la voluntad de vivir fue alta tanto en T1 como en T2, con una ligera disminución en las puntuaciones en T2, pero sin diferencia estadísticamente significativa. Entre T1 y T2, el 16,7% de los encuestados mostró una disminución en su voluntad de vivir; sin embargo, el 76,7% mantuvo alta la voluntad de vivir. Se constató que la voluntad de vivir no se vio influenciada entre T1 y T2 por ninguna de las variables estudiadas: edad, sexo, color de piel, vivienda, estado civil, hijos, educación, religión, trabajo e ingresos, tipo de cáncer, metástasis y modalidades de tratamiento.

La evaluación de los síntomas físicos mediante la escala ESAS no se relacionó significativamente con los cambios en la voluntad de vivir. Las personas que mostraron mayor apoyo social en la dimensión afectiva tuvieron una reducción en la voluntad de vivir en T1; y las personas que presentaron poca interacción social también mostraron una menor voluntad de vivir en T2. La evaluación de la depresión, la ansiedad y el estrés mediante la escala DASS-21 no se relacionó significativamente con los cambios en la voluntad de vivir.

Finalmente, cabe resaltar que las personas que comenzaron el estudio con puntuaciones de esperanza más elevadas experimentaron una reducción en su voluntad de vivir entre T1 y T2; y las personas que mantuvieron puntuaciones de esperanza elevadas en T2 también mantuvieron alta la voluntad de vivir.

Referencias

1. Radbruch L, Lima L, Knäul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S *et al.* Redefining palliative care: a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 [acceso 31 dez 2021];60(4):754-64. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027
2. Consensus-based definition of palliative care [Internet]. Houston: IAHCP; 2018 [acceso 20 mar 2022]. Disponible: <https://bit.ly/4aMezlt>

3. Silva IBS, Lima Júnior JRM, Almeida JS, Cutrim DSP, Sardinha AHL. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2020 [acesso 31 dez 2021];66(3). DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.1122
4. Silva MAS, Diniz MA, Carvalho RT, Chiba T, Mattos-Pimenta CA. Palliative care consultation team: symptom relief in first 48 hours of hospitalization. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 14 fev 2024];73(6). DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0391
5. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* [Internet]. 1991 [acesso 13 fev 2024];7(2):6-9.
6. Manfredini LL. Tradução e validação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) em pacientes com câncer avançado [dissertação] [Internet]. São Paulo: Hospital de Câncer de Barretos; 2014 [acesso 16 fev 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4s6QcoZ>
7. Zayat CG, Azevedo IM, Domenico EBL, Bergerot CD. Fatores preditores de sintomas emocionais e físicos reportados por pacientes oncológicos. *Psic: Teor e Pesq* [Internet]. 2021 [acesso 14 fev 2024];37. DOI: 10.1590/0102.3772e37441
8. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression, anxiety, stress scales. 4ª ed. Sidney: Psychology Foundation; 2004.
9. Vignola RCB. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo [acesso 2 jan 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3MRhpwp>
10. Cassel J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Public Health* [Internet]. 1974 [acesso 22 fev 2024];64(11):1040-43. DOI: 10.2105/ajph.64.11.1040
11. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* [Internet]. 1976 [acesso 22 fev 2024];38(5):300-14. DOI: 10.1097/00006842-197609000-00003
12. Winter VDB, Tonetto JK, Kolankiewicz ACB, Loro MM. Avaliação do apoio social na perspectiva de pacientes oncológicos internados. *Salão do Conhecimento Unijuí* [Internet]. 2020 [acesso 26 fev 2024];6(6). Disponível: <https://bit.ly/4l6utut>
13. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* [Internet]. 1991 [acesso 26 fev 2024];132(6):705-14. DOI: 10.1016/0277-9536(91)90150-b
14. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001 [acesso 11 mar 2024];17(4):887-96. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400022
15. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 [acesso 31 dez 2021];21(3):703-14. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300004
16. Balsanelli ACS, Grossi SAA. Predictors of hope among women with breast cancer during chemotherapy. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso 26 fev 2024];50(6):898-904. DOI: 10.1590/S0080-623420160000700004
17. Redlich-Amirav D, Ansell LJ, Harrison M, Norrena KL, Armijo-Olivo S. Psychometric properties of Hope Scales: a systematic review. *Int J Clin Pract* [Internet]. 2018 [acesso 27 fev 2024];72(7):e13213. DOI: 10.1111/ijcp.13213
18. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* [Internet]. 1992 [acesso 27 fev 2024];17(10):1251-59. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x
19. Sartore AC. Adaptação cultural e validação do Herth Hope Index para a língua portuguesa: estudo em pacientes com doença crônica [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007. DOI: 10.11606/D.7.2007.tde-20042007-132715
20. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [acesso 28 dez 2021];42(2):227-32. DOI: 10.1590/S0080-62342008000200003

21. Hudson PL, Kristjanson LJ, Ashby M, Kelly B, Schofield P, Hudson R *et al.* Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Palliat Med* [Internet]. 2006 [acesso 28 fev 2024];20(7):693-701. DOI: 10.1177/0269216306071799
22. Tataryn D, Chochinov HM. Predicting the trajectory of will to live in terminally ill patients. *psychosomatics*. *Psychosomatics* [Internet]. 2002 [acesso 27 fev 2024];43(5):370-77. DOI: 10.1176/appi.psy.43.5.370
23. Julião M, Chochinov HM, Samorinha C, Soares DS, Antunes B. Prevalence and factors associated with will-to-live in patients with advanced disease: results from a portuguese retrospective study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2021 [acesso 8 mar 2024];62(4):820-7. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2021.02.018
24. Bornet MA, Bernard M, Jaques C, Truchard ER, Borasio GD, Jox RJ. Assessing the will to live: a scoping review. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2021 [acesso 27 fev 2024];61(4):845-57. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.09.012
25. Victoria Hospice. A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2) [Internet]. Columbia: VHS; 2009 [acesso 30 dez 2021]. Disponível: <https://bit.ly/4l7c94s>
26. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, n. 12, p. 59, 12 dez 2012 [acesso 2 dez 2023]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/4aPNNc4>
27. Pinheiro SM, Mendes EC. Profile of patients in palliative care treated by physiotherapy in home care at an oncology hospital. *Mundo Saúde* [Internet]. 2024 [acesso 7 mar 2024];48. DOI: 10.15343/0104-7809.202448e15322023P
28. Ralph RMC, Souza NR, Figueiredo EG, Freire DA, Oliveira TS, Brandão CP. Funcionalidade, sintomas diversos e qualidade de vida de pacientes submetidos à quimioterapia paliativa. *Revista baiana de saúde pública* [Internet]. 2021 [acesso 7 mar 2024];45(4). DOI: 10.22278/2318-2660.2021.v45.n4.a3316
29. Maia AES, Grello FACG, Cunha KC. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer cadastrados no Programa de Visita Domiciliar de um hospital da rede pública. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2021 [acesso 7 mar 2024];67(2). DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n2.864
30. Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM, Cancela MC. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2023 [acesso 7 mar 2024];69(1). DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700
31. Liu MZ, Ma J, Li JD, Sun J, Zhou H, Guan S *et al.* A comparison of the clinical effectiveness between low-dose strong opioids and non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of mild cancer pain: a randomized Trial. *J Pain Res* [Internet]. 2021 [acesso 8 mar 2024];14:3411-9. DOI: 10.2147/JPR.S322893
32. Mercadante S, Adile C, Aielli F, Gaetano L, Mistakidou K, Maltoni M *et al.* Personalized pain goals and responses in advanced cancer patients. *Pain Med* [Internet]. 2020 [acesso 8 mar 2024];21(2):215-21. DOI: 10.1093/pm/pnz254
33. Shamieh O, Khamash O, Khraisat M, Jbouri O, Awni M, Al-Hawamdeh A *et al.* Impact of outpatient palliative care (PC) on symptom burden in patients with advanced cancer at a tertiary cancer center in Jordan. *Support Care Cancer* [Internet]. 2016 [acesso 8 mar 2024];25(1):177-83. DOI: 10.1007/s00520-016-3395-8
34. Simão D, Barata PC, Alves M, Papoila AL, Oliveira S, Lawlor P. Symptom clusters in patients with advanced cancer: a prospective longitudinal cohort study to examine their stability and prognostic significance. *The Oncologist* [Internet]. 2024 [acesso 8 mar 2024];29(1):152-63. DOI: 10.1093/oncolo/oyad211
35. Carvalho CMS, Amorim FCM, Silva RTS, Alves VF, Oliveira ADS, Monte NS. Sentimentos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016 [acesso 8 mar 2024];10(11):3942-50. DOI: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201616
36. Supiano KP, McGee N, Dassel KB, Utz R. A comparison of the influence of anticipated death trajectory an personal values on end-of-life care preferences: a qualitative analysis. *Clinical Gerontologist* [Internet]. 2017 [acesso 8 mar 2024];42(3):247-58. DOI: 10.1080/07317115.2017.1365796
37. Melo MCB, Barros EN, Campello MCVA, Ferreira LQL, Rocha LLC, Silva CIMG, Santos NTF. O funcionamento familiar do paciente com câncer. *Psicologia em Revista* [Internet]. 2012 [acesso 9 mar 2024];18(1):78-89. DOI: 10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p73

38. Duarte ACF, Silva BA, Avelino PR, Menezes KKP. Força de apreensão, capacidade funcional e qualidade de vida de indivíduos com câncer. *Fisioter Pesqui* [Internet]. 2020 [acesso 9 mar 2024];27(4):362-9. DOI: 10.1590/1809-2950/19039127042020
39. Bottino SMB, Fráguas R, Gattaz WF. Depressão e câncer. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)* [Internet]. 2009 [acesso 11 mar 2024];36(supl 3). DOI: 10.1590/S0101-60832009000900007
40. Cangussu RO, Soares TBC, Barra AA, Nicolato R. Sintomas depressivos no câncer de mama: inventário de depressão de beck: short form. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010 [acesso 11 mar 2024];59(2):106-10. DOI: 10.1590/S0047-20852010000200005
41. Bergerot CD, Laros JA, Araujo TCCF. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF* [Internet]. 2014 [acesso 11 mar 2024];19(2):187-97. DOI: 10.1590/1413-82712014019002004
42. Ferreira AS, Bicalho BP, Neves LFG, Menezes MT, Silva TA, Faier TA *et al.* Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e identificação de variáveis predisponentes. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2016 [acesso 11 mar 2024];62(4):321-8. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n4.159
43. Joulaei H, Parhizkar M, Fatemi M, Afrashteh S, Parhizkar P, Akrami M *et al.* Mental health care utilization and its barriers among Iranian breast cancer survivors: a cross-sectional study. *Int J Community Based Nurs Midwifery* [Internet]. 2024 [acesso 11 mar 2024];12(1):44-56. DOI: 10.30476/IJCBNM.2023.99133.2289
44. Fanger PC, Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF *et al.* Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [acesso 11 mar 2024];56(2):173-8. DOI: 10.1590/S0104-42302010000200015
45. Carmel S, Tovel H, Raveis VH, O'Rourke N. Is a decline in will to live a consequence or predictor of depression in late life? *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2018 [acesso 13 mar 2024];66(7):1290-5. DOI: 10.1111/jgs.15394
46. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* [Internet]. 1967 [acesso 13 mar 2024];11:213-18. DOI: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
47. Ozen B, Ceyhan O, Büyükelik A. Hope and perspective on death in patients with cancer. *Death Studies* [Internet]. [acesso 27 fev 2024];44(7):412-8. DOI: 10.1080/07481187.2019.1626942
48. Li Y, Ni N, Zhou Z, Dong J, Fu Y, Li J *et al.* Hope and symptom burden of women with breast cancer undergoing chemotherapy: a cross-sectional study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021 [acesso 12 mar 2024];30(15-16):2293-300. DOI: 10.1111/jocn.15759
49. Cohen MG, Althouse AD, Arnold RM, Bulls HW, White DB, Chu E *et al.* Hope and advance care planning in advanced cancer: Is there a relationship? *Cancer* [Internet]. 2022 [acesso 12 mar 2024];128(6):1339-45. DOI: 10.1002/cncr.34034
50. Finkelstein EA, Baid D, Cheung YB, Schweitzer ME, Malhotra C, Volpp K *et al.* Hope, bias and survival expectations of advanced cancer patients: a cross-sectional study. *Psychooncology* [Internet]. 202 [acesso 12 mar 2024]; 30(5):780-8. DOI: 10.1002/pon.5675
51. Brown AJ, Sun CC, Urbauer DL, Borduka DC, Thaker PH, Ramondetta LM. Feeling powerless: locus of control as a potential target for supportive care interventions to increase quality of life and decrease anxiety in ovarian cancer patients. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2015 [acesso 12 mar 2024];138(2):388-93. DOI: 10.1016/j.ygyno.2015.05.005
52. Sanatani M, Schreier G, Stitt L. Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. *Support Care Cancer* [Internet]. 2007 [acesso 12 mar 2024];16(5):493-99. DOI: 10.1007/s00520-007-0336-6

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares – Magíster – andrezaks2@gmail.com

 0000-0003-3000-3651

Paulo Goberlânio Barros Silva – Doctor – paulo.silva@icc.org.br

 0000-0002-1513-9027

Tallys Newton Fernandes de Matos – Doctor – tallysnfm@gmail.com

 0000-0001-6774-1733

Marcelo Gurgel Carlos da Silva – Doctor – marcelo.gurgel@uece.br

 0000-0003-4030-1206

Correspondencia

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares – Av. Pará, 1999, Umuarama. CEP 38405-320. Uberlândia/MG, Brasil.

Contribución de los autores

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares participó de la concepción y diseño del estudio, recopilación de datos, investigación bibliográfica y de la redacción del manuscrito. Marcelo Gurgel Carlos da Silva participó del diseño de la investigación, orientación metodológica y de la revisión crítica del contenido intelectual. Paulo Goberlânio Barros Silva participó del diseño de la investigación, análisis e interpretación de datos y de la revisión crítica del manuscrito. Tallys Newton Fernandes de Matos participó de la formatación del texto y de la revisión crítica del manuscrito.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 11.4.2025

Revisado: 14.1.2026

Aprobado: 27.1.2025