

**Apoyo Social y Percepción de la Enfermedad en
relación a la Calidad de Vida, Depresión y
Ansiedad en los Pacientes Oncológicos.**

**Social Support and Illness Perception in Relation
to Quality of Life, Depression, and Anxiety in
Cancer Patients.**

Laura Álvarez Mesa

Tutor: Iván de los Reyes Ruiz Rodríguez

Trabajo Fin de Grado

Grado en Psicología

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de Málaga

2025

A mis amigos, quienes entre risas y lágrimas habéis hecho estos años únicos e inigualables. Sois lo mejor que me llevo de esta etapa.

A mi tutor Iván, por contagiarme tu alegría y por todo tu apoyo guiándome en este trabajo. Qué afortunada soy por haberte conocido.

A toda mi familia. A Mamá, Lucas y Lilo, por confiar en mí y alentarme cuando no me veía capaz. Sois mis pilares fundamentales.

A todos los enfermos de cáncer. En especial a Papá. Por ser la luz que inspiró este trabajo y por darle sentido a todo lo que hago. He puesto todo mi esfuerzo, ilusión y cariño en él por ti, fruto de todo el amor que me llegaste a dar. Este trabajo es una pequeña manera de hacerte regresar. Echarte muchísimo de menos es el eco de la suerte que tuve viviendo a tu lado. Tu ser siempre habita en mí, "I see you". Te quiero y te querré eternamente.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo analizar el papel del apoyo social y la percepción de la enfermedad en la calidad de vida, así como en la sintomatología depresiva y ansiosa de los pacientes oncológicos. La muestra está compuesta por 100 participantes que se encuentran en fase de tratamiento o de revisión, cuyas edades oscilan entre los 23 y los 83 años ($M=54,08$; $DT= 9,49$). Los resultados muestran que el apoyo social ejerce una influencia positiva significativa en la calidad de vida del paciente, además de contribuir a la reducción de los síntomas depresivos y ansiosos. Concretamente, se enfatiza el rol del personal sanitario debido al carácter predictor en la mejora del bienestar del paciente según los hallazgos obtenidos. Asimismo, se pone en relieve la importancia que tiene una percepción positiva de la enfermedad en la disminución de la sintomatología psicológica del cáncer, además de mejorar la calidad de vida. Cabe destacar que también se muestra mejores niveles de calidad de vida y una atenuación de la depresión y de la ansiedad en pacientes que están en proceso de revisión. En definitiva, los resultados evidencian la importancia de integrar estas dimensiones psicosociales con el objetivo de ofrecer una atención psicológica y sanitaria más eficaz, centrada en las necesidades de los pacientes.

Palabras clave: calidad de vida, apoyo social, percepción de la enfermedad, depresión, ansiedad, cáncer.

Abstract

The present study aims to analyze the role of social support and illness perception in quality of life, depression and anxiety in cancer patients. The sample consisted of 100 participants undergoing treatment or follow-up, ranging in age from 23 to 83 years ($M = 54.08$; $SD = 9.49$). The results indicate that social support has a significant positive influence on quality of life of patients and contributes to the reduction of depressive and anxiety symptoms. Specifically, the role of healthcare personnel is emphasized due to their predictive value in improving patient well-being. The importance of a positive illness perception for reducing both psychological symptoms and improving quality of life, is also highlighted. Notably, patients in the follow-up phase exhibit better quality of life and reduced depression and anxiety symptoms. Ultimately, the results underscore the importance of integrating these psychosocial dimensions in order to provide more effective psychological and healthcare care, focused on patient needs.

Keywords: quality of life, social support, illness perception, depression, anxiety, cancer.

Índice

Introducción.....	7
<i>Calidad de vida</i>	9
<i>Apoyo social</i>	11
<i>Percepción de la enfermedad</i>	12
<i>Depresión y ansiedad</i>	14
<i>Objetivo e hipótesis</i>	15
Método.....	16
<i>Participantes</i>	16
<i>Procedimiento</i>	16
<i>Análisis de datos</i>	16
<i>Diseño</i>	18
<i>Instrumentos de evaluación</i>	19
Resultados.....	21
<i>Diferencias de medias</i>	21
<i>Relación del apoyo social y la percepción de la enfermedad con la calidad de vida, y la depresión y la ansiedad</i>	24
<i>Modelos predictivos de la calidad de vida, y de la depresión y ansiedad.</i>	28
Discusión y conclusiones	34
<i>Limitaciones y futuras líneas de investigación</i>	36
Bibliografía.....	38
Apéndice.....	53

Índice de Tablas.

Tabla 1. <i>Variables sociodemográficas (N=100)</i>	17
Tabla 2. <i>Variables de salud (N=100)</i>	18
Tabla 3. <i>Estadísticos descriptivos de la escala global de salud y las escalas funcionales, así como la depresión y ansiedad, y pruebas t de Student para dos muestras independientes según la fase de la enfermedad, el tipo de tratamiento y la recidiva.</i> ...	22
Tabla 4. <i>Estadísticos descriptivos de las escalas/ítems de síntomas, y pruebas t de Student para dos muestras independientes según la fase de la enfermedad, el tipo de tratamiento y la recidiva.</i>	23

Tabla 5. <i>Matriz de correlaciones entre la satisfacción del apoyo social con la calidad de vida, y la depresión y ansiedad.</i>	26
Tabla 6. <i>Matriz de correlaciones entre la percepción de la enfermedad con la calidad de vida, y la depresión y ansiedad.</i>	27
Tabla 7. <i>Análisis de regresión lineal múltiple para el estado global de salud, las escalas funcionales y la depresión y ansiedad.</i>	30
Tabla 8. <i>Análisis de regresión lineal múltiple para las escalas/items de síntomas.</i>	32

Introducción

La incidencia del cáncer sigue en aumento tanto en España como en el resto del mundo. En 2024, se registraron un total de 290.441 nuevos casos de cáncer en España (Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], s.f) y se prevé que esta cifra ascienda a 296.103 en 2025, superando los 350.000 para 2050 (Red Española de Registros de cáncer [REDECAN], 2025). A nivel global, los últimos datos reflejan que en 2022 hubo 19,9 millones de nuevos diagnósticos y según la International Agency for Research on Cancer (IARC), se estima que la cifra llegará a alcanzar los 32,6 millones de personas en 2050 (Bray et al., 2024). Asimismo, los datos reflejan que se trata de una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2025). En España, en 2023, 115.429 personas fallecieron a causa de la enfermedad oncológica, situando el cáncer como la primera causa de muerte en el país (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2025). Del mismo modo, en el panorama global, en 2022, 9,7 millones de personas fallecieron por cáncer, según datos de la IARC (Bray et al., 2024). Además, las estimaciones reflejan que para 2050, las muertes por cáncer podrían alcanzar a más de 180.000 fallecimientos a nivel nacional y 18,3 millones a nivel global (SEOM, 2025).

Frente al notable aumento en la incidencia y mortalidad de la enfermedad, resulta de vital importancia abordar los aspectos psicológicos que genera el cáncer en los pacientes. Un diagnóstico de cáncer supone una experiencia altamente estresante que provoca en el paciente un elevado afecto negativo, así como miedo e incertidumbre (Singer, 2017; Stanton, 2006). El aumento de conciencia sobre la propia mortalidad y vulnerabilidad puede llevar a una exacerbación de dichas reacciones negativas (Lee & Loiselle, 2012). Del mismo modo, al menos dos tercios de personas que han superado un cáncer también manifiestan estos síntomas, los cuales suelen pasar desapercibidos o no se abordan en los servicios de salud de una manera eficaz (Emery et al., 2022; Harrison et al., 2009). Dada la gran cantidad de estresores y retos que implica la enfermedad en todas sus etapas, como son el momento de diagnóstico, la fase de tratamiento, así como el proceso de revisión, resulta común observar diferentes manifestaciones en el bienestar emocional de la persona (Antoni et al., 2023). Entre las más destacadas, se encuentra la ansiedad y la depresión como las reacciones emocionales más comunes tanto en pacientes que se encuentran actualmente en tratamiento, como en personas que se encuentran en

proceso de revisión (Jacobsen & Andrykowski, 2015; Stanton et al. 2015). Asimismo, cabe destacar el impacto negativo que es generado en la calidad de vida del paciente (Eichler et al., 2020; Nayak et al., 2017; Paredes et al., 2011).

Debido a las reacciones psicológicas que enfrenta el enfermo de cáncer, se propone el modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1979, 1995, 2005), como un marco teórico eficaz para abordar la problemática que recoge este estudio. Este modelo describe que la evolución de una persona viene mediada por las interacciones que se producen entre diferentes sistemas, desde la propia persona y su ambiente directo, hasta otros contextos más culturales o sociales. Todas estas áreas están interrelacionadas e influyen entre sí, de modo que se plantea la existencia de un continuo desarrollo humano mediado por las interacciones de estos sistemas cambiantes.

Las diferentes estructuras que se contemplan son el microsistema, el mesosistema, el exosistema, el macrosistema y el cronosistema. El microsistema es considerado el nivel más cercano del paciente, el cual incluye las relaciones interpersonales y las actividades que desarrolla en su contexto cotidiano. En este caso, se hace alusión al contexto hospitalario, a los familiares, a los amigos más cercanos, al trabajo o a las asociaciones para el cáncer. Por su parte, el mesosistema es descrito como la interacción entre los diferentes microsistemas en los que se encuentra la persona. Se incluyen la comunicación que se establece entre el personal sanitario y la familia, las relaciones entre el hospital y las asociaciones, entre otros. Por otro lado, el exosistema hace referencia a los ambientes en los que el paciente no desempeña un rol activo. No obstante, pese a que no sea considerado un participante implícito, los eventos que suceden en estos contextos influyen en el paciente de cáncer; tales como la satisfacción del propio personal sanitario con otros trabajadores o las condiciones de trabajo de los allegados del paciente. Asimismo, el macrosistema está compuesto por los factores asociados a la cultura que influyen en el paciente. Sería el caso de los protocolos y las políticas sanitarias o la percepción cultural de la enfermedad. Por último, el cronosistema hace referencia al momento vital de la persona como aspecto que influye en su desarrollo, tal y como sería la duración del tratamiento o los cambios en el tiempo respecto a los ingresos hospitalarios.

Bajo este enfoque, el paciente se ajusta a los ambientes en los que está inmerso tales como la familia y el hospital. Del mismo modo, el paciente también influye en estos. Igualmente, se consideran otros aspectos, entre ellos las políticas sanitarias, como

elementos partícipes de estas dinámicas. Todos estos factores enfatizan la idea de contemplar al enfermo y las variables contextuales que le rodean, para desarrollar intervenciones que se adapten a las necesidades de la persona y sus allegados (Torríco et al., 2002).

Por tanto, no solo se debe tomar en consideración el estado de salud médico del paciente, sino que también se debe contemplar distintos aspectos. Entre ellos destacamos la calidad de vida, ya que esta se ve mediada por las condiciones contextuales e interacciones en las que esta inmerso el paciente (Vinaccia et al., 2005).

Calidad de vida

La calidad de vida es entendida como la percepción que tiene una persona sobre el rol que ocupa en la vida, así como en el contexto del sistema cultural y de valores en el que se desarrolla, en relación con sus objetivos, expectativas estándares y preocupaciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). Por tanto, este concepto está representado por los estándares culturales del bienestar y por el componente subjetivo reflejado en la importancia que la persona otorga en los diferentes ámbitos de su vida de manera específica (Gargantini & Casari, 2019; Royo & Roura, 2012; Stavrou et al., 2009). En el contexto de la enfermedad, se trata de un constructo multidimensional definido como el grado en el que el bienestar físico, funcional, social o emocional es afectado por el proceso médico o del tratamiento en el paciente (Cella, 1994). La calidad de vida incluye áreas tales como, aspectos físicos (e.g., condición física, dificultades para realizar actividades cotidianas), aspectos emocionales (e.g., ansiedad y depresión), aspectos cognitivos (e.g., memoria y atención), además de las relaciones sociales y los roles que desempeña la persona en su vida diaria (Polanski et al., 2016). Dada la gran importancia que supone la calidad de vida en el bienestar de la persona, esta noción es considerada de gran relevancia en las investigaciones y estudios sobre las enfermedades y su supervivencia (Bottomley et al., 2019; Van et al., 2018).

La enfermedad oncológica genera toxicidad y numerosos efectos secundarios que deterioran la calidad de vida a corto y a largo plazo (Capocaccia et al., 2015). Entre la sintomatología más destacada se encuentran los sofocos, los problemas sexuales, la osteoporosis, la fatiga, los cambios corporales y los déficits cognitivos (Cunningham et al., 2021). Los síntomas no solo afectan en el proceso de tratamiento, ya que muchos de

estos pueden persistir tras haber superado la enfermedad (Marshall et al., 2016). Por otro lado, la enfermedad posee también un impacto psicológico en los pacientes, destacando el miedo a la recurrencia, la intolerancia a la incertidumbre o la regulación emocional disfuncional (Arem et al., 2022).

Como se mencionaba anteriormente, la calidad de vida no solo se ve disminuida en pacientes en proceso de tratamiento, sino que también se observa un deterioro en todas las etapas de la enfermedad (Lopes et al., 2020). En relación con esta idea, diversos estudios han demostrado que la calidad de vida está relacionada con el riesgo de mortalidad en cualquier fase de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento o cuidados paliativos). Asimismo, se destaca que la etapa previa al tratamiento presenta el mayor tamaño del efecto, lo cual enfatiza la importancia de una evaluación temprana. De este modo, una estrategia que debería abordarse con mayor relevancia es la mejora de la calidad de vida antes del inicio del tratamiento, ya que tiene un efecto determinante en el bienestar del paciente (Fukushima et al., 2024). Cabe destacar que la calidad de vida además de ser un factor clínico relevante en el proceso de evaluación también es determinante en la eficacia del tratamiento o en el progreso de la enfermedad (Osoba, 2002). Una evaluación de la calidad de vida permite a los profesionales detectar las limitaciones y necesidades relacionadas con la enfermedad, identificadas por el paciente, pero en muchas ocasiones no incluidas en el tratamiento médico de la enfermedad (Polanski et al., 2016).

Además, se destaca la importancia de las diferencias de género en la calidad de vida de los pacientes. Diversos estudios reflejan que las mujeres tienden a presentar una peor calidad de vida, incluyendo una mayor afectación en el bienestar físico y mental, que los hombres (Laghousi et al., 2019; LeMasters et al., 2013; Thomé & Hallberg, 2004). Estas diferencias podrían explicarse por las diferencias en el tipo de cáncer en función del sexo (Franceschi & La Vecchia, 2001). Por otro lado, resulta relevante mencionar que el hecho de que la esperanza de vida en mujeres sea mayor, supone un aumento en la cantidad de tiempo que se expone la paciente a pensar sobre las posibles recidivas, lo que puede afectar negativamente a la calidad de vida de esta (Ruiz-Rodríguez et al., 2021a).

En este sentido, se debe enfatizar el rol del apoyo social como factor que ejerce un impacto positivo en la calidad de vida (Dogan & Tan, 2019), pues facilita la gestión de las dificultades que surgen a lo largo de todo el proceso oncológico (Kadambi et al., 2020).

Apoyo social

El apoyo social se trata de un constructo interactivo que consiste en una transacción interpersonal entre las fuentes de apoyo y la persona que lo recibe. Ocurre en un contexto concreto y se ven implicadas las emociones, la ayuda material e informacional. Este apoyo puede ser ofrecido por la comunidad, las redes sociales, y las relaciones interpersonales íntimas, tanto en situaciones cotidianas como situaciones que implican momentos críticos o de crisis (Lin et al., 1986). Sumado a ello, es considerado como un proceso vinculado al altruismo, al sentido de obligación y a la percepción de reciprocidad (Hofman et al., 2021). Según la National Cancer Institute (NCI, s.f.), en el contexto de la enfermedad oncológica, el apoyo social está compuesto por la red de familiares, amigos, y miembros de la comunidad que proporcionan ayuda psicológica, física y económica a los pacientes. Numerosos estudios evidencian que el apoyo social tiene un impacto directo en el bienestar, la salud física, la adaptación emocional y en la supervivencia general de los pacientes oncológicos (Nausheen et al., 2009; Usta, 2012). A su vez, la literatura muestra que pacientes con cáncer de mama perciben más síntomas depresivos durante la enfermedad cuando reciben menos niveles de apoyo social (Hughes et al., 2014). En conjunto, se ha demostrado que el apoyo social se asocia a una mayor calidad de vida en los enfermos de cáncer (Villanova-Quiroga et al., 2018; Ruiz-Rodríguez et al., 2021b).

La mayoría de los autores llegan al consenso de que apoyo social se puede clasificar en tres tipos; el apoyo emocional, que es conceptualizado como la seguridad de confiar en alguien y ser amado; el apoyo instrumental, entendido como la disponibilidad de obtener ayuda directa; y el apoyo informacional, que consiste en recibir consejo o información (Armbruster et al., 2018; Breuer et al., 2017; Melguizo-Garín et al., 2019; Ruiz Rodríguez et al., 2021a; Shahrokni et al., 2020). Se debe tener en consideración que se incluyen aspectos objetivos, el apoyo realmente recibido, y subjetivos, el apoyo que percibe el paciente (Barrón & Chacón, 1992). Esta percepción subjetiva viene mediada por las necesidades que presenta el paciente, lo cual resalta la importancia que tiene cada tipo de apoyo y la función que cumple cada uno de manera específica (Lin et al., 1986). Del mismo modo, la fuente que brinda el apoyo es muy relevante para la satisfacción del paciente (Thoits, 1982), y al igual que el tipo de apoyo, varía en función de la etapa de la enfermedad en la que se encuentra la persona (Ruiz-Rodríguez et al., 2021b). Frecuentemente, las personas tienden a percibir como fuentes de apoyo a sus familias,

parejas y amigos (Doran et al., 2018; Ginter & Braun, 2019; Neris et al., 2020). No obstante, un colectivo menos estudiado resulta ser el personal sanitario, que también influye en la calidad de vida del paciente (Mishra et al., 2012; Fukushima et al., 2021; Rueda et al., 2011; Ruiz Rodríguez et al., 2021a; De van der Schueren et al., 2011). Todas estas fuentes de apoyo ejercen un impacto de manera directa e indirecta en la calidad de vida, así como en la presencia de síntomas como la depresión y la ansiedad, y en la estigmatización (Hofman et al., 2021). Cabe mencionar que existen colectivos que tienden a recibir menos apoyo o presentan más necesidades bajo este contexto, tales como las mujeres, los pacientes con bajos recursos económicos y las personas solteras o que viven solas (Aydin-Sayilan & Demir-Dogan, 2020; Eom et al., 2013; Luszczynska et al., 2007). Por tanto, es fundamental intervenir en este tipo de grupos dada la gran importancia que supone el apoyo social en la calidad de vida (Applebaum et al., 2014; Eom et al., 2013).

Asimismo, el apoyo social es considerada como una variable moduladora en las representaciones cognitivas de los pacientes, por tanto, se relaciona con la percepción de la enfermedad (Zamanian et al., 2021).

Percepción de la enfermedad

La percepción de la enfermedad es un término que hace alusión a las representaciones mentales, creencias y respuestas emocionales de una persona ante una enfermedad y su tratamiento (Hopman & Rijken, 2015). Es considerado como uno de los factores más importantes que afecta a la salud del individuo (Singh & Rejeb, 2024). Esta percepción está compuesta por diferentes dimensiones, tales como: identidad (relacionado con la comprensión de una persona sobre si sus síntomas forman parte de un problema de salud o no); causa (el motivo que le atribuye el paciente a su enfermedad); duración (la creencia que mantiene la persona sobre el curso de su enfermedad); consecuencias (lo que el paciente considera que la enfermedad influirá en su vida); cura o controlabilidad (la percepción del paciente sobre el control que tiene sobre su enfermedad); coherencia de la enfermedad (si la experiencia de la enfermedad es entendida en su conjunto); y la representación emocional (las reacciones emocionales que surgen como consecuencia de la enfermedad) (Lau et al., 1989; Petrie & Weinman, 2012; Moss-Morris et al., 2002; Weinman et al., 1996). Estas representaciones vienen mediadas

por la información ofrecida por diferentes fuentes como el personal sanitario, la familia, los amigos, los medios, y por las experiencias previas en relación a la enfermedad. Entre los factores que influyen se encuentran la duración y fase de la enfermedad (Hopman & Rijken, 2015). Es relevante señalar que pacientes con un diagnóstico similar suelen compartir percepciones similares (Husson et al., 2013).

Bajo el contexto del cáncer, se ha demostrado que los pacientes que presentan una percepción positiva de la enfermedad tienden a presentar una mayor calidad de vida, así como menor intensidad en la sintomatología derivada del tratamiento oncológico y menor desesperanza (Hopman & Rijken, 2015; Nehir et al., 2019; Osmiałowska et al., 2022; Zhang et al. 2022). Asimismo, según Aydin-Sayilan y Demir-Dogan (2020), una percepción menos negativa de la enfermedad se relaciona con niveles más elevados de bienestar físico y social. En su totalidad, se ha demostrado que una percepción negativa influye perjudicando la adherencia al tratamiento (Chong et al., 2020), la calidad de vida (Berner et al., 2018) y aumentando la aparición de síntomas propios de la depresión (Carnelli et al., 2017).

Según el modelo de autorregulación o sentido común de (Leventhal et al., 1980), las personas procesan de forma paralela e independiente las representaciones cognitivas y las respuestas emocionales que genera la enfermedad. Estos esquemas, construidos por las experiencias previas y la información disponible, influyen en las estrategias que la persona escoge para regular y gestionar su estado emocional generado por la enfermedad. Cuando la persona hace uso de esas estrategias, se evalúan la eficacia y los efectos de estas sobre la enfermedad, lo que permite generar una retroalimentación que puede modificar los esquemas que se construyeron en un inicio. Por tanto, esta percepción además de influir en la interpretación de la experiencia también determina las estrategias de regulación que decide emplear la persona (Singh & Rejeb, 2024).

Se ha observado que determinadas características individuales influyen en la percepción de la enfermedad, tales como el género, la cultura, la edad y el nivel de educación (Ng & Ozdemir, 2023; Shen et al., 2018). Esta última posee un rol destacado, pues permite al individuo entender su proceso de enfermedad y sus complicaciones, lo cual se ha demostrado que influye en una gestión más eficaz de la enfermedad (Ganasegeran et al. 2014). Numerosos investigadores concuerdan que estudiar la percepción de la enfermedad en los pacientes resulta de vital importancia, ya que permite a los profesionales conocer qué factores importantes, como las diferentes preocupaciones

o miedos, pueden influir en el tratamiento y progreso de la enfermedad, y con ello poner en práctica estrategias de intervención eficaces para mejorar el bienestar del paciente (Singh & Rejeb, 2024).

En relación a ello, se ha demostrado que la percepción de la enfermedad tiene una estrecha relación con la aparición de la sintomatología depresiva y ansiosa, ya que las representaciones cognitivas y emocionales que desarrolla el sujeto pueden exacerbar el malestar psicológico del paciente (Dempster et al. 2015).

Depresión y ansiedad

La depresión y la ansiedad son de los síntomas más estudiados en el ámbito de los pacientes oncológicos (Niedzwiedz et al., 2019), pues entre el 30-40% de los enfermos suelen presentarla (Aggeli et al., 2021; Mitchell et al., 2011). Del mismo modo, las personas que han superado la enfermedad también presentan estos síntomas en proporciones similares (Getie et al., 2025). Son considerados como factores interconectados entre sí, lo que permite que se retroalimenten y aumenten el malestar general del individuo (Yang et al., 2013). Este estado emocional suele ser muy exacerbado en la fase de diagnóstico (Cheng et al., 2022; Lee et al., 2023) y puede contribuir a reducir la adherencia al tratamiento, generar estancias en el hospital más largas y, en definitiva, puede afectar negativamente a la calidad de vida del paciente (Mausbach et al., 2015; Naser et al., 2021; Reich et al., 2008).

Según la literatura, se ha demostrado que la percepción de la enfermedad está muy relacionada con la aparición de la depresión y la ansiedad. Concretamente, los pacientes que perciben que no tienen control sobre su enfermedad o en el tratamiento, además de presentar más incertidumbre sobre la enfermedad, suelen mostrar mayores niveles de estos síntomas psicológicos (Richardson et al., 2017). De igual manera, los pacientes que consideran que el cáncer ejerce un gran impacto en su vida, presentan mayores afectaciones a nivel emocional (Zhang et al., 2020).

Por otro lado, se han observado que algunos factores sociodemográficos pueden afectar a la manifestación de estos síntomas, tales como la edad o el género. Este último aspecto es muy relevante pues se encuentran diferencias significativas en función de las diferentes estrategias de regulación empleadas y el apoyo social recibido.

Consecuentemente, se ha observado que las mujeres tienden a presentar mayor sintomatología depresiva y ansiosa que los hombres (Mejareh et al., 2021).

Objetivo e hipótesis

El objetivo de este estudio es evaluar la relación que se establece entre los diferentes tipos de apoyo social y sus fuentes con la calidad de vida y con los síntomas de depresión y ansiedad de los pacientes oncológicos. Además, también se estudia cómo influye la percepción de la enfermedad en la depresión y ansiedad, así como en la calidad de vida de las personas que pasan por un cáncer. De igual modo, se analiza la relación con las distintas variables sociodemográficas, de salud y de la enfermedad, como la fase de la enfermedad, el tipo de tratamiento y la presencia de recidiva.

Pese a la existencia de publicaciones sobre el impacto psicológico del cáncer en los pacientes, es necesario que se investigue de manera integrada las diferentes variables presentadas, pues en su conjunto desempeñan un papel muy influyente y decisivo en el estado global del paciente. En consecuencia, las hipótesis de esta investigación pretenden ofrecer información para aportar una mayor comprensión de esta situación, planteando que:

- Hipótesis 1: Una mayor satisfacción con el apoyo social se relaciona con una mayor calidad de vida y menores niveles de ansiedad y depresión en los pacientes oncológicos.
- Hipótesis 2: Un nivel percepción de la enfermedad más positivo (más control, menos consecuencias percibidas, mayor coherencia de la enfermedad) se asocia a niveles más bajos de depresión y ansiedad y a una mejor calidad de vida.
- Hipótesis 3: Las personas que están en tratamiento y/o han sufrido una recidiva poseen una peor calidad de vida y muestran mayores niveles de depresión y ansiedad, que aquellas personas que se encuentran en fase de revisión o no presentan recidiva.

Método

Participantes

Se limitaron como criterios de inclusión en la selección de la muestra ser mayor de edad y haber padecido de cáncer en el momento actual o encontrarse en fase de revisión. La muestra final está formada por 100 pacientes con cáncer. Las personas que participan en este estudio comprenden edades entre los 23 y los 83 años, siendo la media total 54,08 (DT= 9,49). Respecto al género, 93 pacientes son mujeres y 3 son hombres (*véase Tabla 1*). Asimismo, la muestra está conformada por pacientes que se encuentran actualmente en tratamiento y pacientes que se encuentran en fase revisión (*véase Tabla 2*).

Procedimiento

Se diseñó un formulario de Google para facilitar la cumplimentación de los distintos cuestionarios requeridos para la obtención de datos del estudio. En este, se describía el motivo de la investigación, así como información sobre la confidencialidad, el anonimato y tratamiento de los datos con fines estadísticos. Para la recogida de la muestra, se contactó con numerosas asociaciones de pacientes con cáncer de todo el territorio español. Además, se trató de promocionar y difundir en distintas redes sociales con el objetivo de llegar a un alcance mayor y maximizar la participación.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se ha empleado el programa IBM SPSS Statistics versión 29.0.2.0 (20). Se han usado estadísticos descriptivos y frecuencias para los datos sociodemográficos y de salud. La prueba t de Student para dos muestras independientes se usó para realizar comparaciones de medias de las variables cuantitativas dicotómicas, tales como la fase de la enfermedad, el tipo de tratamiento recibido (e.g., quirúrgico, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia) y la presencia de recidiva. Asimismo, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la relación entre las variables cuantitativas, como son la satisfacción con el apoyo social y la percepción de la enfermedad, con la calidad de vida y, la depresión y la ansiedad. Las variables que resultaron significativas en los análisis fueron empleadas como variables independientes en el análisis de regresión lineal múltiple.

Tabla 1*Variables sociodemográficas (N=100)*

Edad	54,08 (9,49)*
Género	% (N)
Hombre	7 (7)
Mujer	93 (93)
Estado civil	
Casado/a	58 (58)
Soltero/a	18 (18)
Divorciado/a – Separado/a	14 (14)
Pareja de hecho	6 (6)
Viudo/a	4 (4)
Nivel Académico	
Estudios universitarios o superiores terminados	50 (50)
Ahora en estudio universitario/superior	2 (2)
Bachillerato o ciclo profesional terminado	37 (37)
Solo enseñanza obligatoria (antes EGB) terminada	9 (9)
Sin ninguno de los estudios anteriores	2 (2)
Situación laboral	
Funcionario/a	18 (18)
En activo, por cuenta propia	4 (4)
En activo, contratado/a	19 (19)
En desempleo	10 (10)
Estudiante	1 (1)
Jubilado	22 (22)
Baja por enfermedad	24 (24)
Solo tareas domésticas	2 (1)
Localidad	
Málaga	60 (60)
Sevilla	29 (29)
Cádiz	3 (3)
Valencia	2 (2)
Otros	6 (6)

*Nota. *Media (Desviación típica)*

Tabla 2*Variables de salud (N=100)*

Tiempo desde el diagnóstico inicial (meses)	62,30 (57,66)*
Tipo de cáncer	% (N)
Mama	78,4 (76)
Linfoma no Hodkin	3,1 (3)
Pulmón	2,1 (2)
Tiroides	2,1 (2)
Útero	2,1 (2)
Ovarios	2,1 (2)
Piel	2,1 (2)
Médula ósea	2,1 (2)
Otros	5,9 (6)
Fase de la enfermedad	
En tratamiento	51 (51)
En revisión	49 (49)
Tipo de tratamiento	
Quirúrgico	
Sí	72 (72)
No	28 (28)
Radioterapia	
Sí	63 (63)
No	37 (37)
Quimioterapia	
Sí	66 (66)
No	34 (34)
Hormonoterapia	
Sí	47 (47)
No	53 (53)
Recidiva	
Sí	19 (19)
No	81 (81)

Nota. *Media (Desviación típica)

Diseño

Se trata de un estudio transversal correlacional basado en la metodología de encuesta y obtención de respuestas por autoinformes.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario sociodemográfico y de salud: Este cuestionario recoge información referente a los aspectos sociodemográficos, de la salud y de la enfermedad de la población objeto de estudio. Respecto a las variables sociodemográficas, se consideran el género, la edad, el estado civil, la situación laboral y el nivel educativo. En cuanto a las variables de la salud y de la enfermedad, se indaga sobre el tipo de cáncer diagnosticado, la fase de la enfermedad, si han experimentado una recidiva, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial y los tratamientos recibidos, tales como la quimioterapia, la radioterapia, la hormonoterapia y la cirugía.

Cuestionario de Calidad de vida: EORTC-QLQ C-30-Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (Aronson et al., 1993). En este estudio, se emplea la versión adaptada a la población española de Arrarás et al. (1995). Este instrumento evalúa, de manera autoadministrada por el paciente, distintas facetas de la calidad de vida de la persona. Cuenta con 30 ítems de escala tipo Likert. Los primeros 28 ítems tienen una puntuación entre 1 y 4 (1= “En absoluto”; 2= “Un poco”; 3= “Bastante”; 4= “Mucho”), los cuales están formados por un área de funcionamiento, constituido por 5 escalas funcionales, y por un área de síntomas, constituido por 3 escalas y 6 ítems que hacen referencia a los síntomas del paciente. Por otra parte, los ítems 29 y 30 puntúan entre 1 (“Pésima”) y 7 (“Excelente”) y forman la escala de estado global de salud. Las escalas funcionales comprenden la escala de funcionamiento físico (e.g., “¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?”), el funcionamiento de rol (e.g., “¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?”), el funcionamiento cognitivo (e.g., “¿Ha tenido dificultad para concentrarse?”), el funcionamiento emocional (e.g., “¿Se sintió nervioso?”), y el funcionamiento social (e.g., “¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?”). En el área de síntomas, se evalúan las escalas/ítems de fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades económicas. Las puntuaciones obtenidas son transformadas en una escala de 0 a 100. Una alta calidad de vida se refleja con las puntuaciones elevadas en las escalas funcionales y en la escala global. No obstante, una alta puntuación en las escalas e ítems de síntomas representa una menor calidad de vida. En este estudio, la escala muestra una fiabilidad de Alfa de Cronbach $\alpha = 0,902$.

Cuestionario de Frecuencia y Satisfacción con el Apoyo social: QFSSS (García-Martín et al., 2016). Este cuestionario mide, de manera autoadministrada por el paciente, el grado de satisfacción con apoyo social. Se evalúa este aspecto con tres tipos de apoyo social (emocional, instrumental e informacional) recibidos de cuatro fuentes diferentes de apoyo (familia, pareja, amigos y personal sanitario). Para cada tipo de fuente de apoyo, se le pregunta a la persona por los tres tipos de apoyo (e.g., En el contexto de los amigos: “Ayuda emocional: Le dan cariño, afectos o le escuchan cuando quiere hablar y expresar sus sentimientos; Ayuda instrumental: Le presta ayuda directa para sus cuidados, acompañarlo en las visitas al médico, acompañarle a dar paseos o hacer ejercicio físico; Ayuda informacional: Le proporciona información y consejos útiles para resolver sus dudas”). Los ítems puntúan en una escala Likert de 1 a 5 (1= “Insatisfecho”; 2= “Poco satisfecho”; 3= “Algo satisfecho”; 4= “Bastante satisfecho”; 5= “Muy satisfecho”). Se hace uso de la puntuación media obtenida para cada tipo y fuente de apoyo recibido. En este estudio, el cuestionario muestra una fiabilidad de Alfa de Cronbach $\alpha = 0.896$.

Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad: BIPQ (Broadbent et al., 2006). Este cuestionario es una versión corta del cuestionario IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002) y en este estudio se usa la adaptación a la población española de Pacheco-Huergo et al. (2011). Al tratarse este cuestionario una versión reducida, se puede emplear en situaciones con mayor límite de tiempo y evalúa, de manera autoadministrada, las representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad de los pacientes. Este cuestionario nos proporciona como resultados 5 representaciones cognitivas, tales como consecuencias (“¿Cuánto afecta su enfermedad a su vida?”), duración (“¿Cuánto cree usted que durará su enfermedad?”), control personal (“¿Cuánto control siente usted que tiene sobre su enfermedad?”), control de tratamiento (“¿En qué medida cree usted que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad?”) e identidad (“¿En qué medida siente usted síntomas debidos a su enfermedad?”); y 2 representaciones emocionales: preocupaciones (“¿En qué medida está usted preocupado por su enfermedad?”) y emociones (“¿En qué medida lo afecta emocionalmente su enfermedad? (Es decir, ¿lo hace sentirse con rabia, asustado, enojado o deprimido?)”). Los ítems puntúan en una escala Likert de 0 a 10. En este estudio, el cuestionario muestra una fiabilidad de Alfa de Cronbach $\alpha = 0.702$

Escala Hopkins Symptom Checklist-25 para la detección de depresión: HSCL-25 (Derogatis et al., 1974). En el presente estudio se usa la adaptación al castellano (Clavería et al., 2020). Esta escala se pasa de manera autoadministrada a los sujetos y es una

herramienta que se usa para el cribado en la detección de síntomas de depresión y de ansiedad. Está compuesto por 25 ítems, que se dividen en dos dimensiones. La primera de estas corresponde a la dimensión de ansiedad (e.g., “Se asusta sin motivo”), y la otra dimensión hace referencia a la depresión (e.g., “Se siente sin esperanza”). Los ítems puntúan en una escala Likert del 1 al 4 (1= “En absoluto”; 2= “Un poco”; 3= “Bastante”; 4= “Mucho”). Con esta escala se obtienen dos puntuaciones, una puntuación de depresión y otra de ansiedad. En este estudio, la escala muestra una fiabilidad de Alfa de Cronbach $\alpha = 0.952$.

Resultados

Diferencias de medias

En la tabla 3 se muestran las diferencias de las medias de la escala global de salud, las escalas funcionales, y la depresión y ansiedad para la fase de la enfermedad, tipo de tratamiento y recidiva. Los resultados reflejan que las personas que están en fase de revisión presentan una mayor puntuación en el estado global de salud (EGS), así como en el funcionamiento físico, en el funcionamiento de rol y en el funcionamiento social. En relación con este último, se comprueba que las personas que no son tratadas con quimioterapia presentan niveles más altos en el funcionamiento social respecto a quienes sí reciben ese tratamiento. Igualmente, se observa menor puntuación en las escalas de funcionamiento y estado global de salud, así como mayor depresión en pacientes que han tenido recidiva.

Por otro lado, en la tabla 4 se presentan las diferencias de las medias de las escalas/ítems de síntomas para la fase de la enfermedad, el tipo de tratamiento y la recidiva. Aquellos pacientes que se encuentran en tratamiento exhiben mayores niveles de síntomas tales como fatiga, dolor y disnea. En cuanto al tipo de tratamiento, se refleja que los pacientes que reciben quimioterapia tienen más problemas de náuseas y vómitos. De igual modo, aquellas personas que son tratadas con radioterapia y/o con hormonoterapia tienen más problemas gastrointestinales que los pacientes que no han recibido estos tipos de tratamiento. La hormonoterapia también genera más problemas de sueño como el insomnio. Por último, se destaca que los individuos que han sufrido recidiva de la enfermedad muestran más síntomas de fatiga, insomnio y pérdida de apetito.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de la escala global se salud y las escalas funcionales, así como la depresión y ansiedad, y pruebas t de Student para dos muestras independientes según la fase de la enfermedad, el tipo de tratamiento y la recidiva.

	EGS		Func. físico		Func. de rol		Func. emo.		Func. cog.		Func. social		Depresión		Ansiedad	
	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t
Fase	54,57 (27,19)	-3,997**	71,89 (24,19)	-3,054*	54,57 (34,33)	-3,381**	50,49 (29,9)	-8,51	52,61 (30,43)	-1,066	46,40 (30,96)	-2,354*	1,98 (0,66)	1,574	2 (0,73)	0,411
Tratamiento																
En revisión	73,29 (19,09)		83,80 (13,54)		74,14 (22,58)		55,27 (26,05)		58,84 (27,86)		60,54 (29,01)		1,79 (0,54)		1,94 (0,58)	
Quirúrgico	58,33 (27,59)	-1,342	78,80 (21,39)	,326	60,71 (35,77)	-,635	55,05 (26,48)	,493	61,3 (30,1)	1,207	57,14 (30,9)	,772	1,86 (0,68)	-,289	1,96 (0,76)	-,119
No	65,85 (24,19)		77,31 (20,28)		65,5 (28,57)		51,96 (28,78)		53,47 (28,79)		51,85 (30,71)		1,90 (0,59)		1,98 (0,63)	
Quimioterapia	65,68 (24,51)	,548	81,56 (16,9)	1,348	67,15 (28,57)	,698	56,68 (23,78)	1,031	60,29 (26,91)	1,138	61,27 (28,93)	1,880*	1,86 (,54)	-,378	1,90 (,57)	-,733
No	62,75 (25,78)		75,75 (21,99)		62,62 (31,76)		50,75 (29,91)		53,28 (30,27)		49,24 (30,99)		1,91 (,65)		2,01 (,70)	
Radioterapia	58,78 (24,84)	-1,522	76,21 (22,3)	-,565	60,36 (31,26)	-,951	50,9 (28,65)	-,526	61,26 (25,77)	1,476	54,50 (33,71)	,291	1,88 (0,66)	-,177	1,98 (0,7)	,078
No	66,66 (25,26)		78,62 (19,49)		66,4 (30,3)		53,96 (27,87)		52,38 (30,79)		52,64 (29,05)		1,90 (0,59)		1,97 (0,64)	
Hormonoterapia	61,47 (25,06)	-,954	76,60 (20,94)	-,583	64,46 (30,31)	,103	54,87 (27,27)	,771	59,43 (28,59)	1,375	54,08 (32,83)	,260	1,86 (0,62)	-,601	1,94 (0,67)	-,564
No	66,31 (25,53)		79,01 (20,14)		63,82 (31,33)		50,53 (29,04)		51,41 (29,65)		52,48 (28,44)		1,93 (0,61)		2,01 (0,66)	
Recidiva	67,18 (24,80)	2,906*	81,39 (17,69)	3,234*	68,10 (29,48)	2,741*	55,34 (26,78)	1,875*	58,02 (27,65)	1,681*	56,37 (30,34)	2,082*	1,83 (0,61)	-,2073*	1,93 (0,66)	-,1204
No	49,12 (22,37)		62,10 (24,55)		47,36 (30,56)		42,1 (31,48)		45,61 (34,17)		40,35 (29,56)		2,15 (0,58)		2,14 (0,66)	

*Nota: *p≤0,05; **p≤0,01*

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de las escalas/items de síntomas, y pruebas t de Student para dos muestras independientes según la fase de la enfermedad, el tipo de tratamiento y la recidiva.

	Fatiga		Náusea y vómito		Dolor		Disnea		Insomnio		Pérdida de apetito		Estreñimiento		Diarrea		Dif. Econ.	
	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t
Fase	57,08 (29,89)	1,782*	17,64 (20,29)	,504	50,98 (34,70)	1,868*	20,91 (25,78)	2,082*	58,16 (33,89)	1,569	23,52 (26,91)	,569	28,75 (25,83)	-0,089	19,60 (26,81)	-0,921	39,21 (35,71)	1,010
Tratamiento	46,93 (26,86)		15,30 (25,42)		39,79 (24,48)		11,56 (18,69)		47,61 (33,33)		20,40 (27,90)		29,25 (29,37)		24,48 (26,15)		31,97 (35,97)	
En revisión	50 (29,39)	-4,465	15,47 (17,52)	-3,320	41,07 (30,92)	-9,04	16,66 (26,44)	,090	53,57 (33,13)	,105	28,57 (26,78)	1,510	25 (25,05)	-9,07	20,23 (26,19)	-4,413	33,33 (33,94)	-4,404
Quirúrgico	52,93 (28,67)		16,89 (25,09)		47,22 (30,38)		16,20 (21,66)		52,77 (34,37)		19,44 (27,26)		30,55 (28,38)		22,68 (26,72)		36,57 (36,75)	
Sí	45,75 (25,77)	-1,599	10,78 (16,35)	-2,054*	41,17 (30,76)	-1,017	14,70 (20,41)	-5,07	54,90 (32,70)	,401	18,62 (24,87)	-8,85	24,50 (29,93)	-1,175	16,66 (24,95)	-1,454	33,33 (36,69)	-4,465
Quimioterapia	55,38 (29,84)		19,44 (25,58)		47,72 (30,36)		17,17 (24,27)		52,02 (34,65)		23,73 (28,50)		31,31 (26,06)		24,74 (26,99)		36,86 (35,62)	
Sí	49,24 (26,25)	-7,761	12,61 (17,30)	-1,427	42,34 (30,83)	-7,792	15,31 (21,65)	-3,38	54,05 (29,76)	,237	19,81 (26,59)	-6,10	28,82 (26,24)	-0,047	15,31 (23,03)	-1,963*	33,33 (36,67)	-4,497
Radioterapia	53,79 (30,21)		18,78 (25,83)		47,35 (30,41)		16,93 (23,85)		52,38 (36,27)		23,28 (27,84)		29,10 (28,39)		25,92 (27,72)		37,03 (34,96)	
No	49,26 (26,99)	-1,051	13,52 (17,91)	-1,338	42,13 (29,70)	-1,172	18,86 (24,02)	1,174	47,16 (32,31)	-1,850*	22,64 (27,56)	,248	28,93 (28,52)	-0,027	16,98 (22,28)	-2,045*	33,96 (37,26)	-5,503
Hormonoterapia	55,31 (30,63)		19,85 (27,72)		49,29 (31,26)		13,47 (21,60)		59,57 (34,70)		21,27 (27,29)		29,07 (26,57)		27,65 (29,74)		37,58 (34,48)	
Sí	48,69 (28,73)	-2,516*	14,81 (22,97)	-1,513	43,41 (29,54)	-1,418	14,81 (22,97)	-1,371	49,79 (34,20)	-2,179*	19,75 (25,70)	-1,716*	27,57 (27,78)	-1,074	22,63 (26,26)	-4,492	32,92 (35,93)	-1,593
Recidiva	66,66 (24,56)		23,68 (23,11)		54,38 (33,72)		22,80 (22,36)		66,66 (29,39)		31,57 (32,57)		35,08 (25,99)		19,29 (27,92)		47,36 (33,91)	

*Nota: *p≤0,05; **p≤0,01*

Relación del apoyo social y la percepción de la enfermedad con la calidad de vida, y la depresión y la ansiedad

En la tabla 5 se muestran los coeficientes de correlación de las distintas dimensiones del apoyo social con las escalas que conforman la calidad de vida, y la depresión y la ansiedad. La escala global de salud se relaciona con distintas fuentes y tipos de apoyo social. En concreto, respecto a la familia, se observa que se relaciona positivamente con el apoyo informacional; mientras que, en el ámbito de la pareja, los amigos y el personal sanitario, se ha observado que esta relación se da para los tres tipos de apoyo existentes (emocional, instrumental e informacional). En el funcionamiento físico, se encuentra una relación positiva con el apoyo informacional ofrecido por la familia, así como el apoyo emocional, instrumental e informacional brindado por parte de los amigos y el personal sanitario. En cuanto el funcionamiento del rol se muestra que hay una relación positiva para el apoyo familiar informacional, además de los tres tipos de apoyo proporcionados por el personal sanitario. En el funcionamiento emocional, la relación positiva se establece con el apoyo familiar instrumental e informacional. Asimismo, esta relación positiva también sucede con el apoyo de la pareja, los amigos y el personal sanitario para las distintas formas de apoyo. El funcionamiento cognitivo, presenta una relación positiva con el apoyo informacional de la familia y la pareja, así como el apoyo instrumental sanitario. Para el funcionamiento social, se establece una relación positiva para las distintas formas y fuentes de apoyo, exceptuando el apoyo familiar emocional e instrumental, además del apoyo informacional del personal sanitario. Por otro lado, se observa que las distintas fuentes y tipos de apoyo se relacionan negativamente con determinados síntomas. En específico, esta relación se observa en la fatiga y en las dificultades económicas. De igual modo, se establece una relación negativa de dolor con las diferentes fuentes y tipo de apoyo social, a excepción del apoyo emocional de la familia y pareja. En lo que se refiere a la disnea, se muestra una relación negativa con las distintas fuentes y tipos de apoyo social, exceptuando el apoyo emocional de los amigos y del personal sanitario, así como el apoyo informacional de los profesionales de la salud. Para el insomnio, se establece una relación negativa con las diferentes fuentes y tipos de apoyo, menos con el apoyo emocional brindado por los amigos. En la pérdida de apetito, se encuentra una reducción de la puntuación del síntoma con el apoyo emocional e instrumental familiar y el apoyo emocional de los amigos. En los problemas gastrointestinales, hay una relación negativa con el apoyo instrumental de la familia y de la pareja. De cara a la depresión y la ansiedad, se exhibe una relación

negativa, y, por tanto, una mejora de dichos síntomas, con las distintas fuentes y tipos de apoyo social.

En la tabla 6 se muestran los coeficientes de correlación de las distintas dimensiones de la percepción de la enfermedad con las escalas que conforman la calidad de vida, y la depresión y ansiedad. Por un lado, las consecuencias que percibe la persona sobre su enfermedad se relacionan negativamente con el estado global de salud, así como con las distintas escalas funcionales. Para los síntomas, a excepción del estreñimiento, se muestra una relación positiva, lo que indica que estos se muestran exacerbados. Del mismo modo, esto sucede para la depresión y la ansiedad. Sobre la duración esperada de la enfermedad, se establece una relación negativa con el estado global de salud y las distintas escalas funcionales. Además, se establece una relación positiva con los síntomas de fatiga, dolor, disnea, insomnio y dificultades económicas. En cuanto a la depresión y la ansiedad, la relación con la duración esperada es positiva. Por otro lado, un mayor control personal de la enfermedad muestra una relación positiva con la escala global de salud, el funcionamiento físico, el funcionamiento de rol y el funcionamiento social; y una relación negativa con los síntomas de depresión y la ansiedad. Para el control del tratamiento, se establece una relación positiva con la escala global de salud, y una relación negativa con la depresión. En las dimensiones de identidad y preocupación, hay una relación negativa con el estado global de salud y las distintas escalas funcionales, y una relación positiva para la fatiga, dolor, disnea, insomnio, pérdida de apetito y dificultades económicas, así como con la depresión y la ansiedad. Cabe destacar, que también existe una relación positiva entre los problemas gastrointestinales y la identidad. Sobre la afectación emocional, se exhibe una relación negativa con el estado global de salud y las distintas escalas funcionales, además de una relación positiva con la fatiga, dolor, disnea, insomnio y dificultades económicas. Del mismo modo, también se muestra una relación positiva con la depresión y la ansiedad.

Tabla 5

Matriz de correlaciones entre la satisfacción del apoyo social con la calidad de vida, y la depresión y ansiedad.

	Familia			Pareja			Amigos			Personal Sanitario		
	Emo	Inst	Info	Emo	Inst	Info	Emo	Inst	Info	Emo	Inst	Info
EGS	,114	,151	,341**	,117*	,189*	,199*	,208*	,191*	,242**	,266**	,374**	,278**
Func. físico	,142	,146	,301**	,118	,154	,137	,234**	,210*	,181*	,178*	,285**	,266**
Func. de rol	,088	,117	,374**	,063	,115	,136	,068	,110	,146	,259**	,365**	,314**
Func. emocional	,118	,199*	,274**	,215*	,262**	,262**	,227*	,215*	,190*	,197*	,258**	,228*
Func. cognitivo	,087	0,71	,234**	,128	,119	,183*	,046	,102	,111	,133	,171*	,119
Func. social	,104	,139	,201*	,237*	,245*	,216*	,202*	,277**	,213*	,193*	,203*	,111
Fatiga	-,260**	-,288**	-,352**	-,285**	-,322**	-,337**	-,206*	-,176*	-,229*	-,177*	-,322**	-,227*
Náuseas y vómitos	-,131	-,046	-,053	-,096	-,123	-,063	-,051	,008	-,037	,015	-,032	-,028
Dolor	-,158	-,223*	-,294**	-,149	-,189*	-,233*	-,270**	-,363**	-,296**	-,323**	-,326**	-,315**
Disnea	-,206*	-,277**	-,278**	-,224*	-,312**	-,283**	-,104	-,249**	-,196*	-,129	-,254**	-,129
Insomnio	-,166*	-,290**	-,354**	-,179*	-,266**	-,283**	-,121	-,212*	-,211*	-,197*	-,356**	-,307**
Pérdida de apetito	-,173*	-,174*	-,138	-,140	-,145	-,086	,173*	-,057	-,098	,044	-,089	-,057
Estreñimiento	-,114	-,061	-,065	-,164	-,145	-,143	-,049	,039	-,052	,024	-,094	,008
Diarrea	-,128	-,191*	-,132	-,137	-,197*	-,125	-,045	-,030	,025	-,037	-,020	-,002
Dif. económicas	-,240**	-,180*	-,273**	-,259**	-,308**	-,333*	-,206*	-,291**	-,195*	-,265**	-,253**	-,232*
Depresión	-,387**	-,401**	-,463**	-,428**	-,370**	-,437**	-,323**	-,347**	-,286**	-,337**	-,365**	-,359**
Ansiedad	-,244**	-,327**	-,406**	-,256**	-,264**	-,326**	-,236**	-,302**	-,230*	-,319**	-,352**	-,342**

*Nota: *p≤0,05; **p≤0,01*

Tabla 6

Matriz de correlaciones entre la percepción de la enfermedad con la calidad de vida, y la depresión y ansiedad.

	Consecuencias	Duración esperada	Control personal	Control de tratamiento	Identidad	Preocupación	Comprensión de la enfermedad	Afectación emocional
EGS	-,508**	-,391**	,232*	,326**	-,515**	-,260**	,058	-,377**
Func. físico	-,584**	-,398**	,189*	,074	-,524**	-,397**	-,118	-,421**
Func. de rol	-,555**	-,449**	,198*	,120	-,524**	-,379**	-,007	-,458**
Func. emocional	-,536**	-,309**	,142	,133	-,424**	-,454**	-,021	-,504**
Func. cognitivo	-,434**	-,313**	,157	-,040	-,467**	-,362**	-,020	-,415**
Func. social	-,579**	-,396**	,216*	,010	-,483**	-,456**	-,089	-,513**
Fatiga	,474**	,292**	-,105	-,098	,460**	,292**	,086	,409**
Náuseas y vómitos	,267**	,018	-,033	-,022	,087	,011	,014	,158
Dolor	,488**	,236**	-,023	-,132	,503**	,356**	,038	,338**
Disnea	,381**	,291**	-,138	-,014	,359**	,266**	,079	,360**
Insomnio	,437**	,424**	-,162	<,000	,534**	,355**	,136	,480**
Pérdida de apetito	,221*	-,046	-,104	-,061	,041	,086	-,057	,106
Estreñimiento	,036	-,084	-,008	-,061	,063	-,017	-,087	,078
Diarrea	,219*	0,032	-,099	,010	,242**	,040	,005	,131
Dif. económicas	,488**	,239**	-,147	-,116	,453**	,396**	,022	,473**
Depresión	,548**	,469**	-,325**	-,197*	,528**	,500**	,076	,561**
Ansiedad	,480**	,339**	-,226*	-,111	,487**	,507**	,058	,538**

*Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$*

Modelos predictivos de la calidad de vida, y de la depresión y ansiedad.

Para poder establecer qué factores pueden ser predictores de las diferentes dimensiones de la calidad de vida y de la depresión y ansiedad, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple. Para ello, se emplea como variable dependiente de cada modelo las dimensiones de la calidad, así como la depresión y la ansiedad. Como variable predictora, se establecen las variables referidas a los distintos tipos y fuentes de apoyo social, junto a las variables pertinentes a la percepción de la enfermedad, así como las variables sociodemográficas y de salud que han sido significativas en los análisis previos realizados.

Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple exhiben modelos significativos para la escala global de salud, las escalas funcionales, y la depresión y la ansiedad (*véase tabla 7*). Para la escala global de salud, la ecuación de regresión tiene una $R^2 = 0,442$, $F = 18,822$, $p < 0,001$. La satisfacción con el apoyo sanitario instrumental ($\beta = 0,220$, $p = 0,005$) y el control del tratamiento ($\beta = 0,185$, $p = 0,029$) contribuyen a mejorar el estado de salud global del individuo. Del mismo modo, se observa que estar en la fase de revisión de la enfermedad ($\beta = 0,265$, $p = 0,001$), se relaciona con mayores niveles en esta escala. No obstante, que el paciente perciba grandes consecuencias de la enfermedad ($\beta = -0,396$, $p = <,001$) se relaciona con un peor estado global de salud. Por otro lado, para el funcionamiento físico la ecuación de regresión tiene una $R^2 = 0,414$, $F = 22,609$, $p < 0,001$. El apoyo sanitario instrumental ($\beta = 0,171$, $p = 0,035$) predice una mejoría en esta escala, así como no presentar recidiva de la enfermedad ($\beta = -0,214$, $p = 0,010$). En cambio, presentar severas consecuencias en la enfermedad ($\beta = -0,489$, $p = 0,001$) predice un peor funcionamiento físico. La ecuación de regresión del funcionamiento de rol tiene una $R^2 = 0,442$, $F = 23,408$, $p < 0,001$. El apoyo sanitario instrumental ($\beta = 0,271$, $p < 0,001$) y estar en fase de revisión ($\beta = 0,219$, $p = 0,007$) predice un mejor funcionamiento de rol, mientras que presentar más consecuencias ($\beta = -0,457$, $p < 0,001$) de la enfermedad lo reduce. La ecuación de regresión para el funcionamiento emocional tiene una $R^2 = 0,350$, $F = 23,187$, $p < 0,001$. Una mayor preocupación ($\beta = -0,264$, $p < 0,013$) y más consecuencias ($\beta = -0,405$, $p < 0,001$) predice un peor funcionamiento en dicha dimensión. Respecto al funcionamiento cognitivo, la ecuación de regresión tiene una $R^2 = 0,347$, $F = 22,829$, $p < 0,001$. Percibir más consecuencias ($\beta = -0,330$, $p = 0,005$) y una mayor atribución del número de síntomas sobre la enfermedad ($\beta = -0,319$, $p = 0,006$) predice un peor funcionamiento cognitivo. En el

funcionamiento social, la ecuación de regresión tiene una $R^2=0,335$ $F = 49,324$, $p < 0,001$. Se muestra que a mayor número de consecuencias percibidas ($\beta = -0,579$, $p < 0,001$) se predice un peor funcionamiento social. En cuanto a la depresión, se establece una ecuación de regresión en la que se tiene una $R^2=0,606$ $F = 25,584$, $p < 0,001$. Se observa que una mayor satisfacción del apoyo de la familia informativa ($\beta = -0,211$, $p=0,008$) y emocional de la pareja ($\beta = -0,214$, $p=0,005$), así como mayor sensación de controlabilidad personal de la enfermedad ($\beta = -0,234$, $p=0,001$), predicen niveles más reducidos de depresión. En cambio, dicho síntoma se aumenta en el caso de que se muestran más consecuencias ($\beta = 0,312$, $p < 0,001$) y se presente más preocupación ($\beta = 0,252$, $p=0,003$) sobre el cáncer. Para la ansiedad, el modelo de ecuación de regresión que se establece tiene una $R^2=0,431$ $F = 21,472$, $p < 0,001$. Del mismo modo que ocurría con la depresión, que el paciente perciba más consecuencias ($\beta = 0,252$, $p=0,015$) y más niveles de preocupación ($\beta = 0,373$, $p < 0,001$), predice un aumento de la sintomatología ansiosa. En cambio, se observa que una mayor satisfacción con el apoyo familiar informativo predice una reducción de dicho síntoma ($\beta = -0,218$, $p=0,014$).

En cuanto a las escalas/ítems de síntomas también resultan modelos significativos (véase tabla 8). La ecuación de regresión para la fatiga tiene una $R^2=0,280$ $F = 18,830$, $p < 0,001$. La satisfacción con el apoyo sanitario instrumental ($\beta = -0,239$, $p=0,008$) predice una mejoría del síntoma, mientras que percibir más consecuencias ($\beta = 0,428$, $p < 0,001$) lo agrava. Sobre las náuseas y vómitos, la ecuación de regresión tiene una $R^2=0,071$, $F = 7,525$, $p=0,007$. Del mismo modo que ocurre con la fatiga, tener más consecuencias ($\beta = 0,267$, $p=0,007$) predice un aumento de náuseas y vómitos. Respecto al dolor, la ecuación de regresión tiene una $R^2=0,346$, $F = 16,911$, $p < 0,001$. La satisfacción con el apoyo sanitario emocional ($\beta = -0,222$, $p=0,010$) se relaciona con una mejoría del dolor. Sin embargo, presentar más consecuencias ($\beta = 0,262$, $p=0,018$) y una mayor atribución del número de síntomas ($\beta = 0,291$, $p=0,009$) empeora dicho síntoma. Para la disnea, la ecuación de regresión que se establece tiene una $R^2=0,230$, $F = 8,454$, $p < 0,001$. Contar con una mayor satisfacción del apoyo de la pareja tipo instrumental ($\beta = -0,261$, $p=0,012$) predice una mejoría de este problema, pero presentar más consecuencias ($\beta = 0,252$, $p=0,013$) y encontrarse en la fase de tratamiento ($\beta = -0,205$, $p=0,043$) del cáncer agrava el síntoma. La ecuación de regresión que se establece para el insomnio tiene una $R^2=0,390$, $F = 18,093$, $p < 0,001$. Percibir que la enfermedad tiene más síntomas ($\beta = 0,388$, $p < 0,001$) y una mayor duración de lo esperado ($\beta = 0,284$,

$p=0,003$), empeora este problema de sueño. Un mayor grado de satisfacción del apoyo de la pareja de tipo informacional ($\beta = -0,176, p=0,051$), tiende a predecir una mejoría del síntoma. Para la pérdida de apetito, se establece una ecuación de regresión en la que se tiene una $R^2= 0,049, F = 5,016 p= 0,027$. Tener más consecuencias de la enfermedad ($\beta = 0,221 p=0,027$), predice un empeoramiento del síntoma. La ecuación de regresión que se establece para los problemas gastrointestinales tiene una $R^2= 0,098, F = 4,663 p= 0,012$. Contar con una mayor satisfacción del apoyo de la pareja tipo instrumental ($\beta = -0,212 p=0,042$), predice una mejoría del síntoma. Si bien, recibir tratamiento de hormonoterapia ($\beta = 0,244 p=0,020$), predice un empeoramiento del síntoma. Por último, la ecuación de regresión que se establece para las dificultades económicas tiene una $R^2= 0,328, F = 20,971 p < 0,001$. Que el paciente perciba una mayor atribución del número de síntomas ($\beta = 0,323 p=0,005$), y que presente más afectación emocional ($\beta = 0,315 p=0,006$), predice un empeoramiento de las dificultades económicas.

Tabla 7

Análisis de regresión lineal múltiple para el estado global de salud, las escalas funcionales y la depresión y ansiedad (N=100).

EGS					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado Beta	t	Sig.
	B	Error estándar			
(constante)	32,701	11,464		2,853	,005*
Apoyo Sanitario Instrumental	4,477	1,716	,220	2,609	,011*
Consecuencias	-3,528	,712	-,396	-4,956	<,001**
Control tratamiento	2,059	,930	,185	2,215	,029*
Fase de la enfermedad	13,334	3,964	,265	3,364	,001**
$R=,665 R^2= ,442 R^2$ ajustado=,419 $F=18,822$ Sig= <,001**					
Funcionamiento físico					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado Beta	t	Sig.
	B	Error estándar			
(constante)	91,612	6,505		14,084	<,001**
Apoyo Sanitario Instrumental	2,817	1,314	,171	2,143	,035*
Consecuencias	-3,539	,599	-,489	-5,905	<,001**
Recidiva	-11,132	4,246	-,214	-2,622	,010*
$R=,643 R^2= ,414 R^2$ ajustado=,396 $F=22,609$ Sig= <,001**					

Funcionamiento de rol					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	51,043	12,816		3,983	<,001**
Apoyo Sanitario Instrumental	6,678	1,949	,271	3,426	<,001**
Consecuencias	-4,937	,874	-,457	-5,651	<,001**
Fase de la enfermedad	13,367	4,838	,219	2,763	,007*

$R=,650$ $R^2=,442$ R^2 ajustado= $,404$ $F=23,408$ Sig= $<,001$ **

Funcionamiento emocional					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	95,640	7,015		13,634	<,001**
Consecuencias	-4,059	1,041	-,405	-3,900	<,001**
Preocupación	-2,522	,989	-,264	-2,549	,013*

$R=,592$ $R^2=,350$ R^2 ajustado= $,335$ $F=23,187$ Sig= $<,001$ **

Funcionamiento cognitivo					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	96,294	6,682		14,412	<,001**
Consecuencias	-3,495	1,203	-,330	-2,904	,005*
Identidad	-3,216	1,145	-,319	-2,808	,006*

$R=,589$ $R^2=,347$ R^2 ajustado= $,332$ $F=22,829$ Sig= $<,001$ **

Funcionamiento social					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	91,620	6,005		15,258	<,001**
Consecuencias	-6,266	,892	-,579	-7,023	<,001**

$R=,579$ $R^2=,335$ R^2 ajustado= $,328$ $F=49,324$ Sig= $<,001$ **

Depresión					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	2,156	,262		8,240	<,001**
Apoyo Familiar Informativo	-,112	,041	-,211	-2,729	,008
Apoyo Pareja Emocional	-,107	,037	-,214	-2,868	,005
Consecuencias	,069	,019	,312	3,648	<,001**
Control personal	-,048	0,14	-,234	-3,320	,001**
Preocupación	,053	,017	,252	3,044	,003*

$R=,779$ $R^2=,606$ R^2 ajustado= $,583$ $F=25,584$ Sig= $<,001$ **

Ansiedad					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado	t	Sig.
	B	Error estándar			
(constante)	1,448	,279		5,184	<,001**
Apoyo Familiar Informativo	-,127	,051	-,218	-2,503	,014*
Consecuencias	,061	,024	,252	2,495	,015
Preocupación	,085	,022	,373	3,812	<,001**

$R=,657$ $R^2=,431$ R^2 ajustado= $,411$ $F=21,472$ Sig= $<,001$ **

Nota 1. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Nota 2. Fase de la enfermedad: 1=En tratamiento y 2=En revisión; Recidiva: 0=No y 1=Sí.

Tabla 8

Análisis de regresión lineal múltiple para las escalas/items de síntomas (N=100).

Fatiga					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado	t	Sig.
	B	Error estándar			
(constante)	44,947	10,064		4,466	<,001**
Apoyo Sanitario Instrumental	-5,529	2,032	-,239	-2,271	,008*
Consecuencias	4,340	,891	,428	4,870	<,001**

$R=,529$ $R^2=,280$ R^2 ajustado= $,265$ $F=18,830$ Sig= $<,001$ **

Náuseas y vómitos					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado	t	Sig.
	B	Error estándar			
(constante)	3,178	5,349		,594	,554
Consecuencias	2,180	,795	,267	2,743	,007*

$R=,267$ $R^2=,071$ R^2 ajustado= $,062$ $F=7,525$ Sig= $,007$ *

Dolor					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado	t	Sig.
	B	Error estándar			
(constante)	28,889	10,758		2,685	,009*
Apoyo Sanitario Instrumental	-5,340	2,072	-,222	-2,631	,010*
Consecuencias	2,820	1,167	,262	2,416	,018*
Identidad	3,023	1,132	,291	2,670	,009*

$R=,588$ $R^2=,346$ R^2 ajustado= $,325$ $F=16,911$ Sig= $<,001$ **

Disnea					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado Beta	t	Sig.
	B	Error estándar			
(constante)	36,820	13,913		2,647	,010*
Apoyo Pareja Instrumental	-4,665	1,806	-,261	-2,582	,012*
Consecuencias	2,142	,845	,262	2,535	,013*
Fase de la enfermedad	-9,417	4,579	-,205	-2,057	,043*

$R=,479$ $R^2=,230$ R^2 ajustado=,203 $F=8,454$ Sig= <,001**

Insomnio					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado Beta	t	Sig.
	B	Error estándar			
(constante)	24,859	12,027		2,067	,042*
Apoyo Pareja Informativa	-4,437	2,245	-,176	-1,976	,051
Duración	2,737	,904	,284	3,029	,003*
Identidad	4,468	1,124	,388	3,975	<,001**

$R=,624$ $R^2=,390$ R^2 ajustado=,368 $F=18,093$ Sig= <,001**

Pérdida de apetito					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado Beta	t	Sig.
	B	Error estándar			
(constante)	9,014	6,386		1,411	,161
Consecuencias	2,125	,949	,221	2,240	,027*

$R=,221$ $R^2=,049$ R^2 ajustado=,039 $F=5,016$ Sig= ,027*

Diarrea					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado Beta	t	Sig.
	B	Error estándar			
(constante)	32,446	9,237		3,513	<,001**
Apoyo Pareja Instrumental	-4,373	2,121	-,212	-2,062	,042*
Tratamiento de hormonoterapia	12,941	5,451	,244	2,374	,020**

$R=,313$ $R^2=,098$ R^2 ajustado=,077 $F=4,663$ Sig= ,012*

Dificultades económicas					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente estandarizado Beta	t	Sig.
	B	Error estándar			
(constante)	-13,561	8,531		-1,590	,116
Identidad	3,984	1,377	,323	2,893	,005*
Afectación emocional	3,869	1,373	,315	2,817	,006*

$R=,573$ $R^2=,328$ R^2 ajustado=,312 $F=20,971$ Sig= <,001**

Nota 1. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Nota 2. Fase de la enfermedad: 1=En tratamiento y 2=En revisión; Recidiva: 0=No y 1=Sí; Tratamiento de hormonoterapia: 0=No y 1=Sí.

Discusión y conclusiones

El propósito de este estudio es analizar cómo influye el apoyo social y la percepción de la enfermedad tanto en la calidad de vida, como en la depresión y ansiedad en los pacientes oncológicos tomando en consideración la fase de la enfermedad, el tipo de tratamiento y la presencia de recidiva. Los resultados obtenidos confirman las hipótesis presentadas.

En lo referido a la primera hipótesis, los datos reflejan que una mayor satisfacción con el apoyo social recibido mejora la calidad de vida del paciente, tal como es confirmado por diversos estudios (Villanova-Quiroga et al., 2018; Ruiz-Rodríguez et al., 2021a,b). Asimismo, se contempla que el apoyo influye en la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa, lo cual es corroborado por otras investigaciones (Hofman et al., 2021; Hughes et al., 2014). Si bien, aunque es cierto que las distintas fuentes y tipo de apoyo ejercen efectos positivos en la calidad de vida del paciente, los hallazgos encontrados desatacan el papel protector que ejerce el personal sanitario, pues es uno de los que mejor predice una reducción de los síntomas y la mejora en las distintas escalas que conforman la calidad de vida. Estos hallazgos, concuerdan con las conclusiones de diversos estudios en los que se destaca el papel esencial que conforman los profesionales de la salud bajo este constructo (Drageset et al., 2012; Grimsbo et al., 2011; So et al., 2013). Una posible explicación de ello reside en el hecho de que se trata de un colectivo que tiene un contacto con el paciente de manera continua en todas las fases de la enfermedad (Ruiz-Rodríguez et al., 2021a.), lo cual podría explicar el mayor papel predictivo que tiene en las distintas escalas que conforman la calidad de vida respecto a otras fuentes de apoyo. Del mismo modo, se debe mencionar el apoyo ofrecido por la pareja y la familia. Aquellos pacientes que están menos satisfechos con el apoyo recibido de estas fuentes tienden a presentar más síntomas como la depresión, lo cual es acorde tal y como evidencian algunos autores (Gagliardi et al., 2009; Nausheen, et al., 2009; Hughes et al., 2014). En general, estos resultados enfatizan la idea de contemplar las distintas redes de apoyo dado el gran impacto que conlleva en el bienestar de la persona (Applebaum et al., 2014; Eom et al., 2013).

Por otro lado, los resultados confirman que una percepción más positiva de la enfermedad se asocia a una mejora en la calidad de vida y con una reducción de los niveles de depresión y ansiedad. En concreto, los hallazgos resaltan que percibir consecuencias

más graves y experimentar una elevada preocupación sobre la enfermedad, predice un aumento en la sintomatología depresiva y ansiosa, así como concuerdan algunos investigadores (Gould et al., 2010). En este mismo sentido, también se comprueba que las consecuencias ejercen un gran papel provocando un impacto negativo en las diferentes dimensiones de la calidad de vida, destacando la gran influencia que ejerce sobre esta (Berner et al., 2018). Estos resultados son coherentes con el modelo de autorregulación o sentido común (Leventhal et al., 1980) pues se enfatiza la idea de la importancia que ejerce la interpretación subjetiva de la enfermedad en el ajuste emocional y afrontamiento de esta. En este contexto, es pertinente mencionar la influencia que puede ejercer el personal sanitario, pues no solo es considerado una fuente de apoyo, sino que es conveniente señalar que parte de las representaciones mentales y emocionales que tiene el enfermo sobre su enfermedad vienen mediadas por el grupo de profesionales al que está cargo (Broadbent et al., 2006), lo que influirá en el bienestar emocional y calidad de vida del paciente (Drageset et al, 2012; Hopman & Rijken, 2015; Nehir et al., 2019; Osmiałowska et al., 2022; Zhang et al. 2022). Debido a que el presente estudio ha comprobado el efecto predictivo sobre la calidad de vida, se puede considerar que, el rol que desempeñan los profesionales de la salud influye en el modo en el que la persona percibe la enfermedad.

En cuanto a la tercera hipótesis, las personas que se encuentran en fase de revisión o no presentan recidiva del cáncer, manifiestan una mayor calidad de vida, así como una reducción en la sintomatología depresiva y ansiosa. Este resultado está respaldado por las conclusiones observadas en algunas investigaciones (Cheng et al., 2022; Fukushima et al., 2024; Lee et al., 2023), donde se exhibe que suele ser la etapa de diagnóstico y previa al tratamiento la que altera más el bienestar del paciente. Asimismo, es bien sabido que determinados tratamientos pueden generar alta toxicidad y consecuencias adversas en el paciente oncológico (e.g., pérdida de peso, caída de pelo, fatiga). No obstante, los resultados enuncian que determinados tratamientos como la hormonoterapia, pueden conllevar efectos adversos menos conocidos, como los problemas gastrointestinales; lo cual suele cursar como parte de la sintomatología más habitual para este tratamiento (Ferrandis et al., 2011). Sin embargo, pese a que haya una mejora en el bienestar en el momento de revisión y sin recidiva, se debe señalar que los efectos secundarios pueden seguir cursando en dichas etapas, lo que subraya la necesidad de seguir interviniendo cuando no haya presencia de la enfermedad (Marshall et al., 2016). En conjunto, esta

información es muy importante ya que no solo se debe considerar la fase clínica del cáncer, sino también los tipos de tratamientos y sus correlatos que afectan al estado global del paciente en todas las fases del proceso sanitario, desde el recién diagnóstico, pasando por el tratamiento, hasta incluso la fase revisión o alta médica.

En conclusión, este estudio refleja la necesidad de abordar un enfoque ecológico (Bronfenbrenner 1979, 1995, 2005), en la intervención psicológica del paciente oncológico. Gracias a la interacción de los distintos sistemas con los que convive el paciente, pueden alcanzarse mejoras significativas, en la calidad de vida y la afectividad emocional propia de la enfermedad. El cáncer no debe entenderse únicamente como una enfermedad en la que se impliquen aspectos médicos y orgánicos, sino que es primordial considerar el contexto en el que se desenvuelve el paciente, así como sus redes de apoyo. Estos factores, en conjunto, pueden atenuar el impacto negativo que tiene la enfermedad y el proceso médico sobre la calidad de vida y el curso de su enfermedad, ejerciendo además una influencia destacable en las representaciones cognitivas y emocionales del cáncer.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Una de las limitaciones presentes en este estudio es el tamaño muestral, que surge como consecuencia por la dificultad de acceso a la población estudiada. En relación con ello, se establece una distribución desigual por género de los participantes, con una mayoría de sujetos mujeres, puesto que son quienes suelen mostrarse más colaborativas en este tipo de investigaciones. Para futuras evaluaciones, sería recomendable incluir un mayor número de hombres, lo que permitirá estudiar la diferencia existente entre hombres y mujeres respecto a las variables de estudio. Por último, cabe destacar que el carácter transversal del estudio no permite observar procesos de cambio o evolución de las variables evaluadas, ya que solo se analizan asociaciones en un momento puntual, por lo que sería interesante para futuras investigaciones realizar estudios longitudinales.

Los resultados obtenidos en el presente estudio destacan la importancia de abordar variables psicosociales en el contexto oncológico, en especial aquellas que mantienen relación con la mejora de la calidad de vida, el apoyo social, la percepción de la enfermedad y síntomas como la depresión y la ansiedad. Se subraya el papel protector del apoyo social en la calidad de vida, pues además influye mejorando el bienestar del sujeto

reduciendo los niveles de depresión y ansiedad. Para ello, es primordial fomentar la participación de los pacientes en grupos de apoyo, así como implementar intervenciones en las que el personal sanitario brinde los recursos que satisfagan las necesidades del paciente, incluyendo evaluaciones sobre las necesidades de apoyo como parte del abordaje integral del tratamiento oncológico. Consecuentemente, comprender cómo los pacientes perciben su enfermedad es un requisito indispensable en el diseño de estas intervenciones. En definitiva, resulta indispensable integrar estas dimensiones con el objetivo de brindar una atención psicológica y sanitaria más eficaz adaptada a las necesidades reales de los pacientes.

Bibliografia

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J. C. J. M., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, *85*(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Aggeli, P., Fasoi, G., Zartaloudi, A., Kontzoglou, K., Kontos, M., Konstantinidis, T., Kalemikerakis, I., & Govina, O. (2021). Posttreatment anxiety, depression, sleep disorders, and associated factors in women who survive breast cancer. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, *8*(2), 147-155. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_65_20
- Antoni, M. H., Moreno, P. I., & Penedo, F. J. (2023). Stress management interventions to facilitate psychological and physiological adaptation and optimal health outcomes in cancer patients and survivors. *Annual review of psychology*, *74*(1), 423-455. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-030122-124119>
- Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-oncology*, *23*(3), 299-306. <https://doi.org/10.1002/pon.3418>
- Arem, PhD, H., Pratt-Chapman, PhD, M. L., Landry, PhD, M., Berg, PhD, C., & Mead, PhD, K. H. (2022). Quality of life among cancer survivors by model of cancer survivorship care. *Journal of Psychosocial oncology*, *40*(5), 561-573. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1947937>
- Armbruster, S. D., Sun, C. C., Westin, S. N., Bodurka, D. C., Ramondetta, L., Meyer, L. A., & Soliman, P. T. (2018). Prospective assessment of patient-reported outcomes in gynecologic cancer patients before and after pelvic exenteration. *Gynecologic Oncology*, *149*(3), 484–490. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.03.054>

- Arrarás, J. I., Illarramendi, J. J., & Valerdi, J. J. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de La Salud*, 7(1), 13–33.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (s.f.). *Dimensiones del cáncer*. Observatorio AECC. <https://observatorio.contraelcancer.es/explora/dimensiones-del-cancer>
- Aydın-Sayılan, A., & Demir-Doğan, M. (2020). Illness perception perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer. *European journal of cancer care*, 29(4), e13252. <https://doi.org/10.1111/ecc.13252>
- Barrón, A., & Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de psicología social*, 7(1), 53-59.
- Berner, C., Erlacher, L., Fenzl, K. H., & Dorner, T. E. (2018). A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. *Health and quality of life outcomes*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1064-y>
- Bottomley, A., Reijneveld, J. C., Koller, M., Flechtner, H., Tomaszewski, K. A., & Greimel, E. (2019). Current state of quality of life and patient-reported outcomes research. *European Journal of Cancer*, 121, 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.08.016>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Breuer, N., Sender, A., Daneck, L., Mentschke, L., Leuteritz, K., Friedrich, M., Nowe, E., Stöbel-Richter, Y., & Geue, K. (2017). How do young adults with cancer perceive social support? A qualitative study. *Journal of psychosocial oncology*, 35(3), 292–308. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1289290>
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., y Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ). *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, Jr. G. H. Elder, & K. Lüscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (2005). Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. In U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage Publications Ltd
- Capocaccia, R., Gatta, G., & Dal Maso, L. (2015). Life expectancy of colon, breast, and testicular cancer patients: an analysis of US-SEER population-based data. *Annals of Oncology*, 26(6), 1263-1268. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv131>
- Carnelli, L., Di Mattei, V., Mazzetti, M., Bernardi, M., Di Pierro, R., Bergamini, A., Pella, F., Mangili, G., Sarno, L., & Candiani, M. (2017). Illness perception in gestational trophoblastic disease patients: How mental representations affect anxiety, depression, and infertility-related stress. *Open Journal of Medical Psychology*, 6, 1-15. <http://dx.doi.org/10.4236/ojmp.2017.61001>
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of pain symptom management*, 9(3), 186–192. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)90129-5](https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)90129-5)
- Cheng, V., Oveisi, N., McTaggart-Cowan, H., Loree, J. M., Murphy, R. A., & De Vera, M. A. (2022). Colorectal cancer and onset of anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis. *Current oncology*, 29(11), 8751-8766. <https://doi.org/10.3390/curroncol29110689>
- Chong, Y. Y., Chien, W. T., Cheng, H. Y., Chow, K. M., Kassianos, A. P., Karekla, M., & Gloster, A. (2020). The role of illness perceptions, coping, and self-efficacy on adherence to precautionary measures for COVID-19. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6540. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186540>
- Clavería, A., Rodríguez-Barragán, M., Fernández-San-Martín, M. I., Nabbe, P., Le Reste, J. Y., Miguéns-Blanco, I., & Cossio-Gil, Y. (2020). Translation and cross-cultural adaptation into Spanish, Catalan and Galician of the Hopkins Symptom Checklist-

25 to identify depression in Primary Care. *Atencion Primaria*, 52(8), 539-547.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.017>

Cunningham, S. J., Patton, M., Schulte, F., Richardson, P. A., & Heathcote, L. C. (2021). Worry about somatic symptoms as a sign of cancer recurrence: prevalence and associations with fear of recurrence and quality of life in survivors of childhood cancer. *Psycho-Oncology*, 30(7), 1077-1085. <https://doi.org/10.1002/pon.5647>

De van der Schueren, M. A., Laviano, A., Blanchard, H., Jourdan, M., Arends, J., & Baracos, V. E. (2018). Systematic review and meta-analysis of the evidence for oral nutritional intervention on nutritional and clinical outcomes during chemo (radio) therapy: current evidence and guidance for design of future trials. *Annals of Oncology*, 29(5), 1141-1153. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy11>

Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 506–513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.006>

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science*, 19(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>

Dogan, N., & Tan, M. (2019). Quality of life and social support in patients with lung cancer. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 263-269.

Doran, P., Burden, S., & Shryane, N. (2018). Older People Living Well Beyond Cancer: The Relationship Between Emotional Support and Quality of Life. *Journal of Aging and Health*, 31(10), 1850-1871.
<https://doi.org/10.1177/0898264318799252>

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., & Underlid, K. (2012). “The support I need”: women’s experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery. *Cancer nursing*, 35(6), 39-47.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823634aa>

Eichler, M., Hentschel, L., Richter, S., Hohenberger, P., Kasper, B., Andreou, D., Pink, D., Jakob, J., Singer, S., Grützmann, R., Fung, S., Wardelmann, E., Arndt, K., Heidt, V., Hofbauer, C., Fried, M., Gaidzik, V., I., Verpoort, K., Ahrens, M., ... &

- PROSa Study Group. (2020). The health-related quality of life of sarcoma patients and survivors in Germany—cross-sectional results of a nationwide observational study (PROSa). *Cancers*, *12*(12), 35-90. <https://doi.org/10.3390/cancers12123590>
- Emery, J., Butow, P., Lai-Kwon, J., Nekhlyudov, L., Rynderman, M., & Jefford, M. (2022). Management of common clinical problems experienced by survivors of cancer. *The Lancet*, *399*(10334), 1537-1550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00242-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00242-2)
- Eom, C. S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., Kang, Y. S., Kim, J. H., Cho, B. L., & Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, *22*(6), 1283-1290. <https://doi.org/10.1002/pon.3133>
- Ferrandis, C., March, J. A., Martínez, J. M., Hernández, J., Diez, N., Morillo, V., García, V., & Chuan, P. (2011). Tratamiento combinado con radioterapia externa y hormonoterapia en los pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado: factores predictivos de toxicidad genitourinaria. *Actas Urológicas Españolas*, *35*(3), 146-151. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2010.08.006>
- Franceschi, S., & La Vecchia, C. (2001). Cancer epidemiology in the elderly. *Critical reviews in oncology/hematology*, *39*(3), 219-226. [https://doi.org/10.1016/s1040-8428\(01\)00102-0](https://doi.org/10.1016/s1040-8428(01)00102-0)
- Fukushima, T., Nakano, J., Hashizume, K., Ueno, K., Matsuura, E., Ikio, Y., Ishii, S., Morishita, S., Tanaka, K., & Kusuba, Y. (2021). Effects of aerobic, resistance, and mixed exercises on quality of life in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Complementary therapies in clinical practice*, *42*, 101-290. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101290>
- Fukushima, T., Suzuki, K., Tanaka, T., Okayama, T., Inoue, J., Morishita, S., & Nakano, J. (2024). Global quality of life and mortality risk in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, *33*(10), 2631-2643. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03691-3>

- Gagliardi, C., Vespa, A., Papa, R., Mariotti, C., Cascinu, S., & Rossini, S. (2009). Social support networks and depression of women suffering from early-stage breast cancer: a case control study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(2), 216-229. <https://doi.org/10.1080/07347330902775590>
- Ganasegeran, K., Renganathan, P., Manaf, R. A., & Al-Dubai, S. A. R. (2014). Factors associated with anxiety and depression among type 2 diabetes outpatients in Malaysia: a descriptive cross-sectional single-centre study. *BMJ open*, 4(4), e004794. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004794>
- García-Martín, M. Á., Hombrados-Mendieta, I., & Gómez-Jacinto, L. (2016). A multidimensional approach to social support: the Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *Anales de Psicología*, 32(2), 501–515. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.201941>
- Gargantini, A. C., & Martín, L. (2019). Imagen Corporal y su Influencia en la Calidad de Vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción. *Psicooncología* 16, 43–60. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63647>
- Getie, A., Ayalneh, M., & Bimerew, M. (2025). Global prevalence and determinant factors of pain, depression, and anxiety among cancer patients: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC psychiatry*, 25(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06599-5>
- Ginter, A. C., & Braun, B. (2019). Social support needs of breast cancer patients without partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(1), 43-62. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0265407517718390>
- Gould, R.V., Brown, S.L. & Bramwell, R. (2010) Psychological Adjustment to Gynaecological Cancer: Patients' Illness Representations, Coping Strategies and Mood Disturbance. *Psychology & Health*, 25, 633-646. <https://doi.org/10.1080/08870440902811163>
- Grimsbo, G. H., Finset, A., & Ruland, C. M. (2011). Left hanging in the air: experiences of living with cancer as expressed through E-mail communications with oncology nurses. *Cancer Nursing*, 34(2), 107-116. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181eff008>

- Harrison, J. D., Young, J. M., Price, M. A., Butow, P. N., & Solomon, M. J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive care in cancer*, *17*, 1117-1128. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0615-5>
- Hofman, A., Zajdel, N., Klekowski, J., & Chabowski, M. (2021). Improving social support to increase QoL in lung cancer patients. *Cancer Management and Research*, *13*, 2319-2327. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S278087>
- Hopman, P., & Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, *24*(1), 11-18. <https://doi.org/10.1002/pon.3591>
- Hughes, S., Jaremka, L. M., Alfano, C. M., Glaser, R., Pivoski, S. P., Lipari, A. M., Agnese, D. M., Farrar, W. B., Yee, L. D., Carson, W. E., 3rd, Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, *42*, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.12.016>
- Husson, O., Thong, M. S., Mols, F., Oerlemans, S., Kaptein, A. A., & van de Poll-Franse, L. V. (2013). Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision?. *Psycho-Oncology*, *22*(3), 490-498. <https://doi.org/10.1002/pon.3042>
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2025). *Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2023*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=72027>
- Jacobsen, P. B., & Andrykowski, M. A. (2015). Tertiary prevention in cancer care: understanding and addressing the psychological dimensions of cancer during the active treatment period. *American Psychologist*, *70*(2), 134. <https://doi.org/10.1037/a0036513>
- Kadambi, S., Soto-Perez-de-Celis, E., Garg, T., Loh, K. P., Krok-Schoen, J. L., Battisti, N. M. L., Moffat, G. T., Gil-Jr, L. A., Mohile, S., & Hsu, T. (2020). Social support for older adults with cancer: Young International Society of Geriatric Oncology review paper. *Journal of geriatric oncology*, *11*(2), 217-224. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.09.005>

- Laghousi, D., Jafari, E., Nikbakht, H., Nasiri, B., Shamshirgaran, M., & Aminisani, N. (2019). Gender differences in health-related quality of life among patients with colorectal cancer. *Journal of gastrointestinal oncology*, *10*(3), 453. <https://doi.org/10.21037/jgo.2019.02.04>
- Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further exploration of the common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, *8*, 195–219. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.8.2.195>
- Lee, A. R. Y. B., Yau, C. E., Low, C. E., Li, J., Ho, R. C., & Ho, C. S. H. (2023). Severity and longitudinal course of depression, anxiety and post-traumatic stress in paediatric and young adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, *12*(5), 1784. <https://doi.org/10.3390/jcm12051784>
- Lee, V., & Loiselle, C. G. (2012). The salience of existential concerns across the cancer control continuum. *Palliative & supportive care*, *10*(2), 123-133. <https://doi.org/10.1017/S1478951511000745>
- LeMasters, T., Madhavan, S., Sambamoorthi, U., & Kurian, S. (2013). A population-based study comparing HRQoL among breast, prostate, and colorectal cancer survivors to propensity score matched controls, by cancer type, and gender. *Psycho-Oncology*, *22*(10), 2270-2282. <https://doi.org/10.1002/pon.3288>
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (pp. 7–30), Pergamon Press.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (Eds.). (1986). *Social Support, Life Events and Depression*. Academic Press.
- Lopes, A. C., Bacalhau, R., Santos, M., Pereira, M., & Pereira, M. G. (2020). Contribution of sociodemographic, clinical, and psychological variables to quality of life in women with cervical cancer in the follow-up phase. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *27*, 603-614. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09644-0>
- Luszczynska, A., Boehmer, S., Knoll, N., Schulz, U., & Schwarzer, R. (2007). Emotional support for men and women with cancer: do patients receive what their partners

- provide?. *International Journal of Behavioral Medicine*, *14*, 156-163.
<https://doi.org/10.1007/BF03000187>
- Marshall, S. A., Yang, C. C., Ping, Q., Zhao, M., Avis, N. E., & Ip, E. H. (2016). Symptom clusters in women with breast cancer: an analysis of data from social media and a research study. *Quality of Life Research*, *25*(3), 547-557.
<https://doi.org/10.1007/s11136-015-1156-7>
- Mausbach, B. T., Schwab, R. B., & Irwin, S. A. (2015). Depression as a predictor of adherence to adjuvant endocrine therapy (AET) in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, *152*(2), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s10549-015-3471-7>
- Mejareh, Z. N., Abdollahi, B., Hoseinipalangi, Z., Jeze, M. S., Hosseini-fard, H., Rafiei, S., Aghajani, F., Dehnad, A., Ardakani, M. F., Ahmadi, S., Anbarhassani, H., Asl, M. T., Kan, F. P., Aryankhesal, A., Shabaninejad, H., Aghalou, S., & Ghashghaee, A. (2021). Global, regional, and national prevalence of depression among cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Indian journal of psychiatry*, *63*(6), 527–535.
https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_77_21
- Melguizo-Garín, A., Martos-Méndez, M.J., & Hombrados-Mendieta I. (2019) Influencia del apoyo social sobre el estrés y la satisfacción vital en padres de niños con cáncer desde una perspectiva multidimensional. *Psicooncología*, *16*(1), 25-42.
<https://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63646>
- Mishra, S. I., Scherer, R. W., Snyder, C., Geigle, P. M., Berlanstein, D. R., & Topaloglu, O. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *8*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008465.pub2>
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet. Oncology*, *12*(2), 160–174.
[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)

- Moss-Morris, R., Weinman, J., Perrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Naser, A. Y., Hameed, A. N., Mustafa, N., Alwafi, H., Dahmash, E. Z., Alyami, H. S., & Khalil, H. (2021). Depression and anxiety in patients with cancer: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology, 12*, 585-534. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.585534>
- National Cancer Institute. (s.f.). Social support. En *NCI dictionary of cancer terms*. Recuperado el 24 de abril de 2025, de <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/social-support>
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., & Moss-Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: a systematic review. *Journal of psychosomatic research, 67*(5), 403-415. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.012>
- Nayak, M. G., George, A., Vidyasagar, M. S., Mathew, S., Nayak, S., Nayak, B. S., ... & Kamath, A. (2017). Quality of life among cancer patients. *Indian journal of palliative care, 23*(4), 445. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_82_17
- Nehir, S., Tavşanlı, N. G., Özdemir, Ç., & Akyol, T. (2019). A determination of hopelessness and the perception of illness in cancer. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 79*(2), 115-131. <https://doi.org/10.1177/0030222817704336>
- Neris, R. R., Nascimento, L. C., Leite, A. C. A. B., de Andrade Alvarenga, W., Polita, N. B., & Zago, M. M. F. (2020). The experience of health-related quality of life in extended and permanent cancer survivors: A qualitative systematic review. *Psycho-Oncology, 29*(10), 1474-1485. <https://doi.org/10.1002/pon.5472>
- Ng, S., & Ozdemir, S. (2023). The associations between prognostic awareness and health-related quality of life among patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative medicine, 37*(6), 808-823. <https://doi.org/10.1177/02692163231165325>
- Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC cancer, 19*, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>

- Omiałowska, E., Staś, J., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2022). Illness perception and quality of life in patients with breast cancer. *Cancers*, *14*(5), 1214. <https://doi.org/10.3390/cancers14051214>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012, 1 de marzo). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Osoba, D. (2002). A taxonomy of the uses of health-related quality-of-life instruments in cancer care and the clinical meaningfulness of the results. *Medical Care*, *40*(6), 31-38. <https://doi.org/10.1097/00005650-200206001-00006>
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., Amado-Guirado, E., Núñez, E., Del Val, J. L., & en representación del Grupo IPQ-R (2012). Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atencion primaria*, *44*(5), 280–287. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.022>
- Paredes, T., Pereira, M., Moreira, H., Simões, M. R., & Canavarro, M. C. (2011). Quality of life of sarcoma patients from diagnosis to treatments: predictors and longitudinal trajectories. *European Journal of Oncology Nursing*, *15*(5), 492-499. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.01.001>
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). Patients' perceptions of their illness: The dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science*, *21*, 60–65. <https://doi.org/10.1177/0963721411429456>
- Polanski, J., Jankowska-Polanska, B., Rosinczuk, J., Chabowski, M., & Szymanska-Chabowska, A. (2016). Quality of life of patients with lung cancer. *OncoTargets and therapy*, 1023-1028. <https://doi.org/10.2147/OTT.S100685>
- Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). (2025). *Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2025*. <https://redecan.org/storage/documentation/442e1d1a-4040-4674-81cf-5e6a67af6458.pdf>

- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, *110*(1), 9–17. <https://doi.org/10.1007/s10549-007-9706-5>.
- Richardson, E. M., Schüz, N., Sanderson, K., Scott, J. L., & Schüz, B. (2017). Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *26*(6), 724–737. <https://doi.org/10.1002/pon.4213>.
- Royo, A., & Roura, P. (2012). Calidad de vida en pacientes intervenidas de cáncer de mama. [Trabajo de investigación, Universitat Autònoma de Barcelona]. Repositorio Digital de Documentos. https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_181264/TR-RoyoAznar.pdf
- Rueda, J. R., Sola, I., Pascual, A., & Casacuberta, M. S. (2011). Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *9*, CD004282. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004282.pub3>
- Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., & Melguizo-Garín, A. (2021a). Influencia del optimismo y la percepción de apoyo social del personal sanitario sobre la calidad de vida de los enfermos de cáncer. *Psicooncología*, *18*(1), 51. <https://doi.org/10.5209/psic.74532>
- Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. J. (2021b). The association of sources of support, types of support and satisfaction with support received on perceived stress and quality of life of cancer patients. *Integrative cancer therapies*, *20*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/1534735421994905>
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2025). *Las cifras del cáncer en España 2025*. SEOM. https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DMC2025.pdf
- Shahrokni, A., Sun, C. L., Tew, W. P., Mohile, S. G., Ma, H., Owusu, C., & Hurria, A. (2020). The association between social support and chemotherapy-related toxicity in older patients with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, *11*(2), 274–279. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.08.015>

- Shen, M. J., Trevino, K. M., & Prigerson, H. G. (2018). The interactive effect of advanced cancer patient and caregiver prognostic understanding on patients' completion of Do Not Resuscitate orders. *Psycho-Oncology*, 27(7), 1765-1771. <https://doi.org/10.1002/pon.4723>
- Singer, S. (2017). Psychosocial impact of cancer. In Goerling, U., Mehnert, A. (eds.), *Psycho-oncology* (pp. 1-11). Springer International Publishing.
- Singh, A., & Rejeb, A. (2024). Illness perception: A bibliometric study. *Heliyon*, 10(11), e31805. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31805>
- So, W. K., Chan, C. W., Choi, K. C., Wan, R. W., & Mak, S. S. (2013). Perceived unmet needs and health-related quality of life of Chinese cancer survivors at 1 year after treatment. *Cancer Nursing*, 36(3), 23-32. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318263f28e>
- Stanton, A. L. (2006). Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Journal of clinical oncology*, 24(32), 5132-5137. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.8775>
- Stanton, A. L., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2015). Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: contributions from psychosocial oncology research. *American Psychologist*, 70(2), 159-174. <https://doi.org/10.1037/a0037875>
- Stavrou, D., Weissman, O., Polyniki, A., Papageorgiou, N., Haik, J., Farber, N., & Winkler, E. (2009). Quality of life after breast cancer surgery with or without reconstruction. *Eplasty*, 9, e18.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social behavior*, 23(2)145-159.
- Thomé, B., & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life in older people with cancer—a gender perspective. *European Journal of Cancer Care*, 13(5), 454-463. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2004.00471.x>

- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, *18*(1), 45-59.
- Usta, Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *13*(8), 3569-3572.
- Van, M., Husson, O., Alberti, P., Arraras, J. I., Chinot, O. L., Costantini, A., Darlington, A. S., Dirven, L., Eichler, M., Hammerlid, E. B., Holzner, B., Johnson, C. D., Kontogianni, M., Kjær, T. K., Morag, O., Nolte, S., Nordin, A., Pace, A., Pinto, ... & EORTC QLQ (2018). Understanding the quality of life (QOL) issues in survivors of cancer: towards the development of an EORTC QOL cancer survivorship questionnaire. *Health and quality of life outcomes*, *16*(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0920-0>
- Villanova-Quiroga, C., Fritzen-Binfaré, L., Rudnicki, T., de Lima, I., & Argimon, I. (2018). Ruminación y apoyo social como predictores del crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *Psicooncología*, *15*, 301–314. doi: <https://doi.org/10.5209/PSIC.61437>
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., & Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, *15*(2), 207-220. <https://doi.org/10.25009/pys.v15i2.805>
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, *11*(3), 431-445. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/08870449608400270>
- Yang, Y. L., Liu, L., Wang, Y., Wu, H., Yang, X. S., Wang, J. N., & Wang, L. (2013). The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC cancer*, *13*, 1-15. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-393>
- Zamanian, H., Amini-Tehrani, M., Jalali, Z., Daryaafzoon, M., Ala, S., Tabrizian, S., & Foroozanfar, S. (2021). Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation

model. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 50, 101892.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101892>

Zhang, L., Wang, J., Chen, T., Tian, M., Zhou, Q., & Ren, J. (2022). Symptom clusters and quality of life in cervical cancer patients receiving concurrent chemoradiotherapy: the mediating role of illness perceptions. *Frontiers in psychiatry*, 12, 807-974. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.807974>

Zhang, Z., Yang, L., Xie, D., Wang, Y., Bi, L., Zhang, T., Wang, D., Shi, H., Li, G., & Yu, D. (2020). Illness perceptions are a potential predictor of psychological distress in patients with non-muscle-invasive bladder cancer: a 12-month prospective, longitudinal, observational study. *Psychology, health & medicine*, 25(8), 969–979. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1707242>