

TESIS DOCTORAL

APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER

SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS

Programa de Doctorado en Psicología

Línea de Investigación: Psicología de la Intervención Social

Departamento de Psicología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales, y Antropología Social

Área: Psicología Social

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de Málaga

2023



IVÁN DE LOS REYES RUIZ RODRÍGUEZ


Dirigida por:

Dra. María Isabel Hombrados Mendieta



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Iván de los Reyes Ruiz Rodríguez

 <https://orcid.org/0000-0003-3726-2197>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es





DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

D./Dña IVAN DE LOS REYES RUIZ RODRÍGUEZ

Estudiante del programa de doctorado EN PSICOLOGÍA de la Universidad de Málaga, autor/a de la tesis, presentada para la obtención del título de doctor por la Universidad de Málaga, titulada: APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER




Realizada bajo la tutorización de MARIA ISABEL HOMBRADOS MENDIETA y dirección de MARIA ISABEL HOMBRADOS MENDIETA (si tuviera varios directores deberá hacer constar el nombre de todos)

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo, ante a la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a 5 de MARZO de 2023

<p>RUIZ RODRIGUEZ IVAN DE LOS REYES -</p>  <p>Fdo.: IVAN DE LOS REYES RUIZ RODRÍGUEZ Doctorando/a</p>	<p>HOMBRADOS MENDIETA MARIA ISABEL</p>  <p>Fdo.: MARIA ISABEL HOMBRADOS MENDIETA Tutor/a</p>
<p>HOMBRADOS MENDIETA MARIA ISABEL -</p>  <p>Fdo.: MARIA ISABEL HOMBRADOS MENDIETA Director/es de tesis</p>	



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA
Universidad de Málaga

Programa de Doctorado en Psicología

D.^a María Isabel Hombrados Mendieta, Profesora Catedrática del Departamento de Psicología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales, y Antropología Social de la Facultad de Psicología y Logopedia de la Universidad de Málaga, certifica que D. Iván de los Reyes Ruiz Rodríguez ha efectuado bajo su dirección la tesis doctoral titulada “Apoyo social y calidad de vida en pacientes con cáncer”.

La investigación responde a los requisitos de una Tesis Doctoral y la metodología adoptada es apropiada a los fines de investigación. Por tanto, entiende que reúne los requisitos para optar al Grado de Doctor/a según la legislación vigente y, en consecuencia, autoriza su depósito y posterior presentación y defensa ante el tribunal designado para tal fin.

En Málaga a 5 de marzo del 2023

HOMBRADOS
MENDIETA MARIA
ISABEL -

Fdo. María Isabel Hombrados Mendieta



EFQM AENOR





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AGRADECIMIENTOS

En la presente Tesis Doctoral no solo hay estudios de investigación, datos y referencias. También hay esfuerzo, hay constancia, hay trabajo, hay alegría, hay felicidad, hay una gran parte de mí y, sobre todo, hay personas por las cuales me he sentido apoyado en todos estos años. Personas a las que, pase el tiempo que pase, ocurra lo que ocurra, forman (y seguirán formando) parte de mí y siempre tendrán un hueco en mi corazón. Por ello aquí mi agradecimiento a esas personas

A Maribel, por despertarme el interés en esta temática que hoy día forma parte de mí. Por todos los consejos, toda la ayuda, todo el apoyo y el cariño que he recibido de ella (tanto en lo referente a la Tesis como en lo personal) y por todos los gestos de confianza en mí. Por todo el valor humano y por todo lo que he aprendido (y espero seguir aprendiendo) tanto a nivel académico como personal. Siempre será una persona muy importante para mí, porque sin ella esta Tesis no hubiese sido posible.

A mi familia, por haberme dado una vida de felicidad y poder decir hoy día que soy feliz. Por convertirme en la persona que soy. Por todo el apoyo que recibo siempre y ante cualquier situación. Por confiar en mí y por el cariño que recibo día tras día. Por como “se os llena la boca” cuando habláis de mí. Por supuesto el orgullo que siento por cada uno de vosotros no se puede explicar con palabras. Espero que estéis orgullosos de mí.

A mi sobrino, el Iván “chico” por todo el cariño, alegría y risas que compartes día a día con tu “titi”.

A mi hermana Aurori y mi hermano Lolo, por ser cada día el reflejo de lo que quiero ser. Por ser faros de luz ante momentos de oscuridad. Por las risas, lágrimas y todos los momentos que compartimos.

A mis padres por el apoyo incondicional. Por haberme dado abrazos que, quizás, era lo único y lo que más necesitaba. Por todo el amor que he recibido de vosotros.

A mi madre Conchi por enseñarme a luchar, ante todo. Por siempre tener una sonrisa que alegra el día y evade preocupaciones. Por ser una fuente inagotable de positividad, sentido del humor, alegría y felicidad contagiosa.

A mi padre Manolo, por disfrutar nuestros éxitos más incluso que nosotros. Por enseñarme a luchar hasta el final. Por todo el sentido del humor que te caracteriza. Estoy seguro de que disfrutarías este momento de defensa de la Tesis incluso más que yo. Ojalá la estés disfrutando, porque “no se muere quien se va, solo muere quien se olvida”.

A mis amigos, por el interés que mostráis. Son muchos y no puedo nombrarlos a todos (ya bastante larga es la Tesis) pero sí me gustaría nombrar a Blas, Carlos, Ale, Dani, Ana, Nadia, Fran, Natalia, Lorena, Peña y Milito. Es muy bonito notar que otras personas celebran tus éxitos como si de los suyos se tratasen.

A todas las personas, compañeros y compañeras, amigos y amigas que forman parte de mi Departamento. Absolutamente a todos. Por todo el apoyo que recibo de ellos a nivel académico. Y más importante aún, por todo el apoyo que me habéis dado en momentos personales, incluso en los peores momentos de mi vida. Una gran parte de la culpa de que esté actualmente en el momento laboral más feliz de mi vida sois vosotros.

A Juanma, por decirme las palabras de ánimo que más necesitaba en el momento que más lo necesitaba.

A Alba, por ayudarme a encontrar esos numeritos verdes, incluso en verano.

Al equipo de oncología del Hospital Costa del Sol por abrirme las puertas y ayudarme a lograr mi objetivo.

A todas las personas que me preguntáis “oye Iván, ¿cómo va la Tesis?”. Se siente el apoyo. La vida con vosotros es más fácil.

A todas las personas que tenéis sentido del humor y una sonrisa para compartir conmigo. La vida con vosotros es más divertida.

Y, por supuesto, a todos los pacientes con cáncer y todas las asociaciones que han colaborado y participado. Esta Tesis es por ellos y para ellos. Espero haber aportado un granito de arena en la mejora de vuestra Calidad de Vida.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

NOTA SOBRE LENGUAJE INCLUSIVO

Consideramos necesaria la aclaración sobre el lenguaje usado en la redacción de la Tesis Doctoral. En todo momento se ha procurado el uso de un lenguaje neutro para denominar a los y las participantes de los estudios. Para evitar la redundancia en la redacción, y por economía lingüística, se hace uso del masculino genérico; por ejemplo *los pacientes*.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. MARCO TEÓRICO	18
1.1. SITUACIÓN DEL CÁNCER EN ADULTOS	19
1.2. CALIDAD DE VIDA	26
1.3. ESTRÉS PERCIBIDO	31
1.4. APOYO SOCIAL	34
1.5. RESILIENCIA	43
1.6. OPTIMISMO DISPOSICIONAL	46
1.7. MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO HUMANO (MEDH) APLICADO A PACIENTES CON CÁNCER	49
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	55
3. METODOLOGÍA	63
3.1 Participantes	64
3.2. Procedimiento	70
3.3. Instrumentos	71
4. ESTUDIOS	78
4.1. ESTUDIO 1: THE ASSOCIATION OF SOURCES OF SUPPORT, TYPES OF SUPPORT AND SATISFACTION WITH SUPPORT RECEIVED ON PERCEIVED STRESS AND QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS	79
4.2. ESTUDIO 2: INFLUENCIA DEL OPTIMISMO Y LA PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS DE CÁNCER	83
4.3. ESTUDIO 3: THE IMPORTANCE OF SOCIAL SUPPORT, OPTIMISM AND RESILIENCE ON THE QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS	88
4.4. ESTUDIO 4: APOYO SOCIAL, OPTIMISMO DISPOSICIONAL, RESILIENCIA, CALIDAD DE VIDA Y ESTRÉS PERCIBIDO EN PACIENTES CON CÁNCER: MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES.	92
5. CONCLUSIONES	140
5.1. RESULTADOS Y CONCLUSIONES	141
5.3. DISCUSIÓN FINAL	150
5.4. IMPLICACIONES PRÁCTICAS	160
5.5. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	163
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165

9. ANEXOS	215
ANEXO 1. CUESTIONARIOS USADOS EN LA INVESTIGACIÓN	216
ANEXO 2. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	224
ANEXO 3. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE EXPERIMENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA	226
ANEXO 4. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL COSTA DEL SOL	228
ANEXO 5. ÍNDICE DE FIGURAS	229
ANEXO 6. COMUNICACIONES EN CONGRESOS DERIVADAS DE LA TESIS DOCTORAL	231



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

RESUMEN

Introducción

En España la incidencia de nuevos casos de pacientes con enfermedad oncológica en 2022 fue de más de 290.000 casos, produciéndose más de 110.000 defunciones debido a esta enfermedad en el mismo año, siendo Andalucía la comunidad autónoma en la que más defunciones y nuevos casos se producen. España no es un caso aislado, ya que esta situación se extrapola a todo el mundo. En 2020 se produjeron más de 19 millones de nuevos casos de esta enfermedad junto a casi 10 millones de muertes por cáncer.

El cáncer puede llegar a constituirse como una enfermedad crónica, que genera situaciones estresantes, incluso traumáticas, tanto al paciente como a sus familiares durante todo el transcurso de la enfermedad (Labrell et al., 2019). Tanto el diagnóstico como el tratamiento puede conllevar una gran cantidad de estresores traumáticos de larga duración (Chan et al., 2018) que produce en los pacientes un importante malestar psicológico (Bailo et al., 2019), relacionándose en muchos casos con el desarrollo de diversos trastornos (Henderson et al., 2019) como con una falta de adherencia al tratamiento (Stahlschmidt et al., 2019). Además el tratamiento, especialmente por su toxicidad, suele producir síntomas y efectos secundarios (Zhang et al., 2020) que afectan al bienestar del paciente. Incluso en la fase de revisión, una vez el paciente ha finalizado el tratamiento, y en la posterior alta médica se pueden prolongar y establecerse estas situaciones potenciales de estrés en la vida del paciente. O pueden aparecer nuevas, como el miedo a una posible recurrencia (Ghazali et al.,

2013), lo que genera altos niveles de estrés en el paciente. Sin embargo, los avances terapéuticos y el incremento de la detección y diagnóstico precoz ha derivado en un incremento de la esperanza de vida para los pacientes oncológicos (Nardin et al., 2020). Tal aumento de la cantidad de vida en pacientes con cáncer, así como al aumento de la accesibilidad en el cribado para las personas, ha ocasionado un aumento de la incidencia del diagnóstico de la enfermedad del cáncer (Ferlay et al., 2015). Lo cual, en contra partida, conlleva un aumento de los síntomas así como de las complicaciones producidas por los tratamientos administrados (Reb & Cope, 2019).

De este modo, el cáncer suele conllevar un impacto en todos los ámbitos de la vida del paciente (Miller et al., 2016) durante intervalos prolongados de tiempo, afectando a la calidad de vida del paciente, incluso después de 15 años pasado el tratamiento y diagnóstico (Ralph et al., 2020), hasta el punto de encontrarse en riesgo extremo e influyendo negativamente incluso en la gravedad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Por todo ello, es imprescindible tener en cuenta aspectos psicosociales para mejorar la calidad de vida de tales pacientes (Edianto et al., 2019).

Tanto el tratamiento en sí como el proceso sanitario tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes (Adamowicz et al., 2020), influyendo la percepción que tenga el paciente del propio diagnóstico, de los tratamiento y del proceso de la enfermedad (Polanski et al., 2016). Esa reducción de la calidad de vida se ve influida por diversos factores como son los síntomas producidos por el tratamiento (Nilsen et al., 2021) o el tipo de tratamiento recibido (Marzorati et al., 2020). Los síntomas más comunes son el aumento de la fatiga (Fabi et al., 2020), el dolor, trastornos del sueño (D. Chen et al., 2018), la pérdida del cabello, las náuseas y los vómitos (Teston et al., 2018).

Tanto los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos como los mismos pacientes destacan la importancia de estudiar e intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes como una parte más dentro de los planes de actuación con tales pacientes. De hecho, muchos pacientes consideran más importante su calidad de vida que su cantidad de vida (Puente-Maestu & Villar, 2006).

El cáncer produce eventos de estrés crónicos en la gran mayoría de pacientes (Weber & O'Brien, 2017). Entre ellos encontramos el miedo constante a una posible recidiva de la enfermedad (Ghazali et al., 2013) o el vivir tanto el tratamiento como el diagnóstico traumáticamente (Cordova et al., 2017). Debemos tener en cuenta que el diagnóstico del cáncer es uno de los acontecimientos más duros y difíciles que una familia o persona puede vivir y experimentar (Dooley et al., 2017). Entre los motivos encontramos que se produce incertidumbre, la cual puede aumentar considerablemente durante el tratamiento (Ellis et al., 2019) en el paciente con respecto a su propia vida y su propio futuro, por el carácter traumático e inexplicable de la situación (Pedersen et al., 2012). Del mismo modo los términos usados como “cáncer” tienen un gran impacto en la persona por la imagen que se tiene de tal enfermedad (García-Montero et al., 2022).

El cáncer también afecta al aspecto social de los pacientes oncológicos, ya que puede verse reducido su contacto con amigos y familiares, entre otros por los síntomas producidos por el tratamiento (Izycki et al., 2016). Por ello, el apoyo social es imprescindible para aumentar la calidad de vida de los pacientes (Applebaum et al., 2014), reducir su percepción de estrés (Durá-Ferrandis et al., 2019) y, en general, que los pacientes consigan una óptima adaptación a la enfermedad.

A la hora de hablar de situaciones en las que afrontar enfermedades crónicas, como es el cáncer, se tiene en cuenta la resiliencia (Kim et al., 2019), siendo ésta la capacidad de una persona para afrontar la adversidad (Luthar et al., 2000), por lo que puede ser útil al paciente oncológico para reducir su percepción de estrés (Groarke et al., 2020), así como fomentar un mantenimiento de su calidad de vida (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015). De este modo, los pacientes con alta resiliencia pueden afrontar de un modo más óptimo la nueva situación, tanto el diagnóstico de la enfermedad como el posterior tratamiento y sus consecuencias llegando a desarrollar menos trastornos como ansiedad o depresión. De este modo consiguen una mejor adaptación a la enfermedad, generando un aumento de la calidad de vida del paciente.

El optimismo disposicional se considera una tendencia relativamente estable de generar expectativas positivas (Carver & Scheier, 2014). Este optimismo disposicional puede ayudar a que se produzca una reducción de los síntomas (M. Cohen et al., 2019), lo que conlleva una mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos (Marton et al., 2020), así como también una disminución del estrés que percibe el paciente con cáncer (Trunzo & Pinto, 2003). De este modo, se puede tener en cuenta el optimismo disposicional de un paciente con cáncer como factor protector (Shim et al., 2022).

La presente Tesis Doctoral se enmarca dentro del Modelo Ecológico del Desarrollo Humano (MEDH) (Bronfenbrenner, 1995, 2005) teniendo en cuenta la interacción que se produce entre el propio paciente con sus redes sociales y contexto cercano.

Objetivos

Aunque se han realizado estudios sobre la relación entre las variables psicosociales con la calidad de vida de pacientes con cáncer, son escasos los estudios que atienden a diferentes dimensiones del apoyo social.

Por ello, la presente Tesis atiende a variables psicosociales que tienen relación con la calidad de vida y el estrés percibido del paciente con cáncer. Para ello, además de analizar cómo se relaciona la resiliencia y el optimismo disposicional de los pacientes con su estrés y calidad de vida, se realiza un análisis multidimensional del apoyo social, diferenciando entre frecuencia de apoyo recibido por el paciente oncológico y satisfacción con el apoyo social recibido. A su vez, también se atiende a las diferencias en relación al tipo de apoyo proporcionado (emocional, instrumental e informacional) así como a las diferentes fuentes de apoyo que más contacto tienen con los pacientes oncológicos, como son su pareja, su familia, sus amigos y el personal sanitario. Esta fuente de apoyo, el personal sanitario, aunque es una fuente de apoyo relevante e imprescindible para los pacientes con cáncer, por su contacto en todas las fases del proceso sanitario entre otros, hay pocos estudios que den una explicación de cómo esta fuente de apoyo puede influir tanto en el estrés percibido del paciente como en su calidad de vida.

Creemos que los resultados extraídos durante el desarrollo de esta Tesis son relevantes, ya que aportan conocimiento sobre la relación e influencia del apoyo social sobre la calidad de vida de los pacientes oncológicos, enfatizando la relevancia de tales variables para los pacientes con cáncer. Asimismo, los resultados de esta investigación conllevan implicaciones prácticas y clínicas para la intervención, así como implicaciones para la investigación.

De este modo, con la finalidad de lograr el objetivo general planteado se han propuesto diferentes objetivos específicos a través de los cuatro estudios, que forman la estructura de la presente Tesis:

Estudio 1:

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. J. (2021). 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), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1534735421994905>

Este estudio analiza (1) la relación entre apoyo social percibido con calidad de vida y estrés percibido, (2) qué tipo de apoyo (emocional, instrumental e informacional) de las diferentes fuentes de apoyo (amigos, familia, pareja y personal sanitario) tiene más relación con el estrés percibido y la calidad de vida y (3) la diferencia entre frecuencia del apoyo recibido y satisfacción con el apoyo recibido en relación a la calidad de vida y estrés percibido.

Estudio 2:

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., & Melguizo-Garín, A. (2021). 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), 51-75. <https://doi.org/10.5209/psic.74532>

Este estudio se plantea analizar (1) la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a su percepción del estrés y la calidad de vida, (2) la diferencia entre pacientes que se encuentran en tratamiento y pacientes que se encuentran en revisión en cuanto a su percepción del estrés y calidad de vida y (3) qué tipo o tipos de apoyo (emocional,

instrumental e informacional) proporcionados por el personal sanitario se relacionan con una mayor calidad de vida y con un menor estrés percibido en pacientes con cáncer.

Estudio 3:

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. J. (2022). The Importance of Social Support, Optimism and Resilience on the Quality of Life of Cancer Patients. *Frontiers in Psychology*, 13, 833176. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.833176>

El objetivo de este estudio es analizar (1) la diferencia en calidad de vida en pacientes con cáncer según la fase del proceso sanitario en el que se encuentren y (2) la relación entre la satisfacción con el apoyo emocional, instrumental e informacional recibido de la familia, los amigos, la pareja y el personal sanitario, la resiliencia y el optimismo disposicional con la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Estudio 4

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., & García-Cid, A. (2022). Apoyo social, optimismo disposicional, resiliencia, calidad de vida y estrés percibido en pacientes con cáncer. Modelos de ecuaciones estructurales. Manuscrito presentado para su publicación

Finalmente, el objetivo de este estudio es analizar la relación entre satisfacción con el apoyo social recibido, optimismo disposicional, resiliencia, calidad de vida y estrés percibido en pacientes oncológicos. De este modo se plantean dos modelos explicativos: (1) clasificando el apoyo social por tipo de apoyo recibido por el paciente (emocional, instrumental e informacional) y (2) clasificando el apoyo social por fuentes que proporcionan apoyo al paciente (familia, amigos, pareja y personal sanitario).

Metodología

La presente Tesis Doctoral se ha realizado mediante la modalidad de Tesis Doctoral por compendio de publicaciones. Por ello se han llevado a cabo cuatro estudios diferentes que analizan la situación actual de los pacientes con cáncer.

La investigación se realizó en el ámbito de asociaciones y del ámbito hospitalario. El estudio 3 y 4 se llevaron a cabo con 142 participantes, que también forman parte de los 200 pacientes con cáncer que han participado en los estudios 1 y 2. Todos los participantes eran pacientes con diferentes tipos de cáncer y habían recibido diferentes tipos de tratamiento. Igualmente, se encontraban actualmente en tratamiento o en fase de revisión.

Para llevar a cabo la recogida de datos, una vez construido el cuestionario, contactamos con asociaciones con el objetivo de contactar con pacientes. Igualmente contactamos con el equipo de oncología del Hospital Costa del Sol (Marbella) donde acudimos a entrevistarnos con pacientes que acudían a revisión a consulta o a recibir el tratamiento. A todos los participantes se les explicaban los objetivos del estudio y el carácter voluntario, anónimo y confidencial de su participación.

Todos los estudios realizados fueron dictaminados como favorables en relación a los criterios metodológicos éticos y legales de su realización tanto por el Comité Ético de la Universidad de Málaga (número de registro: “CEUMA: 58-2016-H”) como por el Comité Ético del Hospital Costa del Sol (Marbella) (código interno: “002_jun_PI – Estudio calidad vida pacientes cáncer”).

Resultados

Estudio 1

En este estudio se muestra que el apoyo emocional es el tipo de apoyo que más influencia tiene en una mejora de la calidad de vida y disminución del estrés percibido por el paciente oncológico (Doran et al., 2019). Siguiendo a este apoyo, el apoyo informacional también ha mostrado tener un gran impacto. En el caso del apoyo instrumental, se ha mostrado que es el tipo de apoyo que tiene menos relación con la reducción de estrés percibido (Leung et al., 2014) en tales pacientes.

En relación a las fuentes de apoyo, las redes sociales más cercanas al paciente, como son los amigos cercanos (Crookes et al., 2016), la familia (Paladino et al., 2019) y la pareja (Suwankhong & Liamputtong, 2016), son las fuentes de apoyo que más relación tienen con un menor estrés percibido y una mejora de la calidad de vida. El personal sanitario, aunque no ha resultado significativa para la mejora de la calidad de vida y disminución del estrés percibido, ha mostrado una relación positiva. Sin embargo, esta fuente de apoyo es vital para que el paciente logre una adaptación óptima a la enfermedad (Öztunç et al., 2013).

En relación a las dimensiones de satisfacción con el apoyo recibido y frecuencia con tal apoyo, la satisfacción con el apoyo resulta como un mejor predictor tanto del estrés percibido como de la calidad de vida, en comparación con la frecuencia de apoyo recibido.

Estudio 2

En el siguiente estudio las mujeres con cáncer perciben un mayor estrés y una peor calidad de vida que los hombres con cáncer (Thomé & Hallberg, 2004). En relación a la fase del proceso sanitario, los pacientes que actualmente se encuentran en fase de tratamiento

tienen una peor calidad de vida que los pacientes que se encuentran en fase de revisión, aún no existiendo diferencias significativas en relación al estrés percibido.

Otro resultado en relación al tipo de tratamiento recibido es que los pacientes que no han recibido quimioterapia perciben más estrés que los pacientes que ya la han recibido. Como se indica en otro estudio (Trask et al., 2003) la quimioterapia es la “imagen” asociada al sufrimiento y dolor que las personas tienen y sienten cuando son diagnosticadas de cáncer, la cual puede verse modificada tras recibir este tratamiento. Otro tipo de tratamiento significativo en relación a la calidad de vida y estrés percibido es la hormonoterapia. Como resultado se muestra como los pacientes que no han recibido este tipo de tratamiento muestran una mejor calidad de vida y perciben menos estrés.

Tanto el optimismo disposicional del paciente como la satisfacción que tiene con el apoyo que le proporciona el personal sanitario muestra una relación con una menor percepción de estrés por parte del paciente y una mayor calidad de vida (Curtis et al., 2014; Mera & Ortiz, 2012). Teniendo en cuenta al personal sanitario como fuente de apoyo, todos los tipos (emocional, instrumental e informacional) impactan positivamente en dimensiones de la calidad de vida y en la reducción de la percepción de estrés.

Estudio 3

En este caso, los resultados muestran que pacientes que se encuentran actualmente en tratamiento tienen menor puntuación en las dimensiones de la calidad de vida, en comparación con los pacientes que han finalizado el tratamiento y se encuentran en la fase de revisión. En relación con este resultado se encuentra que los pacientes que se encuentran en revisión tienen menores dificultades económicas que los pacientes que deben acudir a

recibir tratamiento. Esta diferencia puede derivarse de todos los gastos que conlleva encontrarse en tratamiento, sumado a la reducción de ingresos que se puede ocasionar por el cese de la actividad laboral (Lu et al., 2019).

Otro resultado es que los pacientes que se encuentran en revisión muestran un peor funcionamiento que los pacientes que se encuentran en tratamiento actual. Este resultado puede deberse a que en la fase de revisión, existe un frecuente miedo a la posibilidad de tener una recidiva de la enfermedad, pudiendo reducir significativamente el funcionamiento cognitivo del paciente (Willems et al., 2016).

En general, el apoyo social, la resiliencia y el optimismo disposicional muestran una relación positiva con una mejora de la calidad de vida del paciente. La falta de apoyo social se relaciona con una disminución de la calidad de vida (Shen et al., 2020; Zhang et al., 2020) y una mayor puntuación en los niveles de resiliencia se relaciona con un aumento de la calidad de vida (Oliva et al., 2019) al igual que el optimismo disposicional (Marton et al., 2020).

En relación a las fuentes de apoyo más relevantes para la calidad de vida del paciente encontramos la pareja, la familia y los amigos, aunque el personal sanitario también muestra una relación con una mejor calidad de vida del paciente oncológico. Los tipos de apoyo emocional, sobre todo de la pareja, de la familia y los amigos (Adam & Koranteng, 2020; Pfaendler et al., 2015) e informacional (So et al., 2014) resultaron ser los más importantes.

Estudio 4

Los datos reflejan una estructura latente de cinco factores, que son apoyo social, optimismo disposicional, calidad de vida, resiliencia y estrés percibido. Igualmente, tras llevar a cabo los

análisis de validez, fiabilidad del modelo de medida y valoración de los modelos estructurales, las relaciones causales entre las variables que se han propuesto han sido confirmadas.

En los casos de los dos modelos planteados, es decir analizando con un modelo el apoyo social según las fuentes que proporcionan apoyo al paciente y analizando con otro modelo el apoyo social según los tipos de apoyo que le proporcionan, se obtuvieron resultados significativos con respecto a las relaciones directas entre: optimismo disposicional y resiliencia (Saboonchi et al., 2016), entre resiliencia y calidad de vida (Lee et al., 2022), entre resiliencia y estrés percibido (Groarke et al., 2020) y entre apoyo social y resiliencia (Yin et al., 2022), ya sea emocional, instrumental o informacional (Drageset et al., 2012; Pfaendler et al., 2015; So et al., 2014) por parte de la familia, de los amigos, de la pareja o del personal sanitario (Çakir et al., 2021; Dong et al., 2017; Northouse et al., 2005).

Del mismo modo también mostraron puntuaciones significativas para los efectos indirectos las siguientes relaciones: optimismo, resiliencia y estrés; apoyo social, resiliencia y estrés; optimismo, resiliencia y calidad de vida; y apoyo social, resiliencia y calidad de vida.

Los resultados muestran como las relaciones directas más fuertes son la relación predictiva de la resiliencia con respecto al estrés percibido del paciente con cáncer y el optimismo disposicional como predictor de la resiliencia. Los valores más altos obtenidos con respecto a las relaciones indirectas se encuentran en (1) la relación predictiva positiva entre el optimismo disposicional y la calidad de vida mediada por la resiliencia y (2) la relación predictiva negativa entre el optimismo disposicional y el estrés percibido mediada por la resiliencia. Es decir, cuanto mayor sea la resiliencia del paciente, mayor impacto tendrá el optimismo disposicional en la mejora de la calidad de vida y reducción del estrés percibido.

Discusión

De forma resumida, entre las conclusiones principales podemos indicar que el apoyo social, el optimismo disposicional y la resiliencia tienen una relación positiva con la calidad de vida y una relación negativa con el estrés percibido de los pacientes con cáncer.

El apoyo emocional es el tipo de apoyo más relevante en la mejora de la calidad de vida del paciente, seguido del apoyo informacional y finalmente el apoyo instrumental. La fuente de apoyo más relevante para la mejora de la calidad de vida ha sido la pareja del paciente. Sin embargo, la familia, los amigos y el personal sanitario también han mostrado tener un impacto positivo tanto en la calidad de vida como en el estrés del paciente. Los resultados también muestran que la satisfacción con el apoyo social recibido funciona mejor como predictor de la calidad de vida y del estrés recibido que la frecuencia con la que recibe apoyo el paciente. En este sentido, la falta de apoyo social se relacionará con un mayor malestar, en el caso de que los pacientes no estén realmente satisfechos con el apoyo recibido.

Un mayor optimismo disposicional ayuda al paciente a percibir las situaciones con una actitud más positiva, minimizando las situaciones estresantes. De este modo promueve una reducción del estrés percibido y un aumento de la calidad de vida.

La resiliencia del paciente promueve un afrontamiento más activo ante el diagnóstico de la enfermedad, así como ante los propios síntomas producidos por los tratamientos. Del mismo modo afronta de una forma más adaptativa las emociones negativas surgidas durante el proceso de la enfermedad.

La resiliencia es un proceso dinámico, por lo que contar con figuras de apoyo y tener una actitud optimista influye en la promoción de la resiliencia en los pacientes con cáncer. A través de los modelos de ecuaciones estructurales planteados observamos que la resiliencia actúa como mediadora entre el apoyo social recibido y el optimismo disposicional con la calidad de vida y estrés percibido de los pacientes con cáncer.

Las mujeres con cáncer muestran una peor calidad de vida y una mayor percepción de estrés que los hombres con cáncer. En relación con la fase del proceso médico los resultados muestran que los pacientes que se encuentran actualmente en tratamiento tienen peor calidad de vida que los pacientes que se encuentran en revisión. En cambio, no hay diferencias significativas en relación al estrés percibido. Este resultado puede ser debido a que en todas las fases del proceso sanitario existen eventos y situaciones generadoras de estrés. Algunas de ellas pueden comenzar en la fase de tratamiento y mantenerse en la fase de revisión.

Debemos resaltar que los estudios presentados se pueden representar bajo el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1995, 2005) y su aplicación como marco teórico de la psicooncología (Torrico et al., 2002).

Implicaciones prácticas

Las estrategias de intervención deben tener como objetivo la mejora de la calidad de vida del paciente oncológico. Para ello es imprescindible tener en cuenta las necesidades del paciente e implicar a la red social de apoyo del paciente, como son los amigos y la familia. Estas intervenciones se deben llevar a cabo tanto en pacientes que se encuentran en tratamiento como en pacientes que se encuentran en revisión.

El análisis multidimensional nos permite diseñar e implementar estrategias más eficaces como puede ser preparar a la red social del paciente para que puedan proporcionar un apoyo de calidad. Además, se debe promover la participación en grupos de apoyo, sobre todo en los casos en donde el paciente no tenga una red de apoyo comprometida.

Un aspecto que consideramos muy relevante en estos estudios es el haber incluido como fuente de apoyo al personal sanitario, ya que es una fuente que tiene constante contacto con el paciente con cáncer durante todo el proceso de la enfermedad, desde el diagnóstico inicial, pasando por el tratamiento, hasta la fase de revisión y posterior alta médica. Por ello los programas de intervención también deben tener como objetivo formar al personal sanitario para que puedan proporcionar un apoyo necesario por el paciente.

Los programas y estrategias de intervención igualmente deben tener como objetivo aumentar la resiliencia, así como el optimismo disposicional de los pacientes. De este modo se podría lograr un afrontamiento más óptimo y adaptativo a la enfermedad y a las emociones negativas que pueden producirse (Matzka et al., 2016).

Finalmente queremos enfatizar que no debemos centrarnos simplemente en estudiar cómo aumentar la cantidad de vida de los pacientes. Sino que este aumento de la cantidad de vida debe ir acompañado de un aumento de la calidad de vida. Este objetivo puede lograrse a través de estrategias de intervención dirigidas a aumentar la satisfacción con el apoyo social recibido, el optimismo disposicional y la resiliencia durante todo el proceso de la enfermedad y según las necesidades del paciente oncológico.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Entre las limitaciones encontradas durante el desarrollo de la presente Tesis Doctoral podemos encontrar, entre los participantes, menor número de hombres con cáncer con respecto al número de mujeres con cáncer. Por otro lado, teniendo en cuenta el carácter transversal de nuestros estudios, no tenemos información relativa a cómo puede variar el apoyo proporcionado, la resiliencia y el optimismo durante todo el transcurso de la enfermedad. Para futuros estudios se podría llevar a cabo estos análisis a través de estudios de carácter longitudinal.

Por último, queremos resaltar como futura línea de investigación realizar el análisis de los efectos observados concretando en variables más relacionadas con la enfermedad en sí. Entre estas variables se pueden tener en cuenta el tipo de cáncer que tengan los pacientes oncológicos, así como la fase de la enfermedad en la que se encuentren. Del mismo modo abarcaría estudios con el objetivo de mejorar la calidad de vida en pacientes con algún tipo de cáncer en concreto.

Finalmente, sería relevante llevar a cabo estudios que incluyan como fuentes de apoyo las asociaciones de pacientes, o incluso otros pacientes con cáncer, que pueden funcionar como fuentes de apoyo relevantes para mejorar la calidad de vida y reducir la percepción del estrés.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. SITUACIÓN DEL CÁNCER EN ADULTOS

1.2. CALIDAD DE VIDA

1.3. ESTRÉS PERCIBIDO

1.4. APOYO SOCIAL

1.5. RESILIENCIA

1.6. OPTIMISMO DISPOSICIONAL

**1.7. MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO HUMANO (MEDH) APLICADO A PACIENTES
CON CÁNCER**

1. MARCO TEÓRICO

1.1. SITUACIÓN DEL CÁNCER EN ADULTOS

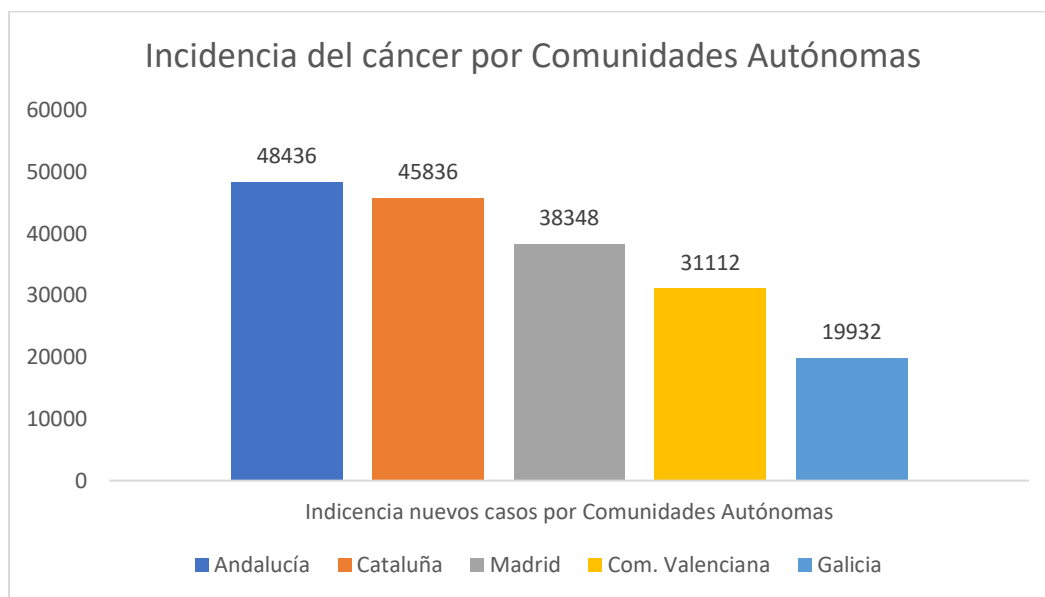
El cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo, atribuyéndose casi 10 millones de defunciones en 2020 a esta enfermedad (World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, 2020), produciéndose más de 19 millones de nuevos casos en ese mismo año. En Europa la incidencia es de más de cuatro millones con casi dos millones de defunciones en el año 2020.

En España, la incidencia de nuevos casos detectados en el año 2022 es de 290.175, donde el 58,20% son hombres (Observatorio Asociación Española Contra el Cáncer, s.f.). Durante ese mismo año se produjeron en España 111.426 defunciones por cáncer, donde el 60,01% fueron hombres. Un dato que resulta interesante y llamativo es que, tanto para la incidencia de nuevos casos como en relación a la mortalidad, Andalucía ocupa el primer lugar con más de 48 mil nuevos casos (ver Figura 1) y más de 18 mil defunciones (ver Figura 2) en el año 2022.

En relación a la incidencia de nuevos casos por tipo de cáncer, en Andalucía se encuentran en primer lugar el cáncer colorrectal, seguido del cáncer de próstata y de mama (ver Figura 3).

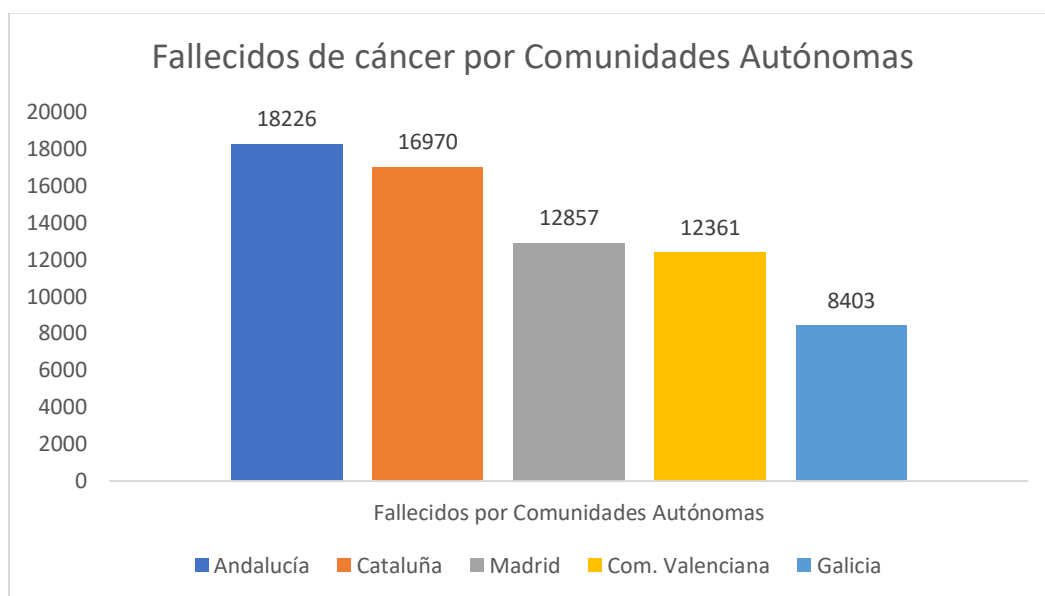
En cuanto a la mortalidad, los tipos de cáncer que más defunciones han ocasionado en Andalucía en el año 2022 son el cáncer de pulmón, seguido del cáncer colorrectal y el de mama (ver Figura 4).

Figura 1. Datos de las cinco Comunidades Autónomas con mayor incidencia de nuevos casos en el año 2022



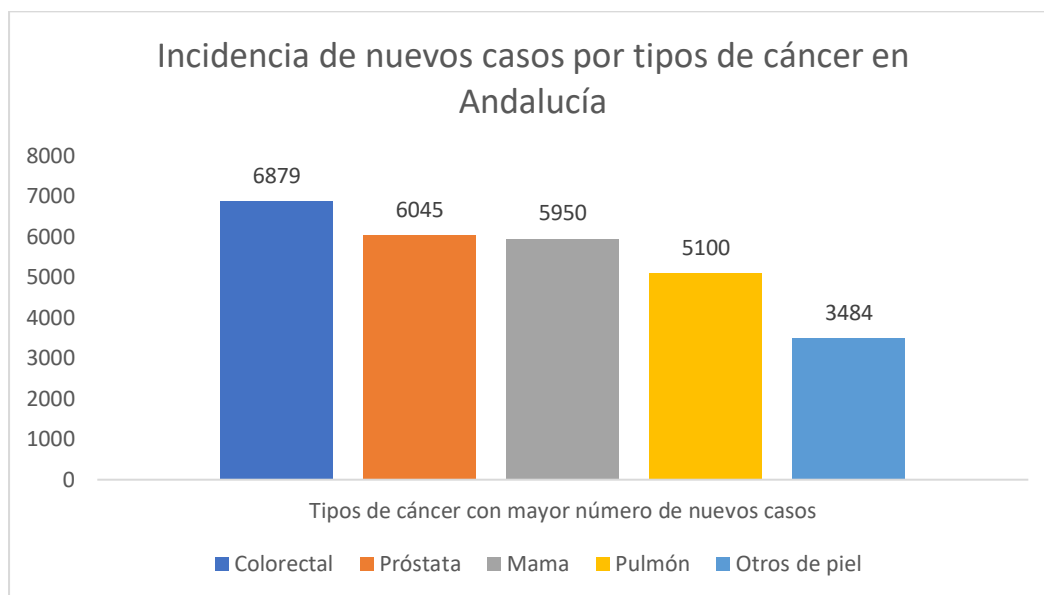
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Observatorio AECC (s.f.)

Figura 2. Datos de las cinco Comunidades Autónomas con mayor número de fallecidos de cáncer en el año 2022



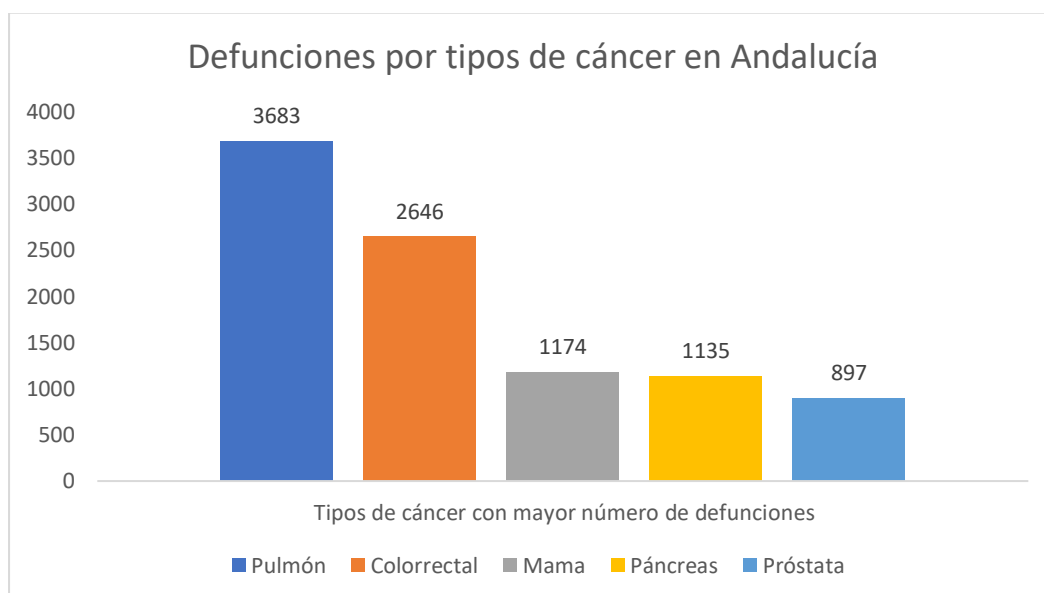
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Observatorio AECC (s.f.)

Figura 3. Datos de los cinco tipos de cáncer con mayor incidencia en Andalucía en el año 2022.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Observatorio AECC (s.f.)

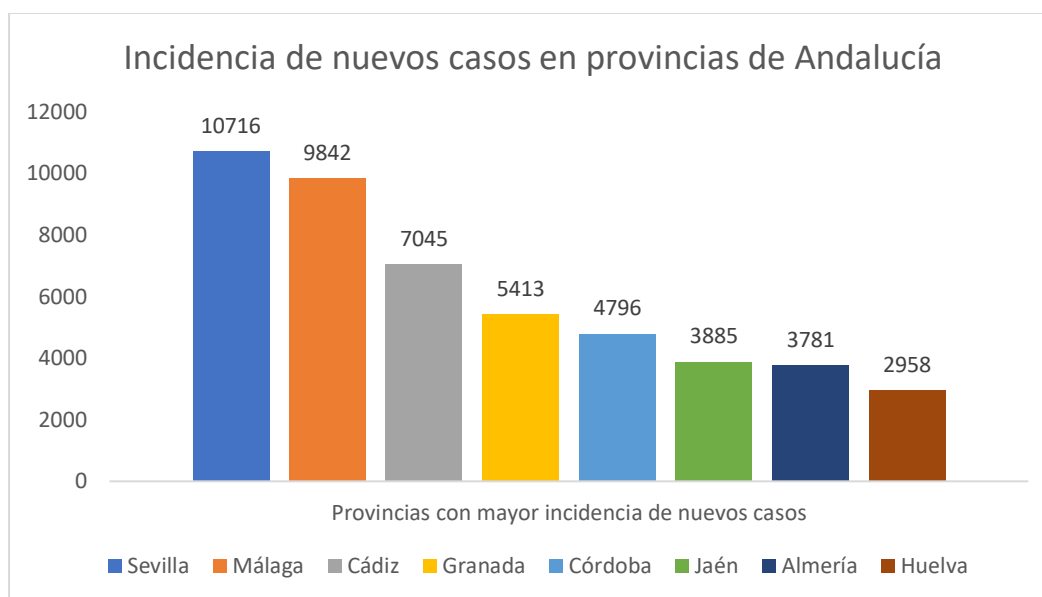
Figura 4. Datos de los cinco tipos de cáncer con mayor mortalidad en Andalucía en el año 2022.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Observatorio AECC (s.f.)

Si analizamos por provincia la incidencia de nuevos casos, observamos que Málaga se encuentra en segundo lugar, encontrándose en primer lugar Sevilla (ver Figura 5).

Figura 5. Datos de la incidencia de nuevos casos de cáncer en las ocho provincias de Andalucía.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Observatorio AECC (s.f.)

Existe una gran cantidad de creencias erróneas, miedos y dudas en torno al cáncer que magnifican el temor a esta enfermedad, llegándose a unificar completamente la palabra cáncer con un camino de dolor y muerte. Sin embargo, es cierto que el tratamiento y el diagnóstico del cáncer conlleva un conjunto de estresores traumáticos de larga duración (Chan et al., 2018) llegando a producir respuestas emocionales negativas. Entre estas respuestas emocionales se incluye, hasta en la mitad de los pacientes diagnosticados, una mayor angustia (Mehnert et al., 2018). Los pacientes con cáncer sufren, durante largo plazo, un malestar psicológico importante (Bailo et al., 2019), además de que la comorbilidad es frecuente con diversos trastornos (Abbey et al., 2015; Hill et al., 2011), como el trastorno

depresivo (Henderson et al., 2019; Korsten et al., 2019), los trastornos relacionados con la ansiedad (Truong et al., 2019) y los trastornos del sueño (Tang et al., 2017). Concretamente los pacientes oncológicos tienen más probabilidades de desarrollar síntomas depresivos que la población general (Bortolato et al., 2017). Todo esto debido, entre otros, a los tratamientos médicos que se aplican (Moltu et al., 2012) y no solo al propio diagnóstico. Incluso en contextos actuales como la pandemia se ha observado (Dai et al., 2020; Liang et al., 2020) que el cáncer puede conllevar ciertos factores de riesgo de sufrir consecuencias graves si el paciente se ve afectado por el COVID-19, como puede ser el tratamiento actual o el sistema inmunitario débil. Debido a la toxicidad de los tratamientos aplicados en los pacientes oncológicos se puede producir un aumento de los efectos secundarios asociados así como de los síntomas (Zhang et al., 2020) incluso a largo plazo (Neron et al., 2019; Reb & Cope, 2019). Se ha producido un aumento de la esperanza de vida gracias al aumento del diagnóstico precoz y a los avances terapéuticos que se han dado en los últimos años, lo que conlleva un incremento de la cantidad de pacientes supervivientes (Cardoso et al., 2019; Nardin et al., 2020). Este aumento de esperanza de vida junto a que el cribado es más accesible para las personas, conlleva un aumento de la incidencia del diagnóstico de cáncer (Ferlay et al., 2015). Esto a su vez conlleva que las complicaciones derivadas de los tratamientos así como la incidencia de síntomas aumente (Beesley et al., 2018; Reb & Cope, 2019).

Aún existiendo tales avances y tal aumento de esperanza de vida, el cáncer puede llegar a establecerse como una enfermedad crónica, lo que conlleva que tanto el paciente como sus familiares tengan que afrontar una gran cantidad y variedad de eventos y situaciones estresantes y traumáticas (Bayly & Lloyd-Williams, 2016; Labrell et al., 2019) en todas las fases del proceso sanitario y durante todo el desarrollo de la enfermedad. Esto

puede influir en que se produzcan cambios en su estilo de vida que afecten a sus relaciones y a su calidad de vida (Durosini et al., 2021).

Dentro de este proceso sanitario se encuentra la fase de tratamiento. Un gran porcentaje de pacientes, antes de someterse a otro tipo de tratamientos, reciben tratamiento quirúrgico. Como consecuencia de esta intervención quirúrgica se puede producir una discapacidad permanente, que puede constituirse como una fuente de estrés traumática (Mahjoubi et al., 2010). Otros tipos de tratamientos aplicados en los pacientes con cáncer son la radioterapia y la quimioterapia. Estos tratamientos pueden producir en el paciente efectos secundarios perjudiciales, debido al daño producido a los tejidos sanos por la radioterapia así como por la toxicidad de la quimioterapia (Bae & Park, 2016). De hecho, hasta el 75% de los pacientes informan de cambios cognitivos durante la radioterapia o quimioterapia, pudiéndose mantener durante años después de terminar el tratamiento (Janelsins et al., 2014; Wefel et al., 2015). En el caso de la radioterapia, existen avances (Frank et al., 2004) que reducen la toxicidad del tratamiento, reduciendo el riesgo de recidiva tras la cirugía de determinados tipos de cáncer. Sin embargo durante el tratamiento de la radioterapia, y una vez finalizado, pueden aparecer síntomas como fatiga y problemas gastrointestinales (Tanyi et al., 2014). También ha mostrado relación con un aumento de la angustia psicológica, haciendo que los pacientes falten a las sesiones, lo que puede conllevar el ingreso en el hospital durante el ciclo de radioterapia (J. Anderson et al., 2019). A todo esto hay que sumarle que, durante el proceso de la enfermedad, puede producirse lo que se denomina “toxicidad económica”, ya que conlleva una carga económica derivada del coste de atención médica, de los costes asociados al traslado o viaje para acudir a las visitas al médico o a recibir tratamiento, o también debido a la pérdida o reducción de salario por una baja o reducción

horaria en el trabajo (Pearce et al., 2015). Además de ocasionar una falta de adherencia al tratamiento, pudiendo ocasionar un aumento de la mortalidad (Ramsey et al., 2016), también se ha relacionado con una reducción de la calidad de vida de pacientes con cáncer (Benedict et al., 2022; Perry et al., 2019; Semin et al., 2020).

Durante la fase de tratamiento se pueden producir situaciones adversas que, una vez finalizado tal tratamiento, continúen y se prolonguen durante la fase de revisión. Ejemplos de estas situaciones adversas pueden ser la ruptura de relaciones así como la interrupción/finalización de la actividad laboral (Fitch & Longo, 2018). Debido a ello, no se debe pensar que el proceso del cáncer para el paciente termina una vez finalizado el tratamiento, sino que hay que tener en cuenta todo el procedimiento posterior, incluida la fase de revisión y el alta médica con el fin de proporcionar una atención eficaz y óptima a todos los supervivientes de cáncer (Durosini et al., 2021).

En general, la enfermedad del cáncer puede producir un deterioro de la calidad de vida del paciente y sus familiares (Rowland & Bellizzi, 2014). El cáncer tiene un gran impacto en todos los aspectos de la vida del paciente (Miller et al., 2016), deteriorando ámbitos de la vida laboral, social, familiar y personal del paciente durante largos intervalos de tiempo, ocasionando problemas financieros, relacionados con el trabajo o con la vida en el hogar (Blinder & Gany, 2020; McKeague & Maguire, 2021; Zheng et al., 2019). De este modo, sitúa en un riesgo extremo la calidad de vida del paciente (Penttinen et al., 2011), llegando a afectar tanto a la respuesta al propio tratamiento, como al pronóstico y gravedad de la enfermedad (Frick et al., 2007).

Por todo ello actualmente, junto al tratamiento de la enfermedad se deben tener en cuenta aspectos sociales y psicológicos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer (Edianto et al., 2019).

1.2. CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un concepto multidimensional aplicado a los aspectos de la vida que se ven más afectados por la enfermedad. Se define como el grado en que el bienestar físico, social, funcional o emocional esperado por el paciente se ve afectado o disminuido por el tratamiento o por el proceso médico (Cella, 1994). Tanto el proceso sanitario como el tratamiento en sí mismo, afectan de modo importante a las distintas dimensiones de la calidad de vida del paciente con cáncer (Adamowicz et al., 2020; Barbus et al., 2018). En este aspecto influye la percepción del propio paciente sobre los efectos del proceso de la enfermedad, sobre los distintos tratamientos existentes y administrados y sobre el diagnóstico (Polanski et al., 2016). Los pacientes con cáncer destacan que sufren reducción de su calidad de vida y también un aumento de sus necesidades de atención no satisfechas (Bulkley et al., 2018; Dobbs et al., 2019; Kotronoulas et al., 2017). Estos efectos y experiencias son debidos a que el cáncer es una enfermedad en sí misma, así como por las limitaciones experimentadas por los pacientes (Mc Caughan et al., 2013). Las dificultades que sufren los pacientes con cáncer, como puede ser el deterioro cognitivo (Janelins et al., 2014) o el propio dolor oncológico que influye en aspectos físicos y psicológicos (Mystakidou et al., 2007; Rodriguez et al., 2019) pueden perjudicar y reducir las actividades diarias y rutinarias de tales pacientes, lo cual tiene un gran impacto negativo sobre su calidad de vida (Miller et al., 2016; Tsai et al., 2018).

Tanto el diagnóstico como el tratamiento del cáncer puede afectar gravemente a los pacientes, que pueden tener problemas o secuelas psicológicas y físicas (Brown et al., 2020) que reducen su calidad de vida (D. Chen et al., 2018; Martino et al., 2020; Triberti et al., 2019), lo cual también se asocia con una falta de adherencia al tratamiento (Stahlschmidt et al., 2019). Esta disminución de la calidad de vida puede observarse incluso 15 años después del diagnóstico y tratamiento (Lardas et al., 2017; Ralph et al., 2020).

Entre los factores que influyen en ese impacto del cáncer que produce una reducción de la calidad de vida se encuentran el tipo de cáncer, el tipo de tratamiento específico administrado (Marzorati et al., 2020) y los síntomas o los efectos secundarios del tratamiento (Gargantini & Casari, 2019; Nilsen et al., 2021). Entre los síntomas más comunes que afectan a la calidad de vida se encuentran un aumento de la fatiga del paciente (Fabi et al., 2020; Puigpinós-Riera et al., 2020), el dolor, los trastornos del sueño (D. Chen et al., 2018) y otros síntomas físicos como pérdida de cabello, náuseas y vómitos (Hsu et al., 2017; Teston et al., 2018).

La calidad de vida se ve influida por las diferentes modalidades de tratamiento, como la cirugía, la quimioterapia, la hormonoterapia y la radioterapia (Mutsaers et al., 2017; Siyam et al., 2017). Existen estudios que destacan el tratamiento del cáncer como uno de los elementos que más afectan al funcionamiento diario del paciente oncológico, debido a las consecuencias psicológicas y físicas que conlleva (Ganz, 2006). Aunque la quimioterapia tiene grandes beneficios para inducir la remisión y reducir la recidiva en determinados casos, los efectos secundarios como las náuseas, vómitos o la fatiga, la cual se produce en el 90% de los pacientes sometidos a este tratamiento (Bower, 2014) preocupan mucho a los pacientes, ya que produce cambios vitales muy importantes (Paraskevi, 2012) y afectan tanto a la calidad

de vida como al cumplimiento del tratamiento (Chagani et al., 2017; Ho et al., 2018). Algunos estudios destacan el tratamiento de quimioterapia como el más asociado con una reducción de la calidad de vida, sobre todo en los primeros ciclos, cuando la persona aún no sabe con certeza si va a sufrir síntomas como la caída del cabello o la debilidad corporal, entre otros (Dantzer et al., 2012; Quattropiani et al., 2017). La cirugía es otro tipo de intervención que puede producir cambios permanentes en la apariencia del paciente, como es el caso de la mastectomía realizada en cáncer de mama (Koçan & Gürsoy, 2016). Estos pacientes pueden llegar hasta el punto de evitar la exposición de su cuerpo por los posibles sentimientos de malestar producidos por esos cambios corporales (Dieli-Conwright et al., 2014; Zimmermann, 2015). Además pueden funcionar como recordatorio constante de la enfermedad y de todo el proceso que ha sufrido el paciente llegando a afectar tanto a la autoestima como a su identidad personal (Alexis & Worsley, 2018), afectando negativamente en las relaciones íntimas de la persona (Bagheri & Mazaheri, 2015; Turk & Yilmaz, 2018). Otro tipo de tratamiento es la hormonoterapia, que puede tener una mayor duración, incluso años. Es cierto que los efectos secundarios de este tratamiento no son tan observables como en otros tipos de tratamientos, o suelen ser menos adversos. Sin embargo, pacientes que reciben este tipo de tratamiento informan de sentir un aumento de síntomas como la fatiga y el insomnio (Bright & Stanton, 2018) produciéndose una gran reducción de la calidad de vida de los pacientes que reciben este tipo de tratamiento (Oraá-Tabernerero & Cruzado, 2019). Del mismo modo, la radioterapia puede ocasionar un aumento de síntomas como pueden ser los problemas gastrointestinales o una mayor fatiga (Tanyi et al., 2014)..

La reducción de la calidad de vida no se circunscribe a un tipo de cáncer o a pacientes que se encuentran en tratamiento actualmente, sino que es un efecto común que se produce

en pacientes que se encuentran en cualquier fase del proceso sanitario (Lopes et al., 2019) al igual que en pacientes que sufren diferentes tipos de cáncer (Adamowicz et al., 2020; Barbus et al., 2018). No solo la calidad de vida se ve afectada en pacientes oncológicos que se encuentran en tratamiento. Esta reducción de la calidad de vida también se ve reducida o afectada en pacientes que se encuentran en la fase de revisión, en pacientes libres de enfermedad, una vez finalizado el tratamiento (Groenvold, 2010). Esto es debido a los problemas a largo plazo que se producen (Milne et al., 2008) o por la preocupación, por el temor y por el miedo a que se produzca, tanto en las revisiones como en el futuro en general, una recurrencia de la enfermedad (Dunn et al., 2015; Willems et al., 2016). De este modo, pueden reaparecer necesidades psicológicas, físicas y sociales debido a las secuelas de la enfermedad, las cuales tienen un impacto negativo en la calidad de vida del paciente. De hecho, a muchos pacientes les conlleva una gran dificultad volver a una nueva forma de vida, una vez superaron el cáncer, lo que también puede repercutir en su calidad de vida (Götze et al., 2015).

Existen factores sociodemográficos que influyen también en la calidad de vida de los pacientes. Uno de ellos es el género del paciente ya que las pacientes mujeres suelen percibir menos calidad de vida que los pacientes hombres (Ayalon & Bachner, 2019). Esta diferencia de impacto de la enfermedad en la calidad de vida puede ser debida tanto a la diferencia de tratamientos administrados como a los diferentes tipos de diagnósticos y tipos de cáncer entre hombres y mujeres (Franceschi & La Vecchia, 2001). El tratamiento recibido, ya sea hormonoterapia (Kuehn et al., 2019), quimioterapia (Acquati et al., 2018), radioterapia o cirugía (Gressel et al., 2019) puede ocasionar cambios hormonales que afectan a su función sexual (C. L. C. Taylor et al., 2004). En este sentido, las mujeres pueden experimentar cambios

físicos debidos al tratamiento que pueden influir en su percepción, haciéndolas sentir menos atractivas y femeninas (Philip et al., 2013), reduciéndose así su calidad de vida (Campos et al., 2022). No solo en la fase de tratamiento y diagnóstico se produce tal diferencia entre hombres y mujeres. En la fase de revisión la mujer quizás continúe con necesidades de apoyo que no llegan a ser proporcionados por sus fuentes de apoyo o su red social debido a que los síntomas no llegan a ser tan visibles en la fase de revisión como en la fase de tratamiento. Hay que sumar, en relación a este aspecto, que aún existe ese predominio de responsabilidades en las mujeres. Un ejemplo es la existencia de alguna persona con necesidades especiales dentro de su familia, donde la mujer suele asumir, aún a día de hoy, ese rol de cuidadora (García-Calvente et al., 2004). Además, hay que tener en cuenta que la esperanza de vida es mayor en las mujeres. Esta mayor esperanza de vida conlleva que la mujer pase más tiempo con miedo a la posible recidiva, al igual que un mayor tiempo de la enfermedad va afectando e impactando sobre la calidad de vida de la paciente.

Existen varios motivos que destacan la importancia de evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos. Concretamente podemos encontrar 3 motivos principales (Puentes-Maestu & Villar, 2006): (1) El primer motivo es que comparar los potenciales efectos secundarios que se pueden dar, nos puede ayudar a determinar de modo global los beneficios para la calidad de vida. El segundo motivo es que proporciona información más específica sobre la perspectiva subjetiva del paciente en relación al impacto, tanto del tratamiento como de la enfermedad, sobre su vida, y sobre los síntomas, pudiendo llegar a mostrar síntomas que el paciente no quiere revelar por evitar una decepción tanto a sus familiares como a su médico. De este modo se puede decir que se consigue una mejora en la atención global del paciente. Y el tercer motivo, y no por ello menos importante, es la relevancia de evaluar la

calidad de vida para controlar y planificar de modo óptimo y exitoso tanto los procedimientos terapéuticos como el tratamiento que reciben los pacientes. Por ello la calidad de vida llega a funcionar como un factor pronóstico del tratamiento aplicado (Bottomley et al., 2019; van Leeuwen et al., 2018) relacionado con una mayor supervivencia (Büttner et al., 2017) ya que puntuaciones iniciales de calidad de vida más bajas se relaciona con una evolución negativa de la enfermedad, lo que conlleva una disminución de la calidad de vida.

Esta relevancia de mejorar y evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos es destacada por distintos profesionales que interactúan y trabajan con los pacientes. Tales profesionales instan a la inclusión de evaluar y mejorar la calidad de vida como otro aspecto más dentro de los cuidados que se les ofrecen a los pacientes con cáncer. Esta visión es compartida por la mayoría de pacientes, que consideran su calidad de vida tan importante, o incluso más, que su longevidad o cantidad de vida (Puente-Maestu & Villar, 2006). Por ello, muchos pacientes solo aceptan el riesgo de los diferentes tratamientos y sus efectos secundarios cuando conocen cómo les va a influir en su calidad de vida.

1.3. ESTRÉS PERCIBIDO

En el proceso del cáncer, tanto el diagnóstico como los tratamientos llevados a cabo, son situaciones que producen un gran estrés crónico y continuo para la mayoría de los pacientes (Cordova et al., 2017; Weber & O'Brien, 2017) produciéndose, sobre todo en la fase de revisión, un miedo a la posible recurrencia de la enfermedad (Ghazali et al., 2013). De hecho, una gran proporción de pacientes podrían experimentar tanto el diagnóstico como el tratamiento de un modo traumático (Cordova et al., 2017; Mehnert & Koch, 2007). La enfermedad del cáncer enfrenta al paciente, en todas y cada una de las fases del proceso

sanitario (McMullen et al., 2018; Meeker et al., 2016; Park et al., 2016), a una gran variedad de dificultades, problemas y situaciones potenciales de estrés (Beatty et al., 2009), como la fatiga, la reducción o ruptura de relaciones, los problemas económicos o la interrupción de la actividad laboral (Fitch & Longo, 2018). De hecho, una de las consecuencias o resultados más comunes entre los pacientes oncológicos es el aumento de los niveles de estrés (Abuatiq et al., 2020; Kreiberg et al., 2020; Li et al., 2021) en todas las fases del proceso de la enfermedad afectando al estado afectivo y funcional de los supervivientes (Groarke et al., 2020), relacionándose con problemas psicológicos y el aumento de los síntomas (Abdollahi et al., 2019). Entre los síntomas, podemos encontrar una relación entre el estrés percibido por el paciente con problemas de insomnio (Wal et al., 2017). Recibir un diagnóstico de cáncer es una de las situaciones más difíciles que una persona puede experimentar (Dooley et al., 2017) debido a que genera una incertidumbre en el paciente respecto a su futuro, ya que se suele experimentar como una situación traumática e inexplicable (Pedersen et al., 2012), generando unos niveles de estrés elevados. A esto hay que sumarle el impacto que generan términos como “cáncer”, “tratamiento” o “cirugía” usados normalmente durante este diagnóstico (García-Montero et al., 2022). Esta incertidumbre que se genera en el paciente puede intensificarse con el inicio del tratamiento (Ellis et al., 2019) ya que también aparecen muchas dificultades y situaciones problemáticas potenciales de estrés tanto en el tratamiento como en la posterior recuperación (Fitch & Longo, 2018; Wood et al., 2017). De hecho, muchos factores que influyen en el estrés percibido de los pacientes, como son la vuelta a la vida normal, el miedo a la recidiva o los problemas producidos por el tratamiento, suelen continuar más allá de la finalización del tratamiento (Costanzo et al., 2007; Lauver et al., 2007).

El tratamiento del cáncer en sí mismo es otro elemento que funciona como factor generador de estrés (Miaskowski et al., 2018). Un ejemplo son pacientes que reciben radioterapia, los cuales además de depresión y ansiedad, pueden sufrir elevados niveles de estrés (Mungase et al., 2021). No solo durante el tratamiento se produce este aumento de los niveles de estrés, sino que, una vez finalizado el tratamiento, es posible que continúen existiendo ciertos factores que produzcan un aumento del estrés percibido en los pacientes oncológicos. Entre estos factores podemos encontrar los problemas de salud producidos y derivados de los tratamientos recibidos (Reich et al., 2017) o el temor, preocupación y miedo a la posible recidiva de la enfermedad (Dunn et al., 2015) muy ligado a un impacto negativo en el bienestar de los sobrevivientes de cáncer (A. B. Smith et al., 2016). Cabe destacar que, más que las características más objetivas de la enfermedad, son el miedo al futuro y las percepciones subjetivas sobre cómo impacta la enfermedad los elementos más asociados a un aumento del estrés en pacientes oncológicos (Fleer et al., 2006).

También se han encontrado resultados en relación a variables sociodemográficas, como por ejemplo, y al igual que ocurre con la calidad de vida, que las mujeres suelen percibir mayores niveles de estrés (Mungase et al., 2021).

Es de vital importancia tener en consideración el estrés que perciben los pacientes oncológicos ya que, además de afectar a la respuesta inmunitaria de los pacientes y a la progresión de la enfermedad (Antoni & Dhabhar, 2019), su evaluación y capacidad de manejo parece estar asociado a la calidad de vida (Kreitler et al., 2007), llegando a ser un elemento predictor de una futura reducción de la salud y funcionamiento de los pacientes con cáncer (Alcorso & Sherman, 2016).

1.4. APOYO SOCIAL

El apoyo social es un concepto interactivo, que consiste en una transacción interpersonal de ayuda producida entre el receptor de ayuda y sus fuentes de apoyo. El apoyo social conlleva ayuda material, información y emociones y se produce en un contexto determinado (Hombrados-Mendieta & Castro-Travé, 2013). Este apoyo suele ser proporcionado por la comunidad, sus redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza, tanto en situaciones cotidianas, como en situaciones de crisis durante todo el transcurso de la vida (N. Lin et al., 1986).

El cáncer también afecta a la vida social de los pacientes. Aunque se ha observado que los pacientes con cáncer perciben altos niveles de apoyo social, en comparación con la población general (Yoo et al., 2017), los síntomas ocasionados por el tratamiento pueden reducir la actividad fuera de casa del paciente (Izycki et al., 2016) limitando la capacidad para ver a los amigos o a la familia (Lowdermilk & Germino, 2000). El apoyo social es un elemento clave para que los pacientes mantengan un buen estado mental (Lutgendorf et al., 2012; Wen et al., 2017) y consigan una buena adaptación a la nueva situación (Osann et al., 2014). De hecho, un fenómeno observado en la mayoría de los pacientes es el impacto del apoyo social en la mejora de la calidad de vida, incluso en pacientes con cáncer avanzado (Applebaum et al., 2014), así como en una disminución del estrés percibido, tanto por el paciente (Durá-Ferrandis et al., 2019) como por sus familiares (Melguizo-Garín et al., 2020).

El apoyo social recibido puede reducir los síntomas depresivos de los pacientes (Wen et al., 2017), contribuyendo a una mayor adaptación psicológica (Yağmur & Duman, 2016). Del mismo modo, la ausencia de apoyo social está relacionada con mayores casos de

depresión y ansiedad (Fong et al., 2017; Hsieh et al., 2020) conllevando una menor calidad de vida (Wells et al., 2014). Podemos decir que el apoyo social cumple una función como factor protector de la calidad de vida en los pacientes oncológicos (Shen et al., 2020; Zhang et al., 2020). Esta función protectora se produce en pacientes que se encuentran en revisión (Leung et al., 2014) al igual que en pacientes que acuden a tratamiento (Applebaum et al., 2014). Tanto es así que una ausencia o falta de apoyo puede impactar negativamente en el tratamiento influyendo en la efectividad de éstos (Spatuzzi et al., 2016; Thompson et al., 2017), llegando hasta el punto de que la ausencia o pérdida de fuentes de apoyo como familiares y amigos conlleva un aumento del riesgo de mortalidad tras el diagnóstico inicial del cáncer (C. C. Lin, 2016).

En la investigación, la gran mayoría de autores destacan diferentes tipos de apoyo, concretamente 3 tipos (Breuer et al., 2017; Melguizo-Garín et al., 2019): En primer lugar el apoyo emocional. Este tipo de apoyo constituye el sentimiento de ser amado, así como tener la seguridad de confiar en alguien. Otro tipo de apoyo es el apoyo instrumental. Éste hace referencia a la disponibilidad de ayuda directa y material. Finalmente se encuentra el apoyo informacional, referido a recibir consejo e información útil para que la persona afronte de modo óptimo la enfermedad (So et al., 2014; S. E. Taylor, 2006). En la investigación suele existir cierto consenso entre los autores en que el tipo de apoyo que más relación tiene con el bienestar es el apoyo emocional (Cutrona, 1986). A este respecto, la gran mayoría de supervivientes destacan la relevancia del apoyo emocional recibido de sus parejas para afrontar de forma óptima el cáncer durante todo el transcurso de la enfermedad (Pfaendler et al., 2015). Igualmente importante es el apoyo emocional recibido por los familiares para afrontar los temores (Uslu-Sahan et al., 2019). Sin embargo, hay que tener en cuenta que la

satisfacción con el apoyo recibido está muy determinada por las necesidades que tenga el paciente. Por ello cada tipo de apoyo cumple una función específica (N. Lin, 1986). De este modo, los tres tipos de apoyo indicados tienen un impacto y efectos positivos sobre la salud (Kroenke et al., 2006) y sobre la mejora de la calidad de vida del paciente con cáncer, una vez recibido el diagnóstico (Doran et al., 2019). En relación con el apoyo instrumental encontramos diferentes conclusiones con respecto a sus efectos. Algunos autores resaltan la importancia de este tipo de apoyo, como tener presente personas que les ayuden en las tareas domésticas, así como en la rutina del día a día, o tener personas de confianza que le acompañen a las revisiones al médico (Kroenke et al., 2006). Otros autores, en cambio, indican que el apoyo instrumental es el tipo de apoyo menos asociado con una mejora de la calidad de vida (Leung et al., 2014). Hay que tener en cuenta que, en ocasiones, la red de apoyo del paciente puede tener un gran interés en proporcionar el apoyo necesario por el paciente, pero no sabe cómo realizarlo, de ahí esta variedad de resultados respecto a los efectos del apoyo instrumental (Gibbins et al., 2012). Finalmente el apoyo informacional también se considera relevante para los pacientes oncológicos, ya que para que puedan afrontar con éxito el cáncer, es necesario que se le proporcione una buena información (So et al., 2014).

Para que el paciente perciba de modo positivo el apoyo recibido, no basta con el apoyo social en sí, no es el único factor relevante, sino que la fuente que le proporciona tal apoyo es fundamental para esa percepción positiva del apoyo por parte de la persona (Thoits, 1982). Las experiencias vitales traumáticas, como puede ser la enfermedad del cáncer, pueden producir altos niveles de estrés en los pacientes. En este sentido las relaciones de apoyo protegen a las personas de dicho estrés. En general, los pacientes tienden a identificar como

principales fuentes de apoyo, esenciales para hacer frente tanto al diagnóstico como al tratamiento (Pfaendler et al., 2015), tanto a la familia como a los amigos (Crookes et al., 2016; Ginter & Braun, 2019). Es decir, las fuentes son percibidas por los pacientes como fuentes de apoyo esenciales en sus vidas (Zhang et al., 2020). Teniendo en cuenta la proximidad y cercanía de la familia, en la gran mayoría de casos ésta es la principal fuente de apoyo para los pacientes oncológicos (Paladino et al., 2019) relacionándose con un mejor manejo y gestión del estrés por parte del paciente (Hu et al., 2021). Los amigos, como se ha indicado, son fuentes de apoyo con gran relevancia para el paciente oncológico (Crookes et al., 2016; Suwankhong & Liamputtong, 2016). Los amigos ayudan a satisfacer las necesidades del paciente de compartir información, o simplemente hablar, proporcionando información necesaria al paciente (Hombrados-Mendieta, 2013). Dentro de las fuentes de apoyo relevantes para el paciente oncológico se encuentra la pareja (Suwankhong & Liamputtong, 2016). Se ha demostrado que si la pareja se implica en una fase temprana del proceso, como es el diagnóstico, el apoyo proporcionado será más beneficioso para el paciente (Hoellen et al., 2019). Existen otras fuentes de apoyo menos estudiadas, pero que destacan por su relevancia, como es el personal sanitario, por su contacto con el paciente durante todas las fases de la enfermedad, especialmente en la fase de tratamiento donde aumenta tal contacto. Muchos pacientes destacan al personal sanitario como principal fuente de apoyo informacional (Adam & Koranteng, 2020). La importancia del personal sanitario como fuente de apoyo radica, entre otros, por el contacto que tiene con el paciente en todas las fases del proceso sanitario y del proceso de la enfermedad. Desde el diagnóstico, el comienzo del proceso, hasta el tratamiento, revisiones y alta médica. Acompaña al paciente y participa activamente en todas las fases del proceso sanitario. De este modo mejora el afrontamiento

y bienestar del paciente (Landmark et al., 2002) ayudando a que el paciente genere confianza en relación a la nueva situación en la que se encuentra inmerso (Sjölander & Berterö, 2008), llegando hasta el punto de normalizar sentimientos negativos, como puede ser la angustia que posiblemente surja (Costa-Requena et al., 2013). Es de tanta relevancia esta fuente de apoyo que, en los casos en los que los pacientes no perciben el apoyo necesario y suficiente del personal sanitario, los pacientes tienen menos capacidad de manejar de modo óptimo los problemas que puedan surgir en relación a la enfermedad (Suwankhong & Liamputtong, 2016). Se ha observado que pacientes que reciben hormonoterapia afrontan la enfermedad como un reto, donde el apoyo informacional recibido por el personal sanitario es imprescindible para mejorar su salud y calidad de vida (Stanton et al., 2014). El apoyo informacional proporcionado por el personal sanitario contribuye a un mejor ajuste a la enfermedad (Drageset et al., 2016) e influye en parte en las percepciones de los pacientes sobre la amenaza que conlleva la enfermedad y sobre la gravedad de ésta (Broadbent et al., 2006). Por ello, si los pacientes tienen la ocasión de resolver sus dudas con el personal sanitario y si la información es la adecuada tendrá un gran impacto positivo sobre la calidad de vida de los pacientes oncológicos (Drageset et al., 2012). Un aspecto importante es que aunque en general mantienen contacto con el personal sanitario todos los pacientes, puede producirse en el paciente un gran deseo de apoyo social y, al no recibir el apoyo deseado, aumenta el estrés percibido de los pacientes (Linden & Vodermaier, 2012). Por ello hay que tener en cuenta que, aunque es cierto que el apoyo proporcionado por el personal sanitario se reduce de modo drástico cuando el paciente es dado de alta o cuando el paciente termina el tratamiento y entra en la fase de revisión, cuando este apoyo del personal sanitario está presente tiene una gran importancia en la adaptación del paciente al cáncer (Öztunç et al.,

2013). Sin embargo, tanto en relación a qué fuente de apoyo o que tipo de apoyo se asocia de modo más importante con el impacto positivo sobre la calidad de vida, los resultados de las investigación son muy variables (Crookes et al., 2016; Cutrona, 1986; Kroenke et al., 2006).

Un factor importante en relación con el apoyo social es la variación de necesidad de apoyo en las distintas etapas del proceso de la enfermedad, ya sea en relación a la fuente de apoyo que lo proporciona como al tipo de apoyo deseado. Esas necesidades de apoyos que proporcionan las redes como los tipos de apoyo específicos tienen una gran influencia en la satisfacción con el apoyo recibido (Pearlin, 1985), hasta el punto de que el paciente perciba como poco útil un apoyo determinado proporcionado en un momento concreto (Breuer et al., 2017). Además, si la red de apoyo del paciente no se encuentra debidamente preparada puede ocurrir que no se satisfagan completamente las necesidades de apoyo del paciente (Arora et al., 2007). Relacionado con la relevante fuente de apoyo que es el personal sanitario, no se ha estudiado en la mayoría de las investigaciones la satisfacción con el apoyo social recibido de esta fuente, además de que la mayoría de los estudios no suelen diferenciar entre dimensiones de apoyo y satisfacción con el apoyo (Hombrados-Mendieta et al., 2013).

Un aspecto importante en relación al análisis del apoyo social en la investigación, es que la frecuencia del apoyo recibido y la satisfacción con éste, en raras ocasiones se tiene en cuenta en los análisis (Heitzmann & Kaplan, 1988). Sin embargo, en diferentes investigaciones se han demostrado que existen diferencias entre la satisfacción con el apoyo y la cantidad de apoyo recibido (S. Cohen & Syme, 1985). Concretamente no siempre se produce una clara relación entre cantidad o frecuencia de apoyo recibido y satisfacción con el apoyo recibido por parte del paciente. Dicho esto, no se puede olvidar que la propia

disponibilidad de apoyo es un elemento clave y esencial para poder intervenir sobre los problemas de salud como es el caso del cáncer.

Aunque es cierto que el apoyo social es un constructo multidimensional, la mayoría de los estudios generalmente no distinguen entre las distintas dimensiones del apoyo, como las diferentes fuentes de apoyo, los diferentes tipos de apoyo o la frecuencia y satisfacción con el apoyo recibido (Hombrados-Mendieta et al., 2013). En relación a este aspecto la mayoría de los estudios confirman una relación positiva del apoyo social con la calidad de vida (Kayser et al., 2018) y con una disminución del estrés percibido por los pacientes oncológicos. Sin embargo, faltan estudios que realicen ese análisis multidimensional del apoyo social que posibilite identificar los tipos y fuentes de apoyo que se relacionan con más frecuencia con la calidad de vida de los pacientes. Al igual que identificar el efecto sobre la calidad de vida y sobre el estrés percibido de los pacientes con cáncer de la frecuencia y la satisfacción con el apoyo social recibido a lo largo del proceso de la enfermedad.

El efecto del apoyo social sobre la calidad de vida y estrés percibido por los pacientes oncológicos es avalado por diversos modelos teóricos del apoyo social. Podemos clasificarlos del siguiente modo (Barrón, 1996): En primer lugar, los modelos específicos del apoyo social, que concretamente se centran en analizar y explicar los mecanismos por los que el apoyo social consigue producir efectos beneficiosos. Y posteriormente, los modelos generales del apoyo social, los cuales analizan y estudian los efectos que consigue tener el apoyo social sobre el bienestar y la salud. Dentro de estos modelos se encuentran el modelo de los efectos directos o principales y el modelo del efecto amortiguador o de los efectos protectores.

La base del modelo de los efectos directos principales o directos es que cuanto mayor sea el apoyo social, mayor será la salud y el bienestar psicológico. Al igual que cuanto menor

sea el apoyo social recibido por la persona, menor será el bienestar y la salud. Esta relación está avalada por la literatura científica (Lu & Hsieh, 1997). Según este modelo teórico, independientemente del estrés o eventos estresantes que tenga la persona, el apoyo social incrementa la salud y el bienestar de la persona. En relación a este modelo se han propuesto 5 mecanismos de actuación para explicar tales efectos directos del apoyo social (Vaux, 1988):

a) Tanto el contacto con las redes de apoyo como la participación social hacen posible que la persona desarrolle determinados roles, los cuales aumentan el sentimiento de poder y la autoestima en la persona. De este modo influye en el aumento del bienestar.

b) El sentido de pertenencia a un grupo, así como el sentido de comunidad incrementa el bienestar.

c) En la autoestima de las personas influye el respeto y la estima recibida por otras personas. Esto influye en un mayor bienestar.

d) Determinadas experiencias positivas son proporcionadas al estar presente las redes sociales, así como el tener contacto con ellas. Tales experiencias positivas aumentan el bienestar.

e) Relacionarse y contactar con otras personas pertenecientes a las redes sociales de la persona ayuda a desarrollar identidades sociales como pueden ser padre, pareja o amigo. Estas identidades fomentan una satisfacción con la participación social.

De este modo, desde el modelo de los efectos directos o principales se entiende que si la persona se integra en la red social aumentará su percepción sobre la disponibilidad de apoyo por parte de su red social cuando sea necesario. De este modo tendrá como resultado un mejor estado del ánimo de la persona, una mejor autoestima y una mayor percepción de

control. Estos resultados, estos aumentos de estados psicológicos positivos, promoverán comportamientos saludables lo cual se relaciona de modo positivo con la salud de la persona, y concretamente, del paciente con cáncer.

La siguiente perspectiva, el modelo de los efectos protectores o del efecto amortiguador tiene como base que cuando no existen estresores o eventos estresantes, el apoyo social no tendrá ninguna influencia sobre el bienestar. Sin embargo, cuando sí se producen o existen estresores, el apoyo social ejercerá un efecto protector ante los efectos negativos de tales estresores. Es decir, según el modelo de los efectos protectores o efecto amortiguador del apoyo social lo que se indica es que el apoyo social funciona como un amortiguador, valga la redundancia, de los efectos perjudiciales del estrés sobre la persona. Para este modelo también existe literatura que lo avala (Lakey & Heller, 1988). En relación a cómo actúa el apoyo social según este modelo, en resumen, actúa tan solo en aquellas situaciones de gran estrés. En este caso protege a la persona del impacto negativo del estrés, fortaleciendo los comportamientos de afrontamiento que son efectivos. Es decir, por un lado, puede actuar entre los acontecimientos vitales que generan estrés y la respuesta de estrés de la persona, reduciendo la evaluación que realiza la persona como evento estresante. Al igual que interviniendo entre cómo experimenta la persona el estrés y la respuesta patológica al eliminar o disminuir tal reacción ante el estrés (S. Cohen & Syme, 1985). Siguiendo con la forma de actuar del apoyo social según el modelo de los efectos protectores o del efecto amortiguador encontramos 5 mecanismos de actuación (Vaux, 1988):

a) El apoyo social protege de modo directo. De este modo previene que se produzcan determinados estresores.

b) El apoyo social ayuda a disminuir la importancia que se le da al estresor.

c) Los recursos que son aportados por otras personas ayudan a que la persona afronte eficazmente la situación.

d) El apoyo social ayuda a que la persona evalúe de un modo más realista los recursos. De este modo puede conseguir una nueva evaluación del evento estresante como menos peligroso o amenazante.

e) El apoyo social ayuda a controlar las emociones negativas, en los casos en los que no se puede evitar que se produzca un evento estresante.

Ambos modelos son válidos para explicar los efectos positivos del apoyo social, por lo que no son mutuamente excluyentes.

1.5. RESILIENCIA

La resiliencia es un constructo dinámico, y se define como la capacidad de un individuo para enfrentarse a la adversidad (Luthar et al., 2000), es decir, a los acontecimientos estresantes y traumáticos y superarlos de forma positiva y eficiente. Es decir, la capacidad de una persona para restaurar, o mantener, un funcionamiento relativamente estable al enfrentarse a adversidades y eventos vitales traumáticos, contribuyendo a la resiliencia de los pacientes con cáncer factores biológicos, personales y, sobre todo, sociales (Seiler & Jenewein, 2019). Por tanto la resiliencia no significa ser invulnerable al riesgo, sino que hace referencia a un proceso por el que la persona desarrolla la capacidad de afrontar y superar las adversidades, aprendiendo de ellas, y salir fortalecida de la experiencia (Hombrados-Mendieta, 2013). La resiliencia, más que una característica fija de la persona o una simple respuesta, se ha considerado un proceso dinámico (Rutter, 1999) donde se identifican diferentes factores que

la promueven a distintos niveles como son el individual, grupal y comunitario (Grotberg, 1995). Tales factores se pueden agrupar en tres categorías:

- Yo tengo: Referente a apoyos externos, personas del entorno en las que confiar y que proporcionan ayuda, que promueven la resiliencia.
- Yo soy: Referido a tener valores, ser respetuoso consigo mismo y llevar a cabo gestos positivos.
- Yo puedo: Referente a las habilidades para resolver problemas, habilidades de comunicación y de control.

Por otro lado, se han propuesto determinados indicadores de la resiliencia, como son el optimismo disposicional y el apoyo social (Fang et al., 2015), llegando a influir éste sobre la resiliencia en pacientes con otras enfermedades crónicas (Black & Dorstyn, 2015).

La resiliencia es un concepto amplio que también se conceptualiza como un rasgo psicológico o un proceso de adaptación (Tan et al., 2019) o como un factor relacionado con resultados saludables en pacientes con cáncer, como apuntan otros estudios (Lee et al., 2022), donde indican que una baja resiliencia en los pacientes promueve el desarrollo de depresión durante la quimioterapia.

La enfermedad del cáncer deteriora física y emocionalmente al paciente. Tanto el afrontamiento como la adaptación a los factores de estrés están muy relacionados con la resiliencia del paciente. La resiliencia se suele tener en cuenta con respecto a la pérdida, al trauma y al duelo (Bonanno, 2004). Sin embargo también se tiene en cuenta en relación a eventos de la vida como el afrontamiento a enfermedades crónicas (Kim et al., 2019). Por ello la resiliencia es un concepto que, en los últimos años, ha aumentado su estudio en el ámbito

del estrés y la salud (Luo et al., 2020), así como relacionada con el mantenimiento de la calidad de vida en pacientes con cáncer (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015). Existen estudios que indican una relación entre la resiliencia de los pacientes oncológicos con una mejora o aumento de la calidad de vida (Oliva et al., 2019), como puede ser una percepción menor de dolor o de salud general (Macía et al., 2020).

La resiliencia puede ser considerada un factor de protección para pacientes con cáncer (Shim et al., 2022), ya que puede ayudar al paciente a reducir el estrés percibido (Groarke et al., 2020), por lo que es necesario incentivar y ayudar al paciente a que crea en sí mismo como persona que es capaz de afrontar esa enfermedad para ayudarles a mantener y recuperar una mayor calidad de vida (Hinz et al., 2019). Se considera que tiene un papel relevante en el proceso de afrontamiento psicológico de tales pacientes (MacDonald et al., 2021). Los pacientes resilientes pueden gestionar las dificultades que se generen durante el proceso del cáncer así como sus propios recursos (Seiler & Jenewein, 2019) sirviéndole para afrontar de modo más adecuado y óptimo las emociones y sentimientos negativos que puedan surgir a lo largo del transcurso de la enfermedad (C. Lin et al., 2020) así como diferentes situaciones y eventos (Eicher et al., 2015), como el tratamiento y sus síntomas o el propio diagnóstico (M. M. Smith et al., 2016).

Aquí entra en juego el crecimiento postraumático que hace referencia al desarrollo en varios aspectos de la vida como la fortaleza individual, la apreciación de la vida o la relación con los demás (Kou et al., 2021; Tedeschi & Calhoun, 2004). En los pacientes que llevan a cabo estrategias de afrontamiento orientadas a la solución, relacionadas con la resiliencia, se suele producir un crecimiento postraumático (Silva et al., 2012). Por el contrario, en los pacientes que usan estrategias de afrontamiento evasivas no se suele dar ese crecimiento

postraumático además de relacionarse con una menor calidad de vida (Shand et al., 2018). En el caso de síntomas como el insomnio, la resiliencia puede ayudar al paciente a disminuir el estrés, lo que influye en una disminución del insomnio y promoción del sueño (Lai et al., 2020). En la investigación en general se observa una relación entre la resiliencia de los pacientes oncológicos con una reducción de la angustia y un aumento de la calidad de vida (Macía et al., 2020; Tamura et al., 2021), llegando al punto de influir en una reducción del riesgo de desarrollo de depresión en tales pacientes (Sharpley et al., 2014).

La resiliencia influye en el aumento de la salud de los pacientes oncológicos ya que les ayuda a llevar a cabo un mejor afrontamiento de las emociones y sentimientos negativos (Matzka et al., 2016). De este modo, afrontan mejor tanto la enfermedad como el diagnóstico y el tratamiento (Eicher et al., 2015). Por ello, los pacientes con cáncer altamente resilientes expresan menos síntomas negativos, como la depresión y la ansiedad (M. M. Smith et al., 2016). Esto evidencia cómo estos pacientes se adaptan mejor a la enfermedad (Lam et al., 2017) y la afrontan de forma más adaptativa (Macía et al., 2020), lo que a su vez conlleva una mayor calidad de vida.

1.6. OPTIMISMO DISPOSICIONAL

En relación al estudio del optimismo se realiza desde diferentes perspectivas y enfoques. En algunos casos se considera el optimismo como la tendencia de las personas a explicar los eventos, situaciones y acontecimientos del pasado negativos de un modo limitado temporalmente y causado por factores externos a ellos. Sin embargo, existe otro enfoque, el del optimismo disposicional, que es más apropiado para el estudio de la enfermedad del cáncer, debido a la cronicidad de la enfermedad. El optimismo disposicional se considera un

sentimiento relativamente estable de esperar resultados positivos generales en las situaciones y acontecimientos de la vida (Scheier & Carver, 1985). Es decir, una tendencia general a esperar resultados positivos, incluso cuando las cosas van mal (Carver & Scheier, 2014), que repercute en las expectativas de los individuos en diferentes ámbitos de su vida (Wrosch & Scheier, 2003).

El optimismo disposicional se ha asociado con una menor depresión y ansiedad en pacientes con cáncer (Fischer et al., 2018; Hodges & Winstanley, 2012; Jimenez-Fonseca et al., 2018). Además predice una menor angustia asociada con la enfermedad de los pacientes, incluso llegando a tener más influencia que las propias variables médicas (Gustavsson-Lilius et al., 2012), teniendo un efecto beneficioso sobre la salud mental y física (Marton et al., 2020). El optimismo disposicional se considera un recurso personal muy relacionado con una mejor calidad de vida en pacientes con cáncer (Marton et al., 2020), incluso llega a tener un impacto en la reducción de los síntomas (M. Cohen et al., 2019) como es la manifestación de un dolor menos intenso en pacientes más optimistas (Kurtz et al., 2008). Sin embargo, es cierto que en la bibliografía existe cierta controversia respecto a esta relación entre optimismo y síntomas. En el caso de la fatiga, existen estudios que no encuentran relación entre ambas variables (Kurtz et al., 2008) mientras que en otros estudios sí se encontró una relación entre altas puntuaciones de optimismo disposicional y una menor fatiga en los pacientes (Levkovich et al., 2015). Se puede considerar un factor amortiguador o un factor protector en pacientes con cáncer (Shim et al., 2022). El optimismo disposicional ayuda a afrontar y sobrellevar mejor la enfermedad (Finck et al., 2018) y favorece a la persona en relación a su adaptación a la enfermedad y a su mejora de la calidad de vida (R. T. Anderson et al., 2019; Marton et al., 2020). Del mismo modo se asocia con una disminución de los

síntomas (Lemola et al., 2013) como con una reducción de la ansiedad y el miedo, ayudando al paciente a lograr una mejor tolerancia al tratamiento (Mera & Ortiz, 2012). De hecho, un bajo optimismo disposicional pronostica los síntomas de ansiedad y depresión lo que conlleva una peor calidad de vida (Schou et al., 2004). Siguiendo con los síntomas de pacientes con cáncer, el optimismo se asocia con una reducción de los síntomas de insomnio (Lemola et al., 2013) por lo que el optimismo disposicional llega a tener un beneficio sobre la calidad del sueño, mayor duración, menor latencia de sueño y menos alteraciones al dormir (Jaime-Bernal et al., 2018).

Las personas optimistas son más persistentes con sus objetivos, ya que tienen una mayor confianza en sus posibilidades de alcanzarlos (O'Connor & Cassidy, 2007). De este modo los pacientes optimistas pueden responder tanto al tratamiento como al diagnóstico con espíritu de lucha, lo cual tiene un efecto positivo sobre la calidad de vida. Del mismo modo pacientes pesimistas pueden responder con desesperanza, lo que conlleva un impacto negativo sobre la calidad de vida (Schou et al., 2005). Por ello, los pacientes que mejor se adaptan a la enfermedad son los que mantienen ese optimismo durante todo el proceso de la enfermedad y durante todo el proceso sanitario, llegando a reducir considerablemente el efecto negativo de la enfermedad sobre la calidad de vida.

El optimismo también se relaciona con una reducción del estrés percibido por el paciente oncológico (Trunzo & Pinto, 2003). A este respecto ayuda a mejorar las habilidades personales que son necesarias para afrontar de modo óptimo las situaciones de estrés, además de considerarse una herramienta útil y relevante para disminuir el impacto de los acontecimientos que generan estrés en los pacientes antes y después del diagnóstico de

cáncer (Shaheen et al., 2014). Hasta el punto de llegar a ser un elemento clave para reducir ese impacto del estrés incluso en el sistema inmune de la persona (Sephton & Spiegel, 2003).

1.7. MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO HUMANO (MEDH) APLICADO A PACIENTES CON CÁNCER

El Modelo Ecológico del Desarrollo Humano (MEDH) (Bronfenbrenner, 1995, 2005) nos indica que mediante procesos de interacción entre la misma persona, su ambiente cercano y otros contextos como la cultura y sus valores, de los que no somos conscientes de su influencia, se producen el desarrollo de la persona. Este modelo nos indica pautas para llevar a cabo evaluaciones e intervenciones sobre variables que influyen sobre problemáticas sociales, y concretamente y relacionado con nuestro estudio sobre el paciente oncológico, con el fin de que tenga una mejor adaptación a la enfermedad (Torrice et al., 2002), donde están interrelacionados determinados contextos que influyen en la persona. Los sistemas sociales en los que se encuentra integrado el paciente, se encuentran en una interacción constante, formando estructuras anidadas cada una dentro de la otra. En el centro de toda la estructura del modelo, se encuentra el paciente. De este modo es influido por los sistemas sociales, por los entornos inmediatos y los más alejados. Dentro de las estructuras encontramos el microsistema, el mesosistema, el exosistema, el macrosistema y el cronosistema:

a) Microsistema: Esta estructura engloba las relaciones interpersonales, así como todas las actividades que la persona lleva a cabo en su entorno y contexto inmediato, más cercano. Un ejemplo de este tipo de estructura es el trabajo o la familia, que suele ser el microsistema principal.

En relación a pacientes con cáncer el microsistema se suele incrementar por contextos y entornos que anteriormente no eran cercanos como puede ser el hospital al que acude a recibir tratamiento o supervisión o las asociaciones en las que puede acudir para buscar determinado tipo de apoyo o información. Ambos contextos sumados a los anteriores microsistemas existentes antes de la enfermedad, como son la familia, los amigos más cercanos, o el contexto laboral. Todas las personas que pertenezcan a tales microsistemas, así como las percepciones y actitudes que tengan sobre las enfermedades crónicas, y concretamente sobre el cáncer, tendrán una gran influencia en la percepción y actitud del paciente ante la enfermedad. Es de destacable relevancia, como se ha indicado anteriormente, la relación con el personal sanitario. Esta fuente de apoyo puede facilitar que el paciente pueda resolver sus miedos, temores y dudas si la información fluye correctamente. De este modo el paciente tendrá una visión más real de la situación y de la enfermedad, por lo que puede aumentar la sensación de control por parte del paciente, disminuyendo el riesgo de depresión y ansiedad, contribuyendo a una mejor adaptación a la enfermedad.

El apoyo social por parte de las personas que forman parte de los microsistemas es una de las variables que más impacto tiene en la calidad de vida y en la reducción del estrés percibido. Estas fuentes pueden apoyarle para que sigan realizando las actividades sociales y cotidianas que realizaban con anterioridad, por ejemplo, incitar al paciente a dar paseos acompañándolos en ellos.

b) Mesosistema: Esta estructura hace referencia a la interacción entre dos o más microsistemas. La interacción entre dos o más contextos o ambientes en los que interactúa y

está integrado el paciente. Como se ha indicado anteriormente, lo que ocurre en una estructura puede impactar en otras.

En este aspecto tiene mucha relevancia la información que se transmite desde el personal sanitario hacia los amigos y especialmente hacia la familia. Un buen apoyo informacional hacia la familia y amigos fomenta que estas fuentes presten un apoyo óptimo y efectivo con el fin de satisfacer las necesidades del paciente. Además de ayudar a la familia y a los amigos a que fomenten conductas saludables sobre el paciente con cáncer. No hay que olvidar que la enfermedad del cáncer no solo afecta al paciente, sino que también a toda la familia. El apoyo que ofrece el personal sanitario, así como las diferentes asociaciones, a la familia, puede eliminar los obstáculos que se pueden producir en la familia a la hora de proporcionar un adecuado apoyo al paciente, como consecuencia del estrés o de la falta de información adecuada y objetiva. Del mismo modo, la comunicación entre el hospital y las distintas asociaciones o voluntarios que interactúan con el paciente pueden disminuir una posible incertidumbre generada por las posibles discrepancias en información que se puedan dar entre las fuentes de apoyo.

No solo destaca aquí el apoyo informacional, sino que también el apoyo instrumental y emocional. Por ejemplo, el apoyo instrumental por parte de las entidades, como puede ser la atención domiciliaria, puede ayudar a que la familia no lleve a cabo comportamientos que aumente la sensación del paciente de sentirse una carga para la familia. Del mismo modo, es relevante el apoyo emocional de los amigos a la familia.

c) Exosistema: Hace referencia a una extensión del mesosistema. Se refiere a las estructuras sociales informales, como son la red de relaciones sociales, y las estructuras sociales formales, como puede ser el trabajo de la pareja. En este caso no se incluye al

paciente como participante, sino que le influye indirectamente. Es decir, cada microsistema en los que se integra el paciente está relacionado con otros microsistemas en los que el paciente no se encuentra integrado, pero pueden influir indirectamente.

En este aspecto puede influir las relaciones que tengan miembros de sus familias con otras personas, o si se sienten apoyadas ante la situación. Al igual que las relaciones y recursos que pueda tener el personal sanitario para disminuir su estrés y aumentar su humanidad hacia los pacientes. Y, muy importante, la facilidad que puedan tener los miembros de su familia para ausentarse del trabajo o reducir su jornada laboral para poder proporcionar el apoyo necesario al paciente con cáncer.

d) Macrosistema: Hace referencia a los valores y las creencias del contexto cultural en el que se integra la persona, los cuales influyen al resto de estructuras. Aquí entran en juego aspectos como las políticas, que indican qué áreas sanitarias son más relevantes. No solo a nivel intervención, sino también a nivel preventivo e investigación. De este modo influirá en la calidad de la atención y al apoyo que le puede proporcionar el personal sanitario, y las diferentes asociaciones, tanto al paciente como a los familiares. Relacionado con esta estructura, es relevante también la idea general que tenga la sociedad sobre la enfermedad. Ya hemos indicado anteriormente que la palabra cáncer suele llevar asociada una idea de sufrimiento, dolor y muerte. Es cierto que el paciente con cáncer se enfrenta a una enfermedad que, en muchos casos, está acompañada de sufrimiento, incluso de la muerte. Sin embargo, también se debe destacar aspectos relacionados con la prevención así como incluir en esa imagen que tiene la sociedad el aspecto de la curación que se produce en muchos pacientes (Bayés, 1991).

e) Cronosistema: Finalmente se incluye el tiempo ya que las situaciones y eventos cambian a lo largo del ciclo vital. Concretamente en el cáncer cambian drásticamente a lo largo del proceso sanitario y de la enfermedad. El diagnóstico inicial, el inicio del tratamiento, la finalización de éste, así como la fase de revisión y alta médica son ejemplos de esta dinámica producida por el transcurso del tiempo.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La psicooncología ha tenido un gran desarrollo desde sus inicios en nuestro país. Este desarrollo no solo hace referencia a la intervención y prevención con los pacientes y personas en general, sino también al avance realizado en la investigación psicológica del cáncer. Este avance es relevante ya que es muy posible que la persona con cáncer, así como sus familiares, tenga que afrontar situaciones y eventos que generan gran estrés, llegando a ser traumáticos, así como verse sometido a tratamientos de larga duración que generan cambios vitales en los afectados. No solo en el tratamiento, sino que en la fase de revisión y supervivencia tienen que hacer frente a las secuelas producidas por el tratamiento y la enfermedad en general. No solo secuelas físicas, sino secuelas psicológicas como pueden ser cambios emocionales, cambios en sus hábitos de salud, cambios en sus actividades diarias, cambios laborales o cambios en su calidad de vida.

En este sentido, y en relación al estrés percibido por los pacientes y la reducción de la calidad de vida observada cobran importancia variables psicosociales como el optimismo disposicional, la resiliencia y el apoyo social. El estudio de las variables de interacción social, como el apoyo social, y variables personales, como el optimismo y la resiliencia, nos aporta información relevante sobre cómo afectan estas variables a la calidad de vida y el estrés percibido de los pacientes. Hay que destacar que hay escasos estudios que diferencien entre la frecuencia de apoyo recibido por parte del paciente y la satisfacción que tenga el paciente

con tal apoyo recibido. Además, tampoco suelen diferenciar entre los diferentes tipos de apoyo, así como las diferentes fuentes que proporcionan apoyo.

Creemos que una de las aportaciones relevantes de nuestro estudio es realizar ese análisis multidimensional del apoyo social que nos permita diferenciar y observar que fuentes que proporcionan apoyo social y qué tipos concretos de apoyo son los que más impactan en la calidad de vida y el estrés percibido por el paciente oncológico. Además, y relacionado con las fuentes de apoyo, la inclusión del personal sanitario como una fuente relevante de apoyo hacia el paciente oncológico creemos que es una relevante aportación a la literatura científica por parte de nuestro estudio.

El objetivo general de nuestra investigación es analizar y conocer cómo el apoyo social, el optimismo disposicional y la resiliencia influyen y se relacionan con la calidad de vida y el estrés percibido por los pacientes con cáncer. La meta de esta investigación es aportar evidencia y conocimiento científico al campo de la psicooncología. Del mismo modo llevar a cabo una difusión de los resultados con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos a través de la mejora de los programas de intervención psicosocial y a la aportación de conocimientos a la red cercana de apoyo del paciente.

Las hipótesis generales del estudio son las siguientes:

1. El apoyo social, el optimismo disposicional y la resiliencia tienen una relación positiva con la calidad de vida de los pacientes con cáncer.
2. El apoyo social, la resiliencia y el optimismo disposicional se relacionan negativamente con el estrés percibido de los pacientes oncológicos.

3. Existen diferencias en la calidad de vida y el estrés percibido en relación al género y la fase de tratamiento.

Creemos que los resultados de esta investigación son clínica y socialmente relevantes, para conseguir alcanzar el objetivo general y la meta indicada.

Los objetivos y las hipótesis específicas se muestran a continuación en relación a los diferentes estudios que forman esta tesis doctoral.

Estudio 1

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. J. (2021). **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), 1-20. <https://doi.org/10.1177/1534735421994905>

Este estudio se plantea analizar si la percepción de apoyo social se relaciona positivamente con una mejora de la calidad de vida y negativamente con el estrés percibido, analizando qué tipo o tipos de apoyo (emocional, instrumental e informacional) y qué fuente (pareja, familia, amigos o personal sanitario) se relaciona más con la calidad de vida y el estrés percibido. Además, también se plantea como objetivo analizar la diferencia entre satisfacción con el apoyo social y la frecuencia de apoyo recibido para observar qué dimensión se relaciona más con la calidad de vida y estrés percibido.

Las hipótesis son las siguientes:

1. El apoyo social se relaciona positivamente con la calidad de vida y negativamente con el estrés percibido de los pacientes con cáncer.

2. En cuanto a los tipos de apoyo, el apoyo emocional es el más importante para la calidad de vida y el estrés percibido, evaluando también el efecto del apoyo informacional e instrumental sobre la calidad de vida y el estrés percibido de los pacientes con cáncer.
3. En cuanto a las fuentes de apoyo, las redes de apoyo más cercanas (pareja, familiares y amigos) se relacionan más positivamente con la calidad de vida y negativamente con el estrés percibido de los pacientes, valorando también el papel que juegan los profesionales sanitarios en cuanto a la calidad de vida y el estrés percibido.
4. En relación a las dimensiones de frecuencia y satisfacción, la satisfacción con el apoyo recibido se relaciona más positivamente con la calidad de vida y negativamente con el estrés percibido que la frecuencia del apoyo.

Estudio 2

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., & Melguizo-Garín, A. (2021). **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), 51-75. <https://doi.org/10.5209/psic.74532>

Seguidamente, el objetivo que se plantea en este estudio es analizar la relación del apoyo social (emocional, instrumental e informacional) proporcionado por el personal sanitario y el optimismo disposicional del paciente con la calidad de vida y estrés percibido. Además, tiene como objetivo analizar la diferencia en calidad de vida y estrés percibido de los pacientes con cáncer en cuanto a la fase de la enfermedad en la que se encuentren, las diferencias de género y los tipos de tratamiento recibidos.

Las hipótesis planteadas son las siguientes:

1. Las mujeres con cáncer perciben peor calidad de vida y más estrés que los hombres.
2. Las personas que están en tratamiento perciben más estrés y tienen peor calidad de vida que los que se encuentran en revisión.
3. La satisfacción con el apoyo emocional, instrumental e informacional proporcionado por el personal sanitario y el optimismo están relacionados positivamente con la calidad de vida y negativamente con el estrés percibido de los pacientes con cáncer.

Estudio 3

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., Martos-Méndez, M. J. (2022).

The Importance of Social Support, Optimism and Resilience on the *Quality of Life of Cancer Patients*. *Frontiers in Psychology* 13, 833176. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.833176>

El tercer estudio se plantea analizar cómo se relacionan la satisfacción con el apoyo social recibido (emocional, instrumental e informacional) de las diferentes redes de apoyo del paciente con cáncer (familia, pareja, amigos y personal sanitario), el optimismo disposicional y la resiliencia, con la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Otro objetivo es conocer como influye en esta calidad de vida el tratamiento que ha recibido el paciente, la etapa en la que se encuentre actualmente, y el género del paciente.

Las hipótesis sugeridas en este estudio son las siguientes:

1. Los pacientes en tratamiento perciben una menor calidad de vida que los pacientes en fase de seguimiento.

2. La satisfacción con el apoyo emocional, instrumental e informacional proporcionado por la familia, la pareja, los amigos y los profesionales sanitarios, el optimismo y la resiliencia se relacionan positivamente con la calidad de vida de los pacientes.

Estudio 4

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., & García-Cid, A. (2022). **Apoyo social, optimismo disposicional, resiliencia, calidad de vida y estrés percibido en pacientes con cáncer. Modelos de ecuaciones estructurales.** Manuscrito presentado para su publicación.

El cuarto estudio tiene como objetivo analizar la relación existente entre la satisfacción con el apoyo social, la resiliencia, el optimismo disposicional, el estrés percibido y la calidad de vida en pacientes con cáncer. Para ello se plantean dos modelos explicativos: (1) Analizando el apoyo social por el tipo de apoyo que recibe el paciente oncológico (emocional, informacional e instrumental) y (2) Analizando el apoyo social según las fuentes que le proporcionan apoyo al paciente con cáncer (pareja, amigos, familia y personal sanitario).

Finalmente, las hipótesis planteadas en este estudio son las siguientes:

1. El apoyo social y el optimismo disposicional influyen en la capacidad resiliente de las personas que padecen cáncer; a mayores niveles de satisfacción con el apoyo social recibido y mayores niveles de optimismo disposicional, mayor capacidad resiliente.
2. La resiliencia media en la relación entre el apoyo social, optimismo disposicional, calidad de vida y estrés percibido; aquellas personas con mayor

2. Objetivos e Hipótesis

capacidad resiliente, tendrán una calidad de vida más elevada y un menor estrés.

3. METODOLOGÍA

3.1. PARTICIPANTES

3.2. PROCEDIMIENTO

3.3. INSTRUMENTOS

3. METODOLOGÍA

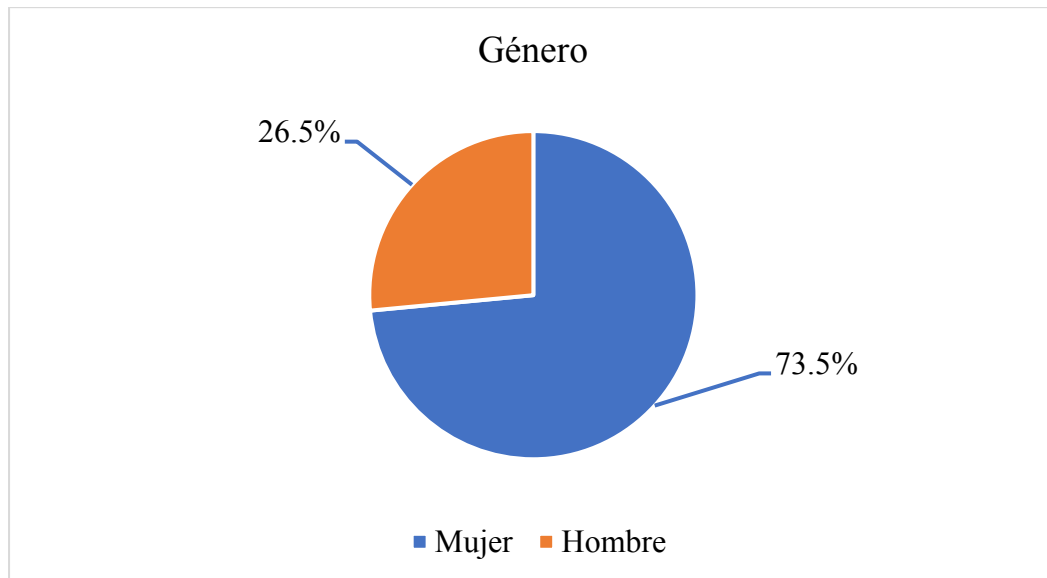
La Tesis Doctoral presente se ha desarrollado siguiendo la modalidad de Tesis Doctoral por compendio de publicaciones. De este modo se han realizado cuatro estudios diferentes que profundizan sobre la situación actual de los pacientes oncológicos mediante cuatro investigaciones concretas.

3.1 Participantes

Los **estudio 3 y 4** están formados por 142 participantes. Estos participantes, también forman parte de los **estudios 1 y 2**, por lo que en estos dos estudios han participado en total 200 pacientes con cáncer, de los cuales el 73,5% (147 pacientes) son mujeres y el 26,5% (53 pacientes) son hombres (ver Figura 6). Los pacientes cuentan con una edad media de 50,55 (DT = 13,05) (ver Figura 7). En relación a las características sociodemográficas de los participantes (ver Figura 8), y concretamente al estado civil, la mayoría, el 64,0%, estaban casados, siendo el 16,0% solteros, el 7,5% separados o divorciados, el 4,5% viudos, y el 8,0% tenían la condición de pareja de hecho. En relación al nivel de estudios el 35,5% tenían estudios universitarios o superiores finalizados, el 3,5% se encontraban actualmente realizando tales estudios universitarios o superiores, el 27,5% habían finalizado el bachillerato o un ciclo profesional, el 28,0% finalizaron la enseñanza obligatoria (o EGB) y tan solo el 5,5% no habían finalizado ninguno de los estudios anteriores (ver Figura 9). En relación a la situación laboral el 11,0% eran funcionarios públicos, el 6,0% eran personas autónomas que se encontraban en activo, el 21,5% trabajaban por cuenta ajena contratados, tan solo el 1,0% tenían la condición de estudiantes en la actualidad, el 13,5% se encontraban desempleados,

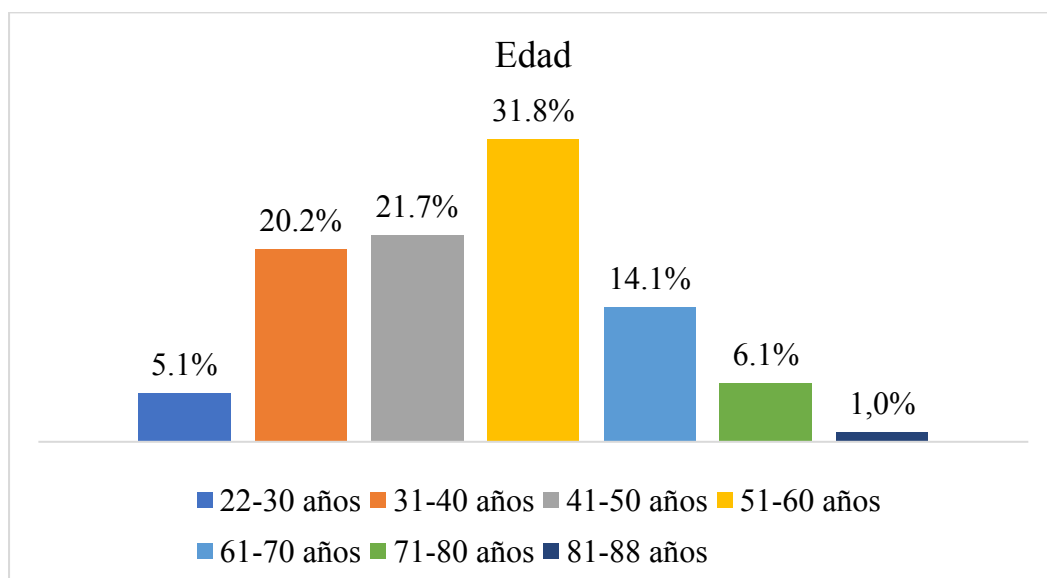
el 8,0% se dedicaban exclusivamente a tareas domésticas, el 24,5% estaban jubilados, y finalmente el 14,5% se encontraban actualmente de baja por enfermedad (ver Figura 10).

Figura 6. Género de los pacientes que han participado en la investigación

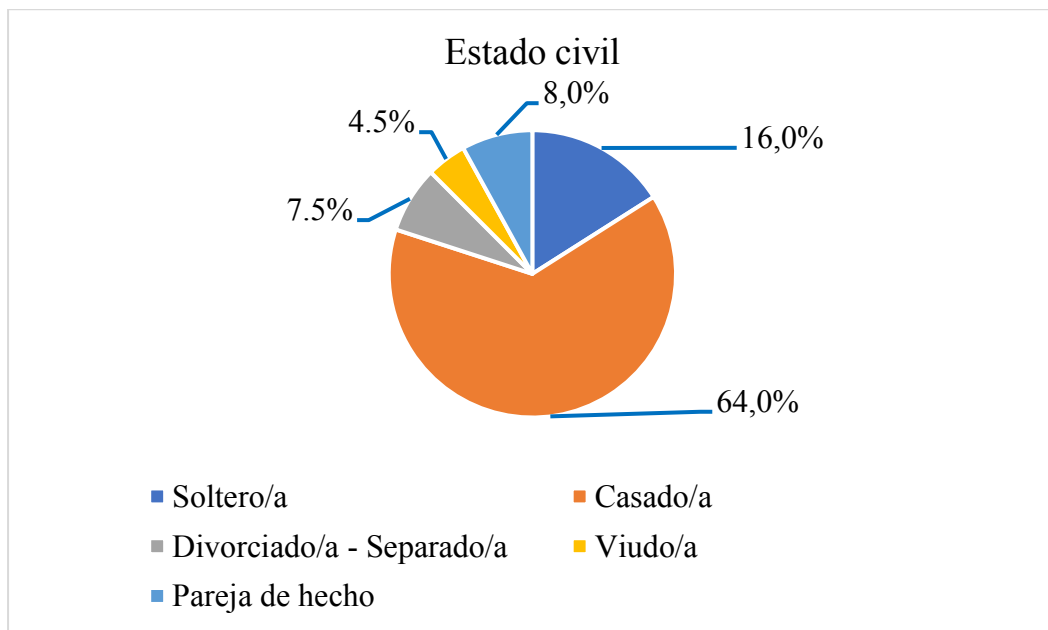


Fuente: Elaboración propia

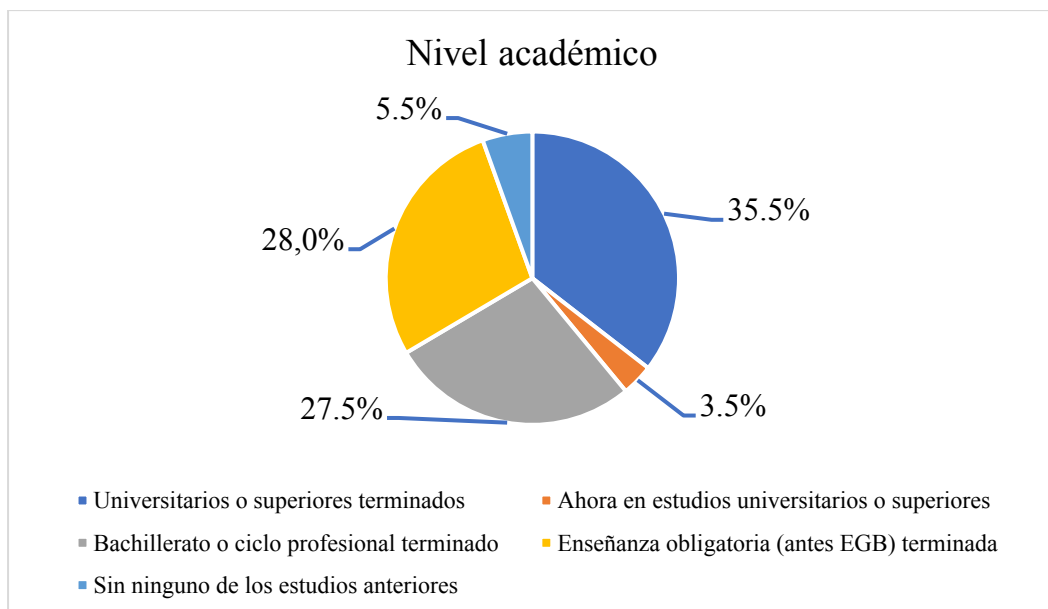
Figura 7. Edad de los pacientes que han participado en la investigación



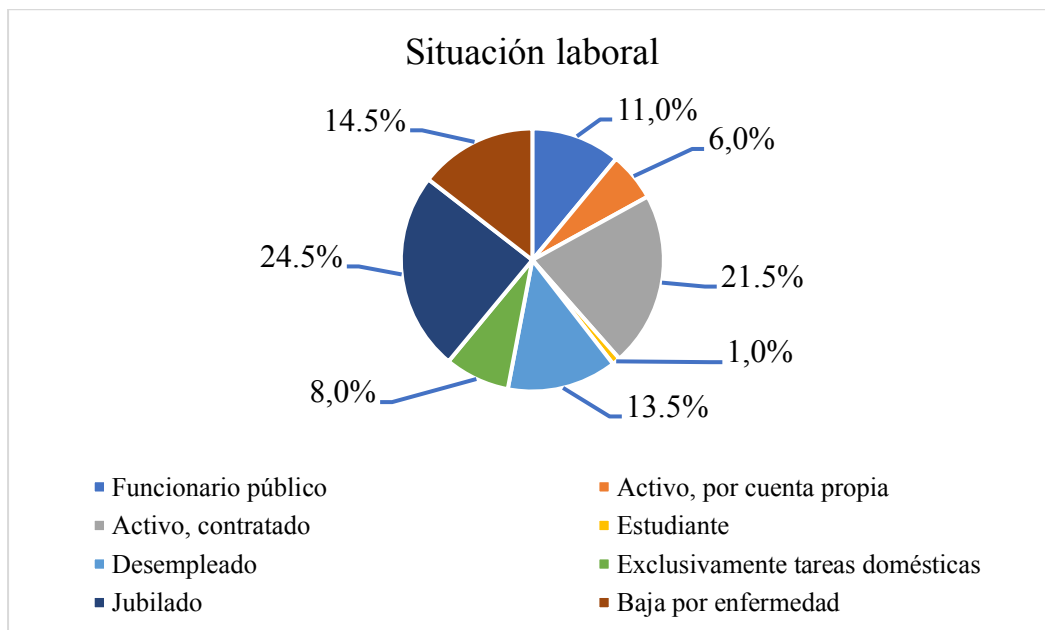
Fuente: Elaboración propia

Figura 8. Estado civil de los pacientes que han participado en la investigación

Fuente: Elaboración propia

Figura 9. Nivel académico de los pacientes que han participado en la investigación

Fuente: Elaboración propia.

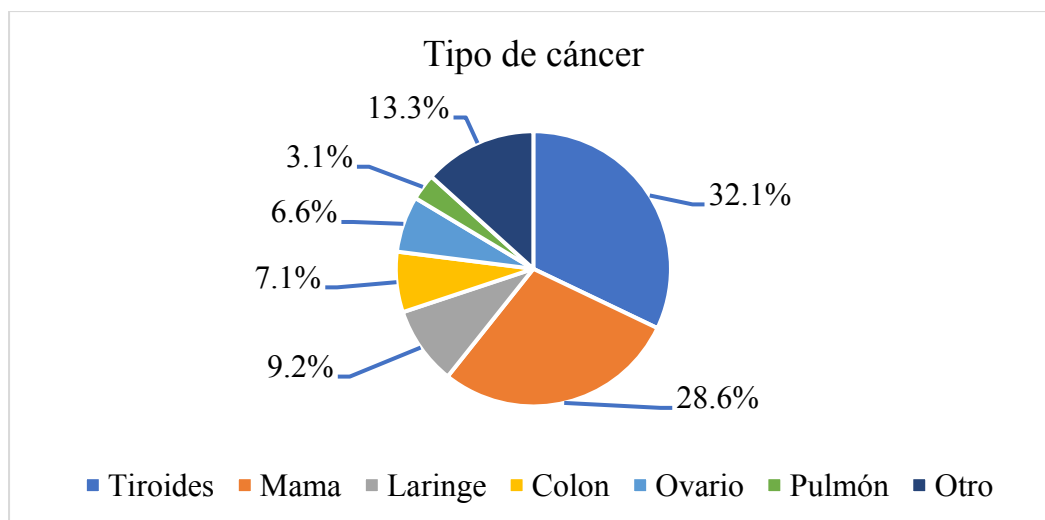
Figura 10. Situación laboral de los pacientes que han participado en la investigación

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las variables de salud y variables relacionadas con el proceso sanitario la mayoría, 32,1% de los pacientes son de cáncer de tiroides, seguidos del 28,6% del cáncer de mama. Otros tipos de cáncer que muestran los pacientes son el 9,2% con cáncer de laringe, un 7,1% con cáncer de colon, un 6,6% con cáncer de ovario, un 3,1% con cáncer de pulmón y el 13,3% restante equivale a otros tipos de cáncer, que englobamos en esta categoría final para facilitar el análisis (ver Figura 11). La mayoría de los pacientes, el 59,5% se encontraba en proceso de revisión, mientras el 40,5% restante se encontraba en tratamiento en el momento de la realización del estudio (ver Figura 12). Respecto al tipo de tratamiento recibido encontramos que el 58,3% de los pacientes habían recibido tratamiento quimioterápico, el 56,8% habían recibido radioterapia y el 87% de los pacientes habían recibido tratamiento quirúrgico. En cambio, respecto a la hormonoterapia, tan solo el 21,1% de los pacientes oncológicos habían recibido este tipo de tratamiento (ver Figura 13). En

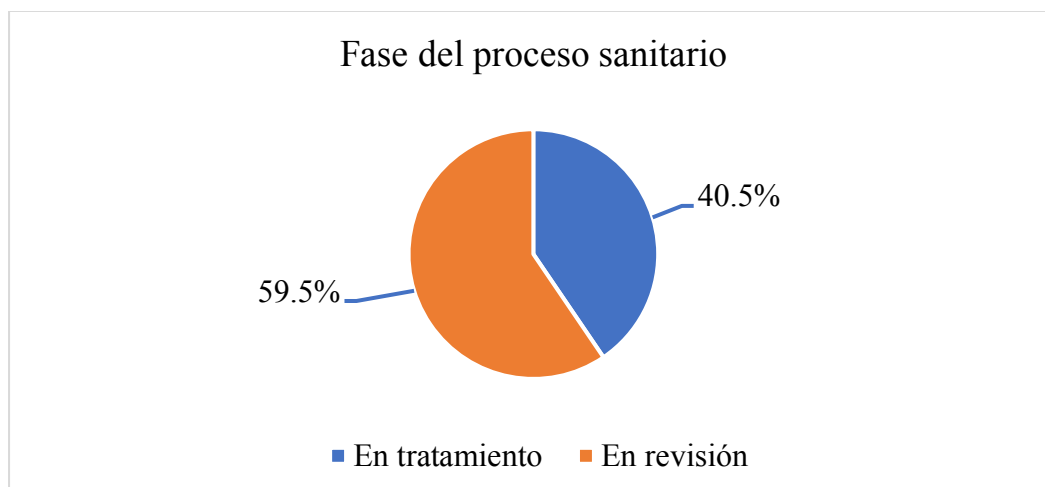
relación al tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial de la enfermedad, el 25,5% habían sido diagnosticados hace menos de 1 año, el 13,0% recibió el diagnóstico de la enfermedad entre 1 y 2 años atrás, el 37,0% lo habían recibido entre 2 y 5 años atrás, y el 23,0% restante habían sido diagnosticados de cáncer hace más de 5 años (ver Figura 14). Finalmente podemos ver en la Figura 15 que el 19,6% habían tenido recidiva de la enfermedad.

Figura 11. Tipos de cáncer de los pacientes que han participado en la investigación

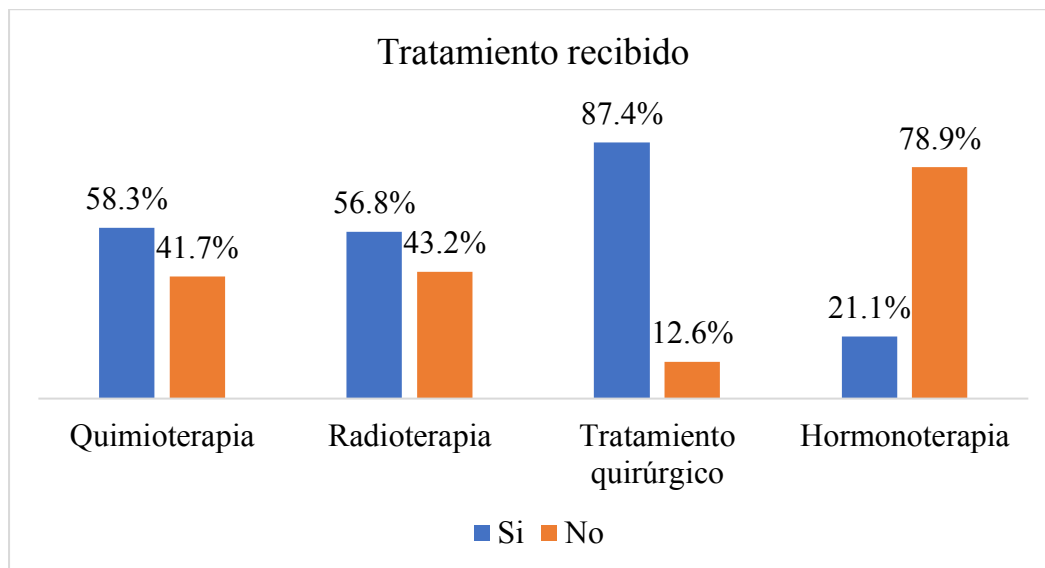


Fuente: Elaboración propia.

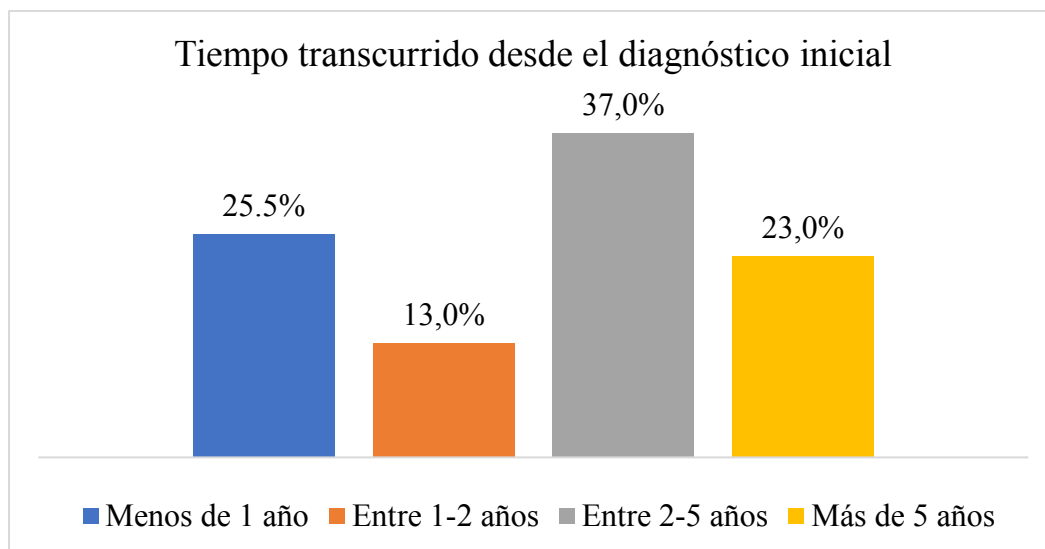
Figura 12. Fase del proceso sanitario en el que se encuentran los pacientes que han participado en la investigación



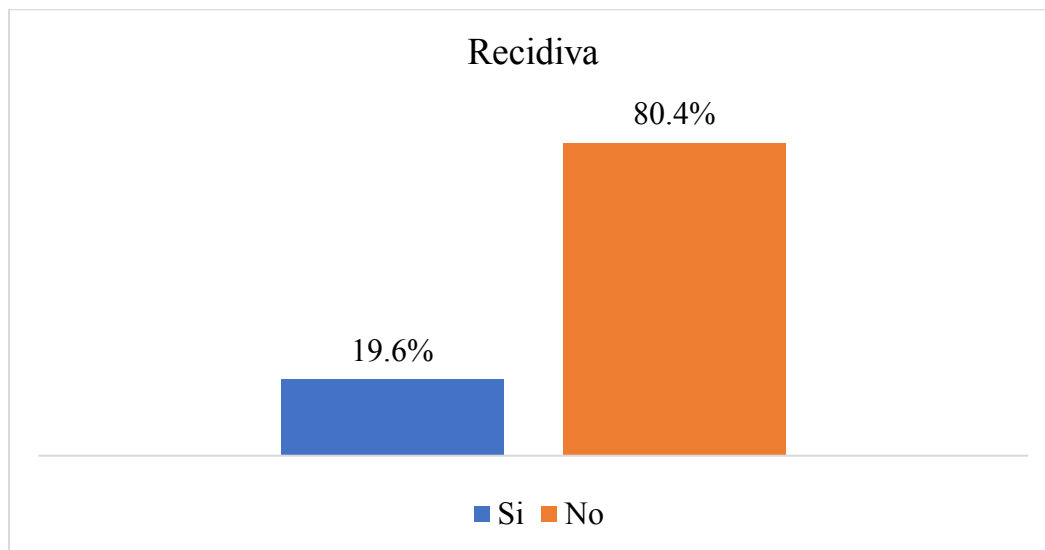
Fuente: Elaboración propia.

Figura 13. Tratamiento recibido por los pacientes que han participado en la investigación

Fuente: Elaboración propia.

Figura 14. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial en los pacientes que han participado en la investigación

Fuente: Elaboración propia

Figura 15. Recidiva del cáncer producida en los pacientes

Fuente: Elaboración propia

3.2. Procedimiento

El estudio se llevó a cabo dentro del ámbito de las asociaciones y del ámbito hospitalario. Una vez seleccionamos los instrumentos y construimos el cuestionario final, habilitamos una dirección web donde los pacientes podían rellenar tal cuestionario. Esto lo hicimos con el fin de poder recabar datos de pacientes oncológicos que no pudiéramos entrevistarnos personalmente con ellos. Posteriormente contactamos con diversas asociaciones, que nos pusieron en contacto con varias personas que padecían la enfermedad. A su vez, contactamos con el equipo de oncología del Hospital Costa del Sol (Marbella). Tras reunirnos con ellos y explicarles el objetivo de la Tesis Doctoral, nos facilitaron una sala donde poder entrevistarnos con los pacientes que acudían a recibir tratamiento al hospital, así como los pacientes que acudían a consulta, una vez terminada ésta, debido a que se encontraban en fase de revisión. Al comienzo de la entrevista, y antes de proporcionarle el cuestionario, se le explicaba al paciente los objetivos del estudio y se les indicaba la voluntariedad de participación. Además,

se les aseguraba tanto el anonimato como la confidencialidad en el momento en que participaran a través de un documento de consentimiento informado.

Para llevar a cabo los estudios, el Comité Ético de la Universidad de Málaga dictaminó de forma favorable que la investigación y estudio cumplieran con los criterios metodológicos legales y éticos que permitían poder llevarlo a cabo, cuyo número de registro es “CEUMA: 58-2016-H”. Del mismo modo, para poder acudir al hospital indicado y poder entrevistarnos con los pacientes, el Comité Ético del Hospital Costa del Sol (Marbella) también dictaminó que se cumplieran los principios éticos y criterios metodológicos para poder llevar a cabo el estudio según la normativa vigente, cuyo código interno es “002_jun_PI – Estudio calidad vida pacientes cáncer”.

3.3. Instrumentos

Los cuestionarios aplicados a los pacientes oncológicos con el fin de lograr los objetivos del estudio son los siguientes:

Cuestionario sociodemográfico y de salud: Este cuestionario está formado por cuestiones significativas para el estudio relacionadas con variables sociodemográficas y variables relacionadas con la enfermedad y la salud. Las variables sociodemográficas analizadas fueron: el sexo, la edad, el estado civil, la situación laboral y el nivel académico. Respecto a las variables relacionadas con el cáncer se les preguntaba acerca del tipo de cáncer que padecía, si se encontraban actualmente en tratamiento o se encontraban en proceso de revisión, si habían tenido recidiva de la enfermedad, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial de la enfermedad, y el tratamiento que habían recibido, concretamente se hacía referencia a la quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y tratamiento quirúrgico.

Cuestionario de Calidad de Vida: EORTC-QLQ C-30-Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (Aaronson et al., 1993). En nuestro estudio usamos el cuestionario adaptado a la población española (Arrarás et al., 1995). El cuestionario es específico para pacientes con cáncer y está formado por 30 ítems que, de modo autoinformado por el paciente, evalúa distintas áreas de la calidad de vida. El cuestionario consta de un área de estado global de salud formado por una escala de igual denominación, del área de funcionamiento formada por 5 escalas funcionales y del área de síntomas formada por 3 escalas y 6 ítems referentes a los síntomas del paciente.

La escala de estado global de salud está formada por los ítems 28 y 29. Estos ítems son tipo escala Likert con una puntuación que oscila entre 1 (“Pésima”) hasta 7 (“Excelente”). El resto de ítems del cuestionario consisten en ítems tipo escala Likert con puntuación entre 1 y 4 categorizada de la siguiente forma: 1 = En absoluto, 2 = Un poco, 3 = Bastante, y 4 = Mucho. El área de funcionamiento está formada por las siguientes escalas: física, formada por los ítems 1 a 5 (p. ej. ¿tiene alguna dificultad para dar un paseo corto?); de rol, formada por los ítems 6 y 7 (p. ej. ¿ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?); emocional, constituida por los ítems 21 a 24 (p. ej. ¿se sintió nervioso/a?); cognitiva, formada por ítems 20 y 25 (p. ej. ¿ha tenido dificultades para recordar cosas?); y social, que se encuentra constituida por los ítems 26 y 27 (p. ej. ¿ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?). El área de síntomas está constituida por 3 escalas y 6 ítems. Las 3 escalas son las siguientes: escala de fatiga, constituida por los ítems 10, 12 y 18 (p. ej. ¿se ha sentido débil?); escala de dolor, que está formada por los ítems 9 y 19 (p. ej. ¿interfirió algún dolor en sus actividades diarias?); y la escala referente a náuseas/vómitos, la cual está constituida por los ítems 14 y 15 (p. ej. ¿ha tenido náuseas?).

Los 6 ítems hacen referencia a los siguientes síntomas: disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades económicas.

Las puntuaciones indicadas en el cuestionario posteriormente, según se indica en el manual de la EORTC, se transforman en una puntuación lineal en escala que va desde 0 hasta 100. De este modo, una alta calidad de vida está representada en el cuestionario por altas puntuaciones en la escala de estado global de salud y en las escalas funcionales. Asimismo, una alta puntuación en las escalas/ítems de síntomas representa una baja calidad de vida.

Escala de Estrés Percibido (PSS) (S. Cohen et al., 1983). Para llevar a cabo el estudio, usamos la versión adaptada a la población española (Remor, 2006). Es un instrumento de evaluación por autoinforme en el que se evalúan los niveles de estrés percibido por el paciente durante el último mes. Concretamente evalúa el nivel en el que las situaciones y eventos de la vida del paciente en el último mes son percibidas como estresantes (p. ej. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?). De este modo evalúa el nivel en el que la persona percibe que su vida actual está sobrecargada, es incontrolable o impredecible. Esta escala está constituida por 14 ítems de respuesta tipo escala Likert cuya respuesta está categorizada del siguiente modo: 0 = Nunca, 1 = Casi nunca, 2 = De vez en cuando, 3 = A menudo, y 4 = Muy a menudo. Para obtener la puntuación total se deben invertir las puntuaciones de los siguientes ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. Posteriormente se suman las puntuaciones de los 14 ítems. La puntuación directa que se obtenga se corresponde al nivel de estrés percibido, por lo que una mayor puntuación en el cuestionario corresponderá a un mayor nivel de estrés percibido por el paciente.

Cuestionario de Frecuencia y Satisfacción con el Apoyo Social (QFSSS) (García-Martín et al., 2016). Este cuestionario mide desde una perspectiva multidimensional el apoyo social. El cuestionario diferencia los tipos de apoyo emocional, informacional e instrumental, que proporcionan las fuentes de apoyo del paciente. En nuestra investigación se incluyó el personal sanitario como fuente de apoyo. De este modo el cuestionario mide los 3 tipos de apoyo proporcionados por la familia, por la pareja, por los amigos y por el personal sanitario. El cuestionario también diferencia entre frecuencia con la que el paciente recibe los tipos de apoyo de cada una de las fuentes y la satisfacción con ese apoyo recibido. Este cuestionario se ha usado para evaluar distintas fuentes de apoyo para diferentes tipos de poblaciones, como pueden ser personas inmigrantes (Hombrados-Mendieta et al., 2019), personas adolescentes (Hombrados-Mendieta et al., 2012) y, más relacionado con nuestra población de estudio, familiares de pacientes con cáncer (Melguizo-Garín et al., 2019).

El cuestionario está formado por 12 ítems referentes a la frecuencia de apoyo social recibido, uno para cada tipo y fuente de apoyo (p. ej. Referente a la pareja. Ayuda emocional: le da cariño, afecto o le escucha cuando quiere hablar y expresar sus sentimientos. ¿Con qué frecuencia recibe apoyo?) y 12 ítems en relación a la satisfacción con el apoyo social recibido, para cada tipo y fuente de apoyo (p. ej. Referente a los amigos. Ayuda instrumental: Le prestan ayuda directa para sus cuidados, acompañarlo en las visitas al médico, acompañarle a dar paseos o hacer ejercicio físico, etc. ¿Cómo está de satisfecho con el apoyo recibido?) La respuesta a los ítems referidos a satisfacción con apoyo social son tipo escala Likert de 1 a 5 del siguiente modo: 1 = Insatisfecho, 2 = Poco satisfecho, 3 = Algo satisfecho, 4 = Bastante satisfecho, y 5 = Muy satisfecho. Para los ítems que hacen referencia a la frecuencia del apoyo social recibido también se trata de respuesta tipo escala Likert de 1 a 5 con la siguiente

categorización de respuesta: 1 = Raramente, 2 = A veces, 3 = Bastantes veces, 4 = Casi siempre, y 5 = Siempre. Finalmente se usa la puntuación media de apoyo social recibido, tanto para frecuencia como satisfacción, para cada tipo y fuente de apoyo.

Cuestionario de Optimismo Disposicional: Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R) (Scheier et al., 1994). Para llevar a cabo nuestra investigación usamos la versión del cuestionario adaptado a la población española (Otero et al., 1998). El cuestionario nos proporciona información sobre cómo son las expectativas en general, favorables o desfavorables, sobre las cosas que le ocurren al paciente en la vida. El cuestionario está formado por 10 ítems tipo escala Likert de 0 a 4 puntos: 0 = Estoy completamente en desacuerdo, 1 = Estoy parcialmente en desacuerdo, 2 = No estoy de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = Estoy parcialmente de acuerdo, y 4 = Estoy completamente de acuerdo. Cuatro ítems se consideran “distractores”, es decir son ítems que no tienen nada que ver con el objetivo de medición del cuestionario, sino que se encuentran ahí para hacer menos evidente el contenido del test. De los 6 ítem restantes, 3 de ellos están redactados en dirección optimismo, en un sentido positivo (p. ej. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas), y los otros 3 ítems se encuentran redactados en dirección pesimismo, en sentido negativo (p. ej. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará). A estos 3 últimos ítems se les revierte la puntuación obtenida, para posteriormente tener una puntuación total de la suma de los 6 ítems hacia el polo del optimismo (Ferrando et al., 2002).

Escala de Resiliencia Connor-Davidson de 10-Ítems (CD-RISC 10) (Davidson, 2018). Esta escala consiste en una versión reducida de la escala original (Connor & Davidson, 2003), formado por sus ítems 1, 4, 6, 7, 8, 11, 14, 16, 17 y 19 . La escala está formada por 10 ítems

tipo escala Likert con una puntuación de 0 (“No ha sido verdadera en absoluto”) a 4 (“Verdadera casi siempre”) (p. ej. Soy capaz de adaptarme a los cambios). La puntuación final se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem. De este modo, una puntuación final alta corresponde con una alta resiliencia en el paciente.

4. ESTUDIOS

4.1. ESTUDIO 1: THE ASSOCIATION OF SOURCES OF SUPPORT, TYPES OF SUPPORT AND SATISFACTION WITH SUPPORT RECEIVED ON PERCEIVED STRESS AND QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS

4.2. ESTUDIO 2: INFLUENCIA DEL OPTIMISMO Y LA PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS DE CÁNCER

4.3. ESTUDIO 3: THE IMPORTANCE OF SOCIAL SUPPORT, OPTIMISM AND RESILIENCE ON THE QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS

4.4. ESTUDIO 4: APOYO SOCIAL, OPTIMISMO DISPOSICIONAL, RESILIENCIA, CALIDAD DE VIDA Y ESTRÉS PERCIBIDO EN PACIENTES CON CÁNCER. MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES

4.1. ESTUDIO 1: THE ASSOCIATION OF SOURCES OF SUPPORT, TYPES OF SUPPORT AND SATISFACTION WITH SUPPORT RECEIVED ON PERCEIVED STRESS AND QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M.J. (2021). The Associations 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), 1-10.

<https://doi.org/10.1177/1534735421994905>

(JCR Q2 – Factor de impacto 3,077)

La asociación de las fuentes de apoyo, los tipos de apoyo y la satisfacción con el apoyo recibido sobre el estrés percibido y la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

The association of sources of support, types of support and satisfaction with support received on perceived stress and quality of life of cancer patients.

Iván Ruiz-Rodríguez¹, Isabel Hombrados-Mendieta¹, Anabel Melguizo-Garín¹ y

M^a José Martos-Méndez¹

¹Departamento de Psicología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales, y Antropología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

Abstract

Introduction: The aim of the present study is to carry out a multidimensional analysis of relationship of social support with quality of life and the stress perceived by cancer patients.

Methods: The participants were 200 patients with cancer. Data was gathered on sociodemographic characteristics, health, quality of life, social support and perceived stress.

Results: Frequency of and satisfaction with different sources and types of support are related positively with improvement of quality of life and negatively with perceived stress. The emotional support from the partner and the emotional and informational support from the

family are significant predictors of quality of life. Emotional support from the family reduces patients' perceived stress. Satisfaction with emotional support from the partner and with the informational support from friends and family increases quality of life. Satisfaction with emotional support and support provided by health professionals are not good predictors of quality of life and perceived stress. Satisfaction with the support received is more significantly related with quality of life and stress than the frequency with which the sources provide support. **Conclusions:** These results have important practical implications to improve cancer patients' quality of life and reduce their perceived stress through social support. Designing intervention strategies to improve satisfaction with the support provided to patients by their closest networks results in a global benefit for the patient's quality of life.

Keywords: quality of life, social support, perceived stress, cancer, oncology

4.2. ESTUDIO 2: INFLUENCIA DEL OPTIMISMO Y LA PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS DE CÁNCER

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., & Melguizo-Garín, A. (2021). 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), 51-75.

<https://doi.org/10.5209/psic.74532>

(SJR Q4 – Factor de impacto 0,181)

Influencia del optimismo y la percepción de apoyo social del personal sanitario sobre la calidad de vida de los enfermos de cáncer

Influence of optimism and perception of social support from health personnel on the quality of life of cancer patients

Iván Ruiz-Rodríguez¹, Isabel Hombrados-Mendieta¹ y Anabel Melguizo-Garín¹

¹Departamento de Psicología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales, y Antropología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

Resumen. Objetivo: El presente estudio se plantea analizar la relación del apoyo social proporcionado por el personal sanitario y el optimismo del paciente con la calidad de vida y el estrés percibido por los enfermos de cáncer. Método: Se recogen datos referidos a características sociodemográficas, de salud, optimismo, apoyo social, calidad de vida y estrés percibido de 200 pacientes de cáncer con una edad media de 50,5 años (DT = 13,05). EL 73,5% son mujeres y el 26,5% son hombres. Resultados: La satisfacción con el apoyo recibido del personal sanitario (emocional, instrumental e informacional) y el optimismo se relacionan con una mayor calidad de vida y un menor estrés percibido. Los modelos predictivos indican que la satisfacción con el apoyo instrumental es el que más disminuye el estrés de los pacientes. Respecto a la calidad de vida los modelos predictivos indican que es el apoyo informacional

el que más aumenta el estado global de salud, el apoyo emocional y el instrumental los que mejoran el funcionamiento y el apoyo instrumental es el que más reduce los síntomas de los pacientes. También se han encontrado diferencias de género, las mujeres perciben significativamente más estrés y peor calidad de vida que los hombres. Conclusión: El personal sanitario es una fuente de apoyo útil para las personas con cáncer y el optimismo mejora la calidad de vida de los pacientes oncológicos. De este estudio se resaltan importantes implicaciones prácticas.

Palabras clave: apoyo social, optimismo, calidad de vida, estrés percibido, personal sanitario, cáncer.

Abstract: Objective: The present study aims to analyze the relationship of social support provided by health personnel and the patient's optimism with quality of life and stress perceived by cancer patients. Method: Data regarding sociodemographic characteristics, health, optimism, social support, quality of life and perceived stress are collected from 200 cancer patients with a mean age of 50.5 years (SD = 13.05). 73.5% are women and 26.5% are men. Results: Satisfaction with the support received from health personnel (emotional, instrumental and informational) and optimism are related to a higher quality of life and less perceived stress. Predictive models indicate that satisfaction with instrumental support is the one that most reduces the stress of patients. Regarding quality of life, predictive models indicate that informational support is the one that most increases the global health status, emotional and instrumental supports that improve functioning, and instrumental support is the one that most reduces patients' symptoms. Gender differences have also been found, women perceive significantly more stress and worse quality of life than men. Conclusion: Health personnel are a useful source of support for people with cancer and optimism

improves the quality of life for cancer patients. This study highlights important practical implications.

Keywords: social support, optimism, quality of life, perceived stress, health personnel, cancer.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Análisis de datos 4. Resultado 5. Discusión y conclusión 6. Agradecimientos 7. Referencias bibliográficas

4.3. ESTUDIO 3: THE IMPORTANCE OF SOCIAL SUPPORT, OPTIMISM AND RESILIENCE ON THE QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M.J. (2022). The Importance of Social Support, Optimism and Resilience on the Quality of Life of Cancer Patients. *Frontiers in Psychology*, 13, 833176.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.833176>

(JCR Q1 – Factor de impacto 4,232)

La importancia del apoyo social, el optimismo y la resiliencia en la calidad de vida de los pacientes con cáncer

The importance of social support, optimism and resilience on the quality of life of cancer patients

Iván Ruiz-Rodríguez¹, Isabel Hombrados-Mendieta¹, Anabel Melguizo-Garín¹

y Martos-Méndez, María José¹

¹Departamento de Psicología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales, y Antropología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

Abstract

Introduction: The aim of the present study is to carry out a multidimensional analysis on the relation between satisfaction with social support received, resilience and optimism in cancer patients and their quality of life.

Materials and Methods: Data were gathered through questionnaires fulfilled by 142 cancer patients. Data relate to sociodemographic, health, quality of life, social support, resilience and optimism.

Results: Satisfaction with the sources and types of support, resilience and optimism relates positively with quality of life. Predictive models show that informational support from friends is the variable that most increases patients' general health, while emotional support from the partner is the one that best improves how patients cope with the disease. In the same line, emotional support from the partner, together with informational support from family are the ones that most contribute to reduce patients' symptoms. Resilience improves general health and functioning, and reduces symptoms. Patients' optimism and resilience also reduces symptoms. Gender differences were found, with females showing lower quality of life than males, mainly in how they cope with cancer. Patients in the stage or treatment showed lower quality of life and higher symptoms. Such increase was observed in patients who received hormonotherapy or chemotherapy.

Discussion: Important practical implications can be drawn from results, which could help improve cancer patients' quality of life through intervention strategies aimed at increasing their resilience, optimism and the social support provided by their closer sources.

Keywords: social support, quality of life, resilience, optimism, cancer, oncology

4.4. ESTUDIO 4: APOYO SOCIAL, OPTIMISMO DISPOSICIONAL, RESILIENCIA, CALIDAD DE VIDA Y ESTRÉS PERCIBIDO EN PACIENTES CON CÁNCER: MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES.

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., & García-Cid, A. (2022). Apoyo social, optimismo disposicional, resiliencia, calidad de vida y estrés percibido en pacientes con cáncer. Modelos de ecuaciones estructurales. Manuscrito presentado para su publicación

Apoyo social, optimismo disposicional, resiliencia, calidad de vida y estrés percibido en pacientes con cáncer. Modelos de ecuaciones estructurales

Social support, dispositional optimism, resilience, quality of life, and perceived stress in cancer patients. Structural equation models

Iván Ruiz-Rodríguez¹, Isabel Hombrados-Mendieta¹, y Alba García-Cid¹

¹Departamento de Psicología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales, y Antropología Social. Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de Málaga

Resumen

Introducción: El objetivo del presente estudio es analizar las variables que tienen un mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes con cáncer. De este modo se plantean dos modelos explicativos. Uno teniendo en cuenta el apoyo social en base a los tipos de apoyo proporcionados (emocional, instrumental e informacional) y un segundo modelo que atiende a la clasificación de las fuentes que proporcionan apoyo al paciente oncológico (familia, pareja, amigos y personal sanitario).

Materiales y método: Se recogieron datos de 142 pacientes con cáncer referentes a su satisfacción con el apoyo social recibido, resiliencia, optimismo disposicional, calidad de vida y estrés percibido. De igual modo se recogieron datos referentes a variables

sociodemográficas y de salud. Se llevó a cabo la técnica estadística multivariante de modelado de ecuaciones estructurales (SEM).

Resultados: Los modelos de rutas propuestos se analizaron mediante el algoritmo PLS-SEM del software SmartPLS (bootstrap 5000 muestras, corregido por el sesgo y acelerado, prueba de dos colas y significación del 5%). Los hallazgos muestran una relación predictiva significativa entre las variables independientes *optimismo disposicional* y *satisfacción con el apoyo social* (según fuentes y tipos), la variable mediadora *resiliencia* y las variables dependientes *calidad de vida* y *estrés percibido*.

Discusión: A través de los resultados obtenidos, se muestra la importancia de variables psicosociales como el apoyo social para lograr una mejora de la calidad de vida y una reducción del estrés percibido de los pacientes oncológicos. De este modo se pueden diseñar nuevas pautas de intervención teniendo como base las necesidades de apoyo del paciente, su resiliencia y optimismo.

Palabras clave: cáncer, apoyo social, calidad de vida, estrés percibido, resiliencia, optimismo, modelo ecuaciones estructurales

INTRODUCCIÓN

El cáncer afecta a la calidad de vida de los pacientes, que se ve reducida tanto por el propio diagnóstico como por el tratamiento en sí mismo (Tsai et al., 2018), pudiendo producir deterioro psicológico y físico (Brown et al., 2020; Martino et al., 2020; Triberti et al., 2019). La calidad de vida se puede definir como el nivel en el que el bienestar esperado del paciente, funcional, social, físico o emocional, es afectado por el proceso médico y por el propio tratamiento de la enfermedad (Cella, 1994). Los pacientes con cáncer tienen que hacer frente a una multitud de factores, como los síntomas producidos por los tratamientos (Gargantini & Casari, 2019; Nilsen et al., 2021). Esta reducción de la calidad de vida no acaba una vez finalizado el tratamiento. En la fase de revisión también se ve reducida la calidad de vida debido al miedo a una posible recurrencia y debido a los efectos secundarios producidos a largo plazo (Dunn et al., 2015; Groenvold, 2010; Willems et al., 2016). Las mejoras y avances desarrollados en el tratamiento de la enfermedad del cáncer han producido que se prolongue el tiempo de vida de los supervivientes de cáncer muchos años tras el diagnóstico inicial (de Moor et al., 2013). Sin embargo, este avance conlleva a su vez que aumente el tiempo donde los supervivientes tienen una reducida calidad de vida (Mols et al., 2005). El paciente con cáncer debe enfrentar situaciones estresantes, incluso traumáticas (Cordova et al., 2017), algunas de ellas con carácter crónico, en todas las fases del proceso sanitario (McMullen et al., 2018). Estas situaciones se producen desde el mismo diagnóstico, uno de los eventos más duros que puede vivir una persona (Dooley et al., 2017), pasando por el tratamiento (Cordova et al., 2017; Weber & O'Brien, 2017) hasta incluso la fase de revisión o alta médica (Fitch & Longo, 2018). Esto es debido a la incertidumbre que experimenta el paciente además de las

connotaciones negativas que conllevan los términos usados en el diagnóstico de esta enfermedad (García-Montero et al., 2022).

El cáncer también tiene un impacto significativo en la vida social de las personas. El paciente suele reducir el contacto con familia y amigos debido a que las actividades que realizaba normalmente fuera de su hogar se ven limitadas o reducidas (Izycki et al., 2016; Lowdermilk & Germino, 2000). Aquí adquiere relevancia el apoyo social, influyendo en una buena adaptación del paciente a la enfermedad a través del mantenimiento de un estado mental adecuado (Wen et al., 2017). De este modo actúa como un factor protector (Shen et al., 2020; Y. Zhang et al., 2020) influyendo en una reducción del estrés que percibe el paciente (Durá-Ferrandis et al., 2019), y mejorando su calidad de vida (Applebaum et al., 2014). El apoyo social lo podemos definir como un concepto interactivo en el cual se produce una transacción interpersonal de ayuda material, de información y de emociones entre las fuentes de apoyo que tenga una persona y la propia persona, receptor de la ayuda, en un contexto concreto (Hombrados-Mendieta & Castro-Travé, 2013). Las fuentes de apoyo suelen ser las relaciones íntimas de la persona, sus redes sociales y la comunidad (N. Lin et al., 1986). Respecto al tipo de apoyo, los autores resaltan 3 tipos (Breuer et al., 2017): el apoyo emocional, consistente en tener la seguridad de confiar en alguien y ser amado, imprescindible para poder afrontar sus temores (Uslu-Sahan et al., 2019), el apoyo instrumental, que consiste en ayuda material y directa, como puede ser que el paciente tenga personas de confianza que le acompañen a las visitas a consulta (Kroenke et al., 2006), y el apoyo informacional, consistente en recibir información útil para afrontar de modo óptimo la enfermedad (So et al., 2014). No solo es relevante el tipo de apoyo recibido, sino también la fuente que lo proporciona (Thoits, 1982). En este sentido, las fuentes de apoyo más

relevantes y esenciales para afrontar esta situación producida por la enfermedad en el paciente suelen ser la familia, la pareja y los amigos (Crookes et al., 2016; Ginter & Braun, 2019; Paladino et al., 2019; Suwankhong & Liamputtong, 2016). Además, en esta nueva situación, adquiere importancia el personal sanitario como fuente de apoyo (Adam & Koranteng, 2020) entre otros, por el contacto constante con el paciente durante todo el transcurso de la enfermedad. Teniendo en cuenta tanto los diferentes tipos de apoyo como las diferentes fuentes de apoyo indicadas anteriormente, tenemos presente el modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1995, 2005) y su aplicación dentro de la psicooncología (Torrice et al., 2002). Teniendo en cuenta que las necesidades del paciente determinan la satisfacción que tenga con el apoyo recibido, ya que cada tipo de apoyo cumple una función concreta (N. Lin, 1986), y que tal necesidad varía en todas las etapas del proceso sanitario, tanto en tipo de apoyo deseado como en la fuente de apoyo necesaria, influyendo en la satisfacción con el apoyo recibido (Pearlin, 1985), es importante realizar un estudio del apoyo social teniendo en cuenta los distintos tipos y fuentes de apoyo.

En pacientes con cáncer es de relevancia el optimismo disposicional ya que es un rasgo que genera creencias saludables en el paciente (Rajandram et al., 2011). El optimismo disposicional se puede definir como un rasgo relativamente estable de esperar resultados positivos en eventos relevantes de la vida (Scheier & Carver, 1985) influyendo en diferentes ámbitos (Wrosch & Scheier, 2003). El optimismo disposicional influye en la mejora de las habilidades personales del paciente, pudiendo afrontar correctamente los eventos estresantes que se producen, disminuyendo el efecto de tales situaciones de estrés (Shaheen et al., 2014), relacionándose incluso con una menor ansiedad ante la muerte (Abbas et al., 2022). De este modo puede tener un impacto positivo tanto en la calidad de vida del paciente

(M. Cohen et al., 2019; Marton et al., 2020) como en la reducción del estrés que perciben los pacientes con cáncer (Trunzo & Pinto, 2003).

La resiliencia también se ha relacionado con el aumento de la calidad de vida en pacientes con cáncer (Macía et al., 2020; Tamura et al., 2021). La resiliencia la podemos definir como la capacidad que tiene una persona para hacer frente a la adversidad y superarla de modo positivo (Luthar et al., 2000). De este modo, en pacientes con cáncer puede influir en una reducción del estrés que recibe el paciente (Groarke et al., 2020), llevando un afrontamiento más adecuado con respecto a las emociones negativas surgidas durante el proceso (C. Lin et al., 2020). La resiliencia se ha considerado, más que como una característica fija de la persona, un proceso dinámico (Rutter, 1999). Por otro lado, se han propuesto determinados indicadores de la resiliencia, como son el optimismo disposicional y el apoyo social (Fang et al., 2015), llegando a influir este último sobre la resiliencia (Black & Dorstyn, 2015) en pacientes con otras enfermedades crónicas.

El presente estudio

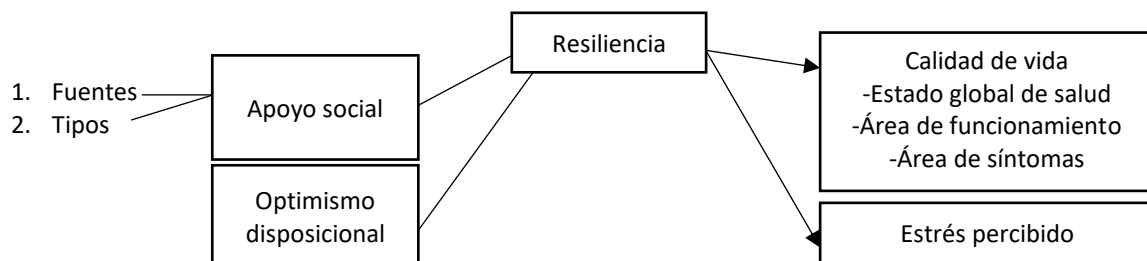
La presente investigación pretende analizar las variables que anteriormente han demostrado tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas con cáncer. Se analizará así la relación entre el optimismo disposicional, la satisfacción con el apoyo social recibido, la resiliencia, el estrés percibido y la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Para este fin se plantean dos modelos de explicativos. Uno de ellos clasificando el apoyo social según los tipos de apoyo recibidos (emocional, informacional e instrumental) y el segundo modelo atendiendo a la clasificación del apoyo recibido por fuentes que proporcionan tal apoyo (pareja, familia, amigos y personal sanitario).

La Figura 1 muestra la red de relaciones sugerida según el objetivo del estudio. Dichas relaciones se concretan a través de las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: El apoyo social y el optimismo disposicional influyen en la capacidad resiliente de las personas que padecen cáncer; a mayores niveles de satisfacción con el apoyo social recibido y mayores niveles de optimismo disposicional, mayor capacidad resiliente.

Hipótesis 2: La resiliencia media en la relación entre el apoyo social, optimismo disposicional, calidad de vida y estrés percibido; aquellas personas con mayor capacidad resiliente, tendrán una calidad de vida más elevada y un menor estrés.

Figura 1. Diagrama de relaciones teóricas.



Materiales y método

Participantes

En nuestro estudio participaron 142 pacientes con cáncer, de los cuales 33 son hombres (23.2%) y 109 son mujeres (76.8%). La edad de los pacientes está comprendida entre los 22 y los 84 años, con una media de edad de 48.96 (DT = 13.60). Los pacientes han recibido diferentes tipos de tratamiento, así como tienen diferentes tipos de cáncer (ver Tabla 1). Los pacientes proceden de diferentes asociaciones, así como del Hospital Costa del Sol (Marbella).

Como criterios de inclusión para participar en el estudio señalamos que debían ser pacientes mayores de 18 años con diferentes tipos de cáncer y que, actualmente, se encontraran en tratamiento o en fase de revisión. Como criterios de exclusión señalamos expacientes de cáncer que hubiesen finalizado la fase de revisión o pacientes con cáncer menores de edad.

Tabla 1. Variables de salud y sociodemográficas.

Edad	48.96 (13.60) ^a
Género	% (N)
Mujer	76.8 (109)
Hombre	23.2 (33)
En tratamiento actualmente	
Si	50.0 (71)
No	50.0 (71)
Tipo de cáncer	
Tiroides	44.4 (63)
Mama	22.5 (32)
Colon	9.2 (13)
Ovario	2.8 (4)
Otro	21.1 (30)
Tratamiento quirúrgico	
Si	82.3 (116)
No	17.7 (25)
Tratamiento radioterapia	
Si	55.3 (78)
No	44.7 (63)
Tratamiento quimioterapia	
Si	50.4 (71)
No	49.6 (70)
Tratamiento hormonoterapia	
Si	22.7 (32)
No	77.3 (109)
Recidiva	
Si	18.4 (26)
No	81.6 (115)

^a Media (Desviación Típica)

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico y de salud

Este cuestionario recaba información referente a variables de salud (fase del tratamiento, tipo de tratamiento recibido, tipo de cáncer y si ha tenido recidiva) e información sociodemográfica del paciente como la edad y el género.

Cuestionario de Frecuencia y Satisfacción con el Apoyo Social (QFSSS)

Este cuestionario cuenta con 12 ítems que evalúan desde una perspectiva multidimensional la satisfacción con el apoyo social recibido (García-Martín et al., 2016). El cuestionario diferencia entre los diferentes tipos de apoyo (emocional, instrumental e informacional) así como entre las diferentes fuentes que proporcionan apoyo al paciente. En nuestro estudio incluimos como fuentes de apoyo los amigos, la pareja, la familia y el personal sanitario.

El cuestionario consiste en una escala tipo Likert. Las puntuaciones de los ítems oscilan entre 1 (“Insatisfecho”) hasta 5 (“Muy satisfecho”) para evaluar la satisfacción del paciente con el apoyo emocional, instrumental e informacional recibido de la pareja, los amigos, la familia y el personal sanitario. La fiabilidad Alfa de Cronbach mostrada por esta escala es $\alpha = .96$.

Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R)

En este estudio usamos la versión adaptada a la población española (Otero et al., 1998). Esta prueba consta de 10 ítems, de los cuales 4 de ellos funcionan como distractores. Los 6 restantes consisten en ítems tipo Likert desde 0 (“Estoy completamente en desacuerdo”) a 4 (“Estoy completamente de acuerdo”) (Scheier et al., 1994). 3 ítems se encuentran redactados

en positivo (optimismo) y 3 en negativo (pesimismo). Para obtener una puntuación final orientada hacia el optimismo disposicional, se deben revertir los 3 ítems redactados en negativo. La consistencia interna del instrumento es de $\alpha = .78$.

Escala de Resiliencia Connor-Davidson de 10-Ítem (CD-RISC 10)

Se usó la versión reducida de la escala original (Connor & Davidson, 2003). Esta escala consta de 10 ítems tipo escala Likert con un rango de puntuación de 0 (“En absoluto”) a 4 (“Casi siempre”). Para obtener la puntuación final se suman las puntuaciones indicadas en cada ítem. De este modo, altas puntuaciones en el cuestionario representan una alta resiliencia en la persona. Esta escala muestra un Alfa de Cronbach de $\alpha = .90$.

Cuestionario de Calidad de Vida (EORTC-QLQ C30-European Organization for Research and Treatment of Cancer)

En el estudio usamos la versión adaptada a la población española (Arrarás et al., 1995). Este cuestionario consta de 30 ítems tipo Likert (Aaronson et al., 1993). De los 30 ítems, 28 de ellos tienen un rango de 1 (“En absoluto”) a 4 (“Mucho”) y 2 ítems tienen un rango de 1 (“Pésima”) a 7 (“Excelente”). El cuestionario evalúa diferentes áreas de la calidad de vida percibida por el paciente. De este modo, proporciona como resultado una escala de estado global de salud, cinco escalas referentes al funcionamiento (físico, de rol, emocional, cognitivo y social) y nueve escalas/ítems referidos a los síntomas (fatiga, náuseas y vómitos, dolor, disnea, pérdida de apetito, insomnio, diarrea, estreñimiento y dificultades financieras). Para obtener las puntuaciones finales, se transforman en una puntuación lineal de 0 a 100 según indica el manual de la EORTC. De este modo, una puntuación alta para las escalas de síntomas refleja una baja calidad de vida y una puntuación alta para la escala de estado global de salud y

escalas funcionales refleja una mayor calidad de vida. La escala muestra una fiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = .86$.

Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

En el estudio usamos la versión adaptada a la población española (Remor, 2006). Esta escala consta de 14 ítems tipo Likert con un rango de 0 (“Nunca”) a 4 (“Muy a menudo”) (S. Cohen et al., 1983). Este instrumento proporciona una puntuación que se corresponde con el grado en el que los eventos de la vida son evaluados como estresantes, en el último mes, por la persona. De este modo, una mayor puntuación en esta escala refleja un mayor nivel de estrés percibido. Esta escala muestra una fiabilidad Alfa de Cronbach $\alpha = .85$.

Procedimiento

Se contactó con diferentes asociaciones y el Hospital Costa del Sol (Marbella). Para poder realizar las entrevistas presencialmente con los pacientes que acudían a recibir tratamiento al hospital, o a la consulta de revisión, el estudio fue aprobado por el Comité Ético del Hospital Costa del Sol (código interno: “002_jun_PI – Estudio calidad vida pacientes cáncer”), al igual que fue aprobado anteriormente por el Comité Ético de la Universidad de Málaga (número de referencia: “CEUMA-58-2016-H”). Para pacientes con los cuales no podíamos entrevistarnos se habilitó una página web donde podían contestar el cuestionario. Tanto presencialmente como a través de la página web se les explicaba los objetivos de la investigación y, a través de un documento de consentimiento informado, se les aseguraba la confidencialidad y anonimato de su participación.

Tanto el Comité Ético del Hospital Costa del Sol como el Comité Ético de la Universidad de Málaga indicaron que nuestro estudio cumplía con los criterios legales y metodológicos que permitían su aplicación.

Análisis de datos

El software de elección para comprobar el diagrama de relaciones teóricas ha sido SmartPLS (v.3.3.2). Este software (Ringle et al., 2015) se utiliza en investigaciones cuyo objetivo principal es la predicción de constructos.

A la hora de llevar a cabo el análisis de datos, se utiliza la técnica estadística multivariante de modelado de ecuaciones estructurales (SEM), con el objetivo de aumentar tanto la capacidad explicativa como la eficacia estadística del modelo. A partir del SEM examinamos simultáneamente distintas relaciones de dependencia y nos permite modelar relaciones complejas, así como contestar a las preguntas de investigación a través de un único análisis (Ramírez et al., 2014). Además, presenta requisitos menos restrictivos para la medición de las escalas, el tamaño de la muestra y la distribución de los datos (Martínez & Fierro, 2018).

A continuación, se describen las tres fases para el análisis de ecuaciones estructurales (Ruíz et al., 2010): 1) descripción del modelo; 2) validez y fiabilidad del modelo de medida; 3) valoración del modelo estructural.

Fase 1: Descripción del modelo

Esta investigación consta de cinco variables latentes (VL). En primer lugar, las variables independientes *satisfacción con apoyo social* y *optimismo disposicional*. En segundo lugar, las

variables dependientes *calidad de vida* y *estrés percibido*. En tercer lugar, la variable mediadora *resiliencia*.

Se proponen dos modelos de rutas, en la Figura 2 se representa el modelo donde la *satisfacción con el apoyo social* se analiza según las fuentes de apoyo a partir de 4 indicadores (pareja, familia, amigos, personal sanitario) y en la Figura 3 se representa el modelo donde *la satisfacción con el apoyo social* se analiza según los tipos de apoyo a partir de 3 indicadores (emocional, instrumental e informacional). Además, la variable *optimismo disposicional* presenta 3 indicadores, la variable *calidad de vida* 3 indicadores (estado global de salud, área de funcionamiento, área de síntomas), la variable *estrés percibido* 8 indicadores y la variable *resiliencia* 10 indicadores.

Todas las VL se construyen como constructos reflectivos. Según Hair et al. (2017), en las mediciones reflectivas, los indicadores de la VL concurren y representan una manifestación de dicha variable latente. Es decir, el constructo causa la medición de las variables indicativas y establece que la covariación existente entre los indicadores se explica por la varianza del factor latente común.

Figura 2. Modelo de ruta 1 (fuentes de apoyo)

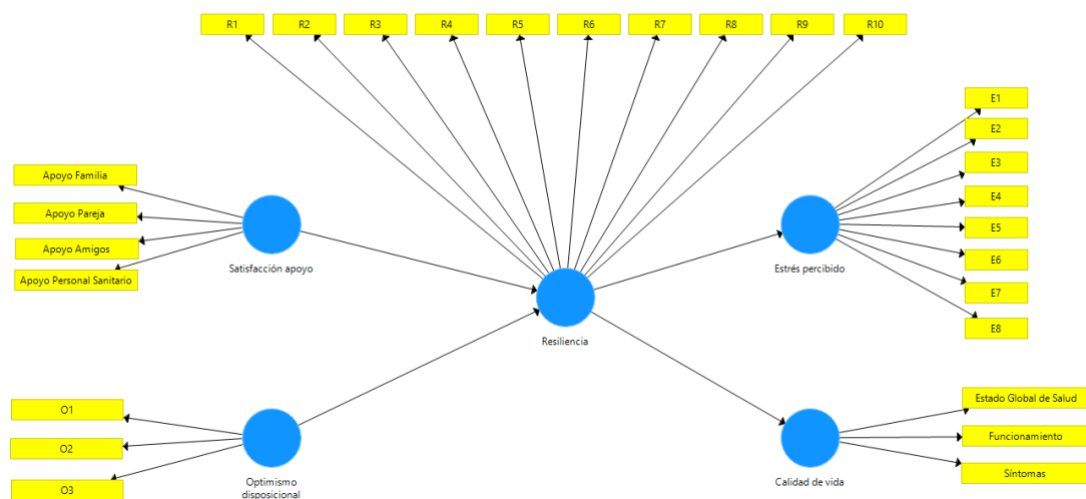
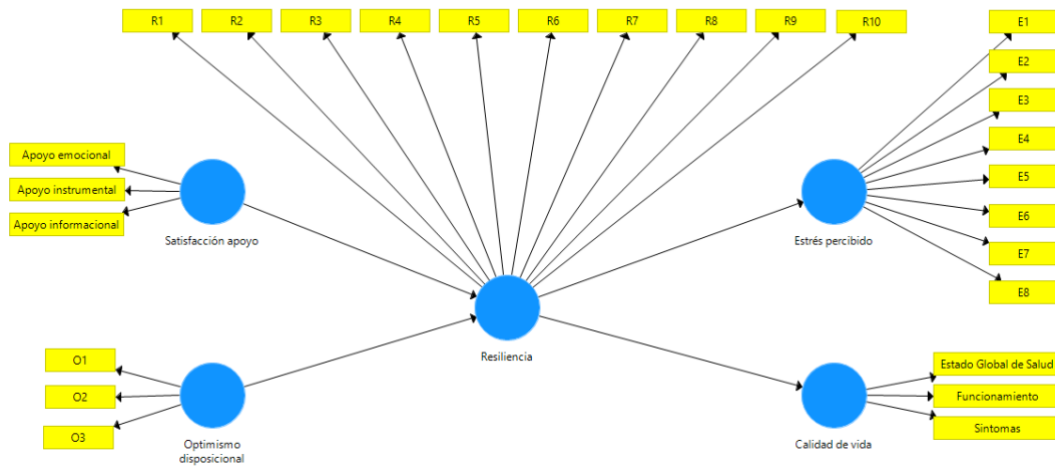


Figura 3. Modelo de ruta 2 (tipos de apoyo)



Resultados

Estudio 1

Fase 2: Validez y fiabilidad del modelo de medida

La evaluación del modelo se llevó a cabo mediante el algoritmo PLS-SEM del software SmartPLS. Se utilizó un proceso de Bootstrap (5000 muestras), Bootstrap corregido por el sesgo y acelerado, la prueba de dos colas y el nivel de significación del 5%.

La evaluación de validez y fiabilidad del modelo de medida reflectivo se lleva a cabo a través de: 1) la consistencia interna (alfa de Cronbach y fiabilidad compuesta); 2) la validez convergente (fiabilidad del indicador y la varianza media extraída); 3) la validez discriminante (criterio de Fornell-Larcker, las cargas cruzadas entre indicadores y variables latentes, y la ratio heterotrait-monotrait).

La Tabla 2 muestra los resultados del modelo de medición donde la *satisfacción con el apoyo social* se analiza según las fuentes de apoyo.

La consistencia interna indica la fiabilidad del constructo a través de los indicadores alfa de Cronbach y fiabilidad compuesta (FC), siendo este último el indicador más adecuado ya que no asume que todos los ítems reciben la misma ponderación (Chin, 1998; Nunnally, 1978). En este estudio, los valores FC son muy superiores al 0.7 mínimo sugerido por los autores (Nunnally & Bernstein, 1994), por lo que se confirma la consistencia interna de todas las VL del modelo.

La **validez convergente** indica que el conjunto de ítems o indicadores representa a un único constructo subyacente (Henseler et al., 2009). Se ha medido a través de la fiabilidad del indicador (permite observar la consistencia de sus indicadores a través de las correlaciones simples de los indicadores con su respectivo constructo examinando sus cargas individuales) y la varianza media extraída (AVE), la cual evalúa la cantidad de varianza que un constructo obtiene de sus indicadores en relación con la cantidad de varianza debida al error de medida. Tras este proceso se eliminaron 3 ítems de la escala de *optimismo disposicional* y 6 ítems de *estrés percibido* cuyas cargas tenían un índice menor al indicado según los preceptos para las medidas reflectivas (Carmines & Zeller, 1979; Hair et al., 2017; Urbach & Ahlemann, 2010). En cuanto a las puntuaciones AVE obtenidas, todas son superiores al 0.50 requerido (Fornell & Larcker, 1981), por lo que cada constructo explica más del 50% de la varianza de sus indicadores.

La **validez discriminante** indica en qué medida un constructo determinado es diferente de otros constructos. En primer lugar, el criterio de Fornell-Larcker considera la cantidad de varianza que un constructo captura de sus indicadores (AVE), el cual debe ser mayor a la varianza que el constructo comparte con otros constructos. Así, la raíz cuadrada

Tabla 2. Resumen de resultados del modelo de medición reflectiva según fuentes de apoyo.

Variable latente	Indicador	Cargas	Valor t	Valor p	FC	AVE	Fiabilidad indicador	Rho_A > 0.7	α > 0.7
Apoyo Social	Familia	.851	22.108	.000	.877	.641	.724	.825	.814
	Pareja	.734	11.869	.000			.539		
	Amigos	.828	16.272	.000			.686		
Optimismo	Sanitarios	.783	14.388	.000			.613		
	O1	.825	19.197	.000	.840	.640	.681	.833	.738
	O2	.888	40.520	.000			.789		
Resiliencia	O3	.670	7.004	.000			.449		
	R1	.632	9.923	.000	.917	.525	.399	.902	.898
	R2	.747	16.556	.000			.558		
	R3	.826	26.811	.000			.682		
	R4	.717	14.088	.000			.514		
	R5	.738	9.516	.000			.545		
	R6	.692	11.493	.000			.479		
	R7	.758	16.368	.000			.575		
	R8	.748	12.150	.000			.560		
	R9	.745	14.454	.000			.555		
Estrés	R10	.624	8.890	.000			.389		
	E1	.727	12.160	.000	.892	.509	.529	.868	.862
	E2	.674	11.863	.000			.454		
	E3	.726	11.103	.000			.527		
	E4	.732	16.204	.000			.536		
	E5	.627	7.005	.000			.393		
	E6	.773	18.936	.000			.598		
	E7	.741	18.081	.000			.549		
	E8	.696	11.212	.000			.484		
	Calidad de vida	Salud global	.873	37.785	.000	.928	.812	.762	.902
Funcionamiento		.922	76.740	.000			.850		
	Síntomas	.908	40.061	.000			.824		

FC= Fiabilidad Compuesta

AVE= Average Variance Extracted

Rho_A= coeficiente de correlación de Spearman

α =Alpha de Cronbach

de la AVE de cada variable latente debe ser mayor que las correlaciones que tiene éste con el resto de las variables, tal y como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3. Validez discriminante (criterio de Fornell-Larcker).

	Calidad de vida	Estrés percibido	Optimismo disposicional	Resiliencia	Apoyo social
Calidad de vida	(.901)				
Estrés percibido	-.599	(.713)			
Optimismo disposicional	.257	-.540	(.800)		
Resiliencia	.458	-.706	.573	(.725)	
Apoyo social	.245	-.427	.324	.366	(.800)

Nota: La raíz cuadrada del valor AVE se muestra en la diagonal entre paréntesis; los demás datos se corresponden con las correlaciones entre las variables latentes.

En segundo lugar, se comparan las cargas factoriales cruzadas de los indicadores de una variable latente con las cargas de los indicadores de las demás VL. En la Tabla 4 se observa que las cargas factoriales obtienen un valor mayor con su propia variable que con las demás VL del modelo (Barclay et al., 1995).

En tercer lugar, se evalúa la ratio heterotrait-monotrait (HTMT), cuyo valor debe estar por debajo de 1 (Gold et al., 2001; Henseler et al., 2016) como se refleja en la tabla 5. Además, se muestra que las correlaciones monotrait-heteromethod (correlaciones entre los indicadores que miden el mismo constructo) son mayores que las heterotrait-heteromethod (correlaciones entre los indicadores que miden diferentes constructos), por lo que se confirma la validez discriminante del modelo.

Tabla 4. Cargas factoriales cruzadas.

	Apoyo social	Estrés percibido	Calidad de vida	Optimismo disposicional	Resiliencia
Pareja	.734	-.283	.225	.233	.257
Familia	.851	-.354	.176	.246	.230
Amigos	.828	-.412	.198	.193	.298
Sanitarios	.783	-.313	.184	.340	.353
E1	-.350	.727	-.496	-.378	-.472
E2	-.356	.674	-.507	-.321	-.484
E3	-.255	.726	-.364	-.438	-.610
E4	-.252	.732	-.486	-.430	-.562
E5	-.197	.627	-.273	-.362	-.389
E6	-.347	.773	-.460	-.410	-.562
E7	-.342	.741	-.427	-.363	-.417
E8	-.348	.696	-.390	-.355	-.460
Salud global	.257	-.512	.873	.191	.386
Funcionamiento	.228	-.630	.922	.293	.472
Síntomas	.174	-.456	.908	.198	.367
O1	.215	-.421	.182	.825	.450
O2	.330	-.531	.259	.888	.588
O3	.211	-.266	.154	.670	.203
R1	.235	-.533	.465	.314	.632
R2	.282	-.504	.311	.417	.747
R3	.322	-.583	.404	.565	.826
R4	.297	-.504	.332	.430	.717
R5	.180	-.480	.348	.374	.738
R6	.291	-.475	.290	.474	.692
R7	.288	-.541	.271	.365	.758
R8	.273	-.496	.288	.413	.748
R9	.266	-.515	.277	.406	.745
R10	.197	-.463	.308	.353	.624

Tabla 5. Ratio heterotrait-monotrait (HTMT).

	Calidad de vida	Estrés percibido	Optimismo disposicional	Resiliencia	Apoyo Social
Calidad de vida					
Estrés percibido	.674				
Optimismo disposicional	.296	.624			
Resiliencia	.505	.787	.623		
Apoyo social	.287	.511	.390	.412	

Fase 3: Valoración del modelo estructural

Tras haber confirmado la validez y confiabilidad del primer modelo reflectivo, se procede a evaluar el modelo estructural a través de los siguientes aspectos: 1) coeficientes *path*; 2) valoración del R²; 3) valoración de los tamaños de los efectos (f²); y 4) estadísticos de bondad de ajuste.

La evaluación de los **coeficientes *path*** (o modelo de rutas) se refleja en la Tabla 6. En este caso se muestran el signo algebraico, magnitud y significación estadística de los coeficientes de regresión estandarizados de las relaciones del modelo de investigación propuesto. Como se puede observar, en todos los casos el signo algebraico coincide con el propuesto en las hipótesis; de no ser así, la hipótesis no sería soportada. En cuanto a la magnitud de los coeficientes *path* estandarizados (β), muestran la fuerza de las relaciones entre las variables dependientes e independientes. Sus valores deben encontrarse dentro del rango $\beta \geq 0.2$ o $\beta \geq -0.2$ para ser considerados significativos (Chin, 2010). Tras ejecutar el procedimiento bootstrapping, se evaluó la significación de dichos coeficientes, valorando el estadístico t y su correspondiente valor p. Así, se confirman las hipótesis del estudio.

Tabla 6. Coeficientes path del modelo (apoyo social según fuentes).

Efectos	Coeficientes <i>path</i>	Valor t	Valor p	Intervalo de confianza 95%		Significación p < 0.05**
				Inferior	Superior	
Efectos directos						
Optimismo -> Resiliencia	.507	6.324	.000	.354	.668*	Sí
Resiliencia -> Calidad de vida	.458	6.674	.000	.319	.587*	Sí
Resiliencia -> Estrés percibido	-.706	21.308	.000	-.777	-.647*	Sí
Apoyo social-> Resiliencia	.202	2.917	.004	.076	.349*	Sí
Efectos indirectos específicos						
Optimismo -> Resiliencia -> Estrés	-.358	5.657	.000	-.492	-.245*	Sí
Apoyo social -> Resiliencia -> Estrés	-.142	2.858	.004	-.251	-.055*	Sí
Optimismo -> Resiliencia -> Calidad de vida	.232	4.420	.000	.140	.344*	Sí
Apoyo social-> Resiliencia -> Calidad de vida	.092	2.436	.015	.031	.180*	Sí

* 95% IC. intervalo de confianza. no incluye 0. ** Intervalos de confianza bootstrap para las pruebas de significación.

Las asociaciones directas más fuertes se corresponden con 1) la relación predictiva de la resiliencia frente al estrés percibido y 2) el optimismo disposicional como predictor de la resiliencia. En cuanto a las relaciones indirectas, también han resultado todas significativas, obteniendo valores más altos en 1) la relación predictiva negativa entre optimismo disposicional, resiliencia y estrés percibido y 2) la relación predictiva positiva entre optimismo, resiliencia y calidad de vida.

Posteriormente, se evalúa R^2 , indicador que representa el valor predictivo sobre las variables dependientes e indica la varianza de un constructo que es explicada por las variables predictoras del constructo endógeno, cuyos valores oscilan entre 0 y 1. En el presente estudio se obtiene para la variable calidad de vida $R^2 = 0.210$, para el estrés percibido $R^2 = 0.498$ y para la variable mediadora resiliencia $R^2 = 0.364$. Todos ellos son valores superiores al 0.10 mínimo requerido según Falk & Miller (1992), por lo que el apoyo social y el optimismo disposicional explican un 36% de la capacidad resiliente del colectivo, que a su vez influye y predice el 21% de la calidad de vida y el 49% del estrés percibido, en este caso de manera negativa.

En cuanto a los **tamaños del efecto f^2** , se observa en la Tabla 7 el cambio moderado (> 0.15) y alto (> 0.35) que sufrirían los constructos endógenos si se omitiera alguno de los constructos exógenos del modelo de investigación (Cohen, 1998).

Por último, se evalúan los **estadísticos de bondad de ajuste** del modelo global. Podemos decir que el modelo tiene un buen ajuste, ya que el índice SRMR (se define como la diferencia entre la correlación observada y la matriz de correlación implícita del modelo) tiene un valor de 0.078, por lo que es menor de 0.08 y superior a 0.06 (Henseler et al., 2015).

Tabla 7. Tamaños de efectos f^2 .

	Calidad de vida	Estrés percibido	Optimismo disposicional	Resiliencia	Apoyo Social
Calidad de vida					
Estrés percibido					
Optimismo				.362	
Resiliencia	.265	.991			
Apoyo social				.057	

Estudio 2

Fase 2: Validez y fiabilidad del modelo de medida

A continuación, se describe el mismo proceso de análisis SEM para el modelo de rutas propuesto según los tipos de *apoyo social* (emocional, informacional, instrumental).

La Tabla 8 muestra los resultados del modelo de medición reflectivo donde el *apoyo social* se analiza según los tipos de apoyo.

En este modelo los valores FC, los cuales indican la **consistencia interna**, también son muy superiores al 0.7 mínimo sugerido, por lo que se confirma la consistencia interna de todas las VL modelo.

La **validez convergente** fue evaluada a través de la fiabilidad del indicador y la varianza media extraída (AVE). Tras este proceso se eliminaron 3 ítems de la escala de *optimismo disposicional* y 6 ítems de la escala de *estrés percibido*. En cuanto a las puntuaciones AVE obtenidas, todas son superiores al 0.50 requerido, por lo que cada constructo explica más del 50% de la varianza de sus indicadores.

Tabla 8. Resumen de resultados del modelo de medición reflectiva según fuentes de apoyo.

Variable latente	Indicador	Cargas	Valor t	Valor p	Valor	FC	AVE	Fiabilidad indicador	Rho_A > 0.7	α > 0.7	
Apoyo Social	Emocional	.975	207.207	.000	.980	.980	.942	.951	.976	.969	Escala de satisfacción con el apoyo social emocional
Optimismo	Informacional	.961	83.558	.000				.924			Escala de satisfacción con el apoyo social informacional.
	Instrumental	.975	166.691	.000				.951			Escala de satisfacción con el apoyo social instrumental.
	O1	.825	19.254	.000	.840	.840	.640	.681	.833	.738	En tiempos difíciles suelo esperar lo mejor
Resiliencia	O2	.888	40.231	.000				.789			Siempre soy optimista en cuanto al futuro
	O3	.670	6.771	.000				.449			En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas
	R1	.632	9.985	.000	.917	.917	.525	.399	.902	.898	Soy capaz de adaptarme a los cambios
Estrés	R2	.747	16.665	.000				.558			Puedo afrontar lo que venga
	R3	.826	26.648	.000				.682			Veo el lado divertido de las cosas
	R4	.717	13.865	.000				.514			Hacer frente al estrés fortalece
	R5	.738	9.442	.000				.545			Tiendo a recuperarme tras una enfermedad o una dificultad
	R6	.692	11.456	.000				.479			Puedes alcanzar tus objetivos
	R7	.758	16.663	.000				.575			Bajo presión, me centro y pienso con claridad
	R8	.748	12.288	.000				.560			No me desanimo fácilmente por los fallos
	R9	.745	14.561	.000				.555			Pienso en mí mismo como una persona fuerte
	R10	.624	8.766	.000				.389			Puedo manejar sentimientos desagradables
	E1	.727	12.095	.000	.892	.892	.509	.529	.868	.862	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?
Calidad de vida	E2	.674	11.839	.000				.454			En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?
	E3	.726	11.124	.000				.527			En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?
	E4	.732	15.673	.000				.536			En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?
	E5	.627	7.017	.000				.393			En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?
	E6	.773	18.610	.000				.598			En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?
	E7	.741	17.830	.000				.549			En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?
	E8	.696	11.153	.000				.484			En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?
	Salud global		.873	37.565	.000	.928	.812	.762	.902	.885	
Funcionamiento Sintomas		.922	75.119	.000				.850			Escala de área de funcionamiento
		.908	39.997	.000				.824			Escala de área de síntomas

FC= Fiabilidad Compuesta

AVE= Average Variance Extracted

Rho_A= coeficiente de correlación de Spearman

α =Alpha de Cronbach

En cuanto a la **validez discriminante**, se cumple el criterio de Fornell-Larcker (ver Tabla 9). En la Tabla 10 se comparan las cargas factoriales cruzadas de los indicadores de una variable latente con las cargas de los indicadores de las demás VL y se puede observar que las cargas factoriales obtienen un valor mayor con su propia variable que con las demás VL del modelo. En tercer lugar, se cumple la ratio heterotrait-monotrait (HTMT) como se refleja en la Tabla 11, por lo que se confirma la validez discriminante.

Tabla 9. Validez discriminante (criterio de Fornell-Larcker).

	Calidad de vida	Estrés percibido	Optimismo disposicional	Resiliencia	Apoyo social
Calidad de vida	(.901)				
Estrés percibido	-.599	(.713)			
Optimismo disposicional	.257	-.540	(.800)		
Resiliencia	.458	-.706	.573	(.725)	
Apoyo social	.250	-.438	.319	.365	(.970)

Nota: La raíz cuadrada del valor AVE se muestra en la diagonal entre paréntesis; los demás datos se corresponden con las correlaciones de las variables latentes.

Fase 3: Valoración del modelo estructural

Tras haber confirmado la validez y confiabilidad del segundo modelo reflectivo se procede a la evaluación de los **coeficientes path** (ver Tabla 12). Como se puede observar, en todos los casos el signo algebraico coincide con el propuesto en las hipótesis. Las relaciones entre todos los constructos son significativas.

Las asociaciones directas más fuertes se corresponden con 1) la relación predictiva de la resiliencia frente al estrés percibido y 2) el optimismo disposicional como predictor de la resiliencia. En cuanto a las relaciones indirectas, también son todas significativas, obteniendo valores más altos en 1) la relación negativa entre optimismo, resiliencia y estrés, y 2) la relación positiva entre optimismo, resiliencia y calidad de vida.

Tabla 10. Cargas factoriales cruzadas.

	Apoyo social	Estrés percibido	Calidad de vida	Optimismo disposicional	Resiliencia
Emocional	.975	-.461	.283	.315	.387
Informacional	.961	-.381	.226	.289	.338
Instrumental	.975	-.428	.213	.326	.334
E1	-.351	.727	-.496	-.378	-.472
E2	-.364	.674	-.507	-.321	-.484
E3	-.265	.726	-.364	-.438	-.610
E4	-.261	.732	-.486	-.430	-.562
E5	-.204	.627	-.273	-.362	-.389
E6	-.352	.773	-.460	-.410	-.562
E7	-.357	.741	-.427	-.363	-.417
E8	-.355	.696	-.390	-.355	-.460
Salud global	.263	-.512	.873	.191	.386
Funcionamiento	.231	-.630	.922	.293	.472
Síntomas	.179	-.456	.908	.198	.367
O1	.210	-.421	.182	.825	.450
O2	.331	-.531	.259	.888	.588
O3	.196	-.266	.154	.670	.203
R1	.228	-.533	.465	.314	.632
R2	.273	-.504	.311	.417	.747
R3	.331	-.583	.404	.565	.826
R4	.292	-.504	.332	.430	.717
R5	.186	-.480	.348	.374	.738
R6	.288	-.475	.290	.474	.692
R7	.294	-.541	.271	.365	.758
R8	.272	-.496	.288	.413	.748
R9	.263	-.515	.277	.406	.745
R10	.197	-.463	.308	.353	.624

Tabla 11

Ratio heterotrait-monotrait (HTMT)

	Calidad de vida	Estrés percibido	Optimismo disposicional	Resiliencia	Apoyo Social
Calidad de vida					
Estrés percibido	.674				
Optimismo disposicional	.296	.624			
Resiliencia	.505	.787	.623		
Apoyo social	.266	.479	.358	.387	

Tabla 12
Coeficientes *path* del modelo (apoyo social según tipos).

Efectos	Coeficientes <i>path</i>	Valor <i>t</i>	Valor <i>p</i>	Intervalo de confianza 95%		Significación <i>p</i> < 0.05**
				Inferior	Superior	
<i>Efectos directos</i>						
Optimismo -> Resiliencia	.508	6.297	.000	.353	.669*	Sí
Resiliencia -> Calidad de vida	.458	6.735	.000	.323	.591*	Sí
Resiliencia -> Estrés	-.706	21.114	.000	-.776	-.644*	Sí
Apoyo social -> Resiliencia	.203	2.845	.004	.068	.347*	Sí
<i>Efectos indirectos específicos</i>						
Optimismo -> Resiliencia -> Estrés	-.358	5.673	.000	-.491	-.243*	Sí
Apoyo social -> Resiliencia -> Estrés	-.143	2.776	.006	-.250	-.049*	Sí
Optimismo -> Resiliencia -> Calidad de vida	.232	4.427	.000	.140	.344*	Sí
Apoyo social-> Resiliencia -> Calidad de vida	.093	2.402	.016	.028	.178*	Sí

* 95% IC. intervalo de confianza. no incluye 0. ** Intervalos de confianza bootstrap para las pruebas de significación.

Posteriormente, se evalúa R^2 . En el este modelo se obtiene para la variable calidad de vida $R^2 = 0.210$, para el estrés percibido $R^2 = 0.498$ y para la variable mediadora resiliencia $R^2 = 0.365$. Así, el apoyo social y el optimismo disposicional explican un 36% de la capacidad resiliente del colectivo, que a su vez influye y predice el 21% de la calidad de vida y el 49% del estrés percibido, en este caso de manera negativa.

En cuanto a los **tamaños del efecto f^2** , se observa en la Tabla 13 el cambio moderado (> 0.15) y alto (> 0.35) que sufrirían los constructos endógenos si se omitiera alguno de los constructos exógenos del modelo de investigación (J. Cohen, 1998).

Por último, se evalúan los **estadísticos de bondad de ajuste** del modelo global. Podemos decir que el modelo tiene un buen ajuste, ya que el índice SRMR tiene un valor de 0.076.

Tabla 13
Tamaños de efectos f^2

	Calidad de vida	Estrés percibido	Optimismo disposicional	Resiliencia	Apoyo Social
Calidad de vida					
Estrés percibido					
Optimismo				.364	
Resiliencia	.265	.991			
Apoyo social				.058	

Discusión y conclusiones

Se ha analizado en este estudio cómo se relacionan la satisfacción con el apoyo emocional, instrumental e informacional proporcionado por la familia, la pareja, los amigos y el personal sanitario, el optimismo disposicional y la resiliencia con la calidad de vida y el estrés percibido de los pacientes oncológicos.

Las hipótesis presentadas han sido confirmadas por los resultados obtenidos. Respecto a la primera hipótesis, en la que propusimos que tanto el apoyo social como el optimismo disposicional influían en la resiliencia de los pacientes con cáncer, se ha comprobado que la satisfacción del paciente con el apoyo recibido y el optimismo disposicional del paciente se relacionan con una mayor capacidad resiliente. De un modo más específico, la satisfacción con el apoyo emocional, instrumental e informacional de la familia, los amigos, la pareja y el personal sanitario y el optimismo disposicional se relacionan positivamente con la resiliencia. Estos resultados concuerdan con resultados de diferentes estudios donde se destaca que el apoyo social tiene un impacto importante para contrarrestar la enfermedad (Somasundaram & Devamani, 2016) influyendo de forma

relevante sobre la resiliencia del paciente (Karadag et al., 2019; Yin et al., 2022; Zou et al., 2018), pudiendo reducir el impacto de la enfermedad (Y. S. Yang & Bae, 2022). A este respecto, actualmente se ha encontrado que el apoyo social percibido proveniente de la familia puede llegar a mejorar y aumentar la resiliencia del paciente oncológico (Çakir et al., 2021; Chen et al., 2021). Hay que tener en cuenta que la familia del paciente puede llegar a ser clave (Northouse et al., 2005), por lo que este apoyo tiene una gran influencia en la respuesta activa hacia la enfermedad (Y. Yang et al., 2019). Otra fuente destacable es la pareja. Los pacientes y sus respectivas parejas pueden ofrecerse apoyo social recíprocamente, lo que se ha demostrado que tiene relación con un aumento de la resiliencia en pacientes con cáncer (Dong et al., 2017; Rayens & Svavarsdottir, 2003). Respecto a los amigos, esta fuente de apoyo es considerada clave para los pacientes con cáncer (Northouse et al., 2005), ya que puede ayudar a que cambien sus pensamientos negativos, por otros positivos, fomentando el desarrollo de una mejor actitud y afrontamiento ante la enfermedad (Ishibashi et al., 2010). Además de la red social personal del paciente, el personal sanitario ha demostrado ser una fuente de apoyo relevante y esencial para fomentar un aumento de la resiliencia en los pacientes (Çakir et al., 2021). No solo la fuente que proporciona el apoyo es relevante, sino que también el tipo de apoyo. A este respecto, tanto el apoyo emocional como el apoyo instrumental pueden ayudar a que el paciente se ajuste de un modo óptimo a todo el proceso de la enfermedad, desde el diagnóstico inicial hasta el tratamiento y sus posteriores efectos secundarios (Drageset et al., 2012; Pfaendler et al., 2015). Del mismo modo, el apoyo informacional tiene gran relevancia para lograr un mejor afrontamiento a la enfermedad (So et al., 2014) ya que tener a disposición la información explícita acerca de los efectos secundarios del tratamiento, su pronóstico, así como de la enfermedad en general,

sobre todo cuando esta información proviene del personal sanitario (Adam & Koranteng, 2020) ayuda a que los pacientes logren una mejor adaptación a esta nueva realidad que es el transcurso de la enfermedad.

Respecto al optimismo disposicional, los datos obtenidos están en consonancia con los estudios que destacan que el optimismo favorece que el paciente se adapte mejor a la enfermedad (Finck et al., 2018), funcionando como un factor protector en pacientes oncológicos (Saboonchi et al., 2016). De este modo puede influir en el fomento de un espíritu de lucha de cara al tratamiento o, por el contrario, generar un sentimiento de desesperanza en el paciente (Schou et al., 2005) teniendo un impacto en su resiliencia.

La segunda hipótesis indicaba que la resiliencia media en la relación entre el apoyo social, el optimismo disposicional, la calidad de vida y el estrés percibido. Es decir, aquellas personas con mayor resiliencia tendrán una mayor calidad de vida y un menor estrés. Esta hipótesis también es confirmada por los resultados obtenidos. En relación a la calidad de vida, concuerda con diferentes estudios donde se muestra una relación positiva entre calidad de vida y resiliencia en pacientes oncológicos (S. Lee et al., 2022; S. Y. Lee et al., 2019; Oliva et al., 2019) considerándose esta última un alto predictor de la calidad de vida (Ye et al., 2017). Una alta resiliencia puede ayudar a que el paciente afronte de modo óptimo las emociones negativas (Matzka et al., 2016). De esta forma pueden afrontar mejor los eventos estresantes de la enfermedad, como son sus síntomas o el propio diagnóstico y posterior tratamiento (Eicher et al., 2015). De este modo se adaptan mejor a la enfermedad y la afronta de forma más adaptativa lo que puede influir en que el paciente perciba un menor nivel de estrés (Macía et al., 2020). Teniendo en cuenta el carácter dinámico de la resiliencia (Rutter, 1999), más que una característica constante y fija de la persona, la resiliencia se refiere a la

capacidad de una persona para enfrentarse a la adversidad y superarla de modo eficaz (Luthar et al., 2000). Una de las situaciones más adversas que puede afrontar una persona es el diagnóstico de una enfermedad crónica como es el cáncer. Este diagnóstico produce un cambio drástico en la persona, tanto en sus planes y metas actuales como futuras. Los resultados han mostrado que el optimismo disposicional de la persona, así como el apoyo percibido, pueden desarrollar la resiliencia del paciente, mejorando el afrontamiento ante la situación adversa que supone el padecimiento de la enfermedad oncológica.

El análisis de ecuaciones ha permitido proponer dos modelos que analizan más en profundidad la relación de las variables estudiadas y comprobar las variables que influyen en la mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos

Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

En relación a las limitaciones del estudio se podría analizar la relación de las variables estudiadas a través del tiempo, de un modo longitudinal, ya que este estudio consiste en una investigación transversal. A su vez, se deberían analizar la relación e impacto de las variables estudiadas atendiendo a diferentes tipos de cáncer, así como a pacientes que se encuentren en diferentes fases de la enfermedad.

Aunque un aspecto importante de este estudio es la inclusión del personal sanitario como fuente de apoyo, sería importante acotar o clasificar esta fuente atendiendo al tipo de personal sanitario. Teniendo en cuenta que las necesidades de apoyo del paciente varían durante todo el proceso de la enfermedad tanto en tipo de apoyo como fuente de apoyo, también puede variar en relación al tipo de personal sanitario y tipo de apoyo, como se puede

ver en un estudio en el que los pacientes esperaban de sus oncólogos apoyo informacional y de los enfermeros apoyo emocional (Akgül et al., 2015).

Implicaciones clínicas

A raíz de los resultados obtenidos se destaca y enfatiza la relevancia de analizar y estudiar variables psicosociales de los pacientes oncológico, sobre todo con el objetivo de lograr un impacto positivo en la calidad de vida del paciente, así como una reducción de su estrés percibido. Igualmente, este estudio proyecta el diseño de nuevas líneas y estrategias de intervención con los pacientes, analizando en primer lugar las necesidades de apoyo del paciente, así como sus niveles de optimismo y resiliencia. En este aspecto sería importante llevar a cabo entrenamiento y formación tanto en el personal sanitario como en la red social cercana al paciente para lograr que se proporcione un apoyo de calidad y necesario para el paciente.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración en este estudio a todos los pacientes y asociaciones que han participado, al igual que la colaboración del Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga, España). Este trabajo ha sido apoyado por los Grupos PAIDI, Junta de Andalucía, España [HUM-590].

Referencias

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>

Abbas, Q., Kanwal, U., Saeed, W., Khan, M. U., Shahzadi, M., & Faran, M. (2022). Relationship of Muslim Religiosity and Death Anxiety with the Mediating Effect of Optimism and Depression Among Cancer Patients in Pakistan. *Journal of Religion and Health*, 61(2), 1418-1436. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01415-2>

Adam, A., & Koranteng, F. (2020). Availability, accessibility, and impact of social support on breast cancer treatment among breast cancer patients in Kumasi, Ghana: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(4), e0231691. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231691>

Akgül, H., Serçekus, P., & Partlak, N. (2015). Investigation of Cancer Patients' Information Sources, Information Needs and Expectations of Health Professionals. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(2), 65-70. <http://doi.org/10.5505/phd.2015.49091>

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>

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.

Barclay, D. W., Higgins, C., & Thompson, R. (1995). The Partial Least Squares (PLS) Approach to Causal Modeling: Personal Computer Adoption and Use an Illustration. *Technology Studies*, 2(2), 285-309.

- Black, R., & Dorstyn, D. (2015). A biopsychosocial model of resilience for multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology, 20*(11), 1434-1444. <https://doi.org/10.1177/1359105313512879>
- 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>
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, 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*. Sage.
- Brown, L. C., Murphy, A. R., Lalonde, C. S., Subhedar, P. D., Miller, A. H., & Stevens, J. S. (2020). Posttraumatic stress disorder and breast cancer: Risk factors and the role of inflammation and endocrine function. *Cancer, 126*(14), 3181-3191. <https://doi.org/10.1002/cncr.32934>
- Çakir, H., Küçükakça Çelik, G., & Çirpan, R. (2021). Correlation between social support and psychological resilience levels in patients undergoing colorectal cancer surgery: a descriptive study. *Psychology, Health & Medicine, 26*(7), 899-910. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1859561>

- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. Sage.
<https://doi.org/10.4135/9781412985642>
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 8(3), 186-192. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)90129-5](https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)90129-5)
- Chen, J. J., Wang, Q. L., Li, H. P., Zhang, T., Zhang, S. S., & Zhou, M. K. (2021). Family resilience, perceived social support, and individual resilience in cancer couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101932. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101932>
- Chin, W. W. (1998). The Partial Least Squares Approach to SEM. In G. A. Marcoulides (Ed.), *Modern methods for business research* (pp. 295-336). Lawrence Erlbaum Associates.
- Chin, W. W. (2010). How to Write Up and Reports PLS Analyses. In V. Esposito, W. W. Chin, J. Henseler, & H. Wang (Eds.), *Handbook of Partial Least Squares: Concepts, Methods and Applications* (pp. 655-690). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-32827-8_29
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, M., Levkovich, I., Pollack, S., & Fried, G. (2019). Stability and change of postchemotherapy symptoms in relation to optimism and subjective stress: A prospective study of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 28(10), 2017-2024. <https://doi.org/10.1002/pon.5185>

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- Crookes, D. M., Shelton, R. C., Tehranifar, P., Aycinena, C., Gaffney, A. O., Koch, P., Contento, I. R., & Greenlee, H. (2016). Social networks and social support for healthy eating among Latina breast cancer survivors: implications for social and behavioral interventions. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(2), 291-301. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0475-6>
- de Moor, J. S., Mariotto, A. B., Parry, C., Alfano, C. M., Padgett, L., Kent, E. E., Forsythe, L., Scoppa, S., Hachey, M., & Rowland, J. H. (2013). Cancer Survivors in the United States: Prevalence across the Survivorship Trajectory and Implications for Care. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 22(4), 561-570. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-12-1356>
- Dong, X., Li, G., Liu, G., Kong, L., Fang, Y., Kang, X., & Li, P. (2017). The mediating role of resilience in the relationship between social support and posttraumatic growth among colorectal cancer survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation

model analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 47-52.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.007>

Dooley, L. N., Slavich, G. M., Moreno, P. I., & Bower, J. E. (2017). Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress and Health*, 35(5), 549-557. <https://doi.org/10.1002/smi.2739>

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), E39-E47.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823634aa>

Dunn, L. B., Langford, D. J., Paul, S. M., Berman, M. B., Shumay, D. M., Kober, K., Merriman, J. D., West, C., Neuhaus, J. M., & Miaskowski, C. (2015). Trajectories of fear of recurrence in women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 23(7), 2033-2043.
<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2513-8>

Durá-Ferrandis, E., Saéz-Mansilla, C., Murphy, S. E., Johnson, A. C., & Tercyak, K. P. (2019). Actitudes hacia la maternidad y el apoyo social como predictores de trastornos emocionales en mujeres jóvenes con cáncer recientemente diagnosticadas que se someten a la preservación de la fertilidad. *Psicooncología*, 16(1), 127-141.
<https://doi.org/10.5209/PSIC.63652>

Eicher, M., Matzka, M., Dubey, C., & White, K. (2015). Resilience in Adult Cancer Care: An Integrative Literature Review. *Oncology Nursing Forum*, 42(1), E3-E16.
<https://doi.org/10.1188/15.ONF.E3-E16>

Falk, R. F., & Miller, N. B. (1992). *A Primer for Soft Modeling*. University of Akron Press.

- Fang, X., Vincent, W., Calabrese, S. K., Heckman, T. G., Sikkema, K. J., Humphries, D. L., & Hansen, N. B. (2015). Resilience, stress, and life quality in older adults living with HIV/AIDS. *Aging & Mental Health, 19*(11), 1015-1021. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.1003287>
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 18*(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>
- Fitch, M., & Longo, C. J. (2018). Exploring the impact of out-of-pocket costs on the quality of life of Canadian cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 36*(5), 582-596. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1486937>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research, 18*(1), 39-50. <https://doi.org/10.2307/3151312>
- 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>
- García-Montero, P., de Gálvez-Aranda, M. V., Blázquez-Sánchez, N., Rivas-Ruíz, F., Millán-Cayetano, J. F., García-Harana, C., & de Troya Martín, M. (2022). Quality of Life During Treatment for Cervicofacial Non-melanoma Skin Cancer. *Journal of Cancer Education, 37*(1), 196-202. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01781-7>

- Gargantini, A. C., & Casari, L. M. (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*(1), 43-60.
<https://doi.org/10.5209/PSIC.63647>
- 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://doi.org/10.1177/0265407517718390>
- Gold, A. H., Malhotra, A., & Segars, A. H. (2001). Knowledge Management: An Organizational Capabilities Perspective. *Journal of Management Information Systems*, *18*(1), 185-214.
<https://doi.org/10.1080/07421222.2001.11045669>
- Groarke, A., Curtis, R., Skelton, J., & Groarke, J. M. (2020). Quality of life and adjustment in men with prostate cancer: Interplay of stress, threat and resilience. *PLOS ONE*, *15*(9), e0239469. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239469>
- Groenvold, M. (2010). Health-related quality of life in early breast cancer. *Danish Medical Bulletin*, *57*(9), B24184.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2017). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)* (2nd ed.). Sage.
- Henseler, J., Hubona, G., & Ray, P. A. (2016). Using PLS path modeling in new technology research: updated guidelines. *Industrial Management & Data Systems*, *116*(1), 2-20.
<https://doi.org/10.1108/IMDS-09-2015-0382>

- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43(1), 115-135. <https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8>
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. *Advances in International Marketing*, 20, 227-319. [https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)
- Hombrados-Mendieta, I., & Castro-Travé, M. (2013). Apoyo social, clima social y percepción de conflictos en un contexto educativo intercultural. *Anales de Psicología*, 29(1), 108-122. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.123311>
- Ishibashi, A., Ueda, R., Kawano, Y., Nakayama, H., Matsuzaki, A., & Matsumura, T. (2010). How to Improve Resilience in Adolescents With Cancer in Japan. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(2), 73-93. <https://doi.org/10.1177/1043454209356786>
- Izycki, D., Woźniak, K., & Izycka, N. (2016). Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. *Przegląd Menopauzalny*, 15(2), 112-116. <https://doi.org/10.5114/pm.2016.61194>
- Karadag, E., Ugur, O., Mert, H., & Erunal, M. (2019). The Relationship Between Psychological Resilience and Social Support Levels in Hemodialysis Patients. *The Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 3(1), 9-15. <https://doi.org/10.30621/jbachs.2019.469>
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24(7), 1105-1111. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.04.2846>

- Lee, S., Jung, S., Jung, S., Moon, J. Y., Oh, G. H., Yeom, C. W., Son, K. L., Lee, K. M., Kim, W. H., Jung, D., Kim, T. Y., Im, S. A., Lee, K. H., Shim, E. J., & Hahm, B. J. (2022). Psychiatric symptoms mediate the effect of resilience on health-related quality of life in patients with breast cancer: Longitudinal examination. *Psycho-Oncology*, *31*(3), 470-477. <https://doi.org/10.1002/pon.5829>
- Lee, S. Y., Lee, H., Fawcett, J., & Park, J. H. (2019). Resilience in Koreans with Cancer: Scoping Review. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, *21*(5), 358-364. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000543>
- Lin, C., Diao, Y., Dong, Z., Song, J., & Bao, C. (2020). The effect of attention and interpretation therapy on psychological resilience, cancer-related fatigue, and negative emotions of patients after colon cancer surgery. *Annals of Palliative Medicine*, *9*(5), 3261-3270. <https://doi.org/10.21037/apm-20-1370>
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, & W. M. Ensel (Eds.), *Social support, life events and depression* (pp. 17-30). Academic Press.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (1986). *Social support, life events and depression*. Academic Press.
- Lowdermilk, D., & Germino, B. B. (2000). Helping Women and Their Families Cope With the Impact of Gynecologic Cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *29*(6), 653-660. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02079.x>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, *71*(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

- Macía, P., Barranco, M., Gorbeña, S., & Iraurgi, I. (2020). Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *PLOS ONE*, *15*(7), e0236572. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236572>
- Martínez, M., & Fierro, E. (2018). Aplicación de la técnica PLS-SEM en la gestión del conocimiento: un enfoque técnico práctico. *RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación y El Desarrollo Educativo*, *8*(16), 130-164. <https://doi.org/10.23913/ride.v8i16.336>
- Martino, G., Catalano, A., Agostino, R. M., Bellone, F., Morabito, N., Lasco, C. G., Vicario, C. M., Schwarz, P., & Feldt-Rasmussen, U. (2020). Quality of life and psychological functioning in postmenopausal women undergoing aromatase inhibitor treatment for early breast cancer. *PLoS ONE*, *15*(3), e0230681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230681>
- Marton, G., Monzani, D., Vergani, L., Pizzoli, S. F. M., & Pravettoni, G. (2020). "Optimism Is a Strategy for Making a Better Future". *European Psychologist*, *27*(1), 41-61. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000422>
- Matzka, M., Mayer, H., Köck-Hódi, S., Moses-Passini, C., Dubey, C., Jahn, P., Schneeweiss, S., & Eicher, M. (2016). Relationship between Resilience, Psychological Distress and Physical Activity in Cancer Patients: A Cross-Sectional Observation Study. *PLOS ONE*, *11*(4), e0154496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154496>
- McMullen, M., Lau, P. K. H., Taylor, S., McTigue, J., Cook, A., Bamblett, M., Hasani, A., & Johnson, C. E. (2018). Factors associated with psychological distress amongst outpatient chemotherapy patients: An analysis of depression, anxiety and stress using

the DASS-21. *Applied Nursing Research*, 40, 45-50.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.002>

Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W., & Van De Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*, 41(17), 2613-2619. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.05.017>

Nilsen, M., Stalsberg, R., Sand, K., Haugan, G., & Reidunsdatter, R. J. (2021). Meaning Making for Psychological Adjustment and Quality of Life in Older Long-Term Breast Cancer Survivors. *Frontiers in Psychology*, 12, 734198.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.734198>

Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D., & Schafenacker, A. (2005). Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 14(6), 478-491. <https://doi.org/10.1002/pon.871>

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Oliva, A., García-Cebrián, J. M., Calatayud, E. F., Serrano-García, I., Herraiz, M. A., & Coronado, P. J. (2019). A comparison of quality of life and resilience in menopausal women with and without a history of gynaecological cancer. *Maturitas*, 120, 35-39.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.11.012>

Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A., & Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Ariel Practicum.

- Paladino, A. J., Anderson, J. N., Graff, J. C., Krukowski, R. A., Blue, R., Jones, T. N., Buzaglo, J., Kocak, M., Vidal, G. A., & Graetz, I. (2019). A qualitative exploration of race-based differences in social support needs of diverse women with breast cancer on adjuvant therapy. *Psycho-Oncology*, 28(3), 570-576. <https://doi.org/10.1002/pon.4979>
- Pearlin, L. (1985). Social structure and processes of social support. In S. Cohen & L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 43-60). Academic Press.
- Pfaendler, K. S., Wenzel, L., Mechanic, M. B., & Penner, K. R. (2015). Cervical Cancer Survivorship: Long-term Quality of Life and Social Support. *Clinical Therapeutics*, 37(1), 39-48. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.11.013>
- Rajandram, R. K., Ho, S. M. Y., Samman, N., Chan, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC Research Notes*, 4(1), 519. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-519>
- Ramírez, P. E., Mariano, A. M., & Salazar, E. A. (2014). Propuesta metodológica para aplicar modelos de ecuaciones estructurales con PLS: El caso del uso de las bases de datos científicas en estudiantes universitarios. *Revista ADMPG*, 7(2), 133-139.
- Rayens, M. K., & Svavarsdottir, E. K. (2003). A new methodological approach in nursing research: An actor, partner, and interaction effect model for family outcomes. *Research in Nursing & Health*, 26(5), 409-419. <https://doi.org/10.1002/nur.10100>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006004>

- Ringle, C. M., Wende, S., & Becker, J. M. (2015). *SmartPLS 3*. SmartPLS GmbH.
- Ruíz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles Del Psicólogo*, *31*(1), 34-45.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, *21*(2), 119-144. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
- Saboonchi, F., Petersson, L., Alexanderson, K., Bränström, R., & Wennman-Larsen, A. (2016). Expecting the best and being prepared for the worst: structure, profiles, and 2-year temporal stability of dispositional optimism in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *25*(8), 957-963. <https://doi.org/10.1002/pon.4045>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*(3), 219-247. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing Optimism From Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): A Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(6), 1063-1078. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1063>
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., & Ruland, C. M. (2005). Stability in Optimism-Pessimism in Relation to Bad News: A Study of Women With Breast Cancer. *Journal of Personality Assessment*, *84*(2), 148-154. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8402_04
- Shaheen, N., Andleeb, S., Ahmad, S., & Bano, A. (2014). Effect of optimism on psychological stress in breast cancer women. *Journal of Social Sciences*, *8*(1), 84-90.

- Shen, A., Qiang, W., Wang, Y., & Chen, Y. (2020). Quality of life among breast cancer survivors with triple negative breast cancer-role of hope, self-efficacy and social support. *European Journal of Oncology Nursing*, 46, 101771. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101771>
- So, W. K. W., Choi, K. C., Chen, J. M. T., Chan, C. W. H., Chair, S. Y., Fung, O. W. M., Wan, R. W. M., Mak, S. S. S., Ling, W. M., Ng, W. T., & Yu, B. W. L. (2014). Quality of life in head and neck cancer survivors at 1 year after treatment: the mediating role of unmet supportive care needs. *Supportive Care in Cancer*, 22(11), 2917-2926. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2278-0>
- Somasundaram, R. O., & Devamani, K. A. (2016). A comparative study on resilience, perceived social support and hopelessness among cancer patients treated with curative and palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(2), 135-140. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.179606>
- Suwankhong, D., & Liamputtong, P. (2016). Social support and women living with breast cancer in the South of Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 39-47. <https://doi.org/10.1111/jnu.12179>
- Tamura, S., Suzuki, K., Ito, Y., & Fuwaka, A. (2021). Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 29(7), 3471-3486. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05943-7>
- 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. <https://doi.org/10.2307/2136511>

- Torraco, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., & López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Management Consultancy: What Next?*, 18(1), 45-59.
- Triberti, S., Savioni, L., Sebri, V., & Pravettoni, G. (2019). eHealth for improving quality of life in breast cancer patients: A systematic review. *Cancer Treatment Reviews*, 74, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2019.01.003>
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 805-811. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.805>
- Tsai, L. Y., Lee, S. C., Wang, K. L., Tsay, S. L., & Tsai, J. M. (2018). A correlation study of fear of cancer recurrence, illness representation, self-regulation, and quality of life among gynecologic cancer survivors in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 57(6), 846-852. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.10.014>
- Urbach, N., & Ahlemann, F. (2010). Structural Equation Modeling in Information Systems Research Using Partial Least Squares. *Journal of Information Technology Theory and Application*, 11(2), 5-40.
- Uslu-Sahan, F., Terzioglu, F., & Koc, G. (2019). Hopelessness, Death Anxiety, and Social Support of Hospitalized Patients with Gynecologic Cancer and Their Caregivers. *Cancer Nursing*, 42(5), 373-380. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000622>
- Weber, D., & O'Brien, K. (2017). Cancer and Cancer-Related Fatigue and the Interrelationships With Depression, Stress, and Inflammation. *Journal of Evidence-Based Complementary*

and Alternative Medicine, 22(3), 502-512.

<https://doi.org/10.1177/2156587216676122>

Wen, Q., Shao, Z., Zhang, P., Zhu, T., Li, D., & Wang, S. (2017). Mental distress, quality of life and social support in recurrent ovarian cancer patients during active chemotherapy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 216, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.07.004>

Willems, R. A., Bolman, C. A. W., Mesters, I., Kanera, I. M., Beaulen, A. A. J. M., & Lechner, L. (2016). Cancer survivors in the first year after treatment: The prevalence and correlates of unmet needs in different domains. *Psycho-Oncology*, 25(1), 51-57. <https://doi.org/10.1002/pon.3870>

Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12(SUPPL. 1), 59-72. <https://doi.org/10.1023/a:1023529606137>

Yang, Y. S., & Bae, S. M. (2022). Association between resilience, social support, and institutional trust and post-traumatic stress disorder after natural disasters. *Archives of Psychiatric Nursing*, 37, 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.01.001>

Yang, Y., Sun, G., Dong, X., Zhang, H., Xing, C., & Liu, Y. (2019). Preoperative anxiety in Chinese colorectal cancer patients: The role of social support, self-esteem and coping styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 121, 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.02.009>

Ye, Z. J., Qiu, H. Z., Li, P. F., Liang, M. Z., Zhu, Y. F., Zeng, Z., Hu, G. Y., Wang, S. N., & Quan, X. M. (2017). Predicting changes in quality of life and emotional distress in Chinese

patients with lung, gastric, and colon-rectal cancer diagnoses: the role of psychological resilience. *Psycho-Oncology*, 26(6), 829-835. <https://doi.org/10.1002/pon.4237>

Yin, Y., Lyu, M., Chen, Y., Zhang, J., Li, H., Li, H., Xia, G., & Zhang, J. (2022). Self-efficacy and positive coping mediate the relationship between social support and resilience in patients undergoing lung cancer treatment: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 13, 953491. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.953491>

Zhang, Y., Cui, C., Wang, Y., & Wang, L. (2020). Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01353-9>

Zou, G., Li, Y., Xu, R., & Li, P. (2018). Resilience and positive affect contribute to lower cancer-related fatigue among Chinese patients with gastric cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1412-e1418. <https://doi.org/10.1111/jocn.14245>

5. CONCLUSIONES

5.1. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

5.2. DISCUSIÓN FINAL

5.3. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

5. CONCLUSIONES

5.1. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La presente Tesis Doctoral tiene como objetivo analizar los aspectos psicosociales que afectan a la calidad de vida de los pacientes oncológicos, así como añadir y ampliar el conocimiento en relación a la mejora de la calidad de vida de los pacientes. De este modo se ha analizado el resultado que produce en la calidad de vida y el estrés percibido de pacientes con cáncer variables protectoras o positivas como son, la resiliencia, el optimismo disposicional y el apoyo social. Este último a través de un análisis multidimensional, diferenciando entre tipos de apoyo, fuentes que proporcionan apoyo social al paciente y diferenciando entre frecuencia de apoyo recibido y satisfacción con ese apoyo por parte del paciente. De la investigación realizada se han extraído 4 estudios, de los cuales exponemos a continuación los resultados de cada uno de ellos, así como las principales y más relevantes conclusiones:

ESTUDIO 1

The association of sources of support, types of support and satisfaction with support received on perceived stress and quality of life of cancer patients

El primer estudio tenía como objetivos conocer (1) si el apoyo social se relacionaba de modo positivo con la calidad de vida y de modo negativo con el estrés percibido, (2) conocer qué tipo de apoyo y qué fuentes de apoyo social tienen más relación con una mejora de la calidad de vida y una reducción del estrés percibido y (3) comprobar si existen diferencias entre la satisfacción con el apoyo social recibido y la frecuencia con la que las fuentes proporcionan apoyo al paciente con cáncer en relación a la calidad de vida y estrés percibido.

- El tipo de apoyo que más relación e impacto ha tenido en el aumento de la calidad de vida y la reducción del estrés percibido ha sido el apoyo emocional, lo que coincide con los resultados de otros estudios (Doran et al., 2019). Tras el apoyo emocional, el otro tipo de apoyo que también ha mostrado un impacto significativo es el apoyo informacional.
- El apoyo instrumental es el menos relacionado con la calidad de vida y el estrés percibido, lo que coincide con otros estudios (Leung et al., 2014).
- Las fuentes de apoyo que más relación tienen con la mejora de la calidad de vida y la reducción del estrés percibido son la familia, la pareja y los amigos, es decir, las redes sociales más cercanas.
- La fuente de apoyo social más relacionada con la calidad de vida es la pareja, destacada su importancia por diferentes investigaciones (Suwankhong & Liamputtong, 2016). Por el contrario, no resultó significativa para una reducción del estrés percibido.
- El apoyo proporcionado por la familia se relaciona con una mayor calidad de vida y reducción del estrés percibido, considerándose incluso, por otras investigaciones, como la fuente de apoyo principal para el paciente oncológico (Paladino et al., 2019).
- Otra fuente de apoyo que también ha resultado relevante para los pacientes oncológicos son los amigos, resultado avalado por otras investigaciones (Crookes et al., 2016; Suwankhong & Liamputtong, 2016). Concretamente destaca el valor del apoyo informacional proporcionado por esta fuente para aumentar la calidad de vida y reducir el estrés percibido.

- Aunque el personal sanitario como fuente de apoyo ha resultado tener una relación positiva con la calidad de vida y negativa con el estrés percibido, no ha resultado significativa para mejorar la calidad de vida y reducir el estrés percibido. Una posible explicación de este resultado es que el contacto que tiene el paciente con el médico o los enfermeros suele verse reducido cuando el paciente es dado de alta, incluso cuando el paciente termina el tratamiento y pasa a la fase de revisión. Aún así, existe en los resultados cierta relación entre esta fuente, como se ha comentado anteriormente, y las variables de estudio.
- Finalmente, este estudio nos proporciona como resultado que la satisfacción del paciente con cáncer con el apoyo social recibido funciona mejor como predictor de la calidad de vida y del estrés percibido que la mera frecuencia de apoyo social recibido.

ESTUDIO 2

Influencia del optimismo y la percepción de apoyo social del personal sanitario sobre la calidad de vida de los enfermos de cáncer

El segundo estudio tenía como objetivos (1) comprobar si existen diferencias entre mujeres y hombres con cáncer en relación al estrés percibido y la calidad de vida del paciente, (2) analizar la existencia de diferencias en calidad de vida y estrés percibido entre pacientes que se encuentran actualmente en tratamiento y pacientes que se encuentran en proceso de revisión, (3) analizar y conocer las diferencias entre haber recibido o no quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y tratamiento quirúrgico en la calidad de vida y estrés de los

pacientes y (4) conocer cómo se relaciona el optimismo disposicional del paciente y la satisfacción que tiene éste con el apoyo emocional, informacional e instrumental proporcionado concretamente por los profesionales sanitarios con la calidad de vida y el estrés percibido del paciente oncológico.

- Las mujeres con cáncer muestran una peor calidad de vida en todas sus dimensiones (peor estado global de salud y funcionamiento al igual que mayores síntomas) y perciben más estrés que los hombres con cáncer. Tal resultado es avalado por otros estudios con resultados similares (Thomé & Hallberg, 2004).
- Los resultados destacan que los pacientes que se encuentran actualmente en tratamiento muestran una peor calidad de vida que los pacientes que se encuentran en fase de revisión. En cambio, no se encuentran diferencias en relación al estrés que perciben tales pacientes. Una posible explicación de este resultado es que todos los pacientes en todas las fases del proceso se encuentran con fuentes potenciales de estrés, como puede ser el cese de la actividad laboral y el deterioro de los contactos (Fitch & Longo, 2018).
- Respecto a los tipos de tratamiento los resultados más destacables los encontramos en relación a la quimioterapia y a la hormonoterapia. Respecto a la quimioterapia los pacientes que no han recibido este tratamiento muestran un mayor estrés percibido que los pacientes que sí han recibido quimioterapia. Como posible explicación de este resultado podemos ver como otros estudios (Trask et al., 2003) resaltan como factor clave que la quimioterapia es la “imagen” que tienen todas las personas del cáncer. Es la “imagen” asociada al

dolor, sufrimiento y muerte que una persona puede sentir cuando es diagnosticada de la enfermedad. Esta “imagen” puede verse modificada una vez la persona ha recibido la información correcta y está recibiendo quimioterapia.

- Siguiendo con los tipos de tratamiento otro resultado derivado de este estudio es que las personas que no han recibido hormonoterapia perciben una mejor calidad de vida (sobre todo menos síntomas) y menor nivel de estrés que las personas que sí han recibido tratamiento hormonal.
- La satisfacción con el apoyo proporcionado por el personal sanitario y el optimismo disposicional del paciente se relaciona con una mayor calidad de vida y un menor estrés percibido en el paciente.
- No encontramos una relación entre la satisfacción con el apoyo proporcionado por el personal sanitario y las dificultades económicas que sufre el paciente. Una posible explicación de este resultado es que el personal sanitario, concretamente su apoyo, no influya en aspectos no tan relacionados directamente con el proceso de la enfermedad, como es la situación económica del paciente oncológico.
- En relación a los tipos de apoyo, los resultados muestran que tanto el apoyo informacional, el instrumental y el emocional proporcionados por el personal sanitario tienen un impacto positivo sobre alguna dimensión de la calidad de vida o en la reducción del estrés percibido.

ESTUDIO 3

The importance of social support, optimism and resilience on the quality of life of cancer patients

El estudio 3 tiene como objetivos (1) analizar las diferencias en relación a variables psicosociales y de salud como son el género, la fase del proceso sanitario y el tratamiento recibido con respecto a la calidad de vida del paciente y (2) conocer y analizar la relación entre satisfacción con el apoyo social recibido de tipo emocional, informacional e instrumental por parte de la familia, la pareja, los amigos y el personal sanitario, la resiliencia y el optimismo disposicional con la calidad de vida del paciente con cáncer teniendo en cuenta el tratamiento recibido, la fase del proceso sanitario y las diferencias de género.

- Los pacientes que se encuentran en tratamiento perciben peor calidad de vida que los pacientes que se encuentran en fase de revisión.
- Los pacientes que se encuentran en fase de revisión muestran menores dificultades económicas que los pacientes que se encuentran en tratamiento.
- Pacientes que se encuentran en revisión tienen un peor funcionamiento que los que se encuentran actualmente en fase de tratamiento. Este llamativo resultado puede deberse a varios motivos. El primero de ellos es el miedo y temor a la posible recidiva que se produce en la fase de revisión, la cual puede mermar el correcto funcionamiento cognitivo del paciente oncológico (Willems et al., 2016). Otro motivo posible de este resultado es que el apoyo social puede verse disminuido en el paciente cuando entra en fase de revisión, cuando los síntomas no son tan “visibles” como cuando se encuentra en la fase de tratamiento. Si se produce reducción de apoyo y, el paciente desea y necesita ese apoyo, puede impactar en la reducción de su calidad de vida.

- El apoyo social, el optimismo disposicional y la resiliencia tienen un impacto en la mejora de la calidad de vida.
- Los resultados indican que una falta de apoyo social se relaciona con una reducción de la calidad de vida, llegando a ser el apoyo social un factor predictor de la calidad de vida del paciente oncológico, lo que concuerda con diferentes estudios (Shen et al., 2020; Zhang et al., 2020).
- Mayores niveles de resiliencia tienen relación con mayores niveles de calidad de vida, resultado está avalado por la investigación (Oliva et al., 2019).
- El optimismo disposicional se relaciona con una mejora de la calidad de vida del paciente oncológico, como indican diversos estudios (R. T. Anderson et al., 2019; Marton et al., 2020).
- Las fuentes de apoyo más relevantes para la calidad de vida del paciente oncológico son la pareja, la familia y los amigos. No obstante, el personal sanitario también se relaciona con una mayor calidad de vida del paciente.
- Los tipos de apoyo más relevantes para los pacientes con cáncer son el emocional y el informacional. Respecto al apoyo emocional los pacientes destacan la relevancia de la pareja como fuente de este tipo de apoyo para afrontar las distintas fases y situaciones del proceso de la enfermedad (Pfaendler et al., 2015) al igual que el proporcionado por la familia y amigos (Adam & Koranteng, 2020; Doran et al., 2019). Los resultados también coinciden con la relevancia del apoyo informacional con otros estudios (So et al., 2014).

ESTUDIO 4

Apoyo social, optimismo disposicional, resiliencia, calidad de vida y estrés percibido en pacientes con cáncer. Modelos de ecuaciones estructurales

El estudio 4 tiene como objetivo analizar la relación entre el optimismo disposicional, la satisfacción con el apoyo social, la resiliencia, el estrés percibido y la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Para lograr el objetivo se plantea un modelo explicativo clasificando el apoyo social según el tipo de apoyo que recibe el paciente (emocional, instrumental e informacional) y otro modelo explicativo para analizar las diferentes fuentes que proporcionan el apoyo al paciente (familia, pareja, amigos y personal sanitario).

Conforme al diagrama teórico planteado, los datos obtenidos reflejan una estructura latente de cinco factores, denominados *apoyo social*, *optimismo disposicional*, *calidad de vida*, *estrés percibido* y *resiliencia*.

Se confirman las relaciones entre las variables propuestas, tras realizar los análisis de validez, fiabilidad del modelo de medida y valoración del modelo estructural.

Tanto en el modelo de medida analizado según las fuentes de apoyo social como en el modelo de medida analizado según los tipos de apoyo social, se obtuvieron resultados significativos para las relaciones directas entre:

- Optimismo y Resiliencia. Los resultados están en consonancia con estudios que indican que el optimismo disposicional funciona como un factor protector (Finck et al., 2018) que favorece en el paciente una mejor adaptación a la enfermedad, teniendo un impacto en su resiliencia (Saboonchi et al., 2016).
- Resiliencia y Calidad de vida. Según diversos estudios existe una relación positiva entre la resiliencia de los pacientes con su calidad de vida (Lee et al.,

2022). Una alta resiliencia influye en que el paciente con cáncer afronte de un modo más adaptativo las emociones negativas que se puedan producir durante el transcurso de la enfermedad (Matzka et al., 2016) llegándose a considerar la resiliencia un importante predictor de la calidad de vida del paciente (Ye et al., 2017).

- Resiliencia y estrés percibido. La resiliencia ayuda a que el paciente haga frente a la adversidad y la supere de modo positivo (Luthar et al., 2000), por lo que en pacientes con cáncer ayuda a que afronte de modo más positivo las adversidades surgidas durante el transcurso de la enfermedad (C. Lin et al., 2020). De este modo influye en la reducción del estrés que percibe el paciente (Groarke et al., 2020).
- Apoyo social y resiliencia. Esta relación concuerda con diferentes estudios que destacan el impacto del apoyo social sobre la resiliencia del paciente (Karadag et al., 2019; Yin et al., 2022; Zou et al., 2018), ya sea por parte de la familia (J. J. Chen et al., 2021), de la pareja (Dong et al., 2017), de los amigos (Northouse et al., 2005) e incluso del personal sanitario (Çakir et al., 2021). Del mismo modo destacan tanto el apoyo emocional, el instrumental y el informacional como elementos que promueven una mejor adaptación del paciente a la enfermedad (Drageset et al., 2012; Pfaendler et al., 2015; So et al., 2014).

Por otro lado, se obtuvieron puntuaciones significativas para los efectos indirectos específicos de las relaciones entre:

- Optimismo, Resiliencia y Estrés.
- Apoyo Social, Resiliencia y Estrés.

- Optimismo, Resiliencia y Calidad de vida.
- Apoyo social, Resiliencia y Calidad de vida.

Además, cabe mencionar que, en ambos modelos, las asociaciones directas más fuertes se corresponden con 1) la relación predictiva de la resiliencia frente al estrés percibido y 2) el optimismo disposicional como predictor de la resiliencia. En cuanto a las relaciones indirectas, se han obtenido valores más altos en 1) la relación predictiva negativa entre optimismo disposicional y el estrés percibido mediada por la resiliencia y 2) la relación predictiva positiva entre optimismo y calidad de vida mediada por la resiliencia. De este modo, cuanto mayor sea la resiliencia del paciente con cáncer, mayor efecto tendrá el optimismo disposicional sobre la reducción del estrés percibido y la mejora de la calidad de vida.

5.3. DISCUSIÓN FINAL

La presente Tesis Doctoral tiene como objetivo analizar y conocer cómo el apoyo social, el optimismo disposicional y la resiliencia influyen y se relacionan con la calidad de vida y el estrés percibido en pacientes con cáncer. Para ello se ha llevado a cabo un análisis multidimensional del apoyo social diferenciando las fuentes de apoyo (familia, amigos, pareja y personal sanitario) y los tipos de apoyo (emocional, instrumental e informacional). Dentro de ese análisis multidimensional también se ha llevado a cabo la diferenciación entre frecuencia con la que reciben apoyo y satisfacción con éste por parte del paciente.

Las dos primeras hipótesis generales de nuestro estudio sugieren que el apoyo social, el optimismo disposicional y la resiliencia tienen una relación positiva con la calidad de vida y una relación negativa con el estrés percibido de los pacientes con cáncer, hipótesis que se

confirman con los resultados obtenidos. El apoyo social ayuda a que el paciente consiga una mejor adaptación a la enfermedad (Yağmur & Duman, 2016) llegando a ser un importante predictor de la calidad de vida del paciente (Yoon et al., 2018). Asimismo puede mejorar el bienestar del paciente, normalizando la angustia que puedan sentir derivada de la enfermedad (Curtis et al., 2014). El apoyo social influye en el aumento de la efectividad del tratamiento (Spatuzzi et al., 2016). De hecho, la falta de apoyo tras el diagnóstico y el tratamiento puede tener un gran impacto negativo sobre el mismo efecto del tratamiento (Thompson et al., 2017). Incluso la falta o pérdida de apoyo social disminuye la calidad de vida de los pacientes hasta tal punto que la pérdida del apoyo proporcionado por amigos o familiares tras el diagnóstico de cáncer puede aumentar el riesgo de mortalidad del paciente (C. C. Lin, 2016).

En relación a los tipos de apoyo, los resultados de los estudios muestran que el apoyo emocional es el más relevante para una mejora de la calidad de vida y una reducción del estrés percibido en pacientes con cáncer. Estos resultados están en consonancia con diferentes estudios que destacan la relevancia del apoyo emocional para mejorar la calidad de vida del paciente tras el diagnóstico de la enfermedad (Sajjad et al., 2016). Hasta el punto de aliviar la ansiedad asociada a la enfermedad, aunque los pacientes no reciban ayuda instrumental alguna. Debido a esto los pacientes suelen destacar la importancia del apoyo emocional para afrontar el proceso de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el posterior tratamiento y sus consecuencias (Pfaendler et al., 2015). El siguiente tipo de apoyo más relevante en nuestra investigación es el apoyo informativo. Este resultado concuerda con estudios donde indican que tener una información adecuada de la enfermedad, de los tratamientos, de los efectos secundarios y del pronóstico ayuda a que el paciente se ajuste

mejor a la enfermedad (Drageset et al., 2016). De este modo permite al paciente aprender más sobre su enfermedad y sobre el tratamiento, lo que aumenta su sensación de control sobre la enfermedad. Finalmente, el apoyo instrumental, aún siendo el tipo de apoyo menos significativo, también muestra relación con la calidad de vida y con la reducción del estrés percibido. Este resultado concuerda con diferentes estudios que resaltan el apoyo instrumental como el tipo de apoyo que menos relación tiene con la calidad de vida y el estrés percibido (Leung et al., 2014). Sin embargo, también encontramos diferentes estudios que destacan que el apoyo instrumental, como puede ser la ayuda cotidiana, es de vital importancia para los pacientes con cáncer (Kroenke et al., 2006).

En relación a las fuentes de apoyo nuestra investigación muestra que las fuentes de apoyo más cercanas al paciente (familia, pareja y amigos cercanos) tienen más relación con la calidad de vida que el personal sanitario. Aún así también se observa la importante relación del apoyo proporcionado por el personal sanitario para mejorar la calidad de vida y reducir el estrés percibido por el paciente. De todas las fuentes estudiadas, la que más importancia ha mostrado en relación a la calidad de vida del paciente ha resultado ser la pareja, como destacan diversos estudios (Leung et al., 2014; Suwankhong & Liamputtong, 2016). En nuestros estudios, destaca el apoyo emocional proporcionado por esta fuente. Sin embargo, la pareja, aunque esté relacionada, no resultó ser una fuente significativa para disminuir el estrés percibido de los pacientes. Una posible explicación de este resultado viene derivada de la mayor cantidad de pacientes mujeres que han participado en nuestra investigación. Se debe tener en cuenta que una constante que se produce en la asistencia familiar es que las cuidadoras principales suelen ser las mujeres. Por ello, las mujeres que padecen cáncer tienen más dificultades para satisfacer sus necesidades, por lo tanto, llegan a sufrir mayores niveles

de estrés (Hombrados-Mendieta & García-Martín, 2016). De hecho las mujeres, para afrontar las situaciones de estrés, suelen buscar el apoyo y la ayuda de otras mujeres en lugar del apoyo proporcionado por sus parejas (Kroenke et al., 2006).

La familia también ha resultado ser una fuente relevante relacionada con la mejora de la calidad de vida. Este resultado concuerda con diferentes estudios que destacan la familia como la principal fuente de apoyo para estos pacientes (Luszczynska et al., 2013; Paladino et al., 2019). Muy a menudo la familia se convierte en la principal fuente de apoyo de los pacientes (Yağmur & Duman, 2016) formando la red de apoyo más cercana y primordial. De este modo pueden servir como acompañante a realizar ejercicio o como oyente adicional en las consultas médicas, satisfaciendo las necesidades de apoyo del paciente (Paladino et al., 2019). Por ello producen beneficios tanto emocionales como físicos a los pacientes, lo que impacta positivamente en su calidad de vida (Neris et al., 2020). Igualmente también ha mostrado ser una fuente clave para reducir el estrés percibido por los pacientes, coincidiendo con estudios que relacionan el apoyo proporcionado por la familia con mayores niveles de gestión del estrés (Ozdemir & Tas Arslan, 2018).

Los amigos también ha resultado ser una fuente relevante de apoyo para los pacientes con cáncer, resultado avalado por la literatura científica (Crookes et al., 2016; Suwankhong & Liamputtong, 2016). Se trata de un resultado interesante ya que, en determinadas situaciones, los amigos proporcionan un apoyo adicional muy importante. Nuestro estudio destaca el apoyo informacional de esta fuente. Este resultado adquiere relevancia puesto que los amigos comparten intereses con los pacientes y pueden llegar a ser buenos confidentes cuando se comparte información, además de proporcionar consejos de utilidad y necesarios para el paciente (Hombrados-Mendieta, 2013). Debido a ello pueden satisfacer las

necesidades de los pacientes de compartir información en situaciones específicas, lo que produce una disminución de los niveles de estrés y mejora la calidad de vida. Además pueden ayudar a que el paciente modifique sus pensamientos negativos por otros positivos, fomentando el desarrollo de una mejor actitud y afrontamiento ante la enfermedad (Ishibashi et al., 2010).

Un aspecto relevante de esta Tesis Doctoral es tener en cuenta al personal sanitario como fuente de apoyo, ya que ha sido escasamente estudiado. Los resultados muestran que, aunque no sea tan significativa como ocurre con el resto de las fuentes, existe relación entre el apoyo proporcionado por el personal sanitario con una mayor calidad de vida y un menor estrés percibido en el paciente con cáncer. Esta diferencia puede deberse a que cuando los pacientes entran en fase de revisión se reduce su contacto con el personal sanitario. Sin embargo, cuando esta fuente está presente, tiene un importante papel en la adaptación del paciente a la enfermedad, como muestran los resultados del segundo estudio. De hecho el apoyo proporcionado por el personal sanitario es muy valorado por los pacientes oncológicos hasta el punto de llegar a ser tan importantes como los familiares y los amigos del paciente (Sjölander & Berterö, 2008). Esta valoración positiva por parte del paciente se destaca en fases decisivas y críticas como son la fase de tratamiento o en el momento del diagnóstico inicial. Los resultados de la investigación muestran como los tres tipos de apoyo proporcionados por el personal sanitario se relacionan con una mejora de la calidad de vida y reducción del estrés percibido. El apoyo emocional que proporciona esta fuente está relacionado con un mejor ajuste reduciendo el estrés percibido por el paciente (Drageset et al., 2012). Al igual que el apoyo instrumental llega a ser predictor del aumento de indicadores de la calidad de vida y reducción del estrés percibido. En relación al apoyo informacional de

esta fuente, muchos pacientes destacan que la mayor parte de este tipo de apoyo proviene del personal sanitario (Adam & Koranteng, 2020). El personal sanitario proporciona en el paciente un sentimiento de confianza en sí mismo respecto a la situación en la que se encuentra (Sjölander & Berterö, 2008). De este modo mejora los sentimientos de bienestar y el afrontamiento del paciente (Landmark et al., 2002) lo que influye en una disminución del estrés.

Un resultado relevante derivado del análisis multidimensional del apoyo social es que la satisfacción con el apoyo social recibido ha funcionado mejor como predictor de la mejora de la calidad de vida y reducción del estrés percibido que la frecuencia con la que recibe apoyo el paciente. Teniendo en cuenta este resultado así como los de investigaciones anteriores (Saboonchi et al., 2016), la falta de apoyo social se relaciona con un mayor malestar, solo cuando los pacientes no están satisfechos con el apoyo recibido. Es decir, la correlación entre la necesidad de un tipo o fuente de apoyo específico y lo que recibe el paciente, es lo que determina la satisfacción del paciente con ese apoyo recibido (Pearlin, 1985). Aún así, la disponibilidad de apoyo es clave para el paciente con cáncer ya que, ante situaciones difíciles, como los problemas de salud, es muy útil percibir apoyo cuando éste contribuye a reducir estrés.

Los resultados también muestran que el optimismo disposicional tiene un importante impacto positivo tanto en la mejora de la calidad de vida, incluida la reducción de síntomas (M. Cohen et al., 2019; Lemola et al., 2013), como en la reducción del estrés percibido (R. T. Anderson et al., 2019; Marton et al., 2020). Los pacientes con mayor optimismo disposicional suscitan creencias saludables (Rajandram et al., 2011) y perciben los eventos y situaciones con una actitud más positiva, minimizando las situaciones estresantes (Shaheen et al., 2014).

De este modo se produce una reducción del estrés percibido (Trunzo & Pinto, 2003) llegando a ser un importante predictor de la mejora de la calidad de vida de pacientes con cáncer (Fischer et al., 2018; Jimenez-Fonseca et al., 2018). Este efecto que se produce a nivel físico y mental llega a tener más impacto que las variables más relacionadas con la enfermedad, el tratamiento o el proceso médico (Gustavsson-Lilius et al., 2012).

En relación a la resiliencia de los pacientes los resultados de nuestra investigación muestran una relación importante con el aumento de la calidad de vida y reducción del estrés. En este sentido se muestra que es un importante predictor de la calidad de vida (Ye et al., 2017). La resiliencia del paciente le ayuda a afrontar de un modo más activo el diagnóstico de la enfermedad o los síntomas producidos por el tratamiento recibido (Eicher et al., 2015; M. M. Smith et al., 2016). Igualmente ayuda a que el paciente afronte de un modo más adaptativo las emociones negativas que se puedan producir durante el transcurso de la enfermedad (Matzka et al., 2016).

Nos gustaría destacar que la resiliencia no es un constructo estático, sino que es un proceso dinámico (Rutter, 1999) conceptualizado como la capacidad para enfrentar la adversidad y superarla de modo eficaz (Luthar et al., 2000). Teniendo en cuenta que una de las situaciones más adversas que puede enfrentar una persona es el diagnóstico de una enfermedad crónica como el cáncer, contar con figuras de apoyo y tener una actitud optimista influye en el desarrollo de la resiliencia del paciente. En este sentido, a través de los modelos de ecuaciones planteados, los resultados muestran que la resiliencia actúa como variable mediadora en la relación entre el apoyo social y el optimismo disposicional con la calidad de vida y estrés percibido de los pacientes con cáncer. El apoyo social influye de forma relevante sobre la resiliencia del paciente (Karadag et al., 2019; Yin et al., 2022). Lo podemos observar

tanto en el modelo donde clasificamos el apoyo social por fuentes que proporcionan apoyo como en el modelo donde se clasifica por tipos de apoyo recibido. Este resultado se confirma por estudios donde se ha mostrado que el apoyo proporcionado por la pareja (Dong et al., 2017), por la familia (J. J. Chen et al., 2021), por los amigos (Northouse et al., 2005) y por el personal sanitario (Çakir et al., 2021) aumenta la resiliencia del paciente. Igualmente los resultados nos indican que tanto el apoyo emocional, instrumental e informacional promueven una mejor adaptación del paciente a la enfermedad (Drageset et al., 2012; Pfaendler et al., 2015; So et al., 2014). Por ello el apoyo social ayuda a mejorar y aumentar la resiliencia del paciente reduciendo, a través de ella, el impacto de la enfermedad (Yang & Bae, 2022). Igualmente el optimismo favorece una mejor adaptación a la enfermedad (Saboonchi et al., 2016). Además puede influir en el fomento de un espíritu de lucha de cara al tratamiento, o por el contrario, en el caso de no fomentarse, generar un sentimiento de desesperanza (Schou et al., 2005) que impacta en la resiliencia del paciente. Por ello concuerda con investigaciones donde se proponen el optimismo disposicional y el apoyo social como indicadores de la resiliencia (Fang et al., 2015). Esta resiliencia ayuda a que afronte de forma más positiva las dificultades producidas durante la enfermedad (C. Lin et al., 2020). Así influye tanto en la reducción del estrés percibido (Groarke et al., 2020) como en la mejora de la calidad de vida (Lee et al., 2022).

La tercera hipótesis general de nuestra investigación indica que existen diferencias en la calidad de vida y estrés percibido de los pacientes en relación al género y a la fase del tratamiento en la que se encuentren. Esta hipótesis se confirma con los resultados obtenidos. En relación al género, los resultados indican que las mujeres con cáncer perciben un mayor nivel de estrés y una peor calidad de vida en todas sus dimensiones, lo cual está avalado por

resultados de otros estudios (Thomé & Hallberg, 2004). Aún hoy día, suele existir un predominio de responsabilidades en las mujeres. Entre estas responsabilidades se puede destacar la adquisición del rol de cuidadora de alguna persona con necesidades dentro de su familia (García-Calvente et al., 2004). Esta situación se puede producir una vez terminado el tratamiento, en la fase de revisión, donde la paciente no muestra visiblemente tantos síntomas, pero puede seguir teniendo determinadas necesidades de apoyo que no son satisfechas por su red social. De este modo se puede explicar esa peor calidad de vida y mayor estrés percibido en mujeres con cáncer.

Los resultados de nuestra investigación muestran que los pacientes que se encuentran actualmente en tratamiento tienen una peor calidad de vida que los pacientes que se encuentran en fase de revisión. Este resultado es posible que sea debido al efecto de la toxicidad del tratamiento en sí mismo, lo que genera un mayor nivel de síntomas, conllevando una reducción de la calidad de vida (Zhang et al., 2020). Otro resultado que encontramos, relacionado con la calidad de vida, es que los pacientes que actualmente están sometidos a tratamiento tienen mayores dificultades económicas que los pacientes que se encuentran en revisión. Esto es debido a que no solo la propia situación de tratamiento genera gastos que quizás el paciente no tenía previstos, sino que a este elemento hay que añadirle otras posibles dificultades. Entre ellas se encuentran la disminución de ingresos debido a un cese de la actividad laboral, lo cual tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas (Lu et al., 2019; Pearce et al., 2015). Una diferencia que no encontramos es la referente al nivel de estrés percibido entre pacientes que se encuentran en tratamiento y pacientes que se encuentran en revisión. Debemos tener en cuenta que en todas las fases del proceso sanitario encontramos fuentes potenciales de estrés. De hecho, muchas dificultades pueden comenzar

en la fase de tratamiento y prolongarse durante la fase de revisión. En esta fase el paciente puede experimentar, sobre todo los días y semanas antes de acudir a consulta, miedo a la posibilidad de recidiva de la enfermedad, lo que provoca una disminución del bienestar y un aumento importante del estrés percibido por el paciente (Dunn et al., 2015; A. B. Smith et al., 2016).

En relación al tratamiento recibido los resultados muestran que los pacientes que no han recibido quimioterapia muestran mayores niveles de estrés que los pacientes que sí han recibido este tipo de tratamiento. Cuando a una persona le diagnostican cáncer lo más probable es que experimente miedo. Un miedo producido por la imagen de la quimioterapia, que es la imagen “prototípica” del tratamiento de la enfermedad (Trask et al., 2003). Durante la quimioterapia, y en las posteriores revisiones una vez finalizado el tratamiento, este miedo y estrés puede reducirse una vez el paciente ha recibido la información necesaria.

Otra diferencia que muestran nuestros resultados es en relación a la hormonoterapia. Los pacientes que han recibido este tipo de tratamiento tienen menores niveles de calidad de vida, sobre todo aumenta el nivel de síntomas, y un mayor estrés que los pacientes que no han recibido hormonoterapia. Esta diferencia puede ser debida a que la hormonoterapia es un tratamiento que suele tener más duración, puede durar incluso años, en comparación con otros tratamientos como la quimioterapia. Estos largos intervalos de tiempo suponen un impacto negativo del tratamiento sobre el paciente (Oraá-Taberner & Cruzado, 2019).

Finalmente resaltar que los estudios presentados se pueden representar bajo el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1995, 2005) y su aplicación como marco teórico de la psicooncología (Torrice et al., 2002). Dentro del microsistema del paciente se produce un aumento de nuevos contextos en los que el paciente interactúa como puede ser el hospital y

los profesionales sanitarios. Igualmente se puede producir una reducción de entornos habituales, como puede ser el entorno laboral, puede verse reducida su jornada laboral o incluso puede perder de modo temporal o definitivo su puesto laboral. En relación con el mesosistema debemos tener en cuenta el apoyo proporcionado por el personal sanitario, los amigos, la familia y la pareja del paciente. En este sentido, es muy importante que las actividades y prácticas que lleven a cabo las fuentes de apoyo del paciente se adapten a las indicaciones del personal sanitario. Centrándonos en el exosistema se deben tener en cuenta los microsistemas de cada fuente de apoyo que forman la red social del paciente, incluyendo el personal sanitario. Es decir, la interacción que tenga el personal sanitario entre sí o los recursos con los que cuente, la situación laboral de los miembros de su red de apoyo o la flexibilidad de su empresa para modificar horarios si es necesario. Aquí incluimos también las situaciones similares que haya podido experimentar cada uno de ellos en relación a otra persona cercana que haya sufrido cáncer u otra enfermedad crónica. Finalmente, en relación al macrosistema, influyen el patrón cultural, los valores y las creencias del contexto cultural. Es muy relevante la imagen que tenga la sociedad de la enfermedad. En este sentido hay que mostrar índices de supervivencia así como datos para prevenir la enfermedad con el objetivo de reducir la exclusiva imagen del cáncer como sinónimo de dolor y muerte (Bayés, 1991).

5.4. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

A raíz de los resultados y conclusiones de esta Tesis Doctoral se desprenden varias implicaciones prácticas o clínicas:

En primer lugar, es imprescindible llevar a cabo estrategias de intervención cuyo objetivo sea mejorar la calidad de vida del paciente oncológico (Marotta et al., 2020).

Teniendo en cuenta los deseos y necesidades del paciente, debemos conseguir comprometer e implicar la red social del paciente, como son los amigos más cercanos y los familiares en el proceso de la enfermedad. El motivo es que durante el proceso de la enfermedad suelen verse reducidos los contactos sociales. Este tipo de intervenciones se deben llevar en todas las fases de la enfermedad ya que el apoyo social es un gran predictor de la calidad de vida en pacientes con cáncer, ya sea pacientes que se encuentran en fase de revisión (Leung et al., 2014) como pacientes que se encuentran en fase de tratamiento (Applebaum et al., 2014).

Teniendo en cuenta que, en muchos casos, la red social del paciente tiene interés y deseo de proporcionar el apoyo necesario, a veces no saben cómo llevarlo a cabo. De este modo, este tipo de análisis nos permite diseñar e implementar estrategias más eficaces. Entre ellas destacamos tener en cuenta, evaluar, entrenar y preparar a las redes de apoyo del paciente para que puedan proporcionar al paciente el apoyo que necesita, y que éste sea de calidad.

Otra intervención resultante de la investigación es promover el uso y participación en grupos de apoyo, sobre todo en pacientes que no tienen una red social de apoyo comprometida o su red se ha deteriorado.

No solo es importante la red social del paciente, sino también el personal sanitario, el cual es una fuente relevante que tiene contacto con el paciente durante todo el transcurso del proceso de la enfermedad. De este modo se pueden llevar a cabo programas de intervención dirigidos a formar a los profesionales sanitario para que sean activos a la hora de prestar un apoyo que el paciente lo perciba como útil durante todo el proceso sanitario de la enfermedad (Curtis et al., 2014). El personal sanitario también puede informar verazmente de todo lo relacionado con la enfermedad y el proceso sanitario para que disminuya el miedo

y temor ante el diagnóstico y el tratamiento, lo que fomenta el aumento del optimismo del paciente, por lo que también es interesante llevar a cabo formaciones, al menos en los grados, de profesionales de medicina y enfermería sobre cómo dar malas noticias.

Según los resultados obtenidos durante la investigación es esencial que los planes de intervención estén dirigidos a favorecer y fomentar que los pacientes oncológicos consigan creen en sí mismos como personas capaces de mantener su calidad de vida (Hinz et al., 2019). De este modo, un aumento de la resiliencia del paciente puede ayudarle a afrontar de un modo más adaptativo las emociones negativas (Matzka et al., 2016).

Por otro lado se debe intentar fomentar el optimismo disposicional a través de, como hemos comentado anteriormente, información veraz y realista del diagnóstico, del proceso sanitario, de los efectos secundarios de los tratamientos y en general, de todo el proceso de la enfermedad. De este modo el paciente podrá percibir los eventos de un modo más realista y con una actitud más positiva. Así podrá percibir menos estrés, lo que conlleva un aumento de su calidad de vida.

Para finalizar, nos reiteramos en la idea de que, según los resultados obtenidos, es imprescindible y primordial tener en cuenta los aspectos psicológicos de los pacientes oncológicos. No solo se debe intentar conseguir un aumento de tiempo de vida, sino que es imprescindible que ese aumento se le asocie una minimización del deterioro del funcionamiento diario así como de su calidad de vida (Quist et al., 2015; Weiss et al., 2019). Esto se puede conseguir a través de planes de intervención que tengan como objetivo el aumento de la satisfacción con el apoyo social, de la resiliencia y del optimismo disposicional durante toda la enfermedad, desde el diagnóstico inicial hasta el alta médica o fase de revisión.

5.5. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En relación a las futuras intervenciones que se lleven a cabo para mejorar la calidad de vida de los pacientes es importante diferenciar las dimensiones de apoyo social de frecuencia de apoyo recibido y satisfacción con el apoyo recibido.

Una de las limitaciones observadas durante los estudios es el reducido número de pacientes oncológicos hombres en comparación con mujeres. Uno de los motivos es que la mayoría de las asociaciones que participaron eran asociaciones de tipos de cáncer más predominantes en mujeres, como puede ser el cáncer de mama. Para futuras investigaciones se podría aumentar el número de pacientes en general, y en concreto el número de pacientes hombres. Para ello se podría contactar con asociaciones de pacientes con cáncer que se producen con más frecuencia en hombres que en mujeres, como pueden ser el cáncer de próstata, el cáncer colorrectal, el cáncer de vejiga o el cáncer de pulmón.

Las investigaciones futuras podrían analizar los efectos del optimismo disposicional, resiliencia y apoyo social sobre el estrés percibido y la calidad de vida de los pacientes teniendo en cuenta tanto la fase de la enfermedad en la que se encuentran como el tipo de cáncer que presenten los pacientes. Igualmente podrían realizarse investigaciones centradas en mejorar la calidad de vida de pacientes oncológicos con algún tipo de cáncer concreto. Para ello, la EORTC tiene, para cada tipo de cáncer, módulos particulares. Éstos se suministran al paciente tras el cuestionario general EORTC QLQ-C30, el cual es el que hemos administrado a los participantes de nuestra investigación. Entre estos cuestionarios encontramos el QLQ-BR23 para el cáncer de mama (Sprangers et al., 1996), el QLQ-H&N35 para el cáncer de cabeza y cuello (Bjordal et al., 2000), el QLQ-MY20 para el mieloma (Cocks et al., 2007), el QLQ-CR-

38 y QLQ-CR-29 (Sprangers et al., 1999; Whistance et al., 2009) para el cáncer de colon y el QLQ-LC13 para el cáncer de pulmón (Bergman et al., 1994), los cuales también se encuentran validados para la población española (Arraras et al., 2000, 2003, 2011; Arraras, Arias, et al., 2001; Arraras, Tejedor, et al., 2001; Espinoza-Zamora et al., 2015).

Aunque una fortaleza de esta tesis es la inclusión del personal sanitario como fuente de apoyo para el paciente oncológico, en futuras investigaciones sería de interés y relevante incluir en los análisis otras fuentes potenciales de apoyo social al paciente. En este sentido se podría evaluar el efecto del apoyo social recibido de las asociaciones de pacientes con cáncer, así como de otros pacientes oncológicos.

En nuestra investigación no hemos tenido la posibilidad de extraer resultados y conclusiones para conocer cómo puede variar el apoyo proporcionado por las fuentes, así como el optimismo disposicional y resiliencia, a través del trascurso del tiempo, debido a la naturaleza transversal de nuestro estudio. Por ello, una futura línea de investigación consiste en analizar cómo varían las variables psicosociales mediante la realización de estudios longitudinales que nos permitan evaluar tales fluctuaciones.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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>
- Abbey, G., Thompson, S. B. N., Hickish, T., & Heathcote, D. (2015). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, *24*(4), 371–381. <https://doi.org/10.1002/pon.3654>
- Abdollahi, A., Panahipour, H., Hosseinian, S., & Allen, K. A. (2019). The effects of perceived stress on hope in women with breast cancer and the role of psychological hardiness. *Psycho-Oncology*, *28*(7), 1477–1482. <https://doi.org/10.1002/pon.5102>
- Abuatiq, A., Brown, R., Wolles, B., & Randall, R. (2020). Perceptions of Stress: Patient and Caregiver Experiences With Stressors During Hospitalization. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *24*(1), 51–57. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.51-57>
- Acquati, C., Zebrack, B. J., Faul, A. C., Embry, L., Aguilar, C., Block, R., Hayes-Lattin, B., Freyer, D. R., & Cole, S. (2018). Sexual functioning among young adult cancer patients: A 2-year longitudinal study. *Cancer*, *124*(2), 398–405. <https://doi.org/10.1002/cncr.31030>
- Adam, A., & Koranteng, F. (2020). Availability, accessibility, and impact of social support on

breast cancer treatment among breast cancer patients in Kumasi, Ghana: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(4), e0231691. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231691>

Adamowicz, K., Janiszewska, J., & Lichodziejewska-Niemierko, M. (2020). Prognostic Value of Patient Knowledge of Cancer on Quality of Life in Advanced Lung Cancer During Chemotherapy. *Journal of Cancer Education*, 35(1), 93–99.
<https://doi.org/10.1007/s13187-018-1444-3>

Alcorso, J., & Sherman, K. A. (2016). Factors associated with psychological distress in women with breast cancer-related lymphoedema. *Psycho-Oncology*, 872(November 2015), 865–872. <https://doi.org/10.1002/pon.4021>

Alexis, O., & Worsley, A. J. (2018). A Meta-Synthesis of Qualitative Studies Exploring Men’s Sense of Masculinity Post–Prostate Cancer Treatment. *Cancer Nursing*, 41(4), 298–310.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000509>

Anderson, J., Slade, A. N., McDonagh, P. R., Burton, W., & Fields, E. C. (2019). The long-lasting relationship of distress on radiation oncology-specific clinical outcomes. *Advances in Radiation Oncology*, 4(2), 354–361.
<https://doi.org/10.1016/j.adro.2018.11.001>

Anderson, R. T., Peres, L. C., Camacho, F., Bandera, E. V., Funkhouser, E., Moorman, P. G., Paddock, L. E., Peters, E. S., Abbott, S. E., Alberg, A. J., Barnholtz-Sloan, J., Bondy, M., Cote, M. L., Schwartz, A. G., Terry, P., & Schildkraut, J. M. (2019). Individual, Social, and Societal Correlates of Health-Related Quality of Life Among African American Survivors of Ovarian Cancer: Results from the African American Cancer Epidemiology Study. *Journal of Women’s Health*, 28(2), 284–293. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7025>

- Antoni, M. H., & Dhabhar, F. S. (2019). The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*, *125*(9), 1417–1431. <https://doi.org/10.1002/cncr.31943>
- 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>
- Arora, N. K., Rutten, L. J. F., Gustafson, D. H., Moser, R., & Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *16*(5), 474–486. <https://doi.org/10.1002/pon.1084>
- Arraras, J. I., Arias, F., Tejedor, M., Vera, R., Prujá, E., Marcos, M., Martínez, E., & Valerdi, J. J. (2001). El cuestionario de Calidad de Vida para tumores de cabeza y cuello de la EORTC QLQ-H&N35. Estudio de validación para nuestro país. *Oncología*, *24*(10), 482–491.
- 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.
- Arraras, J. I., Prujá, E., Marcos, M., Tejedor, M., Illarramendi, J. J., Vera, R., Arias, F., & Valerdi, J. J. (2000). El cuestionario de Calidad de Vida para cáncer de pulmón de la EORTC QLQ-LC13. Estudio de validación para nuestro país. *Oncología*, *23*(3), 127–134.
- Arraras, J. I., Suárez, J., Arias, F., Vera, R., Asín, G., Arrazubi, V., Rico, M., Teijeira, L., & Azparren, J. (2011). The EORTC quality of life questionnaire for patients with colorectal

- cancer: EORTC QLQ-CR29 validation study for Spanish patients. *Clinical and Translational Oncology*, 13(1), 50–56. <https://doi.org/10.1007/s12094-011-0616-y>
- Arraras, J. I., Tejedor, M., Illaramendi, J. J., Vera, R., Pruja, E., Marcos, M., Arias, F., & Valerdi, J. J. (2001). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de mama de la EORTC, QLQ-BR23: estudio psicométrico con una muestra española. *Psicología Conductual*, 9(1), 81–97.
- Arraras, J. I., Vera, R., Manterola, A., Martínez, M., Arias, F., Martínez, E., & Valerdi, J. J. (2003). El cuestionario de Calidad de Vida para cáncer colorectal EORTC QLQ-CR38. Estudio de validación para nuestro país. *Oncología*, 26(9), 285–292.
- Ayalon, R., & Bachner, Y. G. (2019). Medical, social, and personal factors as correlates of quality of life among older cancer patients with permanent stoma. *European Journal of Oncology Nursing*, 38(February 2019), 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.11.010>
- Bae, H., & Park, H. (2016). Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1277–1283. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2918-z>
- Bagheri, M., & Mazaheri, M. (2015). Body Image and Quality of Life in Female Patients with Breast Cancer and Healthy Women. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 3(1), 285–292.
- Bailo, L., Guidi, P., Vergani, L., Marton, G., & Pravettoni, G. (2019). The patient perspective: Investigating patient empowerment enablers and barriers within the oncological care process. *Ecancermedicalscience*, 13, 912. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.912>

- Barbus, E., Pestean, C., Larg, M. I., Gabora, K., Cheptea, M., Bonci, E. A., Badulescu, C., & Piciu, D. (2018). Quality of life in thyroid cancer: A questionnaire based-study. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, *18*(1), 1–20.
<https://doi.org/10.24193/jebp.2018.1.1>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Martínez Roca.
- Bayly, J. L., & Lloyd-Williams, M. (2016). Identifying functional impairment and rehabilitation needs in patients newly diagnosed with inoperable lung cancer: a structured literature review. *Supportive Care in Cancer*, *24*(5), 2359–2379. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-3066-1>
- Beatty, L., Lee, C., & Wade, T. D. (2009). A prospective examination of perceived stress as a mediator of the relationship between life-events and QOL following breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, *14*(4), 789–804.
<https://doi.org/10.1348/135910709X412459>
- Beesley, V. L., Alemayehu, C., & Webb, P. M. (2018). A systematic literature review of the prevalence of and risk factors for supportive care needs among women with gynaecological cancer and their caregivers. *Supportive Care in Cancer*, *26*(3), 701–710.
<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3971-6>
- Benedict, C., Fisher, S., Schapira, L., Chao, S., Sackeyfio, S., Sullivan, T., Pollom, E., Berek, J. S., Kurian, A. W., & Palesh, O. (2022). Greater financial toxicity relates to greater distress and worse quality of life among breast and gynecologic cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *31*(1), 9–20. <https://doi.org/10.1002/pon.5763>

- Bergman, B., Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Kaasa, S., & Sullivan, M. (1994). The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. *European Journal of Cancer*, *30*(5), 635–642.
[https://doi.org/10.1016/0959-8049\(94\)90535-5](https://doi.org/10.1016/0959-8049(94)90535-5)
- Bjordal, K., de Graeff, A., Fayers, P. M., Hammerlid, E., van Pottelsberghe, C., Curran, D., Ahlner-Elmqvist, M., Maher, E. J., Meyza, J. W., Brédart, A., Söderholm, A. L., Arraras, J. J., Feine, J. S., Abendstein, H., Morton, R. P., Pignon, T., Huguenin, P., Bottomly, A., & Kaasa, S. (2000). A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. *European Journal of Cancer*, *36*(14), 1796–1807. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00186-6](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00186-6)
- Black, R., & Dorstyn, D. (2015). A biopsychosocial model of resilience for multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology*, *20*(11), 1434–1444.
<https://doi.org/10.1177/1359105313512879>
- Blinder, V. S., & Gany, F. M. (2020). Impact of cancer on employment. *Journal of Clinical Oncology*, *38*(4), 302–309. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.01856>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bortolato, B., Hyphantis, T. N., Valpione, S., Perini, G., Maes, M., Morris, G., Kubera, M., Köhler, C. A., Fernandes, B. S., Stubbs, B., Pavlidis, N., & Carvalho, A. F. (2017). Depression in cancer: The many biobehavioral pathways driving tumor progression.

Cancer Treatment Reviews, 52, 58–70. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.11.004>

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>

Bower, J. E. (2014). Cancer-related fatigue—mechanisms, risk factors, and treatments.

Nature Reviews Clinical Oncology, 11(10), 597–609.

<https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.127>

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>

Bright, E. E., & Stanton, A. L. (2018). Prospective investigation of social support, coping, and depressive symptoms: A model of adherence to endocrine therapy among women with breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(3), 242–253.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000272>

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>

Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, 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*. Sage.
- Brown, L. C., Murphy, A. R., Lalonde, C. S., Subhedar, P. D., Miller, A. H., & Stevens, J. S. (2020). Posttraumatic stress disorder and breast cancer: Risk factors and the role of inflammation and endocrine function. *Cancer*, *126*(14), 3181–3191. <https://doi.org/10.1002/cncr.32934>
- Bulkley, J. E., McMullen, C. K., Grant, M., Wendel, C., Hornbrook, M. C., & Krouse, R. S. (2018). Ongoing ostomy self-care challenges of long-term rectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, *26*(11), 3933–3939. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4268-0>
- Büttner, M., Zebralla, V., Dietz, A., & Singer, S. (2017). Quality of Life Measurements: Any Value for Clinical Practice? *Current Treatment Options in Oncology*, *18*(5), 30. <https://doi.org/10.1007/s11864-017-0470-4>
- Çakir, H., Çelik, G. K., & Çirpan, R. (2021). Correlation between social support and psychological resilience levels in patients undergoing colorectal cancer surgery: a descriptive study. *Psychology, Health & Medicine*, *26*(7), 899–910. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1859561>
- Campos, L. S., De Nardi, S. P., Limberger, L. F., & Caldas, J. M. (2022). Sexual Function, Body Image and Quality of Life of Women with Advanced Cancer. *Sexuality and Disability*, *40*(1), 141–151. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09722-y>
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice

- Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 30(8), 1194–1220. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003>
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of Pain and 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)
- Chagani, P., Parpio, Y., Gul, R., & Jabbar, A. A. (2017). Quality of life and its determinants in adult cancer patients undergoing chemotherapy treatment in Pakistan. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(2), 140–146. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.204499>
- Chan, C. M. H., Ng, C. G., Taib, N. A., Wee, L. H., Krupat, E., & Meyer, F. (2018). Course and predictors of post-traumatic stress disorder in a cohort of psychologically distressed patients with cancer: A 4-year follow-up study. *Cancer*, 124(2), 406–416. <https://doi.org/10.1002/cncr.30980>
- Chen, D., Yin, Z., & Fang, B. (2018). Measurements and status of sleep quality in patients with cancers. *Supportive Care in Cancer*, 26(2), 405–414. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3927-x>
- Chen, J. J., Wang, Q. L., Li, H. P., Zhang, T., Zhang, S. S., & Zhou, M. K. (2021). Family resilience, perceived social support, and individual resilience in cancer couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101932. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101932>
- Cocks, K., Cohen, D., Wisløff, F., Sezer, O., Lee, S., Hippe, E., Gimsing, P., Turesson, I., Hajek,

- R., Smith, A., Graham, L., Phillips, A., Stead, M., Velikova, G., & Brown, J. (2007). An international field study of the reliability and validity of a disease-specific questionnaire module (the QLQ-MY20) in assessing the quality of life of patients with multiple myeloma. *European Journal of Cancer*, *43*(11), 1670–1678.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2007.04.022>
- Cohen, M., Levkovich, I., Pollack, S., & Fried, G. (2019). Stability and change of postchemotherapy symptoms in relation to optimism and subjective stress: A prospective study of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *28*(10), 2017–2024.
<https://doi.org/10.1002/pon.5185>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385–396.
<https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3–22). Academic Press.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76–82.
<https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, *4*(4), 330–338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- Costa-Requena, G., Ballester, R., & Gil, F. (2013). Perceived social support in spanish cancer outpatients with psychiatric disorder. *Stress and Health*, *29*(5), 421–426.
<https://doi.org/10.1002/smi.2488>

- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik, F., & Roman, S. L. (2007). Adjusting to life after treatment: Distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, *97*(12), 1625–1631.
<https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604091>
- Crookes, D. M., Shelton, R. C., Tehranifar, P., Aycinena, C., Gaffney, A. O., Koch, P., Contento, I. R., & Greenlee, H. (2016). Social networks and social support for healthy eating among Latina breast cancer survivors: implications for social and behavioral interventions. *Journal of Cancer Survivorship*, *10*(2), 291–301.
<https://doi.org/10.1007/s11764-015-0475-6>
- Curtis, R., Groarke, A. M., McSharry, J., & Kerin, M. (2014). Experience of breast cancer: Burden, Benefit, or Both? *Cancer Nursing*, *37*(3).
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182894198>
- Cutrona, C. E. (1986). Behavioral manifestations of social support: a microanalytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(1), 201–208.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.1.201>
- Dai, M., Liu, D., Liu, M., Zhou, F., Li, G., Chen, Z., Zhang, Z., You, H., Wu, M., Zheng, Q., Xiong, Y., Xiong, H., Wang, C., Chen, C., Xiong, F., Zhang, Y., Peng, Y., Ge, S., Zhen, B., ... Cai, H. (2020). Patients with Cancer Appear More Vulnerable to SARS-CoV-2: A Multicenter Study during the COVID-19 Outbreak. *Cancer Discovery*, *10*(6), 783–791.
<https://doi.org/10.1158/2159-8290.CD-20-0422>
- Dantzer, R., Meagher, M. W., & Cleeland, C. S. (2012). Translational approaches to treatment-induced symptoms in cancer patients. *Nature Reviews Clinical Oncology*,

9(7), 414–426. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2012.88>

Davidson, J. R. T. (2018). *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Manual*. Unpublished.

accesible at www.cd-risc.com

Dieli-Conwright, C. M., Mortimer, J. E., Schroeder, E. T., Courneya, K., Demark-Wahnefried, W., Buchanan, T. A., Tripathy, D., & Bernstein, L. (2014). Randomized controlled trial to evaluate the effects of combined progressive exercise on metabolic syndrome in breast cancer survivors: Rationale, design, and methods. *BMC Cancer*, *14*(1), 238.

<https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-238>

Dobbs, T. D., Samarendra, H., Hughes, S., Hutchings, H. A., & Whitaker, I. (2019). Patient-reported outcome measures for facial skin cancer: a systematic review and evaluation of the quality of their measurement properties. *British Journal of Dermatology*, *180*(5), 1018–1029. <https://doi.org/10.1111/bjd.17342>

Dong, X., Li, G., Liu, C., Kong, L., Fang, Y., Kang, X., & Li, P. (2017). The mediating role of resilience in the relationship between social support and posttraumatic growth among colorectal cancer survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation model analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, *29*, 47–52.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.007>

Dooley, L. N., Slavich, G. M., Moreno, P. I., & Bower, J. E. (2017). Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress and Health*, *33*(5), 549–557. <https://doi.org/10.1002/smi.2739>

Doran, P., Burden, S., & Shryane, N. (2019). 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), E39–E47.

<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823634aa>

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., & Underlid, K. (2016). Women’s experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 340–348. <https://doi.org/10.1111/scs.12250>

Dunn, L. B., Langford, D. J., Paul, S. M., Berman, M. B., Shumay, D. M., Kober, K., Merriman, J. D., West, C., Neuhaus, J. M., & Miaskowski, C. (2015). Trajectories of fear of recurrence in women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 23(7), 2033–2043.

<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2513-8>

Durá-Ferrandis, E., Saéz-Mansilla, C., Murphy, S. E., Johnson, A. C., & Tercyak, K. P. (2019). Actitudes hacia la maternidad y el apoyo social como predictores de trastornos emocionales en mujeres jóvenes con cáncer recientemente diagnosticadas que se someten a la preservación de la fertilidad. *Psicooncología*, 16(1), 127–141.

<https://doi.org/10.5209/PSIC.63652>

Durosini, I., Savioni, L., Triberti, S., Guiddi, P., & Pravettoni, G. (2021). The motivation journey: A grounded theory study on female cancer survivors’ experience of a psychological intervention for quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 950. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030950>

Edianto, D., Yaznil, M. R., Chartyansari, A. A., & Effendi, I. H. (2019). Assessment of the

quality of life for gynecologic cancer patients using functional assessment of cancer therapy-general (Fact-g) questionnaire at Haji Adam Malik Hospital. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(16), 2569–2573.

<https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.391>

Eicher, M., Matzka, M., Dubey, C., & White, K. (2015). Resilience in Adult Cancer Care: An Integrative Literature Review. *Oncology Nursing Forum*, 42(1), E3–E16.

<https://doi.org/10.1188/15.ONF.E3-E16>

Ellis, E. M., Nelson, W. L., & Ferrer, R. A. (2019). Trajectories of Current and Predicted Satisfaction with One's Life Following a Cancer Diagnosis. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(2), 158–168. <https://doi.org/10.1093/abm/kay025>

Espinoza-Zamora, J. R., Portilla-Espinosa, C. M., Labardini-Méndez, J. R., Cervera, E., Niesvisky, R., & Oñate-Ocaña, L. F. (2015). Quality of life in multiple myeloma: clinical validation of the Mexican-Spanish version of the QLQ-MY20 instrument. *Annals of Hematology*, 94(6), 1017–1024. <https://doi.org/10.1007/s00277-014-2290-y>

Fabi, A., Bhargava, R., Fatigoni, S., Guglielmo, M., Horneber, M., Roila, F., Weis, J., Jordan, K., & Ripamonti, C. I. (2020). Cancer-related fatigue: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment. *Annals of Oncology*, 31(6), 713–723.

<https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.016>

Fang, X., Vincent, W., Calabrese, S. K., Heckman, T. G., Sikkema, K. J., Humphries, D. L., & Hansen, N. B. (2015). Resilience, stress, and life quality in older adults living with HIV/AIDS. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1015–1021.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2014.1003287>

- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D., & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, *136*(5), E359–E386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>
- Ferrando, P. J., Chico, E., & Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, *14*(3), 673–680.
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *18*(1), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>
- Fischer, I. C., Cripe, L. D., & Rand, K. L. (2018). Predicting symptoms of anxiety and depression in patients living with advanced cancer: the differential roles of hope and optimism. *Supportive Care in Cancer*, *26*(10), 3471–3477. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4215-0>
- Fitch, M., & Longo, C. J. (2018). Exploring the impact of out-of-pocket costs on the quality of life of Canadian cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, *36*(5), 582–596. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1486937>
- Fleer, J., Sleijfer, D., Hoekstra, H., Tuinman, M., Klip, E., & Hoekstra-Weebers, J. (2006). Objective and subjective predictors of cancer-related stress symptoms in testicular cancer survivors. *Patient Education and Counseling*, *64*(1–3), 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.12.009>
- Fong, A. J., Scarapicchia, T. M. F., McDonough, M. H., Wrosch, C., & Sabiston, C. M. (2017). Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors.

Psycho-Oncology, 26(5), 664–671. <https://doi.org/10.1002/pon.4064>

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)

Frank, S. J., McNeese, M. D., Strom, E. A., Perkins, G., Salehpour, M., Schechter, N., & Buchholz, T. A. (2004). Advances in radiation treatments of breast cancer. *Clinical Breast Cancer*, 4(6), 401–406. <https://doi.org/10.3816/CBC.2004.n.002>

Frick, E., Tyroller, M., & Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: A cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European Journal of Cancer Care*, 16(2), 130–136. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00720.x>

Ganz, P. A. (2006). Monitoring the physical health of cancer survivors: A survivorship-focused medical history. *Journal of Clinical Oncology*, 24(32), 5105–5111. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.0541>

García-Calvente, M. del M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.2), 83–92. <https://doi.org/10.1157/13061998>

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>

García-Montero, P., de Gálvez-Aranda, M. V., Blázquez-Sánchez, N., Rivas-Ruiz, F., Millán-

- Cayetano, J. F., García-Harana, C., & de Troya-Martín, M. (2022). Quality of Life During Treatment for Cervicofacial Non-melanoma Skin Cancer. *Journal of Cancer Education*, 37(1), 196–202. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01781-7>
- Gargantini, A. C., & Casari, L. M. (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(1), 43–60. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63647>
- Ghazali, N., Cadwallader, E., Lowe, D., Humphris, G., Ozakinci, G., & Rogers, S. N. (2013). Fear of recurrence among head and neck cancer survivors: Longitudinal trends. *Psycho-Oncology*, 22(4), 807–813. <https://doi.org/10.1002/pon.3069>
- Gibbins, J., Steinhardt, K., & Beinart, H. (2012). A Systematic Review of Qualitative Studies Exploring the Experience of Parents Whose Child Is Diagnosed and Treated for Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(5), 253–271. <https://doi.org/10.1177/1043454212452791>
- 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://doi.org/10.1177/0265407517718390>
- Götze, H., Ernst, J., Brähler, E., Romer, G., & von Klitzing, K. (2015). Predictors of quality of life of cancer patients, their children, and partners. *Psycho-Oncology*, 24(7), 787–795. <https://doi.org/10.1002/pon.3725>
- Gressel, G. M., Dioun, S. M., Richley, M., Lounsbury, D. W., Rapkin, B. D., Isani, S., Nevadunsky, N. S., Kuo, D. Y. S., & Novetsky, A. P. (2019). Utilizing the Patient Reported

- Outcomes Measurement Information System (PROMIS®) to increase referral to ancillary support services for severely symptomatic patients with gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 152(3), 509–513. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.10.042>
- Groarke, A., Curtis, R., Skelton, J., & Groarke, J. M. (2020). Quality of life and adjustment in men with prostate cancer: Interplay of stress, threat and resilience. *PLOS ONE*, 15(9), e0239469. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239469>
- Groenvold, M. (2010). Health-related quality of life in early breast cancer. *Danish Medical Bulletin*, 57(9), B24184.
- Grotberg, E. H. (1995). The international resilience project: Research, application, and policy. *Symposium International Stress e Violence*.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., Lipsanen, J., & Hietanen, P. (2012). Predictors of distress in cancer patients and their partners: The role of optimism in the sense of coherence construct. *Psychology & Health*, 27(2), 178–195. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.484064>
- Heitzmann, C. A., & Kaplan, R. M. (1988). Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology*, 7(1), 75–109. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.7.1.75>
- Henderson, F. M. E., Cross, A. J., & Baraniak, A. R. (2019). ‘A new normal with chemobrain’: Experiences of the impact of chemotherapy-related cognitive deficits in long-term breast cancer survivors. *Health Psychology Open*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.1177/2055102919832234>
- Hill, J., Holcombe, C., Clark, L., Boothby, M. R. K., Hincks, A., Fisher, J., Tufail, S., & Salmon, P. (2011). Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of

breast cancer. *Psychological Medicine*, 41(7), 1429–1436.

<https://doi.org/10.1017/S0033291710001868>

Hinz, A., Friedrich, M., Kuhnt, S., Zenger, M., & Schulte, T. (2019). The influence of self-efficacy and resilient coping on cancer patients' quality of life. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), e12952. <https://doi.org/10.1111/ecc.12952>

Ho, P. J., Gernaat, S. A. M., Hartman, M., & Verkoijen, H. M. (2018). Health-related quality of life in Asian patients with breast cancer: A systematic review. *BMJ Open*, 8(4), e020512. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020512>

Hodges, K., & Winstanley, S. (2012). Effects of Optimism, Social Support, Fighting Spirit, Cancer Worry and Internal Health Locus of Control on Positive Affect in Cancer Survivors: A Path Analysis. *Stress and Health*, 28(5), 408–415.

<https://doi.org/10.1002/smi.2471>

Hoellen, F., Wagner, J. F., Lüdders, D. W., Rody, A., & Banz-Jansen, C. (2019). Anxiety in caregiving partners of breast cancer patients. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300(4), 993–1005. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05253-2>

Hombrados-Mendieta, I. (2013). *Manual de psicología comunitaria*. Síntesis.

Hombrados-Mendieta, I., & Castro-Travé, M. (2013). Apoyo social, clima social y percepción de conflictos en un contexto educativo intercultural. *Anales de Psicología*, 29(1), 108–122. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.123311>

Hombrados-Mendieta, I., & García-Martín, M. Á. (2016). El papel del apoyo social en la intervención psicosocial con poblaciones vulnerables: ¿Es un recurso suficientemente implementado en la práctica profesional? *Encuentros En Psicología Social*, 6, 69–86.

- Hombrados-Mendieta, I., García-Martín, M. A., & Gómez-Jacinto, L. (2013). The relationship between social support, loneliness, and subjective well-being in a Spanish sample from a multidimensional perspective. *Social Indicators Research, 114*(3), 1013–1034.
<https://doi.org/10.1007/s11205-012-0187-5>
- Hombrados-Mendieta, I., Gómez-Jacinto, L., Domínguez-Fuentes, J. M., García-Leiva, P., & Castro-Travé, M. (2012). Types of social support provided by parents, teachers, and classmates during adolescence. *Journal of Community Psychology, 40*(6), 645–664.
<https://doi.org/10.1002/jcop.20523>
- Hombrados-Mendieta, I., Millán-Franco, M., Gómez-Jacinto, L., Gonzalez-Castro, F., Martos-Méndez, M. J., & García-Cid, A. (2019). Positive Influences of Social Support on Sense of Community, Life Satisfaction and the Health of Immigrants in Spain. *Frontiers in Psychology, 10*(November), 1–17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02555>
- Hsieh, Y. P., Roh, S., & Lee, Y. S. (2020). Spiritual Well-Being, Social Support, and Depression Among American Indian Women Cancer Survivors: The Mediating Effect of Perceived Quality of Life. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 101*(1), 83–94. <https://doi.org/10.1177/1044389419853113>
- Hsu, H. C., Tsai, S. Y., Wu, S. L., Jeang, S. R., Ho, M. Y., Liou, W. S., Chiang, A. J., & Chang, T. H. (2017). Longitudinal perceptions of the side effects of chemotherapy in patients with gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer, 25*(11), 3457–3464.
<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3768-7>
- Hu, R. Y., Wang, J. Y., Chen, W. L., Zhao, J., Shao, C. H., Wang, J. W., Wei, X. M., & Yu, J. M. (2021). Stress, coping strategies and expectations among breast cancer survivors in

- China: a qualitative study. *BMC Psychology*, 9, 26. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00515-8>
- Imm, K. R., Williams, F., Houston, A. J., Colditz, G. A., Drake, B. F., Gilbert, K. L., & Yang, L. (2017). African American prostate cancer survivorship: exploring the role of social support in quality of life after radical prostatectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(4), 409–423. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1294641>
- Ishibashi, A., Ueda, R., Kawano, Y., Nakayama, H., Matsuzaki, A., & Matsumura, T. (2010). How to Improve Resilience in Adolescents With Cancer in Japan. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(2), 73–93. <https://doi.org/10.1177/1043454209356786>
- Izycki, D., Woźniak, K., & Izycka, N. (2016). Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. *Przegląd Menopauzalny*, 15(2), 112–116. <https://doi.org/10.5114/pm.2016.61194>
- Jaime-Bernal, L., Juárez-García, D. M., & Téllez, A. (2018). La influencia del estrés y el optimismo sobre la calidad de sueño de mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 15(2), 249–260. <https://doi.org/10.5209/PSIC.61434>
- Janelins, M. C., Kesler, S. R., Ahles, T. A., & Morrow, G. R. (2014). Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment. *International Review of Psychiatry*, 26(1), 102–113. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.864260>
- Jimenez-Fonseca, P., Calderón, C., Hernández, R., Ramón y Cajal, T., Mut, M., Ramchandani, A., Donnay, O., & Carmona-Bayonas, A. (2018). Factors associated with anxiety and depression in cancer patients prior to initiating adjuvant therapy. *Clinical and Translational Oncology*, 20(11), 1408–1415. <https://doi.org/10.1007/s12094-018-1873->

- Karadag, E., Ugur, O., Mert, H., & Erunal, M. (2019). The Relationship Between Psychological Resilience and Social Support Levels in Hemodialysis Patients. *The Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 3(1), 9–15. <https://doi.org/10.30621/jbachs.2019.469>
- Kayser, K., Acquati, C., Reese, J. B., Mark, K., Wittmann, D., & Karam, E. (2018). A systematic review of dyadic studies examining relationship quality in couples facing colorectal cancer together. *Psycho-Oncology*, 27(1), 13–21. <https://doi.org/10.1002/pon.4339>
- Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M. (2019). Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), 797–807. <https://doi.org/10.1111/hsc.12620>
- Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *Journal of Breast Health*, 12(4), 145–150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Korsten, L. H. A., Jansen, F., de Haan, B. J. F., Sent, D., Cuijpers, P., Leemans, C. R., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2019). Factors associated with depression over time in head and neck cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 28(6), 1159–1183. <https://doi.org/10.1002/pon.5058>
- Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., Burns-Cunningham, K., Simpson, M., & Maguire, R. (2017). A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 60–70. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.05.004>
- Kou, W. J., Wang, X. Q., Li, Y., Ren, X. H., Sun, J. R., Lei, S. Y., Liao, C. Y., & Wang, M. X.

- (2021). Research trends of posttraumatic growth from 1996 to 2020: A bibliometric analysis based on Web of Science and CiteSpace. *Journal of Affective Disorders Reports*, 3(December 2020), 100052. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100052>
- Kreiberg, M., Bandak, M., Lauritsen, J., Andersen, K. K., Skøtt, J. W., Johansen, C., Agerbaek, M., Holm, N. V., Lau, C. J., & Daugaard, G. (2020). Psychological stress in long-term testicular cancer survivors: a Danish nationwide cohort study. *Journal of Cancer Survivorship*, 14(1), 72–79. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00835-0>
- Kreitler, S., Peleg, D., & Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16(4), 329–341. <https://doi.org/10.1002/pon.1063>
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24(7), 1105–1111. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.04.2846>
- Kuehn, R., Casaubon, J., Raker, C., Edmonson, D., Stuckey, A., & Gass, J. (2019). Sexual Dysfunction in Survivorship; the Impact of Menopause and Endocrine Therapy. *Annals of Surgical Oncology*, 26(10), 3159–3165. <https://doi.org/10.1245/s10434-019-07552-z>
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. A. (2008). Patient Optimism and Mastery—Do They Play a Role in Cancer Patients’ Management of Pain and Fatigue? *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.08.010>
- Labrell, F., Câmara-Costa, H., Dufour, C., Grill, J., & Chevignard, M. (2019). Maternal stress and pediatric brain cancer: a French study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(1), 96–109. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1529009>

- Lai, H. L., Hung, C. M., Chen, C. I., Shih, M. L., & Huang, C. Y. (2020). Resilience and coping styles as predictors of health outcomes in breast cancer patients: A structural equation modelling analysis. *European Journal of Cancer Care*, 29(1), e13161.
<https://doi.org/10.1111/ecc.13161>
- Lakey, B., & Heller, K. (1988). Social support from a friend, perceived support, and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, 16(6), 811–824.
<https://doi.org/10.1007/BF00930894>
- Lam, W. W. T., Yoon, S. W., Sze, W. K., Ng, A. W. Y., Soong, I., Kwong, A., Suen, D., Tsang, J., Yeo, W., Wong, K. Y., & Fielding, R. (2017). Comparing the meanings of living with advanced breast cancer between women resilient to distress and women with persistent distress: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, 26(2), 255–261.
<https://doi.org/10.1002/pon.4116>
- Landmark, B. T., Strandmark, M., & Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support: In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 216–223.
<https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00059.x>
- Lardas, M., Liew, M., van den Bergh, R. C., De Santis, M., Bellmunt, J., Van den Broeck, T., Cornford, P., Cumberbatch, M. G., Fossati, N., Gross, T., Henry, A. M., Bolla, M., Briers, E., Joniau, S., Lam, T. B., Mason, M. D., Mottet, N., van der Poel, H. G., Rouvière, O., ... Bourke, L. (2017). Quality of Life Outcomes after Primary Treatment for Clinically Localised Prostate Cancer: A Systematic Review. *European Urology*, 72(6), 869–885.
<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.06.035>

Lauver, D. R., Connolly-Nelson, K., & Vang, P. (2007). Stressors and Coping Strategies Among Female Cancer Survivors After Treatments. *Cancer Nursing*, *30*(2), 101–111.

<https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000265003.56817.2c>

Lee, S., Jung, S., Jung, S., Moon, J. Y., Oh, G. H., Yeom, C. W., Son, K. L., Lee, K. M., Kim, W.

H., Jung, D., Kim, T. Y., Im, S. A., Lee, K. H., Shim, E. J., & Hahm, B. J. (2022). Psychiatric symptoms mediate the effect of resilience on health-related quality of life in patients with breast cancer: Longitudinal examination. *Psycho-Oncology*, *31*(3), 470–477.

<https://doi.org/10.1002/pon.5829>

Lemola, S., Räikkönen, K., Gomez, V., & Allemand, M. (2013). Optimism and Self-Esteem Are Related to Sleep. Results from a Large Community-Based Sample. *International Journal of Behavioral Medicine*, *20*(4), 567–571. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9272-z>

Leung, J., Pachana, N. A., & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, *23*(9), 1014–1020. <https://doi.org/10.1002/pon.3523>

Levkovich, I., Cohen, M., Pollack, S., Drumea, K., & Fried, G. (2015). Cancer-related fatigue and depression in breast cancer patients postchemotherapy: Different associations with optimism and stress appraisals. *Palliative and Supportive Care*, *13*(5), 1141–1151.

<https://doi.org/10.1017/S147895151400087X>

Li, J., Gao, W., Yang, Q., & Cao, F. (2021). Perceived stress, anxiety, and depression in treatment-naïve women with breast cancer: a case-control study. *Psycho-Oncology*, *30*(2), 231–239. <https://doi.org/10.1002/pon.5555>

Liang, W., Guan, W., Chen, R., Wang, W., Li, J., Xu, K., Li, C., Ai, Q., Lu, W., Liang, H., Li, S., &

- He, J. (2020). Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *The Lancet Oncology*, 21(3), 335–337. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6)
- Lin, C. C. (2016). The roles of social support and coping style in the relationship between gratitude and well-being. *Personality and Individual Differences*, 89, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.032>
- Lin, C., Diao, Y., Dong, Z., Song, J., & Bao, C. (2020). The effect of attention and interpretation therapy on psychological resilience, cancer-related fatigue, and negative emotions of patients after colon cancer surgery. *Annals of Palliative Medicine*, 9(5), 3261–3270. <https://doi.org/10.21037/apm-20-1370>
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, & W. M. Ensel (Eds.), *Social support, life events and depression* (pp. 17–30). Academic Press.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (1986). *Social support, life events and depression*. Academic Press.
- Linden, W., & Vodermaier, A. (2012). Mismatch of desired versus perceived social support and associated levels of anxiety and depression in newly diagnosed cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 20(7), 1449–1456. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1228-3>
- Lopes, A. C., Bacalhau, R., Santos, M., Pereira, M., & Pereira, M. G. (2019). 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*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09644-0>
- Lowdermilk, D., & Germino, B. B. (2000). Helping Women and Their Families Cope With the

- Impact of Gynecologic Cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29(6), 653–660. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02079.x>
- Lu, L., & Hsieh, Y. H. (1997). Demographic Variables, Control, Stress, Support and Health among the Elderly. *Journal of Health Psychology*, 2(1), 97–106. <https://doi.org/10.1177/135910539700200110>
- Lu, L., O'Sullivan, E., & Sharp, L. (2019). Cancer-related financial hardship among head and neck cancer survivors: Risk factors and associations with health-related quality of life. *Psycho-Oncology*, 28(4), 863–871. <https://doi.org/10.1002/pon.5034>
- Luo, D., Eicher, M., & White, K. (2020). Individual resilience in adult cancer care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103467>
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2160–2168. <https://doi.org/10.1002/pon.3218>
- Lutgendorf, S. K., De Geest, K., Bender, D., Ahmed, A., Goodheart, M. J., Dahmouh, L., Zimmerman, M. B., Penedo, F. J., Lucci, J. A., Ganjei-Azar, P., Thaker, P. H., Mendez, L., Lubaroff, D. M., Slavich, G. M., Cole, S. W., & Sood, A. K. (2012). Social Influences on Clinical Outcomes of Patients With Ovarian Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(23), 2885–2890. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.4411>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

- MacDonald, C., Theurer, J. A., Fung, K., Yoo, J., & Doyle, P. C. (2021). Resilience: an essential element in head and neck cancer survivorship and quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 29(7), 3725–3733. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05873-4>
- Macía, P., Barranco, M., Gorbeña, S., & Iraurgi, I. (2020). Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *PLOS ONE*, 15(7), e0236572. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236572>
- Mahjoubi, B., Kiani, K., & Mohammad-Sadeghi, H. (2010). Quality of Life in Stoma Patients: Appropriate and Inappropriate Stoma Sites. *World Journal of Surgery*, 34(1), 147–152. <https://doi.org/10.1007/s00268-009-0275-0>
- Marotta, D., Tucker, Z., Hayward, E. N., Gerstenecker, A., Gammon, M., Mason, M., Wilhelm, G., Bae, H., & Triebel, K. (2020). Relationship between cognitive functioning, mood, and other patient factors on quality of life in metastatic brain cancer. *Psycho-Oncology*, 29(7), 1174–1184. <https://doi.org/10.1002/pon.5401>
- Martino, G., Catalano, A., Agostino, R. M., Bellone, F., Morabito, N., Lasco, C. G., Vicario, C. M., Schwarz, P., & Feldt-Rasmussen, U. (2020). Quality of life and psychological functioning in postmenopausal women undergoing aromatase inhibitor treatment for early breast cancer. *PLoS ONE*, 15(3), e0230681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230681>
- Marton, G., Monzani, D., Vergani, L., Pizzoli, S. F. M., & Pravettoni, G. (2020). “Optimism Is a Strategy for Making a Better Future”. *European Psychologist*, 27(1), 41–61. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000422>
- Marzorati, C., Mazzocco, K., Monzani, D., Pavan, F., Casiraghi, M., Spaggiari, L., Monturano,

- M., & Pravettoni, G. (2020). One-Year Quality of Life Trends in Early-Stage Lung Cancer Patients After Lobectomy. *Frontiers in Psychology, 11*, 1–11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.534428>
- Matzka, M., Mayer, H., Köck-Hódi, S., Moses-Passini, C., Dubey, C., Jahn, P., Schneeweiss, S., & Eicher, M. (2016). Relationship between Resilience, Psychological Distress and Physical Activity in Cancer Patients: A Cross-Sectional Observation Study. *PLOS ONE, 11*(4), e0154496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154496>
- Mc Caughan, E., Mc Sorley, O., Prue, G., Parahoo, K., Bunting, B., Sullivan, J. O., & McKenna, H. (2013). Quality of life in men receiving radiotherapy and neo-adjuvant androgen deprivation for prostate cancer: results from a prospective longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing, 69*(1), 53–65. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05987.x>
- McKeague, B., & Maguire, R. (2021). “The effects of cancer on a family are way beyond the person who’s had it”: The experience and effect of a familial cancer diagnosis on the health behaviours of family members. *European Journal of Oncology Nursing, 51*, 101905. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101905>
- McMullen, M., Lau, P. K. H., Taylor, S., McTigue, J., Cook, A., Bamblett, M., Hasani, A., & Johnson, C. E. (2018). Factors associated with psychological distress amongst outpatient chemotherapy patients: An analysis of depression, anxiety and stress using the DASS-21. *Applied Nursing Research, 40*, 45–50.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.002>
- Meeker, C. R., Geynisman, D. M., Egleston, B. L., Hall, M. J., Mechanic, K. Y., Bilusic, M., Plimack, E. R., Martin, L. P., von Mehren, M., Lewis, B., & Wong, Y. N. (2016).

Relationships among financial distress, emotional distress, and overall distress in insured patients with cancer. *Journal of Oncology Practice*, 12(7), e755–e764.

<https://doi.org/10.1200/JOP.2016.011049>

Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 27(1), 75–82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>

Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-Oncology*, 16(3), 181–188.

<https://doi.org/10.1002/pon.1057>

Melguizo-Garín, A., Hombrados-Mendieta, I., & Martos-Méndez, M. J. (2020). La experiencia de un grupo de apoyo en el proceso de duelo de familiares de niños con cáncer. Un estudio cualitativo. *Psicooncología*, 17(1), 117–129. <https://doi.org/10.5209/psic.68245>

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://doi.org/10.5209/PSIC.63646>

Mera, P. C., & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69–78. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000300007>

Miaskowski, C., Paul, S. M., Mastick, J., Abrams, G., Topp, K., Smoot, B., Kober, K. M.,

- Chesney, M., Mazor, M., Mausisa, G., Schumacher, M., Conley, Y. P., Sabes, J. H., Cheung, S., Wallhagen, M., & Levine, J. D. (2018). Associations Between Perceived Stress and Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy and Ototoxicity in Adult Cancer Survivors. *Journal of Pain and Symptom Management*, *56*(1), 88–97.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.02.021>
- Miller, K. D., Siegel, R. L., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Kramer, J. L., Rowland, J. H., Stein, K. D., Alteri, R., & Jemal, A. (2016). Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *66*(4), 271–289. <https://doi.org/10.3322/caac.21349>
- Milne, H. M., Wallman, K. E., Gordon, S., & Courneya, K. S. (2008). Effects of a combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, *108*(2), 279–288.
<https://doi.org/10.1007/s10549-007-9602-z>
- Moltu, C., Stefansen, J., Svisdahl, M., & Veseth, M. (2012). Negotiating the coresearcher mandate service users' experiences of doing collaborative research on mental health. *Disability and Rehabilitation*, *34*(19), 1608–1616.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2012.656792>
- Mungase, M., Chaudhury, S., Patil, A. A., Jagtap, B., & Jain, V. (2021). Stress, anxiety, depression, and resilience in cancer patients on radiotherapy. *Industrial Psychiatry Journal*, *30*(2), 346–352. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_78_20
- Mutsaers, A., Greenspoon, J., Walker-Dilks, C., & Swaminath, A. (2017). Systematic review of patient reported quality of life following stereotactic ablative radiotherapy for primary and metastatic liver cancer. *Radiation Oncology*, *12*, 110.

<https://doi.org/10.1186/s13014-017-0818-8>

- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Pathiaki, M., Patiraki, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Exploring the Relationships Between Depression, Hopelessness, Cognitive Status, Pain, and Spirituality in Patients With Advanced Cancer. *Archives of Psychiatric Nursing, 21*(3), 150–161. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.02.002>
- Nardin, S., Mora, E., Varughese, F. M., D'Avanzo, F., Vachanaram, A. R., Rossi, V., Saggia, C., Rubinelli, S., & Gennari, A. (2020). Breast Cancer Survivorship, Quality of Life, and Late Toxicities. *Frontiers in Oncology, 10*, 864. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00864>
- Neris, R. R., Nascimento, L. C., Leite, A. C. A. B., 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>
- Neron, M., Bastide, S., de Tayrac, R., Masia, F., Ferrer, C., Labaki, M., Boileau, L., Letouzey, V., & Huberlant, S. (2019). Impact of gynecologic cancer on pelvic floor disorder symptoms and quality of life: an observational study. *Scientific Reports, 9*(1), 2250. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-38759-5>
- Nilsen, M., Stalsberg, R., Sand, K., Haugan, G., & Reidunsdatter, R. J. (2021). Meaning Making for Psychological Adjustment and Quality of Life in Older Long-Term Breast Cancer Survivors. *Frontiers in Psychology, 12*, 734198. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.734198>
- Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D., & Schafenacker, A. (2005). Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their

- family caregivers. *Psycho-Oncology*, 14(6), 478–491. <https://doi.org/10.1002/pon.871>
- O'Connor, R. C., & Cassidy, C. (2007). Predicting hopelessness: The interaction between optimism/pessimism and specific future expectancies. *Cognition and Emotion*, 21(3), 596–613. <https://doi.org/10.1080/02699930600813422>
- Observatorio Asociación Española Contra el Cáncer. (n.d.). *Dimensiones del cáncer*. <https://observatorio.contraelcancer.es/explora/dimensiones-del-cancer>
- Oliva, A., García-Cebrián, J. M., Calatayud, E. F., Serrano-García, I., Herraiz, M. A., & Coronado, P. J. (2019). A comparison of quality of life and resilience in menopausal women with and without a history of gynaecological cancer. *Maturitas*, 120, 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.11.012>
- Oraá-Taberner, N., & Cruzado, J. A. (2019). Ansiedad y depresión en hombres con cáncer de próstata en función del tipo de tratamiento y su relación con la calidad de vida y la información recibida. *Psicooncología*, 16(2), 329–344. <https://doi.org/10.5209/psic.65594>
- Osann, K., Hsieh, S., Nelson, E. L., Monk, B. J., Chase, D., Cella, D., & Wenzel, L. (2014). Factors associated with poor quality of life among cervical cancer survivors: Implications for clinical care and clinical trials. *Gynecologic Oncology*, 135(2), 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.08.036>
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A., & Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Ariel Practicum.
- Ozdemir, D., & Tas Arslan, F. (2018). An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 27(9),

2214–2219. <https://doi.org/10.1002/pon.4798>

Öztunç, G., Yeşil, P., Paydaş, S., & Erdoğan, S. (2013). Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *14*(1), 571–578. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.1.571>

Paladino, A. J., Anderson, J. N., Graff, J. C., Krukowski, R. A., Blue, R., Jones, T. N., Buzaglo, J., Kocak, M., Vidal, G. A., & Graetz, I. (2019). A qualitative exploration of race-based differences in social support needs of diverse women with breast cancer on adjuvant therapy. *Psycho-Oncology*, *28*(3), 570–576. <https://doi.org/10.1002/pon.4979>

Paraskevi, T. (2012). Quality of life outcomes in patients with breast cancer. *Oncology Reviews*, *6*(e2), 7–10. <https://doi.org/10.4081/oncol.2012.e2>

Park, E. M., Deal, A. M., Check, D. K., Hanson, L. C., Reeder-Hayes, K. E., Mayer, D. K., Yopp, J. M., Song, M. K., Muriel, A. C., & Rosenstein, D. L. (2016). Parenting concerns, quality of life, and psychological distress in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, *25*(8), 942–948. <https://doi.org/10.1002/pon.3935>

Pearce, A., Timmons, A., O’Sullivan, E., Gallagher, P., Gooberman-Hill, R., Thomas, A. A., Molcho, M., Butow, P., & Sharp, L. (2015). Long-term workforce participation patterns following head and neck cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, *9*(1), 30–39. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0382-2>

Pearlin, L. (1985). Social structure and processes of social support. In S. Cohen & L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 43–60). Academic Press.

Pedersen, A. F., Rossen, P., Olesen, F., von der Maase, H., & Vedsted, P. (2012). Fear of recurrence and causal attributions in long-term survivors of testicular cancer. *Psycho-*

Oncology, 21(11), 1222–1228. <https://doi.org/10.1002/pon.2030>

Penttinen, H. M., Saarto, T., Kellokumpu-Lehtinen, P., Blomqvist, C., Huovinen, R., Kautiainen, H., Järvenpää, S., Nikander, R., Idman, I., Luoto, R., Sievänen, H., Utriainen, M., Vehmanen, L., Jääskeläinen, A. S., Elme, A., Ruohola, J., Luoma, M., & Hakamies-Blomqvist, L. (2011). Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psycho-Oncology*, 20(11), 1211–1220. <https://doi.org/10.1002/pon.1837>

Perry, L. M., Hoerger, M., Seibert, K., Gerhart, J. I., O'Mahony, S., & Duberstein, P. R. (2019). Financial Strain and Physical and Emotional Quality of Life in Breast Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(3), 454–459. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.05.011>

Pfaendler, K. S., Wenzel, L., Mechanic, M. B., & Penner, K. R. (2015). Cervical Cancer Survivorship: Long-term Quality of Life and Social Support. *Clinical Therapeutics*, 37(1), 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.11.013>

Philip, E. J., Nelson, C., Temple, L., Carter, J., Schover, L., Jennings, S., Jandorf, L., Starr, T., Baser, R., & DuHamel, K. (2013). Psychological Correlates of Sexual Dysfunction in Female Rectal and Anal Cancer Survivors: Analysis of Baseline Intervention Data. *Journal of Sexual Medicine*, 10(10), 2539–2548. <https://doi.org/10.1111/jsm.12152>

Polanski, J., Jankowska-Polanska, B., Rosinczuk, J., Chabowski, M., & Szymanska-Chabowska, A. (2016). Quality of life of patients with lung cancer. *OncoTargets and Therapy*, 9(1), 1023–1028. <https://doi.org/10.2147/OTT.S100685>

Puente-Maestu, L., & Villar, F. (2006). Implicaciones de la calidad de vida en las decisiones

quirúrgicas del cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 3(2–3), 393–405.

Puigpinós-Riera, R., Serral, G., Sala, M., Bargalló, X., Quintana, M. J., Espinosa, M., Manzanera, R., Doménech, M., Macià, F., Grau, J., & Vidal, E. (2020). Cancer-related fatigue and its determinants in a cohort of women with breast cancer: the DAMA Cohort. *Supportive Care in Cancer*, 28(11), 5213–5221.
<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05337-9>

Quattropiani, M. C., Lenzo, V., & Filastro, A. (2017). Predictive factors of anxiety and depression symptoms in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. An explorative study based on metacognitions. *Journal of Psychopathology*, 23(2), 67–73.

Quist, M., Adamsen, L., Rørth, M., Laursen, J. H., Christensen, K. B., & Langer, S. W. (2015). The Impact of a Multidimensional Exercise Intervention on Physical and Functional Capacity, Anxiety, and Depression in Patients With Advanced-Stage Lung Cancer Undergoing Chemotherapy. *Integrative Cancer Therapies*, 14(4), 341–349.
<https://doi.org/10.1177/1534735415572887>

Rajandram, R. K., Ho, S. M. Y., Samman, N., Chan, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC Research Notes*, 4(1), 519.
<https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-519>

Ralph, N. F., Ng, S. K., Zajdlewicz, L., Lepore, S. J., Heathcote, P., Kneebone, A., Dunn, J. C., & Chambers, S. K. (2020). Ten-year quality of life outcomes in men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 29(2), 444–449. <https://doi.org/10.1002/pon.5255>

Ramsey, S. D., Bansal, A., Fedorenko, C. R., Blough, D. K., Overstreet, K. A., Shankaran, V., &

- Newcomb, P. (2016). Financial insolvency as a risk factor for early mortality among patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *34*(9), 980–986.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.6620>
- Reb, A. M., & Cope, D. G. (2019). Quality of Life and Supportive Care Needs of Gynecologic Cancer Survivors. *Western Journal of Nursing Research*, *41*(10), 1385–1406.
<https://doi.org/10.1177/0193945919846901>
- Reich, R. R., Lengacher, C. A., Alinat, C. B., Kip, K. E., Paterson, C., Ramesar, S., Han, H. S., Ismail-Khan, R., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., Budhrani-Shani, P., Shivers, S., Cox, C. E., Goodman, M., & Park, J. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters. *Journal of Pain and Symptom Management*, *53*(1), 85–95.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.005>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, *9*(1), 86–93.
<https://doi.org/10.1017/S1138741600006004>
- Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., & Dejanova, B. (2015). Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, *3*(4), 727–731. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2015.128>
- Rodriguez, C., Ji, M., Wang, H. L., Padhya, T., & McMillan, S. C. (2019). Cancer Pain and Quality of Life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, *21*(2), 116–123.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000507>
- Rowland, J. H., & Bellizzi, K. M. (2014). Cancer survivorship issues: Life after treatment and

implications for an aging population. *Journal of Clinical Oncology*, 32(24), 2662–2668.

<https://doi.org/10.1200/JCO.2014.55.8361>

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119–144. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108>

Saboonchi, F., Petersson, L., Alexanderson, K., Bränström, R., & Wennman-Larsen, A. (2016).

Expecting the best and being prepared for the worst: structure, profiles, and 2-year temporal stability of dispositional optimism in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 25(8), 957–963. <https://doi.org/10.1002/pon.4045>

Sajjad, S., Ali, A., Gul, R. B., Mateen, A., & Rozi, S. (2016). The effect of individualized patient education, along with emotional support, on the quality of life of breast cancer patients - A pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*, 21(1), 75–82.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.01.006>

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219–247.

<https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing Optimism From Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): A Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063–1078.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1063>

Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C. M., Sandvik, L., & Kåresen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13(5), 309–320. <https://doi.org/10.1002/pon.747>

- Schou, I., Ekeberg, Ø., Sandvik, L., & Ruland, C. M. (2005). Stability in Optimism-Pessimism in Relation to Bad News: A Study of Women With Breast Cancer. *Journal of Personality Assessment, 84*(2), 148–154. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8402_04
- Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00208>
- Semin, J. N., Palm, D., Smith, L. M., & Ruttle, S. (2020). Understanding breast cancer survivors' financial burden and distress after financial assistance. *Supportive Care in Cancer, 28*(9), 4241–4248. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05271-5>
- Sephton, S., & Spiegel, D. (2003). Circadian disruption in cancer: a neuroendocrine-immune pathway from stress to disease? *Brain, Behavior, and Immunity, 17*(5), 321–328. [https://doi.org/10.1016/S0889-1591\(03\)00078-3](https://doi.org/10.1016/S0889-1591(03)00078-3)
- Shaheen, N., Andleeb, S., Ahmad, S., & Bano, A. (2014). Effect of optimism on psychological stress in breast cancer women. *Journal of Social Sciences, 8*(1), 84–90.
- Shand, L. K., Brooker, J. E., Burney, S., Fletcher, J., & Ricciardelli, L. A. (2018). Psychosocial factors associated with posttraumatic stress and growth in Australian women with ovarian cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 36*(4), 470–483. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1461728>
- Sharpley, C. F., Bitsika, V., Wootten, A. C., & Christie, D. R. H. (2014). Does resilience 'buffer' against depression in prostate cancer patients? A multi-site replication study. *European Journal of Cancer Care, 23*(4), 545–552. <https://doi.org/10.1111/ecc.12170>
- Shen, A., Qiang, W., Wang, Y., & Chen, Y. (2020). Quality of life among breast cancer survivors with triple negative breast cancer-role of hope, self-efficacy and social

support. *European Journal of Oncology Nursing*, 46, 101771.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101771>

Shim, I. H., Choi, C. W., Bae, D. S., Ha, S. H., Kwon, K. A., Yoon, T. I., & Yi, O. V. (2022).

Psychiatric comorbidities and quality of life in breast cancer patients undergoing radiation treatment: Risk and protective factors. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 57(1), 53–68. <https://doi.org/10.1177/0091217421989144>

Silva, S. M., Crespo, C., & Canavarró, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in

breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 27(11), 1323–1341.

<https://doi.org/10.1080/08870446.2012.676644>

Siyam, T., Ross, S., Campbell, S., Eurich, D. T., & Yuksel, N. (2017). The effect of hormone

therapy on quality of life and breast cancer risk after risk-reducing salpingo-oophorectomy: A systematic review. *BMC Women's Health*, 17, 22.

<https://doi.org/10.1186/s12905-017-0370-6>

Sjölander, C., & Berterö, C. (2008). The significance of social support and social networks

among newly diagnosed lung cancer patients in Sweden. *Nursing and Health Sciences*, 10(3), 182–187. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00395.x>

Smith, A. B., Butow, P., Olver, I., Lockett, T., Grimison, P., Toner, G. C., Stockler, M. R.,

Hovey, E., Stubbs, J., Turner, S., Hruby, G., Gurney, H., Alam, M., Cox, K., & King, M. T.

(2016). The prevalence, severity, and correlates of psychological distress and impaired health-related quality of life following treatment for testicular cancer: a survivorship study. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(2), 223–233. <https://doi.org/10.1007/s11764->

015-0468-5

- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Keefer, K. V., & Tremblay, P. F. (2016). Coping Strategies and Psychological Outcomes: The Moderating Effects of Personal Resiliency. *The Journal of Psychology, 150*(3), 318–332. <https://doi.org/10.1080/00223980.2015.1036828>
- So, W. K. W., Choi, K. C., Chen, J. M. T., Chan, C. W. H., Chair, S. Y., Fung, O. W. M., Wan, R. W. M., Mak, S. S. S., Ling, W. M., Ng, W. T., & Yu, B. W. L. (2014). Quality of life in head and neck cancer survivors at 1 year after treatment: the mediating role of unmet supportive care needs. *Supportive Care in Cancer, 22*(11), 2917–2926. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2278-0>
- Spatuzzi, R., Vespa, A., Lorenzi, P., Miccinesi, G., Ricciuti, M., Cifarelli, W., Susi, M., Fabrizio, T., Ferrari, M. G., Ottaviani, M., Giulietti, M. V., Merico, F., & Aieta, M. (2016). Evaluation of Social Support, Quality of Life, and Body Image in Women with Breast Cancer. *Breast Care, 11*(1), 28–32. <https://doi.org/10.1159/000443493>
- Sprangers, M. A. . . , te Velde, A., & Aaronson, N. K. (1999). The construction and testing of the EORTC colorectal cancer-specific quality of life questionnaire module (QLQ-CR38). *European Journal of Cancer, 35*(2), 238–247. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(98\)00357-8](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(98)00357-8)
- Sprangers, M. A. G., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., te Velde, A., Muller, M., Franzini, L., Williams, A., de Haes, H. C. J. M., Hopwood, P., Cull, A., & Aaronson, N. K. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *Journal of Clinical Oncology, 14*(10), 2756–2768.

<https://doi.org/10.1200/JCO.1996.14.10.2756>

Stahlschmidt, R., Ferracini, A. C., de Souza, C. M., de Medeiros, L. M., Juliato, C. R. T., & Mazzola, P. G. (2019). Adherence and quality of life in women with breast cancer being treated with oral hormone therapy. *Supportive Care in Cancer*, 27(10), 3799–3804.

<https://doi.org/10.1007/s00520-019-04671-x>

Stanton, A. L., Petrie, K. J., & Partridge, A. H. (2014). Contributors to nonadherence and nonpersistence with endocrine therapy in breast cancer survivors recruited from an online research registry. *Breast Cancer Research and Treatment*, 145(2), 525–534.

<https://doi.org/10.1007/s10549-014-2961-3>

Suwankhong, D., & Liamputtong, P. (2016). Social support and women living with breast cancer in the South of Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 39–47.

<https://doi.org/10.1111/jnu.12179>

Tamura, S., Suzuki, K., Ito, Y., & Fukawa, A. (2021). Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 29(7), 3471–3486. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05943-7>

Tan, W. S., Beatty, L., & Koczwara, B. (2019). Do cancer patients use the term resilience? A systematic review of qualitative studies. *Supportive Care in Cancer*, 27(1), 43–56.

<https://doi.org/10.1007/s00520-018-4456-y>

Tang, L., Fritzsche, K., Leonhart, R., Pang, Y., Li, J., Song, L., Fischer, I., Koch, M., Wuensch, A., Mewes, R., & Schaefer, R. (2017). Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in Chinese breast cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 231.

<https://doi.org/10.1186/s12955-017-0803-9>

Tanyi, Z., Szluha, K., Nemes, L., Kovács, S., & Bugán, A. (2014). Health-related Quality of Life, Fatigue, and Posttraumatic Growth of Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy: A Longitudinal Study. *Applied Research in Quality of Life*, 9(3), 617–630.

<https://doi.org/10.1007/s11482-013-9261-7>

Taylor, C. L. C., Basen-Engquist, K., Shinn, E. H., & Bodurka, D. C. (2004). Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 22(5), 881–889.

<https://doi.org/10.1200/JCO.2004.08.150>

Taylor, S. E. (2006). *Health Psychology*. McGraw-Hill.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.

https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Teston, E. F., Fukumori, E. F. C., Benedetti, G. M. dos S., Spigolon, D. N., Costa, M. A. R., & Marcon, S. S. (2018). Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. *Escola Anna Nery*, 22(4), e20180017.

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0017>

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. <https://doi.org/10.2307/2136511>

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>

- Thompson, T., Pérez, M., Kreuter, M., Margenthaler, J., Colditz, G., & Jeffe, D. B. (2017). Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social Science & Medicine*, *192*(1), 134–142.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.035>
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., & López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Management Consultancy: What Next?*, *18*(1), 45–59.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Fardig, J., & Smith, D. C. (2003). Course of distress and quality of life in testicular cancer patients before, during, and after chemotherapy: Results of a pilot study. *Psycho-Oncology*, *12*(8), 814–820. <https://doi.org/10.1002/pon.703>
- Triberti, S., Savioni, L., Sebri, V., & Pravettoni, G. (2019). eHealth for improving quality of life in breast cancer patients: A systematic review. *Cancer Treatment Reviews*, *74*, 1–14.
<https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2019.01.003>
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(4), 805–811.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.805>
- Truong, D. V., Bui, Q. T. T., Nguyen, D. T., & Moore, J. (2019). Anxiety Among Inpatients With Cancer: Findings From a Hospital-Based Cross-Sectional Study in Vietnam. *Cancer Control*, *26*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1177/1073274819864641>
- Tsai, L. Y., Lee, S. C., Wang, K. L., Tsay, S. L., & Tsai, J. M. (2018). A correlation study of fear of cancer recurrence, illness representation, self-regulation, and quality of life among gynecologic cancer survivors in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and*

Gynecology, 57(6), 846–852. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.10.014>

Turk, K. E., & Yilmaz, M. (2018). The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. *European Journal of Breast Health*, 14(14), 205–210. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3875>

Uslu-Sahan, F., Terzioglu, F., & Koc, G. (2019). Hopelessness, Death Anxiety, and Social Support of Hospitalized Patients with Gynecologic Cancer and Their Caregivers. *Cancer Nursing*, 42(5), 373–380. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000622>

van Leeuwen, 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, M., ... van de Poll-Franse, L. V. (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>

Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, research and intervention*. Praeger.

Wal, G. S. Vander, Lichstein, K. L., & Perkins, C. K. (2017). Correlation of Disturbed Sleep and Cancer Stress. *Behavioral Sleep Medicine*, 15(1), 39–52. <https://doi.org/10.1080/15402002.2015.1065413>

Weber, D., & O'Brien, K. (2017). Cancer and Cancer-Related Fatigue and the Interrelationships With Depression, Stress, and Inflammation. *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 22(3), 502–512. <https://doi.org/10.1177/2156587216676122>

- Wefel, J. S., Kesler, S. R., Noll, K. R., & Schagen, S. B. (2015). Clinical characteristics, pathophysiology, and management of noncentral nervous system cancer-related cognitive impairment in adults. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *65*(2), 123–138.
<https://doi.org/10.3322/caac.21258>
- Weiss, A., Sommer, G., Schindera, C., Wengenroth, L., Karow, A., Diezi, M., Michel, G., & Kuehni, C. E. (2019). Hearing loss and quality of life in survivors of paediatric CNS tumours and other cancers. *Quality of Life Research*, *28*(2), 515–521.
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-2021-2>
- Wells, A. A., Gulbas, L., Sanders-Thompson, V., Shon, E. J., & Kreuter, M. W. (2014). African-American Breast Cancer Survivors Participating in a Breast Cancer Support Group: Translating Research into Practice. *Journal of Cancer Education*, *29*(4), 619–625.
<https://doi.org/10.1007/s13187-013-0592-8>
- Wen, Q., Shao, Z., Zhang, P., Zhu, T., Li, D., & Wang, S. (2017). Mental distress, quality of life and social support in recurrent ovarian cancer patients during active chemotherapy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *216*, 85–91.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.07.004>
- Whistance, R. N., Conroy, T., Chie, W., Costantini, A., Sezer, O., Koller, M., Johnson, C. D., Pilkington, S. A., Arraras, J., Ben-Josef, E., Pullyblank, A. M., Fayers, P., & Blazeby, J. M. (2009). Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *European Journal of Cancer*, *45*(17), 3017–3026.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.08.014>

- Willems, R. A., Bolman, C. A. W., Mesters, I., Kanera, I. M., Beaulen, A. A. J. M., & Lechner, L. (2016). Cancer survivors in the first year after treatment: The prevalence and correlates of unmet needs in different domains. *Psycho-Oncology*, *25*(1), 51–57. <https://doi.org/10.1002/pon.3870>
- Wood, A. W., Barden, S., Terk, M., & Cesaretti, J. (2017). The influence of stigma on the quality of life for prostate cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, *35*(4), 451–467. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1307896>
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. (2020). *All cancers*. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-factsheets.pdf>
- Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, *12*(SUPPL. 1), 59–72. <https://doi.org/10.1023/a:1023529606137>
- Yağmur, Y., & Duman, M. (2016). The relationship between the social support level perceived by patients with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *134*(2), 208–211. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.12.010>
- Yang, Y. S., & Bae, S. M. (2022). Association between resilience, social support, and institutional trust and post-traumatic stress disorder after natural disasters. *Archives of Psychiatric Nursing*, *37*, 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.01.001>
- Ye, Z. J., Qiu, H. Z., Li, P. F., Liang, M. Z., Zhu, Y. F., Zeng, Z., Hu, G. Y., Wang, S. N., & Quan, X. M. (2017). Predicting changes in quality of life and emotional distress in Chinese

- patients with lung, gastric, and colon-rectal cancer diagnoses: the role of psychological resilience. *Psycho-Oncology*, 26(6), 829–835. <https://doi.org/10.1002/pon.4237>
- Yin, Y., Lyu, M., Chen, Y., Zhang, J., Li, H., Li, H., Xia, G., & Zhang, J. (2022). Self-efficacy and positive coping mediate the relationship between social support and resilience in patients undergoing lung cancer treatment: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 13, 953491. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.953491>
- Yoo, H., Shin, D. W., Jeong, A., Kim, S. Y., Yang, H., Kim, J. S., Lee, J. E., Oh, J. H., Park, E. C., Park, K., & Park, J. H. (2017). Perceived social support and its impact on depression and health-related quality of life: a comparison between cancer patients and general population. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(8), 728–734. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyx064>
- Yoon, H., Chatters, L., Kao, T. A., Saint-Arnault, D., & Northouse, L. (2018). Predictors of quality of life and depression among Korean-American cancer patients and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2717–2724. <https://doi.org/10.1002/pon.4864>
- Zhang, Y., Cui, C., Wang, Y., & Wang, L. (2020). Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01353-9>
- Zheng, Z., Jemal, A., Han, X., Guy, G. P., Li, C., Davidoff, A. J., Banegas, M. P., Ekwueme, D. U., & Yabroff, K. R. (2019). Medical financial hardship among cancer survivors in the United States. *Cancer*, 125(10), 1737–1747. <https://doi.org/10.1002/cncr.31913>
- Zimmermann, T. (2015). Intimate relationships affected by breast cancer: Interventions for

couples. *Breast Care*, 10(2), 102–108. <https://doi.org/10.1159/000381966>

Zou, G., Li, Y., Xu, R., & Li, P. (2018). Resilience and positive affect contribute to lower cancer-related fatigue among Chinese patients with gastric cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8), e1412–e1418. <https://doi.org/10.1111/jocn.14245>

9. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIOS USADOS EN LA INVESTIGACIÓN

ANEXO 2. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 3. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE EXPERIMENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ANEXO 4. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL COSTA DEL SOL

ANEXO 5. ÍNDICE DE FIGURAS

ANEXO 6. COMUNICACIONES EN CONGRESOS DERIVADAS DE LA TESIS DOCTORAL

9. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIOS USADOS EN LA INVESTIGACIÓN

A continuación se indican los instrumentos usados en la investigación:

- Cuestionario sociodemográfico y de salud

Iniciales: _____ *Es totalmente anónimo (si no desea poner iniciales, puede poner un número al azar).*

Fecha de hoy: __/__/____ *Fecha en la que realiza el cuestionario.*

Ciudad: _____

Sexo: _____
 1. Hombre
 2. Mujer

Estado civil: _____
 1. Soltero/a
 2. Casado/a
 3. Divorciado/a – Separado/a
 4. Viudo/a
 5. Pareja de hecho

Estudios: _____
 1. Universitarios o superiores terminados
 2. Ahora en estudio universitario / superior
 3. Bachillerato o ciclo profesional terminado
 4. Sólo enseñanza obligatoria (antes EGB) terminada
 5. Sin ninguno de los estudios anteriores

Situación laboral: _____
 1. Funcionario/a
 2. En activo, por cuenta propia
 3. En activo, contratado
 4. En desempleo
 5. Estudiante
 6. Tareas domésticas exclusivamente
 7. Jubilado/a
 8. Baja por enfermedad

Tipo de cáncer: _____

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial: _____

Momento en el que se encuentra respecto a la enfermedad:

1. Recién diagnosticado
2. En tratamiento
3. En proceso de revisión

4. Alta médica

5. Otro: _____

Tratamiento recibido (*puede elegir varios*):

1. Quirúrgico

2. Radioterapia

3. Quimioterapia

4. Hormonoterapia

5. Otro (indique): _____

¿Ha tenido alguna recidiva?:

1. Sí

2. No

- Cuestionario de Calidad de Vida adaptado a la población española: EORTC-QLQ C-30-Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (Arrarás et al., 1995).

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4
Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4

- Escala de Estrés Percibido (PSS-14) adaptada a la población española (Remor, 2006)

		Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?	0	1	2	3	4
11	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?	0	1	2	3	4
13	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

- Cuestionario de Frecuencia y Satisfacción con el Apoyo Social (QFSS) (García-Martín et al., 2016).

Indique la frecuencia y satisfacción con el apoyo recibido de su pareja, familia, amigos y personal sanitario.	¿CON FRECUENCIA RECIBE APOYO?	QUÉ	¿CÓMO ESTÁ DE SATISFECHO CON CADA TIPO DE APOYO?							
	1. Rara vez		1. Insatisfecho							
	2. A veces		2. Poco							
	3. Bastante a menudo		3. Algo satisfecho							
	4. Casi siempre		4. Bastante satisfecho							
	5. Siempre		5. Muy satisfecho							
FAMILIA (padres, hermanos...)	FRECUENCIA					SATISFACCIÓN				
APOYO EMOCIONAL: Le dan cariño, afecto o le escuchan cuando quiere hablar y expresar sus sentimientos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
APOYO INSTRUMENTAL: Le prestan ayuda directa para sus cuidados, acompañarlo en las visitas al médico, acompañarle a dar paseos o hacer ejercicio físico, etc.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
APOYO INFORMACIONAL: Le proporcionan información y consejos útiles para resolver sus dudas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PAREJA	FRECUENCIA					SATISFACCIÓN				
APOYO EMOCIONAL: Le da cariño, afecto o le escucha cuando quiere hablar y expresar sus sentimientos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
APOYO INSTRUMENTAL: Le presta ayuda directa para sus cuidados, acompañarlo en las visitas al médico, acompañarle a dar paseos o hacer ejercicio físico, etc.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
APOYO INFORMACIONAL: Le proporciona información y consejos útiles para resolver sus dudas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
AMIGOS	FRECUENCIA					SATISFACCIÓN				
APOYO EMOCIONAL: Le dan cariño, afecto o le escuchan cuando quiere hablar y expresar sus sentimientos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
APOYO INSTRUMENTAL: Le presta ayuda directa para sus cuidados, acompañarlo en las visitas al médico, acompañarle a dar paseos o hacer ejercicio físico, etc.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
APOYO INFORMACIONAL: Le proporciona información y consejos útiles para resolver sus dudas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PERSONAL SANITARIO	FRECUENCIA					SATISFACCIÓN				
APOYO EMOCIONAL: El profesional proporciona afecto o le escucha cuando quiere hablar y expresar sus sentimientos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
APOYO INSTRUMENTAL: Los profesionales proporcionan ayuda para sus cuidados y le prestan servicios, etc.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
APOYO INFORMACIONAL: Los profesionales le proporcionan información y consejos útiles para resolver sus dudas respecto a su salud.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

- Cuestionario de Optimismo Disposicional adaptado a la población española:

Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R) (Otero et al., 1998)

0 = Muy en desacuerdo						
1 = En desacuerdo						
2 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo						
3 = De acuerdo						
4 = Muy de acuerdo						
1	En tiempos difíciles suelo esperar lo mejor	0	1	2	3	4
2	Me resulta fácil relajarme	0	1	2	3	4
3	Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	0	1	2	3	4
4	Siempre soy optimista en cuanto al futuro	0	1	2	3	4
5	Disfruto un montón de mis amistades	0	1	2	3	4
6	Para mí es importante estar siempre ocupado/a	0	1	2	3	4
7	Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	0	1	2	3	4
8	No me disgusto fácilmente	0	1	2	3	4
9	Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	0	1	2	3	4
10	En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	0	1	2	3	4

- Versión reducida de 10 ítems de la Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC 10) (Davidson, 2018).

		No ha sido verdadera en absoluto			Verdadera casi siempre	
1	Soy capaz de adaptarme a los cambios	0	1	2	3	4
2	Puedo afrontar lo que venga	0	1	2	3	4
3	Veo el lado divertido de las cosas cuando me enfrento a problemas	0	1	2	3	4
4	Hacer frente al estrés fortalece	0	1	2	3	4
5	Tiendo a recuperarme tras una enfermedad o una dificultad	0	1	2	3	4
6	Puedo alcanzar mis objetivos, incluso si hay obstáculos	0	1	2	3	4
7	Bajo presión, me centro y pienso con claridad	0	1	2	3	4
8	No me desanimo fácilmente por los fallos	0	1	2	3	4
9	Pienso en mí mismo como una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida	0	1	2	3	4
10	Puedo manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y miedo	0	1	2	3	4

ANEXO 2. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PACIENTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza: Influencia del apoyo social y la resiliencia en la calidad de vida y estrés percibido en pacientes con cáncer.

Esta investigación tiene como objetivo analizar la percepción de apoyo social, la calidad de vida, el estrés percibido y la resiliencia de los pacientes oncológicos. Más concretamente:

- Conocer si la percepción de apoyo social y la resiliencia disminuyen el estrés percibido y aumentan la calidad de vida del paciente.
- Analizar los diferentes tipos de apoyo (emocional, instrumental e informacional) para comprobar qué tipo de apoyo se relaciona más positivamente con la calidad de vida de los pacientes.
- Analizar las diferentes fuentes de apoyo (familia, amigos, pareja y personal sanitario) para conocer el tipo de apoyo que prestan y el que más se relaciona con la calidad de vida de los enfermos oncológicos.
- Analizar las dimensiones de la capacidad resiliente que se relacionan positivamente con la calidad de vida de los pacientes.
- Estudiar las diferencias en calidad de vida y estrés percibido de los pacientes oncológicos en las diferentes fases de la enfermedad y en los diferentes tipos de cáncer.
- Analizar las dimensiones de la calidad de vida que más se ven afectadas por la presencia de la enfermedad

Importancia: El cáncer puede llegar a producir un síndrome de burnout, deteriorando ámbitos de la vida personal, social, laboral y familiar durante largos intervalos de tiempo, poniendo en extremo riesgo la calidad de vida del paciente. Las relaciones de apoyo pueden proteger al paciente con cáncer de las múltiples fuentes potenciales de estrés a las que tienen que hacer frente. Asimismo actualmente ha habido un creciente interés en estudiar la resiliencia en tales pacientes, sin embargo aún no se conoce mucho sobre cómo actúa o afecta la resiliencia en pacientes con cáncer y mucho menos sobre cómo interactúa con el estrés percibido y la calidad de vida de tales pacientes. Los resultados de esta investigación tendrán una importante relevancia debido a que es imprescindible estudiar los aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer ya que tan importante como aumentar su longevidad es que tal aumento conlleve el menor deterioro posible en su funcionamiento diario y en su calidad de vida percibida. Gracias a los resultados y partiendo de un análisis de las necesidades de apoyo de los pacientes oncológicos se podrán diseñar estrategias de intervención más eficaces.

Implicaciones para el paciente:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.
- Para asegurar el respeto a la dignidad y a los derechos inherentes a la persona, la investigación se realizará conforme a la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

Apoyo social y calidad de vida en pacientes con cáncer

Yo :

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio *Influencia del apoyo social y la resiliencia en la calidad de vida y estrés percibido en pacientes con cáncer*.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- **Deseo** ser informado/a de los resultados del estudio.

Si No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado Influencia del apoyo social y la resiliencia en la calidad de vida y estrés percibido en pacientes con cáncer*.

Firma del paciente
(o representante legal en su caso)

Firma del investigador

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

ANEXO 3. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE EXPERIMENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



Vicerrectorado de Investigación y Transferencia
Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga
(CEUMA)

Nº: 367

Nº de Registro CEUMA: 58-2016-H

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE EXPERIMENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CEUMA

Reunido el Comité Ético de Experimentación en Málaga, el 30 de noviembre de 2016 ha evaluado la solicitud del proyecto denominado: **"Influencia del apoyo social y la resiliencia en la calidad de vida y el estrés percibido en pacientes con cáncer"**, cuyo investigador principal es **Dª Mª Isabel Hombrados Mendieta**.

Una vez examinada la documentación presentada y verificados aquellos aspectos relacionados con la ética y la legislación en materia de investigación que se indican:

-Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.

- El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información al sujeto son correctos.

- La idoneidad del procedimiento experimental, especialmente la posibilidad de alcanzar conclusiones válidas de acuerdo con los objetivos establecidos.

- La capacidad del investigador principal y sus colaboradores los medios y las instalaciones previstas son apropiados para llevar a cabo dicho estudio.

- El alcance de las compensaciones y motivaciones previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Acuerda por consenso emitir Informe Ético FAVORABLE para dicho proyecto.

Para que así conste D. JUAN TEODOMIRO LÓPEZ NAVARRETE, Vicerrector de Investigación y Transferencia y Presidente del Comité Ético de Investigación de la Universidad de Málaga lo firma en Málaga a 1 de diciembre de 2016.

Fdo: Juan Teodomiro López Navarrete.



EFQM

AENOR



Pabellón de Gobierno, planta 3ª. Campus El Ejido. 29071. Tel.: 952 13 42 04
E-mail- ceuma@uma.es





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



Vicerrectorado de Investigación y Transferencia
Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga
(CEUMA)

Nº: 367

Nº de Registro CEUMA: 58-2016-H

Una vez instruido el procedimiento, y en base a lo dispuesto en el artículo 84 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, se le da audiencia para que en un plazo de 10 días, contados a partir de la recepción/publicación del presente informe, pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estime pertinentes.



EFQM

AENOR



Pabellón de Gobierno, planta 3ª. Campus El Ejido. 29071. Tel.: 952 13 42 04
E-mail- ceuma@uma.es



ANEXO 4. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL COSTA DEL SOL

FRANCISCO RIVÁS RUIZ COMO SECRETARIO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN COSTA DEL SOL

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado y ponderado de forma **FAVORABLE** en Sesión Ordinaria celebrada el 30 de Junio de 2016 el proyecto de investigación titulado:

TÍTULO: Influencia del apoyo social y la resiliencia en la calidad de vida y estrés percibido en pacientes con cáncer, cuyo investigador principal es Iván Ruiz Rodríguez perteneciente al Area de conocimiento de Psicología Social de la Universidad de Málaga, con código interno: 002_jun_PI – Estudio calidad vida pacientes cáncer.

Los miembros del CEI CS presentes: Zaira Caracuel Ríos, Enrique Caso Peláez, Guadalupe del Castillo Aguas, Secundino Castillo Sánchez, Ángeles Morales Fernández, José Luís Moreno Haro, Alejandro Pérez Cabeza, Yolanda de Mesa, Isabel María Rodríguez Jiménez y Silvia Soler Méndez.

consideran que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.
- Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.
- Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Lo que firmo en Marbella, a veinticuatro de noviembre de dos mil dieciséis

Fdo. Francisco Rivas Ruiz

Secretario del CEI Costa del Sol



ANEXO 5. ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. DATOS DE LAS CINCO COMUNIDADES AUTÓNOMAS CON MAYOR INCIDENCIA DE NUEVOS CASOS EN EL AÑO 2022.....	20
FIGURA 2. DATOS DE LAS CINCO COMUNIDADES AUTÓNOMAS CON MAYOR NÚMERO DE FALLECIDOS DE CÁNCER EN EL AÑO 2022.....	20
FIGURA 3. DATOS DE LOS CINCO TIPOS DE CÁNCER CON MAYOR INCIDENCIA EN ANDALUCÍA EN EL AÑO 2022.....	21
FIGURA 4. DATOS DE LOS CINCO TIPOS DE CÁNCER CON MAYOR MORTALIDAD EN ANDALUCÍA EN EL AÑO 2022.....	21
FIGURA 5. DATOS DE LA INCIDENCIA DE NUEVOS CASOS DE CÁNCER EN LAS OCHO PROVINCIAS DE ANDALUCÍA.....	22
FIGURA 6. GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO EN LA INVESTIGACIÓN.....	65
FIGURA 7. EDAD DE LOS PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO EN LA INVESTIGACIÓN.....	65
FIGURA 8. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO EN LA INVESTIGACIÓN.....	66
FIGURA 9. NIVEL ACADÉMICO DE LOS PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO EN LA INVESTIGACIÓN.....	66
FIGURA 10. SITUACIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO EN LA INVESTIGACIÓN.....	67

FIGURA 11. TIPOS DE CÁNCER DE LOS PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO EN LA INVESTIGACIÓN.....	68
FIGURA 12. FASE DEL PROCESO SANITARIO EN EL QUE SE ENCUENTRAN LOS PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO EN LA INVESTIGACIÓN.....	68
FIGURA 13. TRATAMIENTO RECIBIDO POR LOS PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO EN LA INVESTIGACIÓN.....	69
FIGURA 14. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL DIAGNÓSTICO INICIAL EN LOS PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO EN LA INVESTIGACIÓN.....	69
FIGURA 15. RECIDIVA DEL CÁNCER PRODUCIDA EN LOS PACIENTES.....	70

ANEXO 6. COMUNICACIONES EN CONGRESOS DERIVADAS DE LA TESIS DOCTORAL

- Ruiz-Rodríguez, I., Melguizo-Garín, A., García-Cid, A., & Hombrados-Mendieta, I. (octubre, 2022). *Pacientes sometidos a cirugía por cáncer: relación del apoyo social con la calidad de vida*. Comunicación Oral presentada en V Congreso Internacional de la Sociedad Científica Española de Psicología Social y XVI Congreso Nacional de Psicología Social. Burgos, España.
- Ruiz-Rodríguez, I., Melguizo-Garín, A., García-Cid, A., & Hombrados-Mendieta, I. (2022). Relación de la satisfacción con el apoyo social, resiliencia y optimismo con el estrés percibido de pacientes con cáncer. Comunicación Póster presentada en V Congreso Internacional de la Sociedad Científica Española de Psicología Social y XVI Congreso Nacional de Psicología Social. Burgos, España.
- Ruiz-Rodríguez, I., & Melguizo-Garín, A. (diciembre, 2021). *Pacientes con cáncer en tratamiento: Apoyo social y su relación con la calidad de vida*. Comunicación Oral presentada en VII Congreso Internacional en Contextos Psicológicos, Educativos y de la Salud. Madrid, España.
- Ruiz-Rodríguez, I. (diciembre, 2021). *Resiliencia y apoyo emocional en pacientes con cáncer: Relación con el estrés y la calidad de vida*. Ponencia Invitada dentro del simposio “Calidad de vida y salud: Abordaje y estudio desde diferentes perspectivas de la Psicología” en VII Congreso Internacional en Contextos Psicológicos, Educativos y de la Salud. Madrid, España.

- Ruiz-Rodríguez, I., & Melguizo-Garín, A. (diciembre, 2021). *Calidad de vida en mujeres con cáncer y su relación con la satisfacción con el apoyo social recibido*. Comunicación Póster presentada en VII Congreso Internacional en Contextos Psicológicos, Educativos y de la Salud. Madrid, España.
- Ruiz-Rodríguez, I., Melguizo-Garín, A., Hombrados-Mendieta, I., & Martos-Méndez, M. J. (abril, 2021). *Satisfacción con el apoyo social recibido y su relación con la calidad de vida y estrés percibido en pacientes con cáncer*. Comunicación Oral presentada en 9º Congreso de la Sociedad Española de Psicooncología. Virtual.
- Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & López-Espigares, T. (octubre, 2020). *Relación de la satisfacción con el apoyo social con la calidad de vida, el optimismo y el estrés percibido en pacientes con cáncer*. Comunicación Póster presentada en IV Congreso Internacional de la SCEPS y XV Congreso Nacional de Psicología Social. On Line.
- Ruiz-Rodríguez, I. (octubre, 2018). *Relación entre apoyo social, calidad de vida y optimismo en pacientes con cáncer*. Comunicación Póster presentada en III Congreso Internacional de la SCEPS y XIV Congreso Nacional de Psicología Social. Cuenca, España.
- Ruiz-Rodríguez, I. (julio, 2017). *Influencia del apoyo social en la resiliencia de pacientes con cáncer*. Comunicación Póster presentada en III Congreso Nacional de Psicología. Oviedo, España.
- Ruiz-Rodríguez, I., & Salas-Rodríguez, J (julio, 2017). *Influencia del apoyo social en la calidad de vida y estrés percibido de pacientes con cáncer*. Comunicación Póster presentada en III Congreso Nacional de Psicología. Oviedo, España.

- Ruiz-Rodríguez, I. (octubre, 2016). *Influencia del apoyo social y la resiliencia en la calidad de vida de pacientes con cáncer*. Comunicación Póster presentada en II Congreso Internacional de la SCEPS y XIII Congreso Nacional de Psicología Social. Elche, España.
- Ruiz-Rodríguez, I., & Salas-Rodríguez, J. (octubre, 2016). *Influencia del apoyo social en la calidad de vida y estrés percibido de pacientes con cáncer*. Comunicación Póster presentada en II Congreso Internacional de la SCEPS y XIII Congreso Nacional de Psicología Social. Elche, España.