



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Universitat Autònoma de Barcelona

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación

Doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte

TESIS DOCTORAL

**Estrés cotidiano en supervivientes de cáncer.  
El papel del afrontamiento y del apoyo social**

Ornella Castagnetta

Directores: Jordi Fernández-Castro y Tomás Blasco Blasco

*Barcelona 2020*



**A mia nonna Anna**

*“Lo que importa no es lo que la vida te hace,  
sino lo que tú haces con lo que la vida te hace”*

**EDGAR JACKSON**



## AGRADECIMIENTOS

Después de tantos años, largos y complicados, finalmente este trabajo ha llegado a su fin y estoy orgullosa de ello, pero quiero nombrar a todas las personas que han formado parte de mi vida durante este camino y darles las gracias porque, cada uno a su manera, me ha ayudado a conseguir este objetivo.

El primer “gracias” va a mi abuela *Anna*, que ha sido mi principal fuente de inspiración. Ella no ha conseguido ganar su batalla, pero, a pesar de todo, ha sido una gran Superviviente. Te echo de menos.

El “gracias” más grande y más especial va a mis dos *Directores*, por haberme acompañado durante todos estos años, por haber sido pacientes y presentes, por las enseñanzas y los consejos, y por las muchas conversaciones que, a menudo, hemos hecho delante de un café.

A *Riki*, por haber aguantado mis cambios de humor con paciencia, por haberme aconsejado y ayudado durante mis momentos de pánico y agobio.

A *Grissi* por sus consejos de PhD veterano y por su apoyo emocional al estilo francés.

A *mamma, papà* y mi hermano *Giggio*, por sostenerme desde Sicilia.

Agradecerle a *Virtudes Gomáriz* su colaboración, dedicación y gran ayuda en el análisis de los datos.

A mi amigo *Hernán* por la ayuda informática.

A mi amiga *Ale*, por haber aguantado mis muchos desahogos sobre mi vida “desadaptada” entre doctorado, trabajo y mucho más.

Un “gracias” muy importante, va a todos los *Supervivientes de cáncer* que han participado voluntariamente y que han mostrado interés en mi investigación. Gracias también a los grupos que me han ayudado a difundir/compartir mi trabajo en las redes sociales. Espero haber aportado un granito de arena más...



# ÍNDICE

<b>PARTE TEORICA</b>	<b>- 11 -</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>- 13 -</b>
1.1 <i>Las cifras del cáncer en el mundo</i>	- 13 -
1.2 <i>Las cifras del cáncer en España</i>	- 14 -
1.3 <i>Las cifras de la supervivencia</i>	- 15 -
1.4 <i>El superviviente de cáncer: Definiciones</i>	- 16 -
1.5 <i>Después del tratamiento oncológico</i>	- 18 -
1.5.1 <i>Las secuelas a nivel físico</i>	- 19 -
1.5.2 <i>Las secuelas psicológicas y emocionales</i>	- 20 -
1.5.3 <i>Las secuelas a nivel de la sexualidad</i>	- 21 -
1.5.4 <i>Dificultades a nivel laboral</i>	- 22 -
1.6 <i>Valoraciones y conclusiones</i>	- 23 -
<b>2. EL AFRONTAMIENTO</b>	<b>- 25 -</b>
2.1 <i>Definición de Afrontamiento</i>	- 25 -
2.2 <i>Tipos de Afrontamiento</i>	- 27 -
2.2.1 <i>Los Estilos de Afrontamiento</i>	- 27 -
2.2.2 <i>Las Estrategias de Afrontamiento</i>	- 28 -
2.3 <i>El Afrontamiento en la supervivencia</i>	- 30 -
2.3.1 <i>El Afrontamiento y las secuelas a nivel físico</i>	- 31 -
2.3.2 <i>El Afrontamiento y las secuelas psicológicas y emocionales</i>	- 32 -
2.3.3 <i>El Afrontamiento y las secuelas a nivel de la sexualidad</i>	- 33 -
2.3.4 <i>El Afrontamiento y las dificultades a nivel laboral</i>	- 34 -
2.4 <i>Valoraciones y conclusiones</i>	- 34 -
<b>3. EL APOYO SOCIAL</b>	<b>- 37 -</b>
3.1 <i>Definición de Apoyo Social</i>	- 37 -
3.2 <i>Los tipos de Apoyo Social</i>	- 39 -
3.3 <i>Las fuentes de Apoyo Social</i>	- 39 -
3.4 <i>La satisfacción del Apoyo Social</i>	- 40 -
3.5 <i>El Apoyo Social en la supervivencia</i>	- 41 -
3.5.1 <i>El Apoyo Social y las secuelas a nivel físico</i>	- 41 -
3.5.2 <i>El Apoyo Social y las secuelas psicológicas y emocionales</i>	- 42 -
3.5.3 <i>El Apoyo Social y las secuelas a nivel de la sexualidad</i>	- 44 -
3.5.4 <i>El Apoyo Social y las dificultades a nivel laboral</i>	- 44 -
3.6 <i>Valoraciones y conclusiones</i>	- 45 -
<b>4. INTERACCIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL</b>	<b>- 47 -</b>
4.1 <i>Afrontamiento y Apoyo Social en la depresión</i>	- 47 -



4.2 Afrontamiento y Apoyo Social y las secuelas a nivel de la sexualidad	- 48 -
4.3 Afrontamiento y Apoyo Social en la realización de conductas saludables	- 48 -
4.4 Afrontamiento y Apoyo Social en el crecimiento post-traumático	- 49 -
4.5 Afrontamiento y Apoyo Social en el bienestar emocional	- 50 -
4.6 Afrontamiento y Apoyo Social en la fatiga, en el sueño y en la atención	- 51 -
4.7 Modelos teóricos que explican la interacción entre Afrontamiento y Apoyo Social	- 51 -
4.8 Valoraciones y conclusiones	- 53 -
<b>5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>- 55 -</b>
5.1 Planteamiento del problema	- 55 -
5.2 Justificación del trabajo	- 56 -
5.3 Objetivos del trabajo	- 57 -
<b>PARTE EMPIRICA</b>	<b>- 59 -</b>
<b>6. ESTUDIO PREVIO: LAS ENTREVISTAS</b>	<b>- 61 -</b>
6.1 Objetivo general	- 61 -
6.2 Objetivos específicos	- 61 -
6.2.1 Entrevistas supervivientes	- 61 -
6.2.2 Entrevistas expertos	- 62 -
6.3 Participantes	- 62 -
6.3.1 Supervivientes	- 62 -
6.3.2 Expertos	- 62 -
6.4 Procedimiento	- 63 -
6.5 Resultados	- 63 -
6.5.1 La opinión de las supervivientes	- 63 -
6.5.1.1 Calidad de vida	- 63 -
6.5.1.2 Afrontamiento	- 64 -
6.5.1.3 Apoyo Social	- 65 -
6.5.1.4 Otros aspectos	- 65 -
6.5.2 La opinión de los expertos	- 66 -
6.5.2.1 Calidad de vida	- 66 -
6.5.2.2 Afrontamiento	- 67 -
6.5.2.3 Apoyo Social	- 67 -
6.6 Discusión	- 68 -
6.6.1 Calidad de vida	- 68 -
6.6.2 Afrontamiento	- 70 -
6.6.3 Apoyo Social	- 72 -
6.6.4 Otros aspectos	- 74 -
6.7 Conclusiones	- 75 -
<b>7. ESTUDIO PRINCIPAL: EL MÉTODO DE LA EVALUACIÓN ECOLÓGICA MOMENTÁNEA</b>	<b>- 77 -</b>
7.1 Diseño del estudio	- 77 -

7.2 <i>Participantes</i>	- 77 -
7.2.1 Criterios de inclusión	- 77 -
7.2.2 Reclutamiento	- 78 -
7.3 <i>Instrumentos</i>	- 80 -
7.3.1 El cuestionario COPE-28	- 80 -
7.3.2 Listado de necesidades no cubiertas (CESC)	- 81 -
7.3.3 El Survival Check	- 81 -
7.4 <i>Procedimiento</i>	- 83 -
7.5 <i>Análisis Estadístico</i>	- 86 -
<b>8. RESULTADOS</b>	<b>- 87 -</b>
8.1 <i>Evaluación Inicial</i>	- 87 -
8.1.1 Tendencias de las estrategias de afrontamiento	- 87 -
8.1.2 Necesidades no cubiertas	- 88 -
8.2 <i>El Estrés cotidiano: Los eventos estresantes</i>	- 89 -
8.2.1 Porcentajes de días donde se ha registrado un evento estresante	- 89 -
8.2.2 Malestar provocado por los eventos estresantes	- 90 -
8.2.3 Porcentajes de los tipos de eventos estresantes	- 91 -
8.2.4 Malestar provocado por los tipos de eventos estresantes	- 92 -
8.2.5 Emociones experimentadas durante los días con evento estresante	- 93 -
8.2.6 Tranquilidad y fatiga diaria	- 95 -
8.3 <i>El Estrés cotidiano y las Estrategias de Afrontamiento</i>	- 97 -
8.3.1 Estrés cotidiano y afrontamiento durante los eventos estresantes	- 97 -
8.3.1.1 Frecuencia de uso de las 4 estrategias de afrontamiento	- 97 -
8.3.1.2 Eficacia percibida de las 4 estrategias de afrontamiento utilizadas	- 99 -
8.3.2 Estrés cotidiano y afrontamiento cuando el evento estresante es un Problema físico	- 100 -
8.3.2.1 Frecuencia de uso de las 4 estrategias de afrontamiento	- 100 -
8.3.2.2 Eficacia percibida de las 4 estrategias de afrontamiento utilizadas	- 102 -
8.3.2.3 Malestar, tranquilidad y fatiga	- 103 -
8.3.3 Estrés cotidiano y afrontamiento cuando el evento estresante es Discusión con alguien	- 104 -
8.3.3.1 Frecuencia de uso de las 4 estrategias de afrontamiento	- 104 -
8.3.3.2 Eficacia percibida de las 4 estrategias de afrontamiento utilizadas	- 106 -
8.3.3.3 Malestar, tranquilidad y fatiga	- 107 -
8.3.4 Estrés cotidiano y afrontamiento cuando el evento estresante es Relaciones personales	- 108 -
8.3.4.1 Frecuencia de uso de las 4 estrategias de afrontamiento	- 108 -
8.3.4.2 Eficacia percibida de las 4 estrategias de afrontamiento utilizadas	- 110 -
8.3.4.3 Malestar, tranquilidad y fatiga	- 111 -
8.3.5 Estrés cotidiano y afrontamiento cuando el evento estresante es Otro Problema	- 112 -
8.3.5.1 Frecuencia de uso de las 4 estrategias de afrontamiento	- 112 -
8.3.5.2 Eficacia percibida de las 4 estrategias de afrontamiento utilizadas	- 114 -
8.3.5.3 Malestar, tranquilidad y fatiga	- 115 -
8.3.5.4 Los efectos de las estrategias de afrontamiento en la tranquilidad y en la fatiga	- 116 -
8.4 <i>El Apoyo Social</i>	- 118 -
8.4.1 Porcentajes de días en los que se recibe Apoyo Social	- 118 -
8.4.2 Momentos en que se recibe Apoyo Social	- 119 -
8.4.3 Apoyo Social solicitado y espontáneo	- 120 -
8.4.4 Personas que proporcionan Apoyo Social	- 121 -
8.5 <i>El estrés cotidiano y el Apoyo Social</i>	- 122 -
8.5.1 Los tipos de utilidad del Apoyo Social recibido durante los eventos estresantes	- 122 -

8.5.2 La eficacia percibida del tipo de utilidad del Apoyo Social recibido	- 124 -
8.5.3 Tranquilidad y fatiga en función de la recepción de los 3 tipos de Apoyo Social	- 125 -
8.6 <i>Análisis de la interacción entre Afrontamiento y Apoyo Social</i>	- 127 -
<b>9. DISCUSIÓN</b>	<b>- 129 -</b>
9.1 <i>Características de la muestra y del sistema de reclutamiento</i>	- 129 -
9.2 <i>Evaluación Inicial</i>	- 130 -
9.2.1 <i>Tendencias de las estrategias de afrontamiento</i>	- 130 -
9.2.2 <i>Listado de las necesidades no cubiertas</i>	- 131 -
9.3 <i>Objetivo 1: Describir las características del malestar cotidiano experimentado durante situaciones estresantes</i>	- 132 -
9.4 <i>Objetivo 2: Describir las características de las estrategias de afrontamiento utilizadas durante las situaciones estresantes</i>	- 134 -
9.5 <i>Objetivo 3: Describir las características de Apoyo Social recibido durante las situaciones estresantes</i>	- 141 -
9.6 <i>Objetivo 4: Analizar si existe, o no, una interacción entre afrontamiento y apoyo social sobre el malestar cotidiano de los supervivientes de cáncer</i>	- 143 -
9.7 <i>Discusión General</i>	- 145 -
<b>10. LIMITACIONES, SUGERENCIAS E IMPLICACIONES CLINICAS</b>	<b>- 147 -</b>
10.1 <i>Limitaciones de la presente investigación</i>	- 147 -
10.2 <i>Sugerencias para futuras investigaciones</i>	- 149 -
10.3 <i>Implicaciones clínicas</i>	- 149 -
<b>11. CONCLUSIONES</b>	<b>- 151 -</b>
<b>12. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>- 153 -</b>
<b>13. ANEXOS</b>	<b>- 179 -</b>
<i>Anexo 1 - Entrevista aplicada a los pacientes</i>	- 179 -
<i>Anexo 2 - Entrevista aplicada a los expertos</i>	- 182 -
<i>Anexo 3 – Cartel informativo del estudio</i>	- 183 -
<i>Anexo 4 - Estructura del Survival Check</i>	- 184 -
<i>Anexo 5 – Un ejemplo de la presentación online del Survival Check</i>	- 188 -
<i>Anexo 6 - Diagrama de flujo del proceso de los ítems 11 y 12</i>	- 190 -
<i>Anexo 7 - Consentimiento informado</i>	- 191 -

# **PARTE TEORICA**



# 1. INTRODUCCIÓN

## *1.1 Las cifras del cáncer en el mundo*

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo según la *Organización Mundial de la Salud*.

La *Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer* ha publicado las últimas estimaciones sobre la carga epidemiológica mundial de cáncer durante el 2018, desde el inicio del cual ha habido alrededor de 9,6 millones de muertes por cáncer y el número de nuevos casos ha aumentado en 18,1 millones, según la *Nota descriptiva* emitida por la Organización Mundial de la Salud en el 2017. La base de datos GLOBOCAN 2018 (Bray et al., 2018) proporciona estimaciones de incidencia y mortalidad en 185 países causados por 36 tipos de cáncer. Los datos indican que uno de cada cinco hombres y una de cada seis mujeres, en el mundo, desarrollan cáncer a lo largo de toda su vida, y que uno de cada ocho hombres y una de cada once mujeres muere a causa de la enfermedad. Se estima que la cantidad total de personas que están vivas a los cinco años del diagnóstico de cáncer es de 43,8 millones. El informe destaca que el crecimiento epidemiológico del cáncer es debido a diferentes factores como pueden ser el crecimiento de la población y el envejecimiento, y también el desarrollo social y económico. En las economías de rápido crecimiento se observa un cambio en la prevalencia de tipos de cáncer relacionados con la pobreza y las infecciones a otros asociados con estilos de vida típicos de los países industrializados. Por otro lado, la eficacia de la prevención explica la disminución en las tasas de incidencia de algunos cánceres, como el de pulmón en los hombres y el cervicouterino en las mujeres. Sin embargo, los nuevos datos muestran que la mayoría de los países aún se enfrentan a un aumento en el número absoluto de casos diagnosticados y que requieren tratamiento y atención. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30% (*Nota descriptiva OMS, 2017*).

La *Red Española de Registros de Cáncer* (REDECAN, 2014) publica unas estimaciones de la incidencia del cáncer en Europa evidenciando que: los tres principales tipos de cáncer en términos de incidencia son el de pulmón, el colorrectal y el de mama y se clasifican entre los cinco primeros en términos de mortalidad (primero, segundo y quinto respectivamente). En conjunto, estos tres tipos de cáncer son responsables de un tercio de la incidencia del cáncer y de la carga de mortalidad en todo el mundo.

Los cánceres de pulmón y mama en mujeres son los tipos principales a nivel mundial en términos del número de casos nuevos; para cada uno de estos tipos, aproximadamente 2,1 millones de diagnósticos se han estimado en 2018, lo que representa aproximadamente el 11,6% de la carga total de incidencia de cáncer.

El cáncer colorrectal (1,8 millones de casos, es decir 10,2% del total) es el tercer cáncer más comúnmente diagnosticado; el cáncer de próstata es el cuarto (1,3 millones de

casos, es decir 7,1%) y el cáncer de estómago es el quinto (1 millón de casos, es decir el 5,7%).

El cáncer de pulmón también es responsable del mayor número de muertes (1,8 millones de muertes, el 18,4% del total), debido al mal pronóstico de este cáncer en todo el mundo, seguido del cáncer colorrectal (881.000 muertes, es decir 9,2%); cáncer de estómago (783.000 muertes, es decir 8,2%) y cáncer de hígado (782.000 muertes, es decir 8,2%). El cáncer de mama femenino ocupa el quinto lugar entre las principales causas de muerte (627.000 muertes, es decir 6,6%) porque el pronóstico es relativamente favorable, al menos en los países más desarrollados.

El cáncer más comúnmente diagnosticado en los hombres es el cáncer de pulmón (14,5% del total de casos en hombres contra el 8,4% en mujeres) y también la principal causa de muerte (22%, es decir, aproximadamente uno de cada cinco de todas las muertes por cáncer). En los hombres, este cáncer es seguido por el de próstata (13,5%) y el cáncer colorrectal (10,9%) por incidencia y cáncer de hígado (10,2%) y cáncer de estómago (9,5%) por mortalidad.

Entre las mujeres el cáncer de mama es el más comúnmente diagnosticado (24,2%, es decir, aproximadamente uno de cada cuatro nuevos casos de cáncer diagnosticados en mujeres en todo el mundo son cáncer de mama). Además, es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres (15%), seguido por el cáncer de pulmón (13,8%) y el cáncer colorrectal (9,5%), que también son el tercer y segundo tipo de cáncer más común, respectivamente.

Tanto en los hombres como en las mujeres el cáncer de pulmón es una de las principales causas de muerte. Las tasas de incidencia más altas en las mujeres se observan en América del Norte, en el norte y en el oeste de Europa (especialmente en Dinamarca y los Países Bajos), China y Australia y Nueva Zelanda, con Hungría encabezando la lista.

## ***1.2 Las cifras del cáncer en España***

En España, según el informe del 2018 publicado por la *Sociedad Española de Oncología Médica*, que cita datos del *Instituto Nacional de Estadística*, en el 2016 (el último año del que hay cifras) casi 112.939 personas perdieron la vida en España a causa del cáncer (68.619 casos en varones y 44.320 en mujeres), un 27,5% de los decesos. Los tumores responsables del mayor número de fallecimientos, en 2016 en España, fueron el cáncer de pulmón (22.187 muertes) y el cáncer colorrectal (15.802 muertes), seguidos a una gran distancia del cáncer de páncreas (6.789 muertes), cáncer de mama (6.477 muertes) y cáncer de próstata (5.752 muertes).

Los fallecimientos por cáncer de pulmón se han incrementado en este último año y en cambio, los fallecimientos por cáncer de próstata han disminuido. El dato de fallecimientos en cáncer colorrectal, páncreas y mama se mantiene similar. Estos datos

tienen su justificación en las mejoras en el diagnóstico precoz y en los nuevos tratamientos.

Para el 2035 se espera que esta cifra ascienda hasta casi los 160.000 fallecidos. Por lo que respecta a la incidencia, en el 2012 (año en el que se hicieron públicos los últimos datos) se detectaron casi 216.000 nuevos casos, y estimaciones del 2017, todavía no hay cifras oficiales, señalan que se diagnosticaron 228.482.

Dentro de España se diagnostican más tumores debido a las técnicas de detección precoz y al aumento de la esperanza de vida, ya que el riesgo de desarrollar tumores aumenta con la edad y somos el segundo país de la *Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico* con la expectativa de vida más alta, por lo que es necesario seguir avanzando en el desarrollo de tratamientos antitumorales curativos.

### ***1.3 Las cifras de la supervivencia***

A pesar de los datos mencionados más arriba, investigaciones recientes indican que la supervivencia de los pacientes con cáncer ha aumentado de forma continua en los últimos años en todos los países europeos gracias, entre otros motivos, a los avances que se han producido en la investigación y en los tratamientos oncológicos. El CONCORD-3, el mayor estudio hasta hoy (Allemani et al., 2018), ha recogido datos de 37,5 millones de pacientes en 71 países, y muestra un aumento generalizado de la supervivencia desde el año 2000 hasta al 2014.

En España, en concreto, la supervivencia cinco años después del diagnóstico ha pasado del 56% al 63% en los pacientes de cáncer de colon y del 21% al 27% en los de tumores cerebrales, esta supervivencia a los cinco años se puede prácticamente considerar curación en muchos tipos de cáncer. Los investigadores han detectado mejorías incluso en los tumores de peor pronóstico como, por ejemplo, la supervivencia a los cinco años en el cáncer de esófago se ha incrementado del 9% al 13%, en el caso del hígado ha subido del 14% al 17%, en pulmón del 10,8% al 13,5%, y en páncreas del 5,6% al 7,7%. En otros cánceres, la supervivencia se mantiene alta desde hace años, como los de mama (85%), cuello de útero (65%), próstata (90%) y melanoma (87%). En todos los tumores que se han analizado ha habido una mejoría destacada de la supervivencia. La *Asociación Española para la Investigación sobre el Cáncer* estima que con un incremento anual de la inversión en investigación podríamos situar la supervivencia en el 70% en 2030.

Después de considerar todos estos datos podemos concluir que el cáncer ya no es una enfermedad que es sinónimo de muerte. Contrariamente a lo que se puede deducir de las estadísticas de incidencia del cáncer, hay un grupo de personas, en continuo aumento, que pasan por la experiencia de cáncer, sobreviven a ello y lo superan. Podíamos pensar



que una vez superada la enfermedad estas personas vuelven a su rutina de siempre, pero se trata de una población que tiene unas problemáticas específicas, y por las cuales necesita unas series de atenciones que no siempre reciben. Estos pacientes al finalizar los tratamientos activos se encuentran a una vuelta a la rutina que muchas veces requiere de tiempo y está ligada a algunos efectos secundarios producidos por los tratamientos que pueden ser resueltos a corto plazo llegando a una rehabilitación casi completa, o que pueden convertirse en condiciones crónicas y/o limitaciones con las que los pacientes tienen que aprender a convivir cada día. Actualmente disponemos de una evidencia que confirma que muchas de las necesidades de los supervivientes no se encuentran todavía bien cubiertas, sobre todo en relación a los aspectos psicológicos de la fase post-tratamiento y de las condiciones de reinserción a la vida laboral y social (Zebrack et al., 2006). Para comprender mejor esta situación hay que clarificar que se entiende por superviviente y cuáles son los problemas a los cuales se enfrentan una vez finalizado el tratamiento.

A continuación definiremos qué es la supervivencia y describiremos algunos de los síntomas habituales presentes en las personas que han finalizado los tratamientos oncológicos.

#### ***1.4 El superviviente de cáncer: Definiciones***

Desde los años '70 se han propuesto diferentes definiciones para establecer el concepto de *Superviviente de cáncer*. La epidemiología descriptiva indica que los individuos diagnosticados y tratados de cáncer presentan necesidades específicas insatisfechas tras su diagnóstico y tratamiento y es importante que esto se refleje en la definición del concepto. Hoy en día no hay todavía una definición aceptada. Para determinar objetivos e intervenciones dirigidas a la atención de sobrevivientes de cáncer, es importante alcanzar un consenso global con respecto a las definiciones de este concepto, considerando que las definiciones guiarán la asignación de los recursos hacia esta población (Wronski, 2015). La primera definición de este término se debe a Mullan, que en el 1985 publicó un artículo en el cuál propuso dividir la supervivencia al cáncer, en tres etapas:

*Supervivencia aguda* (vivir con el cáncer): comienza con el diagnóstico del cáncer e incluye el período de pruebas, diagnóstico y tratamiento;

*Supervivencia extendida* (pasar el cáncer): comienza cuando la enfermedad va remitiendo y con la finalización del tratamiento inicial; esta fase puede incluir el mantenimiento, la consolidación o el seguimiento;

*Supervivencia permanente* (vivir después del cáncer): dependiendo del tipo de cáncer, esta equivale a la «cura» o a una supervivencia prolongada después de la remisión.

Con esta definición Mullan destaca que tras el diagnóstico es cuando los pacientes se clasifican como “*supervivientes*” por ser frecuentemente confrontados con su propia mortalidad y necesidad de hacer cambios y esto podría afectar en su futuro. Más frecuente y de acuerdo con varias definiciones existentes (Centers for Disease Control and Prevention, 2004; Doyle, 2008; Denlinger, 2004) es la opinión que la supervivencia comienza desde el momento del diagnóstico (Institute of Medicine and National Research Council, 2006).

La *tabla 1.1* resume las definiciones de *superviviente de cáncer* que se han dado en las últimas tres décadas y que pasamos a revisar a continuación:

Según la definición del *Center for Disease Control and Prevention* (2014), la persona podía ser considerada como superviviente de cáncer empezando desde el momento en que recibía el diagnóstico hasta el fin de la vida, designando así la experiencia de haber tenido cáncer y continuar viviendo después de este acontecimiento.

Otros autores más (*Biomedical Definition*), para determinar la supervivencia, introducen el factor de los cinco años, considerando el superviviente como aquel individuo que ha padecido una enfermedad potencialmente mortal y ha permanecido libre de la enfermedad por un mínimo de cinco años tras el tratamiento (Leigh, 1996; Marcus, 2004; Rowland, 2007; Twombly, 2004).

La *Organización Mundial de la Salud* (2008), sin embargo, considera que los individuos se pueden definir supervivientes de cáncer si cumplen tres criterios en concreto (ver *tabla 1.1*). Estos criterios se pueden considerar adecuados si consideramos la evidencia de los efectos secundarios que conlleva la enfermedad, siendo frecuentes y persistentes también mucho tiempo después del diagnóstico y del tratamiento que recibe el enfermo.

Una preocupación importante con la definición de superviviente de cáncer de la OMS y definiciones similares (American Society of Clinical Oncology, 2013) es la evidencia de que muchos pacientes con cáncer después del tratamiento continúan teniendo un riesgo significativo de recurrencia o recaída por el resto de su vida (Yu, 2013). Proponer que la supervivencia comience en el momento del diagnóstico no excluye la importancia del período posterior al tratamiento del cáncer en el cual los pacientes se tienen que enfrentar a varios problemas (Elliott et al., 2011), y esto a menudo puede reflejarse en pasar por una fase de aislamiento y menos contacto con el equipo médico (Miller et al., 2015).

Después de haber considerado todas estas definiciones y aunque no hay un consenso en la literatura sobre este tema, para el desarrollo de nuestra investigación consideramos más adecuada la definición que considera el superviviente de cáncer como “*aquel*

*individuo que ha terminado el tratamiento oncológico y que esté libre de la enfermedad*”. Esta definición contempla las problemáticas que conlleva la fase del post-tratamiento, caracterizada por aspectos físicos, psicológicos-emocionales, económicos, de pareja, etc. (National Cancer Institute, 2014), que detallaremos en el apartado siguiente.

**Tabla 1.1 - Superviviente de cáncer: Definiciones**

(Fuente: Adaptado Wronski, 2015. Trad. propia)

Fuente	Definición
<p><b>Center for Disease Control and Prevention</b> (2014)</p>	<p>Cualquier persona que haya sido diagnosticada de cáncer, desde el momento del diagnóstico hasta el final de su vida.</p>
<p><b>Biomedical Definition</b> (Leigh, 1996; Marcus, 2004; Rowland, 2007; Twombly, 2004)</p>	<p>Personas que han tenido una enfermedad que amenaza su vida pero que han permanecido libres de enfermedad por un mínimo de 5 años.</p>
<p><b>Organización Mundial de la Salud</b> (2008)</p>	<p>Aquellos pacientes que han tenido cáncer, y que después del tratamiento, la enfermedad ha remitido. El estar curado se define como la esperanza de una vida normal y se caracteriza por tres componentes importantes: (1) Remisión completa de la enfermedad; (2) Riesgo mínimo o nulo de recurrencia o de una recaída; (3) Recuperación de las funciones físicas, de desarrollo, y psicosociales.</p>
<p><b>Journal of Cancer Survivorship</b> (Feuerstein, 2007)</p>	<p>Poblaciones e individuos con diagnóstico de cáncer que han completado el tratamiento primario o los aspectos principales del tratamiento oncológico. Los supervivientes seguir estando bajo tratamiento o el manejo de tal manera que no esté claro cuándo finalizó el tratamiento primario. Los sobrevivientes también desean o tienen la necesidad de poder "<i>seguir adelante con su vida</i>". Los supervivientes son individuos con diagnóstico de cáncer, pero no su familia.</p>

### ***1.5 Después del tratamiento oncológico***

Una vez acabado el tratamiento, el superviviente empieza un nuevo proceso de recuperación y una nueva etapa de reajuste a la vida de antes de la enfermedad. El haber finalizado el tratamiento, contrariamente a lo esperado como en otras enfermedades, parece no estar directamente relacionado con el inmediato bienestar de los afectados. La finalización de las visitas hospitalarias, los controles, las pruebas, junto con el desgaste

físico y psicológico que comporta el impacto de la enfermedad, hace que los supervivientes y sus familiares, o cuidadores, experimenten una sensación de desorientación y desprotección en esta fase. Los supervivientes se sienten vulnerables y suelen experimentar sentimientos contradictorios y muy intensos que pueden generar malestar. Por lo tanto, las personas que han finalizado el tratamiento oncológico presentan necesidades particulares ya que las secuelas de la enfermedad hacen que el regreso a la vida cotidiana pueda ser difícil (Arrighi, 2014; Demark-Wahnefried, 2010; GEPAC, 2013; Navarro et al., 2010). La adaptación al entorno familiar, social y laboral, una vez superada la enfermedad, no es fácil: aparecen entonces nuevos retos como volver al trabajo o enfrentarse a la pérdida del mismo, aprender a convivir con algunas secuelas físicas, volver a tener una vida social activa y experimentar cambios en las relaciones familiares. Todas estas situaciones dificultan la normalización de la vida, por lo que se ve afectada la calidad de la misma en varios aspectos, que pasamos a analizar a continuación.

### *1.5.1 Las secuelas a nivel físico*

Las secuelas físicas, pueden afectar negativamente el bienestar de los supervivientes (Fallowfield et al., 2004; Garreau et al., 2006; Kahn et al., 2007) y contribuyen a una peor calidad de vida (Fenlon et al., 2013; Niravath, 2013), interfiriendo con el funcionamiento de la vida diaria (Boonstra et al., 2013). Pasamos a revisar algunas de las secuelas físicas más frecuentes en la fase del post-tratamiento:

La *fatiga*, es una sensación persistente de cansancio o agotamiento físico y también mental. Los pacientes pueden describirla con síntomas como: sentirse cansado, débil, exhausto, abatido, agotado, lento o con falta de energía (Barsevick et al., 2001). Es el efecto secundario más frecuente del tratamiento, y puede persistir por meses o incluso muchos años después de terminar el mismo. La fatiga puede afectar gravemente todos los aspectos de la vida de una persona, desde sus relaciones con amigos y familia hasta la capacidad de realizar su trabajo y es uno de los síntomas más difícil de gestionar por los pacientes. Algunos estudios muestran que alrededor del 20% al 30% de supervivientes sufren fatiga a un nivel moderado (Kuhnt et al., 2009; Servaes et al., 2007).

El *linfedema*, es una acumulación anormal de líquido en el tejido blando debido a una obstrucción en el sistema linfático. En general afecta los brazos y las piernas, en especial en las personas que reciben tratamiento para cáncer de mama o para cáncer genitourinarios. Sin embargo, el linfedema también puede ocurrir en otras partes del cuerpo, como en la mama, en la axila, en el tórax, en el torso o en la espalda, con menor frecuencia debajo del mentón, en la cara y dentro de la boca y hasta puede volverse crónico cuando el sistema linfático ya no puede volver a cubrir las necesidades de drenaje de líquido del organismo. El linfedema y los cambios inflamatorios a largo

plazo pueden producir dolor, limitar la función de las extremidades, aumentar la posibilidad de contraer infecciones y en definitiva afectar la calidad de vida de la persona (McLaughlin et al., 2008). No hay una cura para él pero hay formas para poderlo controlar.

Los *problemas óseos*, como la osteoporosis o la osteopenia, son otros de los posibles problemas físicos más comunes debidos a los tratamientos oncológicos recibidos con los cuales los supervivientes tienen que aprender a convivir.

Los *problemas cardíacos*, generalmente son causados por radioterapia en el tórax y por tipos específicos de quimioterapia. Las personas mayores de 65 años, y aquellas que recibieron altas dosis de quimioterapia, tienen un mayor riesgo de tener problemas cardíacos, que pueden incluir inflamación del músculo cardíaco, problemas con la capacidad del corazón de bombear sangre o una enfermedad cardíaca.

Los *problemas digestivos*, son causados, en general, por los tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía y, por ejemplo, pueden causar cicatrización, dolor crónico y problemas intestinales que afectan la digestión. Además, algunos supervivientes pueden tener diarrea crónica la cual reduce la capacidad del cuerpo de absorber los nutrientes.

### 1.5.2 Las secuelas psicológicas y emocionales

Problemas muy frecuentes después del tratamiento son, por ejemplo, las *alteraciones cognitivas*, como el deterioro de la memoria, la falta de concentración, la rapidez psicomotora o del pensamiento, etc. A estos problemas cognitivos se les viene llamando coloquialmente “*chemobrain*”, término inglés que refleja cómo los supervivientes atribuyen estas dificultades al hecho de haber recibido tratamiento con quimioterapia (Lopez-Santiago et al., 2011). Estos cambios pueden influir en el trabajo, en el estado emocional, en el ámbito social y afectar en general la calidad de vida. Algunos ejemplos de estas alteraciones podrían ser: el olvido de ciertas informaciones, la dificultad para concentrarse y mantener la atención, la dificultad para efectuar varias tareas a la vez, tener problemas en ejecutar algunas tareas que antes se hacían sin dificultad, etc.

*Miedo a la recaída*: como hemos comentado anteriormente, el volver al ritmo de vida cotidiano, después del tratamiento, no es algo sencillo ni fácil para los supervivientes, motivo por el cual son frecuentes en esta fase las preocupaciones relacionadas con el temor a la recaída, especialmente durante el primer año de supervivencia. El miedo a volver a enfermarse puede paralizar a algunos supervivientes, o hacer más difícil el afrontar el día a día y también el futuro. Ese tipo de miedo, en la literatura, ha sido denominado como el “*síndrome de Damocles*” (Herold y Roetzheim, 1992; Rowland, 2006).

*Ansiedad y preocupación:* son estados relacionados al miedo a una posible recaída. Por este motivo, muchos de ellos se refieren al período posterior a los tratamientos como una etapa aún más difícil. Una vez dejado del ambiente hospitalario, el superviviente se siente más vulnerable e inseguro a la hora de tomar el control de sus revisiones y de su proceso de reajuste a la vida diaria. Esto podrá provocar que la persona experimente sentimientos como la soledad y el abandono (Jefford et al., 2008). Es usual que, durante esta fase, los familiares y los cuidadores piensen que, como la fase de tratamientos se ha superado, la persona afectada deba volver a su cotidianidad y no necesite más apoyo (Stanton et al., 2012).

*Tristeza y depresión:* durante los tratamientos el paciente se siente asistido y, por así decir, protegido, los médicos y sanitarios se encargan de su salud, pero, cuando estos finalizan, en el superviviente afloran sentimientos que antes no se había permitido sentir, ya que estaba centrado en afrontar los tratamientos y las pruebas. La aparición de pensamientos especialmente negativos, acerca del proceso oncológico o de los cambios que se han producido tras él, está ligada al sentimiento de pérdida, al no verse como la persona que era antes de padecer la enfermedad, a la sensación de sentirse incapaz, de sentirse dependiente o a la sensación de incertidumbre con respecto al futuro.

En la literatura dedicada a la salud mental de los supervivientes se ha destacado el potencial para la depresión y la ansiedad. La prevalencia para la depresión en personas con cáncer se estima que va desde el 0% hasta al 58% y la de ansiedad desde el 6% hasta al 23% (Andrykowski et al., 2008).

### *1.5.3 Las secuelas a nivel de la sexualidad*

La *sexualidad* implica varios factores, a parte del sexo, como la identidad de género, los roles, la intimidad, el placer y la reproducción. Muchos pacientes con cáncer y sus parejas están preocupados por su calidad de vida sexual y por los cambios del funcionamiento sexual tras los tratamientos. Cambios físicos asociados a la cirugía y a la radioterapia pueden conducir a la extracción, o atrofia, de los genitales o del nervio cercano al tejido, causando trastornos de excitación sexual tanto masculina como femenina, así como la dispareunia (coito doloroso) o la disfunción orgásmica (Greimel et al., 2008; Hendren et al., 2005; Schmidt et al., 2005; Schover et al., 2002). Una disminución del deseo sexual, a menudo, está relacionada con los efectos secundarios de la quimioterapia, como la fatiga, las náuseas y la alopecia (Alder et al., 2008; Anllo et al., 2000; Ganz et al., 2004).

Emocionalmente un diagnóstico de cáncer puede afectar a la sexualidad, por ejemplo a causa de los cambios en la imagen corporal (debidos a cicatrices quirúrgicas o al daño a los órganos sexuales u otras partes del cuerpo), así como a sentimientos de pérdida de masculinidad o feminidad que pueden surgir a causa de las terapias hormonales (Galbraith et al., 2008; Hughes et al., 2008; Turnbull, 2001). Muchas veces, siendo la

sexualidad percibida como algo íntimo y personal, los supervivientes sufren estos problemas en silencio. Esta situación incluye también a las parejas de los supervivientes, que pueden sentirse incómodos en el momento de reanudar la intimidad, teniendo, a veces, la sensación de poder dañar, o causar dolor, a la pareja durante las relaciones íntimas (Tierney, 2008). Los cambios en la imagen corporal, como dicho anteriormente, pueden incluir cambios visibles, temporales o permanentes, y pueden interferir en las relaciones sexuales durante mucho tiempo posterior a la finalización de los tratamientos (Soothill et al., 2001), y en algunos casos, produciendo también una menopausia anticipada. En este sentido la infertilidad puede asociarse a sentimientos de depresión, angustia, rabia y disminución de la propia feminidad para las mujeres, o de virilidad en el caso de los hombres (Thaler-DeMers, 2009).

#### *1.5.4 Dificultades a nivel laboral*

En los últimos años ha comenzado a haber un número creciente de estudios acerca de las consecuencias psicosociales del cáncer, y, dentro de ellos, relacionados con el impacto que esta enfermedad tiene en los aspectos laborales de los supervivientes. La reinserción laboral es un objetivo importante para la recuperación integral del superviviente, pero puede ser algo más complicado de lo que parece, sobre todo cuando el superviviente presenta secuelas físicas o funcionales. Dichas limitaciones, a menudo, no están reconocidas como discapacidad, de modo que el superviviente ve vulnerado su derecho a la igualdad. Derivado de esta problemática, a veces, surgen problemas económicos o preocupaciones constantes por la inestabilidad laboral o por el giro en su posición laboral: disminución de responsabilidades o una jubilación anticipada (Travis, 2006). Después de que los supervivientes de cáncer regresan al trabajo, e incluso después de varios años de este regreso, informan que tienen que hacer frente a ciertas limitaciones con su capacidad de trabajar, la cual, después del tratamiento, se ve reducida en comparación con las personas que no han padecido la enfermedad (Calvio et al., 2009; Hansen et al., 2008; Taskila et al., 2007). Los supervivientes de cáncer atribuyen al cáncer el impacto negativo de su capacidad de trabajo tanto físico como mental (Taskila et al., 2007): algunos indican que han tenido que realizar cambios en el lugar de trabajo (por ejemplo, reducción de las horas) o incluso han tenido que buscarse un nuevo empleo (Mehnert, 2011). Un meta-análisis examinó el empleo después de haber padecido la enfermedad y encontró un riesgo mayor de desempleo para los supervivientes de cáncer (De Boer et al., 2009), eso se traduce en que un mayor porcentaje de ellos se encuentra en situación de desempleo, en comparación con individuos que no han padecido cáncer (33,8% de los sobrevivientes de cáncer, contra el 15,2% de lo que no habían padecido la enfermedad, Bradley et al., 2002).

## ***1.6 Valoraciones y conclusiones***

El número de supervivientes de cáncer ha aumentado considerablemente en los últimos años y, gracias a los avances médicos, cabe esperar que siga haciéndolo. Estas personas presentan necesidades asistenciales específicas, y su readaptación a nivel físico, psicológico, social, laboral, etc. es, en muchas ocasiones, difícil de conseguir a causa de los efectos secundarios y de las secuelas producidas por los tratamientos y por la enfermedad. Además, una buena parte de estas personas que han finalizado con éxito el tratamiento oncológico, se siente vulnerable no solo ante una posible recidiva, sino ante cualquier otro tipo de problema de salud, por lo que, contrariamente a lo que sería esperable, los meses que siguen a la finalización del tratamiento parecen ser una etapa extremadamente estresante para el superviviente, tal y como hemos descrito en los párrafos anteriores.

Por todo ello, es extremadamente importante investigar y comprender en profundidad las vivencias y las necesidades de quienes han pasado por la experiencia del cáncer, a fin de poder desarrollar y ofrecer una asistencia eficaz y de calidad (Ganz et al., 2008). Los recursos disponibles para hacer frente al reajuste a la vida, como los recursos personales, psicológicos y sociales pueden proteger al superviviente de las intromisiones de las secuelas preservando de esta manera la calidad de vida y facilitando la adaptación.

En los últimos años las investigaciones señalan la existencia de factores que facilitan y/o dificultan, el proceso de adaptación. Estos factores pueden ser tanto internos como externos al individuo (Bloom et al., 1998). Un ejemplo de factor interno es el *Afrontamiento*, mientras que un ejemplo de factor externo, es al *Apoyo Social*, refiriéndose a los recursos externos que una persona dispone, incluyendo las relaciones próximas y de apoyo de los familiares, amigos, equipo terapéutico, etc. (Bloom, 1996; Friedman et al., 2006, Kim et al., 2010 Lazarus, 1982). Desde la perspectiva psicológica, sabemos que esos dos factores pueden ayudar a las personas a adaptarse a circunstancias difíciles. Por lo tanto, los vamos a abordar en profundidad en el presente trabajo, y creemos que el perfil de los mismos nos puede permitir conocer y comprender mejor la fase de adaptación del superviviente después del tratamiento, lo que facilitará el que se puedan desarrollar, como indicábamos anteriormente, intervenciones adecuadas y eficaces para este tipo de población.

Siguiendo este planteamiento, en los capítulos siguientes, revisaremos, en el ámbito de los supervivientes de cáncer, la literatura existente en torno a las estrategias de afrontamiento (cap. 2) y al apoyo social (cap. 3), e intentaremos averiguar si esos dos factores inciden en la adaptación de los supervivientes de manera independiente, o si existe algún tipo de interacción entre ellos que pueda modular el efecto que los mismos puedan tener sobre ese proceso de adaptación (cap. 4).





## 2. EL AFRONTAMIENTO

En el capítulo anterior habíamos planteado que el Afrontamiento podría ser uno de los factores que facilitarían los procesos de adaptación de las personas que se encuentran en circunstancias difíciles y estresantes, e introducimos que esto se podría trasladar, en la misma manera, a la fase de adaptación del superviviente durante la fase post-tratamiento. Por este motivo empezaremos este capítulo abordando las diversas definiciones presentes en la literatura sobre el afrontamiento, para pasar luego a la descripción de los tipos de afrontamiento y acabaremos introduciendo el tema del afrontamiento durante la supervivencia al cáncer.

### 2.1 Definición de Afrontamiento

El interés por el Afrontamiento empezó a desarrollarse alrededor de los años '60-'70, remarcando como importante la actitud del individuo ante los eventos estresantes y/o amenazantes. Consecuentemente, muchos autores empezaron a plantear diferentes definiciones, algunas similares y otras que remarcaban aspectos distintos.

Soriano (2002) recoge cronológicamente algunas definiciones que resumimos en la *tabla 2.1*, en la cual podemos observar que hay una primera época a partir del trabajo de Lazarus (1966) en la cual el afrontamiento viene considerado como un conjunto de estrategias para hacer frente a las amenazas que se presentan al individuo, y una segunda época, a partir de los trabajos de Lazarus y Folkman (1984), cuya definición de afrontamiento es la más extendida y también la más aceptada, representando el punto de partida para los trabajos posteriores. Según estos autores el afrontamiento representa *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (p.122).

A partir de estos autores en el concepto de afrontamiento se enfatiza la naturaleza continua y recíproca de la interacción entre las características y las propiedades del evento a enfrentar, de tal manera que, la forma en que la persona afronta cambia cuando el contexto cambia y es la definición que ha sido adoptada mayormente en los trabajos en el ámbito de la psicología de la salud. Más adelante, siempre Lazarus (2000) sostuvo que lo que hace la persona como afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta y del tipo de persona de que se trata y, por tanto, el afrontamiento debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación y, por su parte, la persona tiene que aprender cómo ajustarse a la nueva situación a la cual se expone.

**Tabla 2.1 - Definiciones de Afrontamiento**

<b>Autor</b>	<b>Definición</b>
<i>Lazarus, 1966</i>	Las estrategias para tratar con las amenazas.
<i>Lipowsk, 1970</i>	Todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física para recuperar su reversibilidad de mejoría y compensarla ante la limitación de cualquier irreversibilidad de la mejoría.
<i>White, 1974</i>	La adaptación ante cualquier tipo de dificultad.
<i>Weissman y Worden, 1977</i>	Lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio.
<i>Mechanic, 1978</i>	Conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas de las personas que conllevan las demandas de la vida y las metas. Comprende la aplicación de habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido.
<i>Pearlin y Schooler, 1978</i>	Cualquier respuesta ante las tensiones externas que sirve para prevenir, evitar o controlar el distrés emocional.
<i>Lazarus y Folkman, 1984</i>	Los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.
<i>Lazarus, 2000</i>	El Afrontamiento es ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación y, por su parte, la persona tiene que aprender cómo ajustarse a la nueva situación.

## 2.2 Tipos de Afrontamiento

### 2.2.1 Los Estilos de Afrontamiento

Los Estilos de Afrontamiento son “*las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y siendo los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento*” (Fernández-Abascal, 1997, p. 190), en este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de una determinada forma ante diferentes situaciones (Sandín et al., 1995) y podemos concluir que se trata de formas de afrontar el estrés por parte del individuo.

Lazarus y Folkman (1986) en el *Modelo de evaluación cognitiva* enfatizan que la aparición del estrés es mediada por el proceso de valoración cognitiva, bien sobre las consecuencias que la situación tiene (*evaluación primaria*), o bien sobre los recursos con los que cuenta el individuo para reducir o evitar las consecuencias negativas de la situación generadora de estrés (*evaluación secundaria*). Es en la evaluación secundaria donde se enlaza el concepto de afrontamiento, puesto que el individuo realiza esfuerzos cognitivos o conductuales dirigidos a solucionar el problema, eliminar o atenuar los efectos nocivos de las respuestas emocionales, o a propiciar una nueva evaluación de la situación. Estos dos objetivos a los cuales dirige el individuo sus esfuerzos constituyen la base de los estilos de afrontamiento habitualmente descritos en la literatura (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1986) y que describimos a continuación:

*El Afrontamiento centrado en el Problema*, cuya finalidad es encontrar una solución del problema mediante el manejo de las demandas que supone una amenaza. El individuo define el problema, busca soluciones realizando acciones que cambien la situación estresante, y valora las posibles alternativas de actuación que puede aplicar al caso. Este estilo resulta más adecuado cuando las condiciones que generan la amenaza son potencialmente solucionables.

*El Afrontamiento centrado en la Emoción*, cuya finalidad es la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales provocados por el acontecimiento estresante. Estos objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante, revaluando cognitivamente el evento perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno. Así, el estilo de afrontamiento dirigido a la emoción tiene como objetivo mantener o restablecer un equilibrio emocional. Lazarus y Folkman (1991) destacan que este estilo de afrontamiento tiene más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no hay nada que hacer para modificar las condiciones amenazantes del entorno, mientras que el estilo de afrontamiento dirigido al problema aparece cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

*El Afrontamiento centrado en el Significado*, cuya finalidad es la reinterpretación de la situación, es decir ver la parte positiva de una situación o acontecimiento negativo,

según los valores y las creencias de cada individuo. Este estilo de afrontamiento fue añadido posteriormente y reconoce el hecho que durante una situación estresante no se producen solamente emociones negativas, si no que se pueden combinar tanto las positivas como las negativas en el mismo momento (Folkman y Moskowitz, 2000).

Cada uno de los estilos agrupa diferentes conductas a las que denominamos estrategias de afrontamiento y que describiremos en el apartado siguiente. El poseer o utilizar un determinado estilo de afrontamiento significa, entonces, que la persona tendrá tendencia a utilizar una o varias de las estrategias de afrontamiento pertenecientes a ese estilo. Así, dos individuos que tengan el mismo estilo pueden afrontar el mismo problema con estrategias totalmente distintas que, sin embargo, persiguen el mismo objetivo: lograr la solución del problema, si se está usando un estilo de *centrado en el Problema*, o regular la vivencia emocional, si se está usando un estilo de *centrado en la Emoción* o reinterpretar lo ocurrido si está usando un estilo *centrado en el Significado*.

### 2.2.2 Las Estrategias de Afrontamiento

Las Estrategias de Afrontamiento son aquellas conductas y procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes (Sandín et al., 1995). Se puede entender entonces el afrontamiento como un concepto muy variado del cual existen innumerables estrategias concretas y específicas. Skinner y colaboradores (2003), en una amplia revisión, identificaron hasta 400 estrategias de afrontamiento distintas.

Nosotros hemos considerado que puede ser más útil basarse en el trabajo de Campos y colaboradores (2004) los cuales definieron 13 tipos de estrategias de afrontamiento que pasamos a revisar en la *tabla 2.2*. En líneas generales, cada estrategia persigue un fin que permite ubicarla dentro de un único estilo. No obstante, en algunos casos la misma estrategia puede servir para dos fines distintos, lo que determina que pueda ser adscrita a los 3 estilos que hemos descrito en el apartado anterior.

**Tabla 2.2 - Resumen de las 13 Estrategias de Afrontamiento según Campos et al., 2004**

<b>Estrategia</b>	<b>Definición</b>	<b>Función</b>	<b>Finalidad</b>
<i>Resolución del Problema</i>	Acción instrumental y activa para hacer frente a la situación problemática.	Resolución del problema	Adaptación al entorno ajustando las acciones
<i>Búsqueda de Apoyo Social</i>	Búsqueda de contacto y consuelo, la ayuda instrumental o consejo y el apoyo espiritual.	Resolución del problema / Regulación de la emoción	Menores síntomas de ansiedad y depresión
<i>Huida/Evitación</i>	Esfuerzos por desengancharse o alejarse del estrés o de un entorno que no es contingente con las necesidades de la persona.	Regulación de la emoción	Minimizar la respuesta afectiva en el momento mismo en que se produce el problema
<i>Distracción</i>	Intentos de manejar una situación estresante mediante la concentración en una actividad alternativa que resulta más agradable.	Regulación de la emoción	Canalización de emociones
<i>Reestructuración Cognitiva</i>	Intentos de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de verla con un enfoque más positivo.	Regulación de la emoción	Razionalizar, minimización del distress o de las consecuencias negativas
<i>Rumiación</i>	Focalización repetitiva y pasiva en lo negativo y las características amenazantes de situación estresante, incluyendo formas de afrontamiento como pensamientos intrusivos, negativos, catastrofismo, amplificación.	Regulación de la emoción	Reacción involuntaria al estrés que refuerza el estado de ánimo negativo
<i>Desesperación/Abandono</i>	Conjunto de acciones organizadas en torno al abandono o renuncia del control a la hora de manejar de una situación que se percibe como incontrolable y difícil.	Regulación de la emoción	Retirada apática en la que el sujeto responde al estrés por un repliegue sobre sí, una restricción de las actividades y un estado de indiferencia afectiva
<i>Aislamiento Social</i>	El conjunto de respuestas orientadas a aislarse del entorno social, a ocultar sus sentimientos y protegerse evitando contactar con otros o prevenirse de que otros sepan sobre la situación estresante o sus efectos emocionales.	Regulación de la emoción	Retirada apática en la que el sujeto responde al estrés por un repliegue sobre sí, abandono emocional
<i>Regulación Afectiva</i>	Intentos de influir sobre el distress emocional y expresar constructivamente las emociones.	Regulación de la emoción	Rebajar el malestar emocional
<i>Búsqueda de Información</i>	Aprender más sobre la situación estresante, incluidas su curso, causas, consecuencias y significado, así como a estrategias de intervención y de remedio.	Resolución del problema	Entender la situación estresante y actuar consecuentemente
<i>Negociación y Búsqueda de compromiso</i>	Persuadir a otros, intentar hacer un trato o arreglo, proponer un compromiso o pacto, con el fin de disminuir el estrés.	Resolución del problema / Regulación de la emoción	Buscar apoyo, desarrollo comunicación asertiva
<i>Oposición y Confrontación</i>	Expresión abierta de emociones negativas ante un conflicto interpersonal, incluyendo una respuesta agresiva y la inculpación al otro del propio malestar.	Regulación de la emoción	Aumentar los niveles de estrés reforzando el conflicto, poner un límite entre sí y el interlocutor
<i>Rituales</i>	Asistencia a celebraciones y prácticas religiosas como rezar.	Regulación de la emoción	Regular la expresión emocional y recibir apoyo social, dar sentido a lo ocurrido

Es importante remarcar que ninguna estrategia en sí misma es mejor o peor que otra, ya que la adaptabilidad depende del contexto o de la situación particular (Fernandez-Castro, 1999; 2009; Lazarus y Folkman 1986; Skinner et al., 2003). A veces, se supone que las estrategias dirigidas a controlar el ambiente son las más eficaces y saludables, sin embargo, como señalan Campos y colaboradores (2004), puesto que muchas fuentes de estrés no pueden dominarse, en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluirá todo aquello que sirva al individuo para tolerar, minimizar, aceptar e incluso ignorar lo que no pueda controlar. Dada esta controversia, cabe señalar que las personas que cuenten con un gran repertorio de estrategias de afrontamiento y que sean flexibles para utilizar unas u otras dependiendo de las circunstancias, tendrán éxito al afrontar los efectos estresantes tanto de los eventos vitales como de las pérdidas, duelos, enfermedades, o como de las tensiones de la vida diaria (Lazarus y Folkman, 1986).

Por lo tanto, evaluar el afrontamiento presenta diferentes problemas: a la hora de ser exhaustivo el riesgo es obtener cuestionarios con largas listas de estrategias que resultan demasiado complejos para los participantes, además se debe optar por registrar la descripción o la función y finalmente, no se puede suponer que utilizar una estrategia sea incompatible con utilizar simultáneamente otra u otras. En realidad, se debe reconocer que el afrontamiento es un acto único e irrepetible siempre diferente en cada situación y su evaluación sólo es posible mediante su inclusión en categorías amplias y no excluyentes. Por eso en esta investigación hemos optado por el método desarrollado por Rovira y colaboradores (2016) que será el que utilizaremos en la parte empírica del presente trabajo (cap. 7). Este método apostó por evaluar funciones básicas y no excluyentes, más que por la descripción de las estrategias, hablando así de 4 categorías: *Aceptación del problema*, *Aceptación de las emociones*, *Búsqueda de apoyo social* y *Rechazo*. Estas mismas incluyen tanto las funciones de aceptar y resolver el problema, como de aceptar y regular las emociones, las dos funciones principales de recogida por Campos (2004), más la búsqueda de apoyo social que no se puede reducir a ninguna de las dos funciones anteriores y por último el rechazo que recoge la no aceptación del problema o la no aceptación de las emociones. Esta evaluación se realiza con sólo 10 ítems con lo cual es apta, por su sencillez, para ser utilizada en entornos naturales.

### ***2.3 El Afrontamiento en la supervivencia***

Las Estrategias de Afrontamiento en personas que han tenido cáncer, hacen referencia al proceso de adaptación a las demandas que surgen tras haber finalizado los tratamientos activos y mediante el cual se utilizan procesos tanto cognitivos como comportamentales para intentar cambiar la situación; así como de ajustar las emociones orientándose a encontrarle un sentido a la enfermedad, hacerle frente a la impotencia y a la incertidumbre, a las dificultades para alcanzar objetivos de vida y a los cambios físicos

y psicológicos que todo esto conlleva (Cieslak et al., 2013). De esta manera, cabe esperar que la utilización de las diferentes estrategias de afrontamiento la supervivencia al cáncer permita manejar más eficazmente los problemas que aparecen en el transcurso de la misma (Robert et al., 2010). En los siguientes apartados presentaremos los resultados de las investigaciones que han analizado el papel del afrontamiento en los problemas que aparecen en la supervivencia al cáncer, siguiendo la estructura que hemos definido en el capítulo 1.

### *2.3.1 El Afrontamiento y las secuelas a nivel físico*

Las quejas de padecer dolor crónico aumentan a medida que más personas sobreviven al cáncer y a las enfermedades crónicas. Estudios previos (Burns, 1997; Corbishley et al., 1990; Dalton y Feuerstein, 1989; Franz et al.; 1986; Kerns et al., 1994), han puesto en evidencia una relación positiva entre el estilo de represión emocional y dolor.

Estudios longitudinales (Brown y Nicassio, 1987; Brown et al., 1989) han mostrado que las estrategias activas poseen capacidad para predecir una adaptación positiva al dolor a largo plazo (6 meses), junto con una disminución del dolor, mientras que las estrategias pasivas estaban asociadas a una sintomatología depresiva más grave, así como a una adaptación negativa al dolor en dicho período de tiempo. Cabe esperar que en el caso de los supervivientes se produzcan resultados similares a los anteriores. La literatura al respecto es escasa, y sólo hemos encontrado un trabajo en este sentido que no aborda el tema del dolor, sino el de otra secuela física.

Heppner y colaboradores (2009) llevaron a cabo un estudio con metodología cualitativa en 10 supervivientes de cáncer de mama en el que analizaron cómo éstas afrontaban los problemas derivados del linfedema. Los resultados mostraron que las supervivientes suelen utilizar muchas estrategias de afrontamiento diferentes para manejar el linfedema, algunas comunes entre todas las mujeres de la muestra pero otras exclusivas de sus situaciones individuales. Los resultados del estudio indican además cómo estas mujeres se adaptan a la gran cantidad de estresores del linfedema, dedicando la mayor parte del tiempo a desarrollar y modificar sus estrategias de afrontamiento. Específicamente, todas las mujeres usaron comportamientos centrados en el problema, como buscar activamente información sobre las causas y el manejo del linfedema, usar una variedad de estrategias físicas para manejarlo, aceptar las limitaciones que esto suponía y enfocarse en lo positivo. En el estudio también se observan algunos mecanismos útiles para afrontar el linfedema, por ejemplo: todas las mujeres de la muestra indicaron resultados más positivos al abordar y discutir abiertamente los varios aspectos del linfedema, en lugar de evitar de tratar la enfermedad y sus muchas complicaciones. En resumen, estos resultados confirman hallazgos de estudios previos sobre el estrés y el afrontamiento que han indicado que, generalmente, abordar los



problemas en lugar de evitarlos se asocia con un mejor ajuste psicológico e incluso físico (Cook y Heppner, 1997; Heppner, et al., 1995; Tobin, et al., 1989; Zeidner y Endler, 1996).

### *2.3.2 El Afrontamiento y las secuelas psicológicas y emocionales*

La investigación indica que los patrones de la regulación de las emociones son importantes determinantes de la depresión y de la salud física cuando hay que afrontar estresores, como por ejemplo el cáncer (Aldao et al., 2010; Taylor y Stanton, 2007). La regulación emocional consiste en las estrategias y procesos por los cuales los individuos modifican sus reacciones emocionales en respuesta a factores estresantes y estados afectivos negativos (Gross, 1998). La regulación de la angustia emocional a través de estrategias activas (resolución de problemas, reevaluación cognitiva, etc.), en lugar del uso de estrategias evasivas (desconexión, supresión expresiva, etc.), es un sello distintivo de una regulación más adaptativa y está asociado con bajos niveles de depresión (Aldao et al., 2010). Al igual que hemos señalado en el apartado anterior, cabe esperar resultados similares en los supervivientes, pero la literatura, también en este caso, es escasa.

En el estudio comparativo de Galindo y colaboradores (2013) cuyo objetivo fue identificar y comparar los niveles de ansiedad y depresión en 49 pacientes en tratamiento y 84 en periodo de seguimiento, así como su relación con los diferentes estilos de afrontamiento activo positivo, los resultados indicaron que había mayores niveles de ansiedad y depresión en el grupo de pacientes que estaban bajo tratamiento, pero que existía una relación inversa entre los estilos de afrontamiento activos positivos y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva tanto en el grupo en tratamiento como en el grupo de seguimiento. Los autores de este estudio, por lo tanto, concluyen que se puede corroborar la asociación entre los estilos de afrontamiento activos positivos y niveles bajos de ansiedad y depresión.

Más recientemente, el estudio descriptivo de Montiel y colaboradores (2016) utilizó una muestra que incluyó a 115 supervivientes de cáncer de mama. Los resultados mostraron que el uso de un estilo de afrontamiento centrado en la emoción es coherente con la naturaleza crónica de la principal causa de estrés que es la enfermedad y su impacto físico y emocional, así como los niveles de depresión y ansiedad identificados. Al evaluarse las estrategias de afrontamiento ante las situaciones estresantes que afectan a las supervivientes se constató que predominó el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, y en concreto la estrategia de autocontrol. Evaluando la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento se obtuvieron correlaciones significativas y positivas entre afrontamiento centrado en la emoción y ansiedad, y afrontamiento centrado en la emoción y depresión.

El estudio de Lee y colaboradores (2017), por otro lado, tuvo como objetivo examinar, en una muestra de 148 supervivientes chinas de cáncer de mama, la relación entre el no compartir con los demás el haber padecido cáncer y los síntomas depresivos, y el papel que las estrategias de afrontamiento, junto con la búsqueda de beneficios ganados por la experiencia, tuvieron en esta misma relación. Los resultados mostraron que el no compartir la propia condición de supervivencia y las preocupaciones que esta conlleva, está asociado a la presencia de síntomas depresivos y de autoinculpación, y que la reducción de los efectos negativos producidos por no expresar esta condición de supervivencia se obtiene cuando las supervivientes activaron la búsqueda de beneficios conseguidos a través de la experiencia de haber sido superviviente.

A raíz de los resultados de este artículo, podemos concluir que el no expresar las preocupaciones relacionadas con el cáncer puede aumentar la autoinculpación en las supervivientes, lo que conduce a experimentar más angustia emocional. Por otro lado, la búsqueda de beneficios puede reducir el impacto negativo de no hablar sobre la experiencia de haber tenido cáncer.

### *2.3.3 El Afrontamiento y las secuelas a nivel de la sexualidad*

En el estudio de Fang y colaboradores (2015) los objetivos fueron: el primero comprender, de 135 supervivientes de cáncer de mama, la relación entre el afrontamiento de los problemas conyugales y su propia imagen corporal, así como las relaciones sexuales. El segundo objetivo fue probar un modelo hipotético que sugería que el afrontamiento de los problemas conyugales tiene un efecto mediador en la relación entre la imagen corporal y las relaciones sexuales entre las supervivientes de cáncer. Los resultados de este trabajo mostraron que la imagen corporal, el afrontamiento de los problemas conyugales y las relaciones sexuales estaban correlacionados significativamente entre sí. El modelo, además, mostró que el no-afrontamiento de los problemas conyugales, como la evitación y el autoinculparse, mediaron de forma significativa, la relación entre la imagen corporal de las mujeres en sus relaciones sexuales. Mientras que, el tener una visión positiva de las cosas era predictor de mejores relaciones sexuales de las mujeres y sus parejas. También en este caso la literatura encontrada es escasa pero los resultados parecen confirmar que, en los supervivientes, el uso de un estilo de afrontamiento centrado en la resolución del problema, reduce el malestar a nivel de la sexualidad.

### *2.3.4 El Afrontamiento y las dificultades a nivel laboral*

Barnard y colaboradores (2016) en su estudio, con metodología cualitativa, tienen como objetivo explorar la experiencia de regreso al trabajo de los supervivientes de cáncer con un enfoque específico en el proceso de adaptación y de afrontamiento. La muestra está compuesta por 8 supervivientes, residentes en Sudáfrica, que padecieron varios tipos de cáncer y que volvieron al trabajo una vez finalizados los tratamientos. Los resultados sugieren que hay cuatro fases, que representan las respuestas de ajuste y de afrontamiento durante el proceso de vuelta al trabajo. Los supervivientes desde el principio reportan sentirse abrumados por las intensas emociones y en esta fase tienen un afrontamiento de tipo evitativo utilizando estrategias como la negación, el desapego y la distracción, que representan una negación de entender su situación. En un segundo momento cuando empieza a aceptar la situación y van buscando afectividad positiva, para ser ayudados a entender la realidad, en este caso usan estrategias de afrontamiento que les ayuden a reevaluar la situación. Seguidamente, lo que demuestran es la necesidad de tomar el control y la responsabilidad de lo que están viviendo por esto la respuesta de afrontamiento son la utilización de estrategias centradas en el problema. En última instancia, los supervivientes de cáncer pasan a reevaluar su vida y deciden crear un nuevo significado a lo ocurrido, lo que resulta ser una nueva apreciación de la vida, consiguiendo de esta forma cambios apropiados en el estilo de vida y recuperando la confianza en las relaciones.

En resumen, este único trabajo que analiza el afrontamiento de los problemas derivados del retorno a la actividad laboral parece demostrar que las respuestas de afrontamiento en la fase de supervivencia son cambiantes, inicialmente se utilizan estrategias evitativas, para luego adoptar un enfoque más activo de resolución de los problemas, consiguiendo así una mejor adaptación en el entorno laboral.

### *2.4 Valoraciones y conclusiones*

El análisis de la poca literatura encontrada coincide, en líneas generales, con lo que se ha encontrado en personas que viven situaciones estresantes relacionadas con una enfermedad, es decir que el tipo de afrontamiento que adopta el superviviente de cáncer está directamente relacionado con su calidad de vida y por lo tanto podemos concluir que hay una relación directa entre estas dos variables. Los estudios analizados evalúan varias estrategias de afrontamiento y los resultados encontrados confirman la hipótesis de que las estrategias de afrontamiento activas, tanto a nivel de afrontamiento del problema, como a nivel de gestión de las emociones, están asociadas a una mejor adaptación, en cambio estrategias dirigidas a la evitación se asocian a mayores niveles de malestar (Cheng et al., 2019; Ravindran et al., 2019). La literatura encontrada nos reitera que las estrategias de afrontamiento que el superviviente utiliza no son estáticas,

sino que se trata de un ajuste dinámico dado que los eventos estresantes cambian a lo largo de la trayectoria de la supervivencia.

Parece ser que, efectivamente el afrontamiento es un elemento clave para la adaptación a la supervivencia. No obstante, no es el único, ya que, como hemos indicado en el capítulo 1, el apoyo social puede ser también muy importante. Por lo tanto, para completar esta revisión de los factores que permiten una mejor adaptación a la supervivencia, en el capítulo siguiente (cap. 3) revisaremos, en el ámbito de los supervivientes de cáncer, la literatura existente sobre el apoyo social y si esto, igual que el afrontamiento, incide en la adaptación a la supervivencia.



### 3. EL APOYO SOCIAL

Como en el capítulo anterior, vamos a empezar en primer lugar, por repasar algunas de las definiciones presentes en la literatura sobre el Apoyo Social, y luego pasaremos a definir sus categorías, para finalmente acabar comentando los estudios, encontrados en la literatura, que tratan del apoyo social durante la fase de supervivencia.

#### *3.1 Definición de Apoyo Social*

La primera formulación del Apoyo Social tuvo su origen en los años '70 cuando el psiquiatra John Bowlby (1969) a través de su *Teoría del desapego*, sugirió la necesidad de explicar el cariño de una madre hacia sus hijos, y más concretamente el del efecto protector, desde la infancia y durante la vida. Pero el interés por el concepto de apoyo social como una variable primordial, en los estudios del área de la salud, se originó durante los años '70, especialmente en el afrontamiento al estrés en situaciones de crisis. Hoy en día todavía no parece haber un consenso sobre su definición, motivo por el cual existen tantas definiciones como trabajos sobre este tema (Kaplan, 1977; Lin, 1986).

En la *tabla 3.1* podemos ver algunas de las definiciones que se han dado en el curso de los años y resumiendo podemos afirmar que hay autores que centran su definición de apoyo social en la satisfacción de las necesidades sociales básicas, otros, por otro lado, lo definen como una conexión de tipo social y por último hay autores que se centran para explicar su definición en la interacción de ayuda entre la persona receptora y la persona que proporciona la ayuda.

Para el desarrollo de la presente investigación, optaremos por la definición de Ponce y colaboradores (2009), ya que los supervivientes disponen de una red previa a la enfermedad y esta se va transformando junto con el proceso de enfermedad y de supervivencia. A la hora de hablar de apoyo social consideramos importante tener en cuenta algunos conceptos en concreto: la tipología de apoyo, la fuente que proporciona dicho apoyo y la satisfacción con la ayuda recibida, que pasaremos a describir en los apartados siguientes.

**Tabla 3.1 - Definiciones de Apoyo Social**

Autor	Definición
<i>Kaplan et al., 1977</i>	El grado de satisfacción de las necesidades sociales básicas (afecto, estima, pertenencia, etc.) a través de su interacción con otros individuos.
<i>Johnson y Sarason, 1979</i>	El grado en que los individuos tienen acceso a recursos sociales, a partir de relaciones de confianza con otros individuos.
<i>Lin et al., 1979</i>	El apoyo accesible a un individuo a través de sus vínculos sociales con otros individuos, grupos y comunidad.
<i>House, 1981</i>	Una transacción real entre dos o más personas en la que hay una implicación emocional, una ayuda instrumental o información.
<i>Thoits, 1982</i>	El grado en el cual las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los demás, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación.
<i>Gottlieb, 1983</i>	La información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.
<i>Schumaker y Brownell, 1984</i>	Intercambio entre al menos dos individuos, con el objetivo percibido por el proveedor o el receptor, de incrementar el bienestar del receptor.
<i>Hobfoll y Stokes, 1988</i>	Las interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a alguien que es percibido como un ser querido o amado. Según estos dos autores el apoyo social incluye dos aspectos: la conexión social y la interacción de ayuda.
<i>Bowling, 1991</i>	El proceso interactivo en el cual el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que forma parte.
<i>Ander, 2004</i>	Toda acción, conducta o comunicación que tiene el propósito de proteger, auxiliar o ayudar a otro u otros a afrontar situaciones problemáticas, de tipo individual, grupal y/o social.
<i>Ponce et al., 2009</i>	Un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud.
<i>González y Restrepo, 2010</i>	La ayuda que recibe el individuo de otros en situaciones adversas.

### ***3.2 Los tipos de Apoyo Social***

De cara a la tipología la mayoría de los autores coinciden en la existencia de tres tipologías de apoyo social:

El *Apoyo emocional*, se refiere a los sentimientos de afecto, comprensión y seguridad que un individuo puede recibir. La persona percibe a un nivel tanto no-verbal, como verbal, que el otro se preocupa y cuida de sus necesidades emocionales. Este tipo de apoyo puede incluir una presencia atenta, una escucha empática y comprensiva, el poder hablar de sus preocupaciones y el ser escuchado, permitiendo de esa forma la expresión de sentimientos que pueden reducir el sufrimiento y la angustia, así como saber que sus propios sentimientos son validados por el otro. Todo eso permite una mejora del estado de ánimo de la persona (Arora et al., 2007; Helgeson y Cohen, 1996; Helgeson y Lopez, 2010; Silva, 2010; Tanis, 2007).

El *Apoyo informacional*, implica que el sujeto reciba información importante para abordar una determinada situación y recoge todas aquellas intervenciones que implican aconsejar, informar o guiar (Helgeson y Cohen, 1996; Helgeson y Lopez, 2010; Silva, 2010; Tanis, 2007). En situaciones en que los problemas no se resuelven de forma fácil y rápida es probable que se recurra a este tipo de apoyo para buscar más información sobre la naturaleza del problema e incluso guías acerca de posibles alternativas.

El *Apoyo instrumental*, que comprende recibir ayudas concretas, con bienes materiales o tareas, como el apoyo económico, ayuda a desplazarse, a las tareas domésticas, etc. (Helgeson y Cohen, 1996; Helgeson y Lopez, 2010; Silva, 2010; Tanis, 2007).

### ***3.3 Las fuentes de Apoyo Social***

Estos tipos de apoyo, analizados hasta ahora, pueden ser proporcionados por una gran cantidad de fuentes, como por ejemplo la pareja, la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, etc. y ser proporcionados a petición de la persona que desea recibir el apoyo, o bien de forma espontánea por parte de la propia fuente. Para definir las diferentes fuentes de apoyo social han sido propuestas diversas clasificaciones.

House (1981) propuso una relación de nueve fuentes de apoyo social: pareja, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales. Otras clasificaciones proponen la división de las redes de apoyo social en naturales, procedentes de la familia, amigos, compañeros de trabajo, y/o facilitadas por parte de grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional, ayuda



profesional, etc. También se han clasificado en redes informales aquellas más cercanas al individuo siendo la principal, la familia y en redes formales formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales.

Entender de dónde viene el apoyo social de la persona es crucial, ya que se ha demostrado que distintas fuentes producen diferentes efectos sobre la salud de las personas, tal como ha mostrado el estudio de Carpenter y colaboradores (2010) que comentaremos más adelante, en el *apartado 3.5.2*.

### ***3.4 La satisfacción del Apoyo Social***

Es importante destacar que no solo es suficiente que podamos identificar el tipo de apoyo y la fuente que lo proporciona, sino que, también, es fundamental tener en cuenta otra dimensión: la de la satisfacción del apoyo recibido, es decir, la evaluación positiva que el sujeto tiene sobre el apoyo que los demás le han proporcionado (Blanco et al., 2002; Diong et al., 2005; Gomes, 2008; Silva et al., 2003).

En este caso podemos distinguir entre apoyo social recibido y percibido, refiriéndose tanto a la componente conductual como a la componente cognitiva de este constructo, tal y como pasamos a describir a continuación.

*Apoyo social recibido*, se refiere al tipo de apoyo que un sujeto recibe, por parte de los demás, cuando se enfrenta a una situación estresante (Helgeson y Lopez, 2010; Sarason et al., 1990). En momentos de necesidad el individuo puede recibir más o menos apoyos de los que consideraba poder tener disponibles. Finalmente el sujeto puede creer que las relaciones de las cuales dispone le proporcionarán un apoyo eficaz, pero cuando finalmente lo recibe, podría sentirse desilusionado si no corresponde a las expectativas que tenía (Dunkel-Schetter y Bennet, 1990). Eso puede pasar por diferentes factores:

a) las características del sujeto (como su autoestima y su capacidad de poder pedir ayuda) y de quien proporciona apoyo (como la empatía y la competencia a nivel interpersonal); b) el tipo de estrés y como lo afronta; c) las reacciones emocionales que se desencadena el evento estresante tanto en el individuo que recibe y que proporciona apoyo; y por último; d) las características de la red de apoyo social.

En base a cuanto hemos comentado, podemos decir que cuanto más se aproxime el apoyo a la necesidad real del individuo y a la manera en la cual este desea que se realice, mejores serán sus efectos y mayor será la satisfacción experimentada por la persona (Dunkel-Schetter y Bennet, 1990).

*Apoyo social percibido*, hace referencia a la creencia subjetiva que tiene el individuo sobre la cantidad de ayuda que recibirá en caso de necesidad (Llorca et al., 1999). El sujeto considera que los demás lo valoran, cuidan de él y que querrán ayudarlo en caso de necesidad (Gomes, 2008; Helgeson y Lopez, 2010).

En síntesis, podemos describir cualquier apoyo social en base a las categorías anteriores. De esta manera, por ejemplo, un apoyo social puede describirse como un apoyo emocional (o instrumental o informativo), siendo proporcionado por la familia (o la pareja, o los amigos, o los profesionales), de manera real o potencial cuando la persona considera que la fuente de apoyo está a su disposición aunque no esté accesible en el momento), y que es un apoyo satisfactorio, o no, para el que lo reciba.

### ***3.5 El Apoyo Social en la supervivencia***

Un factor importante durante la fase de la supervivencia son las relaciones interpersonales, es decir, aquellos vínculos como la pareja, la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, etc., de los que el superviviente puede disponer y mediante los cuales puede expresar las preocupaciones, los pensamientos negativos, las molestias etc., pero también sentirse escuchado, cuidado y entendido, lo cual le ayudaría a conseguir un bienestar psicológico (Fernandes, et al., 2014). El poder disponer de este tipo de apoyo podría mejorar el pronóstico de su salud (Hughes et al., 2014), o favorecer el incremento de la confianza y de una visión más positiva de la propia situación de supervivencia. Algunas investigaciones nos indican que las personas que mantienen un mayor nivel de relaciones interpersonales tienen mayor probabilidad de recibir distintas formas de apoyo, lo que está asociado con una mejor calidad de vida (Fernandes et al., 2014; Osann et al., 2019; Waters et al., 2013). En cambio, la falta de apoyo social parece ser predictor de una peor calidad de vida durante la fase de supervivencia (Leung et al., 2016; Li et al., 2016). De esta forma, podemos esperar que disponer de apoyo social, en esta fase, sea importante para poder reducir o amortiguar el impacto del malestar provocado por todas las secuelas causadas por el tratamiento.

En los apartados que siguen abordaremos los resultados de las investigaciones que han analizado el papel del Apoyo Social en los problemas que aparecen durante la fase de supervivencia, siguiendo la misma estructura que hemos seguido en el capítulo del afrontamiento (cap. 2).

#### ***3.5.1 El Apoyo Social y las secuelas a nivel físico***

Las secuelas físicas son muy frecuentes en la fase de la supervivencia, pero la literatura encontrada es escasa en este tema.

Hughes y colaboradores (2014) en su trabajo tuvieron como objetivo examinar las relaciones entre el apoyo social, dolor, síntomas depresivos y el linfedema en una

muestra de 164 supervivientes de cáncer de mama. Los supervivientes fueron vistos una primera vez antes de recibir cualquier tratamiento y una segunda vez 6 meses después de haberlo finalizado. Los resultados mostraron que los supervivientes con niveles de apoyo social más bajo antes de recibir el tratamiento, experimentaron mayores niveles de dolor y del linfedema, en comparación con los que habían recibido más apoyo social. Los resultados de este estudio sugieren que el apoyo social en el momento del diagnóstico predice el desarrollo del dolor, de la inflamación y de los síntomas depresivos en la fase de la supervivencia.

### *3.5.2 El Apoyo Social y las secuelas psicológicas y emocionales*

La supervivencia a menudo se asocia con problemas típicos de reajuste a la rutina, como miedo a la recurrencia de la enfermedad, la aparición de sintomatología depresiva o sentimientos de angustia. En este caso la literatura encontrada, es un poco más extensa y valora dos aspectos: por un lado el estrés postraumático y los pensamientos intrusivos (Lewis et al., 2001; Carpenter et al., 2010) y por el otro la depresión (Carpenter et al., 2010; Hipkins et al., 2004; Huang et al., 2013; Hughes et al., 2014; Lim et al. 2008; Talley et al., 2010).

En el estudio de Lewis y colaboradores (2001) se exploran los efectos que el apoyo social puede tener en la relación entre los pensamientos intrusivos y la calidad de vida, en una muestra de 64 supervivientes de cáncer de mama. La hipótesis de los autores se focaliza en el efecto amortiguador del apoyo social sobre el impacto dañino de los pensamientos intrusivos en la calidad de vida, incluso muchos años después del diagnóstico y del tratamiento. Los resultados, efectivamente, muestran que los supervivientes con menor apoyo social, antes del tratamiento, experimentaron con el tiempo mayores niveles de dolor y síntomas depresivos en comparación con los supervivientes que recibieron más apoyo social durante el diagnóstico.

Por su parte Carpenter y colaboradores (2010) probaron la hipótesis de amortiguación del estrés en una muestra de 260 supervivientes de cáncer ginecológico, examinando la asociación entre las secuelas físicas relacionadas con el cáncer y el ajuste psicológico, es decir, el estrés post-traumático debido al cáncer y los síntomas depresivos. Los resultados mostraron que: (a) hay un efecto directo del apoyo social percibido sobre la depresión, de hecho las supervivientes que tuvieron mayor apoyo, mostraban menores niveles de depresión en comparación con las supervivientes que recibían menos apoyo; (b) el apoyo social tiene un efecto amortiguador sobre el estrés post-traumático cuando las secuelas físicas son importantes: las supervivientes con menor apoyo social percibido presentaron niveles más altos de estrés post-traumático en comparación con las otras supervivientes que habían recibido más apoyo social. En cambio, cuando las secuelas físicas no son tan importantes, el disponer de apoyo social percibido o no, no

genera diferencias a nivel de síntomas de estrés post-traumático; (c) cuando el apoyo es proporcionado por los amigos y compañeros, más que por la familia, este ejerce un efecto amortiguador sobre el estrés post-traumático.

Se puede encontrar, también, literatura específica sobre el efecto del apoyo social sobre la depresión en mujeres con cáncer ginecológico (Carpenter et al., 2010; Hipkins et al., 2004; Lim et al., 2008;) y de mama (Huang et al., 2013; Hughes et al., 2014; Lim et al., 2008; Talley et al., 2010) y que describimos a continuación.

Lim y colaboradores (2008) investigaron la relación entre apoyo social y los síntomas depresivos en una muestra de 51 supervivientes coreanas con cáncer de mama y ginecológico. El objetivo de este estudio fue mirar la relación (directa o indirecta) entre los niveles de instrucción, el apoyo social, los síntomas depresivos y la calidad de vida. Los resultados encontraron relaciones claras entre todas estas variables. Más concretamente un mayor nivel de instrucción se asoció con una mayor red de apoyo y menos síntomas depresivos, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las supervivientes. Al mismo tiempo, poder disponer de una red social se correlacionó positivamente con un mayor apoyo social de tipo emocional, influyendo significativamente en la disminución de los síntomas depresivos.

El trabajo de Hipkins y colaboradores (2004) describió durante dos momentos, tras haber finalizado el tratamiento y tras haber transcurrido un período de 3 meses, los niveles de ansiedad y depresión en supervivientes de cáncer de ovario, con el objetivo de poder identificar los factores que pudiesen predecir la morbilidad psicológica. Los resultados mostraron que niveles bajos de apoyo social percibido se relacionaban con un incremento de la ansiedad. En cambio, no se observó ninguna relación entre apoyo social y depresión.

Hughes y colaboradores (2014), como hemos visto en el apartado anterior sobre las secuelas físicas (*apartado 3.5.1*), también analizan la relación entre apoyo social y la depresión sobre supervivientes con cáncer de mama y los resultados mostraron que las supervivientes con niveles de apoyo social más bajo antes de recibir el tratamiento, experimentaron mayores niveles de síntomas depresivos, en comparación con los que habían recibido más apoyo social.

El estudio de Huang y colaboradores (2013), con una muestra de 150 supervivientes de cáncer de mama provenientes de Taiwán, mostró que aproximadamente el 35% de los supervivientes presentaban síntomas depresivos, y que el apoyo social moderaba de manera significativa los efectos de esta sintomatología sobre la calidad de vida. Los autores concluyeron que hay un efecto preventivo del apoyo social ya que este último tiene un papel amortiguador sobre los síntomas depresivos y la pérdida de calidad de vida.

Finalmente, los resultados del estudio de Talley y colaboradores (2010), sobre una muestra de 163 supervivientes de cáncer de mama, revelaron que: (a) a un mayor apoyo

emocional percibido, por parte de la pareja, se asocia a niveles más bajos de depresión; (b) la satisfacción del apoyo media la relación entre el apoyo emocional, percibido de la pareja, y la depresión; (c) el apoyo emocional, percibido de la pareja, y su satisfacción predicen los cambios posteriores en la depresión; (d) la depresión se relaciona con niveles más bajos de apoyo percibido (tanto emocional como instrumental) por parte de la pareja.

### *3.5.3 El Apoyo Social y las secuelas a nivel de la sexualidad*

En el contexto del ajuste sexual, de los sobrevivientes de cáncer ginecológico, se ha demostrado que la disfunción sexual tiene un efecto significativamente negativo sobre la calidad de vida en la fase de supervivencia, pero no hemos encontrado trabajos que valoren de forma aislada el efecto del apoyo social sobre la sexualidad, aunque sí hemos encontrado uno que analiza simultáneamente el efecto del apoyo social y las estrategias de afrontamiento y que describiremos más adelante, en el capítulo 4.

### *3.5.4 El Apoyo Social y las dificultades a nivel laboral*

En los estudios generales sobre el apoyo social y la vida laboral, se ha establecido que altos niveles de apoyo social están relacionados con mayor bienestar y una mejor productividad en el trabajo, mientras que menos apoyo está relacionado con mayor riesgo de agotamiento laboral (Baruch-Feldman et al., 2002; Peeters et al., 2001).

La literatura que hemos encontrado al respecto ha sido escasa: el primer trabajo analiza esta relación en supervivientes de varios tipos de cáncer tanto hombres como mujeres (Taskila et al., 2006), el segundo trabajo, en cambio, cuenta con una muestra de supervivientes de cáncer de mama.

Taskila y colaboradores (2006) en su trabajo, con una muestra de 640 supervivientes de varios tipos de cáncer, tuvieron los siguientes objetivos: (a) examinar la cantidad de apoyo social que los supervivientes necesitaban y que realmente habían recibido en su lugar de trabajo; (b) ver si las variables relacionadas con la enfermedad (o las sociodemográficas) se asociaban con el apoyo social recibido; (c) si había diferencias entre las varias fuentes de apoyo social.

Los principales resultados mostraron que: (1) los supervivientes habían recibido mayor apoyo social por parte de sus compañeros de trabajo, pero esperaban recibir más por parte del personal de atención médica ocupacional que se encontraba en el lugar de trabajo; (2) los supervivientes necesitaban más apoyo respecto a los demás los hombres que tenían linfoma, o habían recibido anteriormente quimioterapia o tenían un bajo

nivel educativo; (3) la necesidad de recibir apoyo por parte del personal de atención médica ocupacional, era cinco veces mayor entre los que habían sido tratados con quimioterapia que los que no; en general (4) que las mujeres recibieron y necesitaron más apoyo social que los hombres.

Gudbergsson y colaboradores (2009), en su estudio, comparan en un muestra de 135 supervivientes de cáncer de mama noruegas y 148 finlandesas, el apoyo social, recibido y necesitado, de los compañeros de trabajo, de los supervisores y del personal de atención médica ocupacional. Las supervivientes finlandesas, en comparación con las noruegas, informaron recibir menos apoyo social por parte de los supervisores, pero recibieron más apoyo social por parte del personal de atención médica ocupacional. En cambio, no se observaron diferencias entre el apoyo recibido de los compañeros de trabajo. El bienestar físico se asoció principalmente con el apoyo recibido y necesitado por parte de los supervisores, de los compañeros de trabajo y del personal de atención médica ocupacional. Los autores concluyeron que recibir apoyo social es una cuestión importante para las supervivientes, ya que ello les permite mantener unos niveles de actividad laboral adecuados.

### ***3.6 Valoraciones y conclusiones***

Al igual que en el capítulo anterior sobre el afrontamiento, la literatura que hemos podido hallar ha sido escasa, pero el análisis de los estudios recopilados, en general, confirma la hipótesis que el apoyo social recibido tiene un efecto directo sobre la calidad de vida, incrementando o evitando su deterioro. Asimismo algunos estudios también hablan de un efecto amortiguador y este efecto podría depender de la fuente que proporciona ese apoyo social.

El apoyo social, en las fases iniciales de la supervivencia, es más intenso pero con el paso del tiempo esta intensidad va disminuyendo tal y como comentan algunos estudios (Jang et al., 2018; Yeung, et al., 2018). Esto sugiere que, para un mejor ajuste psicológico, los beneficios del apoyo social son más importantes en las fases de la supervivencia temprana, más que en la fase de supervivencia duradera, ayudando de esta manera a evitar los efectos perjudiciales para la salud del superviviente (Imm et al., 2017; Jang et al., 2018). Además la percepción del apoyo social proveniente de fuentes cercanas o importantes, resulta ser predictiva de una mejor calidad de vida en general (McDonough et al., 2019) y sus efectos mejoran cuando su provisión se corresponde con las necesidades de los supervivientes (Merluzzi et al., 2016).

Parece ser, entonces, que no solo el afrontamiento tiene un papel importante en la fase de adaptación de la supervivencia, también el apoyo social tiene el mismo rol y además de favorecer la adaptación, se ha observado que podría ayudar a mejorar los resultados de otras intervenciones psicológicas (Schellekens et al., 2017).

Para completar esta visión nos parece coherente intentar averiguar si estas dos variables (afrontamiento y apoyo social) inciden en la adaptación de los supervivientes exclusivamente de forma directa e independiente, o si existe algún tipo de interacción entre ellas que pueda modular el efecto que las mismas puedan tener sobre la adaptación a la supervivencia. Para ello revisaremos los estudios que han analizado simultáneamente dichas variables, en el capítulo que sigue (cap. 4).

## **4. INTERACCIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL**

La literatura revisada en los capítulos 2 y 3 ha mostrado que el tipo de afrontamiento, (ante las situaciones de estrés) y el apoyo social (en situaciones adversas) son factores que parecen estar claramente relacionados con la calidad de vida en los supervivientes de cáncer o, al menos, con determinadas dimensiones de ésta. Sin embargo, no está claro, todavía, si este efecto es independiente o si, como han sugerido algunas investigaciones (Zhou et al. 2010 Zucca et al., 2010), podría haber algún tipo de interacción entre el afrontamiento y el apoyo social.

En el presente capítulo abordaremos esta cuestión revisando las pocas investigaciones encontradas que han analizado simultáneamente los efectos del afrontamiento y del apoyo social sobre las diferentes dimensiones de la calidad de vida de los supervivientes de cáncer.

### ***4.1 Afrontamiento y Apoyo Social en la depresión***

A pesar de que la depresión es una de las secuelas emocionales más frecuentes durante la fase post-tratamiento sólo hemos encontrado dos artículos que abordan esta problemática.

En el trabajo de Philip y colaboradores (2013), en una muestra de 124 supervivientes de diferentes tipos de cáncer, los resultados mostraron que el afrontamiento orientado a la autoeficacia predijo significativamente la depresión: se encontraron correlaciones significativas entre la autoeficacia y la depresión ( $r = -0.62$ ) es decir que las personas que tenían un mayor nivel de autoeficacia para desarrollar estrategias de afrontamiento tenían menos probabilidades de manifestar síntomas depresivos. Asimismo, se observó una correlación positiva entre el impacto de los síntomas experimentados por el cáncer y la depresión ( $r = 0.44$ ). En cambio, el apoyo social mostró una relación escasa con la depresión (explicando únicamente un 9% de varianza frente a un 43% de la autoeficacia para el afrontamiento), y además, cuando en el modelo de regresión se introducía la variable afrontamiento, el apoyo social desaparecía como variable explicativa.

Paterson y colaboradores (2015), tuvieron como objetivo observar los efectos del afrontamiento y del apoyo social sobre la calidad de vida en 74 supervivientes de cáncer de próstata. Se analizó la relación entre estas variables antes de recibir el tratamiento y 6 meses después de haberlo finalizado. Los resultados mostraron una disminución significativa en la calidad de vida a los 6 meses después del diagnóstico, ya que varios síntomas relacionados con el cáncer aumentaron significativamente a los 6 meses. Por otro lado, el apoyo social percibido antes del tratamiento fue predictor de una mejor



calidad de vida en general y de bajos niveles de depresión 6 meses después, explicando aproximadamente el 30% de la varianza. Por su parte, el afrontamiento desadaptativo (caracterizado por mostrar preocupación ansiosa, evitación y desesperanza) al inicio del estudio predijo el nivel de ansiedad a los 6 meses, explicando un 28,5% de la varianza. En cambio, no se observó ninguna interacción entre apoyo social y afrontamiento en la relación con la calidad de vida y la depresión, por lo que parece que los efectos beneficiosos producidos por el apoyo social y el afrontamiento se generan de forma independiente.

#### ***4.2 Afrontamiento y Apoyo Social y las secuelas a nivel de la sexualidad***

También en este caso la literatura que hemos encontrado ha sido escasa y disponemos solamente de un artículo que aborda el tema.

Tang y colaboradores (2010) examinaron, en una muestra de 134 supervivientes chinas de cáncer ginecológico y en un grupo de control de 105 mujeres que no tuvieron cáncer, el deseo sexual y su consecuente satisfacción, examinando también en qué medida la capacidad de control percibido, el afrontamiento de tipo adaptativo y el apoyo conyugal percibido influían, directamente o indirectamente, en el deseo y en la satisfacción sexual. Los resultados mostraron que las supervivientes de cáncer presentaban menos deseo y satisfacción sexual que las mujeres del grupo control. Sin embargo, las supervivientes con mayor edad y que habían recibido tratamientos combinados presentaban bajos niveles de deseo sexual, mientras que las supervivientes que habían recibido altos niveles de apoyo conyugal presentaban niveles más altos de deseo sexual. En concreto, los análisis de regresión jerárquica mostraron que la capacidad de control y el apoyo conyugal influenciaban directamente la sexualidad, mientras que el afrontamiento de tipo adaptativo no tuvo ningún efecto directo sobre esta misma variable. Si bien los autores habían planteado la hipótesis de que se observaría una interacción entre las variables, la capacidad de control, el apoyo conyugal y el afrontamiento adaptativo no mostraron ningún tipo de interacción entre ellas.

#### ***4.3 Afrontamiento y Apoyo Social en la realización de conductas saludables***

Sólo hemos encontrado dos trabajos que han investigado esta relación.

Park y colaboradores (2008) en su estudio transversal examinaron, en una muestra de 250 supervivientes hombres y mujeres de varias nacionalidades y de diferentes tipos de cáncer, los mecanismos a través de los cuales los supervivientes de cáncer mejoran las conductas saludables, valorando 4 dimensiones: la dieta, el ejercicio físico, la calidad del sueño y el manejo del estrés. Los resultados mostraron que, generalmente, el afrontamiento es predictor de los cambios de conductas saludables, y por lo tanto hay una relación directa entre estas dos variables, pero hay una diferencia sustancial dentro de esta relación dependiendo del tipo de afrontamiento utilizado: los supervivientes que utilizaban el afrontamiento centrado en la aceptación del problema mejoraban sus conductas saludables. Esta relación, además, era influenciada por tres factores psicosociales: (1) la sensación de control de la enfermedad, (2) el sentido de la vida y (3) el apoyo social. Por otro lado, los supervivientes que utilizaban un afrontamiento evitativo empeoraban sus conductas saludables y, en este caso, la relación de estas dos variables no era influenciada por ningún tipo de factores psicosociales. Por lo tanto, de estos resultados, podemos concluir que hay interacciones entre apoyo social y afrontamiento cuando el afrontamiento utilizado es centrado en la aceptación del problema, mientras cuando se utiliza el afrontamiento evitativo no se observa ninguna interacción entre afrontamiento y apoyo social.

Geng y colaboradores (2018), en un estudio con una muestra de 764 supervivientes de cáncer chinos, comprobaron que la autoeficacia y el apoyo social tenían un efecto directo sobre tres comportamientos considerados como adecuados para ejercer el autocuidado: (1) la comunicación con los médicos, (2) la realización de ejercicio físico, y (3) la búsqueda de información sobre el cáncer. Pero, también, observaron que existía una relación indirecta tanto del apoyo social como de la autoeficacia sobre estos mismos comportamientos, a través del estilo de afrontamiento. Estos resultados sugieren que, al igual que en el trabajo previamente descrito de Park y colaboradores (2008), existe interacción entre el estilo de afrontamiento y apoyo social.

#### ***4.4 Afrontamiento y Apoyo Social en el crecimiento post-traumático***

Sólo hemos encontrado dos estudios que abordan el crecimiento postraumático

Schmidt y colaboradores (2012), en su estudio, tuvieron como objetivo investigar, en una muestra de 54 supervivientes de varios tipos de cáncer, la relación entre los estilos de apego y el crecimiento post-traumático de los supervivientes de cáncer y determinar si el apoyo social y/o las estrategias de afrontamiento interaccionaban con estas dos variables. Los resultados pusieron en evidencia que tener un apego seguro está asociado al uso de varios tipos de afrontamiento como el afrontamiento activo, una reinterpretación positiva o la religión. El análisis de regresión indicó que la visión

positiva de las cosas, y el uso de la religión, como estrategias de afrontamiento, intervenían en la relación entre apego seguro y crecimiento postraumático. En cambio, el uso de apoyo social y el apego inseguro no se relacionaron con el crecimiento post-traumático. Tampoco en este estudio se ha encontrado una interacción entre afrontamiento y apoyo social.

Lelorain y colaboradores (2012), utilizando una metodología mixta, evaluaron el crecimiento post-traumático mediante entrevistas, y el afrontamiento y el apoyo social percibido mediante cuestionarios estandarizados, en una muestra de 28 supervivientes de cáncer de mama que habían recibido el diagnóstico entre 5 y 15 años antes. Los resultados mostraron que el crecimiento post-traumático aparecía en mujeres que tenían un patrón de afrontamiento considerado como adaptativo (el cual incluía el uso de la visión positiva de las cosas, la aceptación, y la expresión de emociones, entre otras estrategias) e indicaban tener apoyo social. En cambio, las mujeres que carecían de apoyo social y de recursos psicológicos, como la baja capacidad de afrontamiento, no reportaban haber experimentado crecimiento post-traumático. Según este estudio, el crecimiento post-traumático muestra una relación directa con el apoyo social y el afrontamiento. Sin embargo, los autores no analizan la existencia de efectos de interacción entre el apoyo social y el afrontamiento sobre el crecimiento post-traumático, por lo que este estudio no aporta datos ni a favor ni en contra de esa posibilidad.

#### ***4.5 Afrontamiento y Apoyo Social en el bienestar emocional***

También en este caso la recopilación de la literatura ha sido limitada y hemos encontrado solamente un estudio.

Zhou y colaboradores (2010) en su estudio, cuya población era de 180 supervivientes de cáncer de próstata, se plantean dos objetivos: el primero fue examinar el efecto del apoyo social sobre el bienestar emocional, antes de recibir el tratamiento y después de 2 años de haberlo finalizado. En referencia a este objetivo, los resultados mostraron que altos niveles de apoyo social antes de recibir el tratamiento predecían mayor bienestar emocional a los 2 años de haber finalizado el tratamiento. Por otro lado, el segundo objetivo de los autores fue evaluar si el afrontamiento adaptativo intervenía en la relación entre apoyo social y bienestar emocional. En este caso los resultados evidenciaron que el afrontamiento de tipo adaptativo no tiene una relación directa con el bienestar emocional, pero interviene, aunque solo en parte, en la relación entre el apoyo social y el bienestar emocional. Se realizó, también, un análisis post-hoc para evaluar la posibilidad de que grupos particulares de supervivientes que podrían ser especialmente vulnerable a experimentar un ajuste emocional pobre. También en este caso, los

resultados indicaron que los supervivientes que tenían niveles más altos de apoyo social reportaron un bienestar emocional significativamente mayor que los otros supervivientes. En este estudio los resultados evidencian una interacción entre apoyo social y afrontamiento adaptativo.

#### ***4.6 Afrontamiento y Apoyo Social en la fatiga, en el sueño y en la atención***

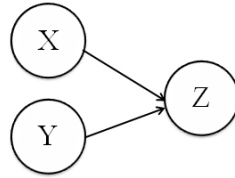
Hemos encontrado un estudio que analiza el manejo de estos síntomas en relación con el afrontamiento y al apoyo social.

Adams y colaboradores (2017) examinaron, en una muestra de 1052 supervivientes de cáncer de mama, si la falta de apoyo social percibido (ej. la evitación o la crítica) por parte de la pareja y de los profesionales sanitarios, se asociaban a mayor fatiga, a trastornos del sueño y a problemas de atención. Se evaluaron las estrategias de afrontamiento evitativo y la autoeficacia en el manejo de estos síntomas, como posibles mediadores de esta relación. Se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales para evaluar las relaciones hipotéticas entre variables en dos modelos: uno centrado en falta de apoyo por parte de la pareja y otro centrado en la falta de apoyo por parte de los profesionales sanitarios. De acuerdo con la teoría y con la investigación previa, los resultados mostraron que a mayor falta de apoyo de la pareja y de los profesionales sanitarios se asociaban una mayor carga de síntomas (mayor fatiga y trastornos del sueño por un lado, y un peor funcionamiento de la atención por el otro). Además se encontró que todas las relaciones fueron mediadas por el afrontamiento evitativo y la autoeficacia en el manejo de los síntomas descritos.

#### ***4.7 Modelos teóricos que explican la interacción entre Afrontamiento y Apoyo Social***

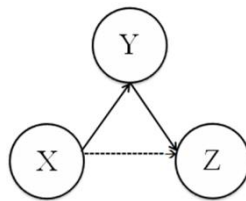
Para poder comprender esta interacción, que se puede generar entre el afrontamiento y el apoyo social, de la cual hemos hablado en los apartados anteriores, nos parece importante hacer referencia a unos modelos teóricos que nos puedan dar una estructura y un marco teórico. Nosotros, por este motivo, nos hemos basado en los modelos de Ato y Vallejo (2011), y siguiendo la bibliografía revisada en este mismo capítulo, hemos llegado a plantear tres posibles modelos que pasamos a explicar (*figuras 4.1, 4.2 y 4.3*):

(1) *Modelo de Covariación*: cuando al introducir una tercera variable *y* (*Apoyo Social*), la relación directa entre las variables *x* (*Afrontamiento*) y *z* (*Malestar*), no cambia.



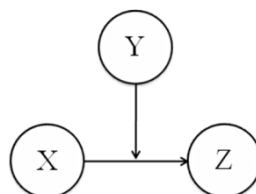
**Figura 4.1 – Modelo de Covariación**

(2) *Modelo de Mediación*: cuando la relación directa entre las variables *x* (*Afrontamiento*) y *z* (*Malestar*) puede ser mediada por la tercera variable *y* (*Apoyo Social*), esta última situándose entre *x* (*Afrontamiento*) y *z* (*Malestar*) originaría la cadena causal  $x \rightarrow y \rightarrow z$ .



**Figura 4.2 – Modelo de Mediación**

(3) *Modelo de Moderación*: al introducir la variable *y* (*Apoyo Social*), se altera la relación directa entre las variables *x* (*Afrontamiento*) y *z* (*Malestar*).



**Figura 4.3 – Modelo de Moderación**

Siguiendo estos tres modelos podemos observar que:

- 5 artículos seguirían el *Modelo de Covariación* (Lelorain et al., 2012; Paterson et al., 2015; Philips et al., 2013; Schmidt et al., 2011; Tang et al., 2010),
- 3 artículos seguirían el *Modelo Mediador* (Adams et al. 2017; Geng et al., 2018; Zhou u et al., 2010),
- 1 artículo seguiría el *Modelo Moderador* (Park et al., 2008).

#### **4.8 Valoraciones y conclusiones**

Los estudios, arriba mencionados, alcanzan resultados diferentes a la hora de analizar las dos variables a la vez, y más concretamente podemos observar que: si analizamos los artículos que no tratan aspectos emocionales inmediatos, como el crecimiento post-traumático (Lelorain et al., 2012, Schmidt et al., 2011) y la sexualidad (Tang et al., 2010) el único resultado claro que tenemos es que no se evidencia una interacción entre afrontamiento y apoyo social.

Por otro lado, si analizamos la relación directa de estas dos variables, tanto con la sexualidad como con el crecimiento post-traumático o la autoeficacia, nos encontramos resultados contradictorios, ya que el afrontamiento influye en el crecimiento post-traumático y en la autoeficacia, pero no en la sexualidad, y por otro lado el apoyo social muestra una relación directa con la sexualidad, y también se observa dicha relación en uno de los dos estudios que valoran el crecimiento post-traumático, pero no en el otro. Es difícil encontrar una explicación a estas diferencias, si bien tal vez pudieran deberse a las diferentes muestras utilizadas en las tres investigaciones, que incluían diferentes tipos de tumores.

En los resultados que analizan aspectos como la depresión (Paterson et al., 2015; Philips et al., 2013), las conductas saludables (Park et al., 2008) y el bienestar emocional (Zhou et al., 2010), podemos observar que hay interacción en los trabajos de conductas saludables y de bienestar emocional, pero en los trabajos que tratan de depresión no encontramos ninguna interacción entre afrontamiento y apoyo social, aunque hay una relación inversa entre la depresión y el uso del afrontamiento y la disponibilidad de apoyo social. De nuevo, esto podría depender del tipo de tipo de cáncer analizado en los diferentes artículos. En todo caso, podemos ver que, en estos tres artículos, el apoyo social siempre tiene una relación directa tanto con la depresión como con el estrés y el bienestar emocional, mientras que el afrontamiento no siempre la tiene, al menos en el caso del bienestar emocional, de acuerdo a lo obtenido en el estudio de Zhou y colaboradores (2010).

Llegados a este punto, se puede llegar a la conclusión de que la investigación resalta la importancia tanto del afrontamiento como del apoyo social, pero también que se está

lejos de tener un modelo común que explique cómo interactúan entre ellas. Así pues, intentaremos aportar datos que ayuden a tener un conocimiento más claro sobre esta cuestión mediante una investigación cuyas características describiremos más adelante (cap. 7).

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### ***5.1 Planteamiento del problema***

Lo expuesto en el capítulo 4 nos hace reflexionar sobre el porqué la literatura revisada hasta ahora llega a resultados discordantes a la hora de analizar el papel del *Afrontamiento*, del *Apoyo Social* y de su *interacción*. Es probable que esto pueda ocurrir por el tipo de muestra heterogénea analizada en los diferentes artículos, tal vez porque los instrumentos de medida no miden exactamente lo mismo, o quizás porque las variables afectivas (como la depresión, el estrés y el bienestar) suelen valorarse a través de autoinformes generales a posteriori, que valoran diversos intervalos temporales, pero sin centrarse en momentos concretos y específicos. Esto podría dar lugar a que el nivel de malestar fuera valorado de forma sesgada, ya que no se registran las medidas en los momentos concretos en los que se vive la experiencia que genera dicho malestar, y puede haber alteraciones producidas por el recuerdo o por el hecho de tener que estimar un promedio de un período temporal más amplio. Lo mismo podría ocurrir respecto a la valoración de los factores que podrían influir en ese malestar, como el afrontamiento y el apoyo social, tanto de forma directa como a través de una posible interacción. Asimismo, puede haber diferentes formas de interacción entre las variables que pueden no ser detectadas si no se usa una metodología de análisis apropiada. Por todo ello, pensamos que, quizás, sería más adecuado desarrollar nuevas investigaciones considerando un aspecto que es importante, cual es el de registrar la información sobre el malestar emocional, el afrontamiento y el apoyo social de una manera más inmediata, evitando así sesgos en el recuerdo. De este modo, quizá podríamos conseguir un conocimiento más preciso y apropiado que nos permitiera comprender con más claridad en qué casos los efectos del apoyo social y el afrontamiento, sobre los distintos indicadores de calidad de vida y bienestar emocional de los supervivientes, se producen de manera independiente y en qué casos lo hacen a través de una interacción.

Con el fin de comprobar empíricamente los efectos del afrontamiento y del apoyo social, durante situaciones que generan malestar emocional cotidiano en los supervivientes de cáncer, en nuestra investigación, además de una evaluación de carácter más general basada en una valoración de las tendencias de afrontamiento y de las necesidades no cubiertas, utilizaremos la metodología de la *Evaluación Ecológica Momentánea* (en adelante *EMA* por sus siglas en inglés: *Ecological Momentary Assessment*). Nuestra muestra será formada de supervivientes oncológicos realizando un registro diario compuesto por preguntas que van dirigidas a estos aspectos. La información que se quiere obtener está relacionada con la forma en que estas personas abordan las diferentes situaciones de malestar que surgen en el día a día. Se quieren



registrar las emociones experimentadas en dichas situaciones estresantes, las estrategias de afrontamiento que se utilizan para disminuir el estrés generado por tales circunstancias, y el tipo de apoyo social que se recibe antes, durante, y después de las mismas. Los datos que obtengamos nos deberían ayudar a determinar, también, si estas personas tienen unas necesidades diferentes del resto de la población y por lo tanto necesitan asistencia distinta y personalizada.

## **5.2 Justificación del trabajo**

La evaluación en psicología de la salud confía normalmente en autoinformes recogidos durante las investigaciones o las sesiones clínicas, pero son limitados por el sesgo del recuerdo y poco adecuados para poner en evidencia los cambios del comportamiento en el tiempo y en los distintos contextos reales (Stone y Shiffman, 1994). Por tanto, la metodología *EMA* da respuesta a esta limitación, ya que minimiza los sesgos de memoria, maximiza la validez ecológica y permite el estudio de procesos que influyen el comportamiento en el contexto real (Shiffman et al., 2008; Stone y Shiffman, 1994).

La *EMA* consiste en realizar medidas repetidas en intervalos periódicos de los comportamientos y de las experiencias en tiempo real, en el lugar dónde se encuentra el individuo, a través del tiempo y en diferentes contextos, mediante el uso de tecnologías diversas que pueden ir desde registros diarios a dispositivos móviles o incluso sensores fisiológicos. Por tanto, la metodología diaria implica una monitorización diaria del estrés y del afrontamiento en tiempo real y en el momento que ocurre (Tennen et al., 2000).

En una revisión sistemática sobre la *EMA* (Fernández-Castro et al., *en curso de publicación*) encuentra que el 89,47% de los artículos revisados medían el estrés cotidiano una vez al día en el momento antes de acostarse, y en el 33,33% de los estudios la duración de la evaluación era de 8 días, y en el 27,45% de los estudios la duración era por encima de los 14 días.

También se ha podido observar que estudios comparativos sobre el afrontamiento, evaluado mediante métodos retrospectivos por un lado, y momentáneos por el otro, mostraron una baja correlación entre las medidas tomadas por ambos métodos (Ptacek et al., 1994; Schwartz et al., 1999).

Stone y colaboradores (1998) encontraron que el 30% de la muestra no informó de las estrategias de afrontamiento que llevaron a cabo mediante una evaluación retrospectiva, y sí, mediante una evaluación momentánea. Por lo tanto, queda constancia de que la *EMA* facilita analizar el proceso del estrés a través del tiempo y en una amplia variedad de contextos (Bolger y Laurenceau, 2013; O'Connor y Ferguson, 2008).

Por lo tanto, la evaluación del afrontamiento del estrés cotidiano mediante la *EMA*, requiere una adaptación de las escalas de afrontamiento existentes de tipo retrospectivo,

puesto que no es lo mismo evaluar tendencias o disposiciones a afrontar, que evaluar cómo se ha afrontado un hecho concreto en un momento preciso. En este sentido, Rovira y colaboradores (2016) elaboraron y comprobaron la validez y viabilidad de un cuestionario de afrontamiento agrupado en cuatro categorías: *Afrontamiento del problema* (afrontamiento activo y planificación), *Afrontamiento de la emoción* (aceptación, reinterpretación y relajación), *Búsqueda de apoyo social* (apoyo emocional e instrumental), y el *Rechazo* (negación, desahogo y auto-culpa).

La *EMA*, como se ha explicado anteriormente, registra períodos de tiempo, momentos concretos a lo largo del día, lo que requiere una implicación y atención bastante elevada por parte de la persona evaluada; en cambio los *Registros Diarios* son un método evaluativo que se usa bastante en investigación porque el esfuerzo que conlleva al individuo en responder es relativamente bajo. La metodología consiste en una evaluación a intervalo fijo con una frecuencia de una vez al día que suele fijarse al final del día (Shiffman et al., 2008). Aunque la evaluación implica recordar todo un día y no es una estrategia puramente momentánea, no obstante, se considera que forma parte de la *EMA* ya que se administra repetidamente y supone una evaluación dinámica a través del tiempo (Shiffman et al., 2008). Por dichas razones (aproximación a una evaluación dinámica a través del tiempo, lo más próxima posible al momento del evento con un menor coste para la persona participante) en el presente trabajo utilizaremos el *Registro Diario* para recoger información sobre las actividades cotidianas del superviviente de cáncer.

### ***5.3 Objetivos del trabajo***

Consecuentemente a lo expuesto en los apartados anteriores, nuestra investigación tiene 4 grandes objetivos:

#### Objetivo 1

Describir las características del malestar cotidiano experimentado por los supervivientes de cáncer durante situaciones cotidianas consideradas estresantes;

#### Objetivo 2

Describir las características de las estrategias del afrontamiento utilizadas durante las situaciones estresantes;

### Objetivo 3

Describir las características de Apoyo Social recibido durante las situaciones estresantes;

### Objetivo 4

Analizar si existe, o no, una interacción entre afrontamiento y apoyo social sobre el malestar cotidiano de los supervivientes de cáncer, verificando cuál de los *Modelos de covariación, mediación y moderación*, podría servir para explicar la relación entre afrontamiento y apoyo social, o si hay otro nuevo modelo diferente a los demás.

# **PARTE EMPIRICA**



## **6. ESTUDIO PREVIO: LAS ENTREVISTAS**

Se trata de un estudio previo, exploratorio de tipo cualitativo, en el cual se elaboraron entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas dirigidas a psico-oncólogos y a supervivientes de cáncer que hubiesen acabado el tratamiento activo.

### ***6.1 Objetivo general***

El objetivo es identificar las vivencias que durante la etapa de supervivencia han afectado o afectan a la calidad de vida, qué tipo de afrontamiento se pone en práctica ante dichas vivencias, y en qué grado se experimenta apoyo social en esas situaciones, para comprobar que lo revisado en la literatura (mayoritariamente anglosajona) es de aplicación a supervivientes de cáncer en nuestro entorno cultural. Así pues, las entrevistas abordan como aspectos centrales la *Calidad de vida*, el *Afrontamiento* y el *Apoyo Social*.

### ***6.2 Objetivos específicos***

#### ***6.2.1 Entrevistas supervivientes***

Las entrevistas a los supervivientes (*anexo 1*), tuvieron los siguientes objetivos:

- a) Confirmar que lo que la literatura señala, se da también en pacientes de nuestro ámbito cultural;
- b) Recopilar otras informaciones que pudieron no haber sido contempladas en la bibliografía consultada (dado que la mayoría proviene del ámbito cultural anglosajón y, por tanto, podía haber omitido aspectos que son propios y relevantes de un entorno cultural latino);
- c) Identificar qué aspectos de la calidad de vida han sido afectados por el cáncer;
- d) Conocer qué tipo de afrontamiento se utiliza ante las consecuencias negativas de la enfermedad y valorar si se ha producido un cambio en la forma de afrontar los problemas respecto a la que se utilizaba antes de tener la enfermedad;
- e) Identificar las características del apoyo social recibido (quién lo proporciona y qué grado de satisfacción produce en el superviviente);

- f) Determinar si hay otros aspectos importantes que no se han contemplado en la literatura.

### 6.2.2 Entrevistas expertos

Las entrevistas a los expertos (*anexo 2*) tuvieron como objetivos:

- a) Poder identificar mejor qué aspectos concretos, de los temas arriba mencionados, deberían ser estudiados más a fondo a fin de poder obtener un mejor conocimiento que facilite las intervenciones terapéuticas;
- b) Identificar los problemas que el superviviente puede presentar una vez acabado el tratamiento;
- c) Identificar la red social del superviviente que puede ayudarlo en la fase post-tratamiento;
- d) Establecer qué factores pueden favorecer el hacer frente a la supervivencia.

## 6.3 Participantes

### 6.3.1 Supervivientes

El grupo de investigación GIES (*Grup de Recerca en Estrès i Salut*), del cual forman parte tanto la autora del presente trabajo como sus directores, ha facilitado la búsqueda de los 3 supervivientes a entrevistar. Se trata de tres mujeres cuya edad oscila entre 39 y 51 años. Dos tuvieron cáncer de mama hace más de dos años y una de ovario hace más de 10 años (desde el día de la entrevista). Dos tienen estudios secundarios y una universitarios. En el momento de la entrevista las tres están casadas, dos trabajan y una no.

### 6.3.2 Expertos

También en este caso el grupo de investigación GIES ha facilitado el contacto con los tres expertos a entrevistar. Se trata de Emilia Arrighi (*abr: E.A.*), psico-oncóloga y sub-directora del Instituto Albert J. Jovell de Salud Pública y Pacientes (UIC), Antoni Font Guiteras (*abr: A.F.*), profesor titular del Departamento de Psicología Básica de la UAB y Cristian Ochoa Arnedo (*abr: C.O.*), psicooncólogo en el Institut Català d'Oncologia del Hospital Duran i Reynals.

## **6.4 Procedimiento**

A través de los miembros del *GIES*, se contactaron tanto las supervivientes como los expertos y se les invitó a participar, de forma voluntaria, en el estudio. Las entrevistas se realizaron con el método “*uno-a-uno*” a través de preguntas abiertas y de forma presencial, con una duración entre 30 y 50 minutos. A las supervivientes se les explicó previamente, de forma genérica, el objetivo de la tesis. Todas las entrevistas se realizaron en la ciudad de Barcelona entre los meses de febrero y junio del 2014 y fueron grabadas utilizando una grabadora de voz digital, con el permiso de todos los entrevistados.

## **6.5 Resultados**

### *6.5.1 La opinión de las supervivientes*

#### *6.5.1.1 Calidad de vida*

En relación a los aspectos de la calidad de vida, que han quedado afectados por la enfermedad, las pacientes señalan que, una vez concluido el tratamiento, hay algunos aspectos de la vida que se ven afectados por las secuelas de la enfermedad y por los tratamientos recibidos, como problemas de ansiedad y depresión, la pérdida de concentración y de memoria, y dificultades para caminar, etc. Una de las secuelas más presente son la fatiga y el cansancio que afectan tanto la vida diaria como el rendimiento laboral:

*S.1: “He perdido la capacidad de dormir, me despierto cada dos/tres horas [...], esto es crónico desde el tratamiento. Como no duermo bien, voy más cansada. [...] Me tengo que conformar porque no trabajo como antes, he perdido la capacidad de atención y memoria”.*

*S.2: “Tengo una depresión importante, un estado de ansiedad constante, también tengo un cansancio diferente, me canso más rápido que antes [...], no he vuelto a trabajar [...], la memoria esto también es lo que más he notado”.*

*S.3: “Tengo cansancio no solo físico, no llevo el ritmo de antes, [...] en el trabajo ya no estoy dispuesta a poner más horas de las que sean más necesarias, antes daba igual, ahora me cuesta”.*

La experiencia de haber tenido cáncer, aparte de ser considerada como algo negativo, aporta sorprendentemente algún cambio positivo, ya que la paciente refiere tener una



manera diferente de vivir y que el cáncer ha cambiado la forma de ver las cosas, de entender las relaciones, de plantearse el futuro o, en definitiva, de establecer otras prioridades. Es frecuente que, después de dejar atrás una enfermedad como el cáncer, ciertos aspectos que antes pasaban desapercibidos sean ahora relevantes o viceversa:

*S.1: “Aprendes a hacer actos de humildad, cuando estás tan enfermo y los tratamientos tienen efectos tan drásticos”.*

*S.2: “Aprendes a valorar las cosas. Te das cuenta de la fortaleza física que nunca habías pensado tener.”*

*S.3: “Tengo un concepto mayor del factor tiempo, aprovechar más el tiempo. Me cuesta más la relación con algunas personas, porque cambia el concepto de lo que es importante y de lo que no lo es. El cáncer me ha dado más cosas buenas que malas, las buenas sobre todo a amar más la vida, a aprovecharla más, [...] tengo una vida interior más rica”.*

El miedo a la recaída es muy presente, es algo que viene considerado como un estigma, y hay que afrontarlo cada día, a pesar de que haya pasado mucho desde la finalización del tratamiento:

*SI: “Tienes miedo a que vuelva la enfermedad, en los primeros años hay más probabilidad que eso ocurra, tienes miedo y estás pendiente de lo que te puede ocurrir. [...] Te obsesionas un poco y tienes que ir controlando estos tipos de pensamientos”.*

*S2: “El miedo sobretodo, siempre hay la sombra del miedo. Quisiera hacer un reset, como si no hubiera pasado nada”.*

*S3: “El cáncer aún es muy presente, vive conmigo. Es un estigma que va a estar contigo, es como una espada y hay días que te fatiga”.*

#### 6.5.1.2 Afrontamiento

Respecto a las estrategias de afrontamiento, cada superviviente utiliza una o varias estrategias de afrontamiento y en algún caso, después de haber padecido la enfermedad, la forma de afrontar la vida cambia:

*S.1: “Acudo a los demás, a las personas que me rodean cuando quiero despejarme, entre todos hay que hacerlo todo [...], quizás soy siempre yo misma, pero algo modificada”.*

*S.2: “Sigo adelante, me voy a la calle, me voy al bar, me tomo un café [...]. Ahora relativizo más el miedo y los problemas. Ahora los problemas son otros [...], hay pocas cosas que ahora me afecten realmente [...], he aprendido a no pensar, a frenar mis emociones, cambias el chip”.*

*S.3: “Gracias a mi carácter tiro para adelante, no veo otro camino que para adelante. La parte importante la pone uno mismo, pero también las personas te ayudan. [...]Relativizo mucho los problemas y ahora veo menos problemas”.*

#### *6.5.1.3 Apoyo Social*

Respecto al apoyo social, los resultados muestran que las personas que más han ayudado los supervivientes suelen ser la familia (pareja y padres) y los amigos íntimos, “*los de siempre*”, como vienen definidos por los supervivientes mismos. El apoyo social es muy importante y la mayoría de los supervivientes se sienten satisfechos por el apoyo recibido:

*S.1: “Los que estaban siempre, mis amigos más íntimos y mi familia, [...], me han dado soporte, ayuda logística. Hicieron todo perfecto. Estaba totalmente cubierta. Nunca he percibido falta de apoyo”.*

*S.2: “Mi marido, él ha estado en la cabeza del tema, a todas horas estaba él, mis padres me han ayudado mucho [...], mis amigos han sido un punto importante, no me han dejado desde el diagnóstico hasta ahora. Me han ayudado a reír, a llorar, a caminar. Son amigos incondicionales, [...], no tengo palabras para agradecerles de lo mucho que me han ayudado”.*

*S.3: “Mi pareja y un par de amigas, han estado ahí sabiendo estar. Las sientes. Y así solo tres personas”.*

Por algunos supervivientes poder ayudar a otros que han pasado, o están pasando por lo mismo, es algo importante:

*S.2: “Quiero ayudar a otras personas a las cuales que le ha pasado lo mismo que a mí, por esto soy voluntaria en una asociación de enfermos oncológicos”.*

*S.3: “Estoy haciendo voluntariado con niños oncológicos y con sus padres, me dan un fuerza increíble, estás ahí para ayudar, vienes de lo mismo”.*

#### *6.5.1.4 Otros aspectos*

Finalmente, respecto a la existencia de aspectos que han surgido en las entrevistas y no hemos encontrado contemplados en la literatura consultada, otro aspecto importante, del cual en la literatura se habla poco, tras el tratamiento, es importante para los supervivientes hacer algo de deporte y comer sano:

*S.1: “Tengo que hacer ejercicio físico, por ejemplo andar, dar un paseo”.*

*S.2: “Necesito correr, hacer algo de ejercicio, e intento comer bien”.*

*S.3: “Ahora hago taichí, medito y antes no hacía nada, lo necesito. Como sano, [...] es importante toda la parte nutricional tras el cáncer”.*

## *6.5.2 La opinión de los expertos*

### *6.5.2.1 Calidad de vida*

Respeto a la calidad de vida, los expertos nos dicen que los problemas más frecuentes tras el tratamiento son varios, pero los que más persisten son: la falta de información de lo que será el día a día una vez acabado el tratamiento, las secuelas psicológicas y de tipo emocional, como el miedo a la recaída, ansiedad, depresión y los problemas relativos a la esfera física y sexual.

*E.A.: “Los problemas más frecuentes son la sensación de abandono primero y luego de desprotección [...], también los síntomas físicos como fatiga, dolor, falta de memoria, de sueño, cambio de la imagen corporal, etc. [...], secuelas psicológicas y emocionales como la depresión, el miedo a una recaída, ansiedad, etc. Además de todo eso también padecen problemas sexuales que constituyen un tabú y resulta ser la parte menos investigada [...], no hay que olvidar también el ámbito laboral, muchos supervivientes vuelven a su trabajo y a veces se encuentran frente a una serie de limitaciones que afectan el desarrollo normal de su trabajo. La vuelta al trabajo constituye una parte importante por los supervivientes”.*

*A.F.: “Los problemas más frecuentes son: miedo a la recidiva y/o a la muerte, sensación de pérdida de control, aislamiento, problemas de adaptación a los cambios físicos (pérdida de energía, cansancio, infertilidad, etc.), malestar psicosocial como ansiedad, depresión, baja autoestima y cambios en la imagen corporal, dificultades en las relaciones sexuales [...] y preocupaciones relacionadas con la actividad laboral. Después de acabar con los tratamientos las pacientes no se sienten informadas sobre lo que hay después del cáncer, sobre las posibles secuelas físicas y emocionales de la supervivencia”.*

*C.O.: “Los problemas del superviviente del cáncer después de haber acabado el tratamiento son de reanudar la vida cotidiana, problemas de tipo psicológico de ansiedad y depresión [...] y a los miedos que puedan volver a aparecer el cáncer. Hay también problemas a nivel laboral [...], hay problemas también en la esfera de la sexualidad, de las relaciones íntimas, de pareja, familiares [...]. Hay también problemas de secuelas físicas: cansancio, astenia, y también como se vive el seguimiento después del tratamiento [...]. A nivel sexual también necesitarían un apoyo, por lo que es la relación de pareja, o la información que es puramente físico, psicofisiológica, o temas más de intimidad y pareja”.*

### 6.5.2.2 Afrontamiento

Los expertos opinan que lo que favorece el afrontamiento a la supervivencia sería tanto el tomar conciencia de lo que ha pasado y disponer de nuevas herramientas para poder afrontar esta nueva rutina, como el poder disponer de una ayuda integral por parte de diferentes profesionales:

**E.A.:** *“Es importante que los supervivientes reciban atención por parte de un equipo multidisciplinar, integrado por personal médico, de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y asesoramientos legales”.*

**A.F.:** *“Es importante que el superviviente tenga un equipo multidisciplinar como: oncólogo, psicólogo, fisioterapeuta, dietista/nutricionista, etc.”.*

**C.O.:** *“Los factores que pueden facilitar la adaptación podrían ser, a nivel psicológico, tomar conciencia de lo ocurrido, pero, también, conciencia de las cosas que son más importantes en tu vida [...], tener las herramientas para regular emocionalmente las reacciones que has tenido durante la enfermedad, [...] pensar en cada una de las áreas en que presentan dificultad y disponer de un profesional de referencia [...] y el objetivo es facilitar el procesamiento emocional de todo lo que ha sido la enfermedad”.*

### 6.5.2.3 Apoyo Social

Los resultados sobre el apoyo social muestran como este es un tema importante tanto antes, como después del tratamiento, donde juegan un rol importante sobretodo figuras como la pareja, cuando presente, los familiares y los amigos más cercanos:

**E.A.:** *“El apoyo social es factor importante durante y después del haber tenido cáncer [...] Los esposos y los familiares más cercano (como los padres) pueden jugar un rol importante en la recuperación”.*

**A.F.:** *“El bienestar depende también de la percepción de apoyo de parte de la pareja o de un familiar cercano”.*

**C.O.:** *“Los familiares, la pareja y los amigos más íntimos juegan un papel muy importante, pero es frecuente que la familia y los amigos están más presentes en los momentos donde la enfermedad es más visible [...], el apoyo social es importante en todo el proceso, pero seguramente habría que reforzar justo el periodo de finales de los tratamientos, el primer año, [...] habría que reforzar la transición de los finales de los tratamientos a iniciar su vida cotidiana”.*

## 6.6 Discusión

### 6.6.1 Calidad de vida

Las supervivientes (*tabla 6.1*) y los expertos (*tabla 6.2*) que hemos entrevistado, coinciden en que, tras el cáncer, algunos aspectos de la vida han quedado afectados por las secuelas de la enfermedad y de los tratamientos recibidos. Las secuelas físicas como fatiga y cansancio (físico o mental, debido a problemas de sueño), afectan el llevar a cabo actividades que antes se hacían y que ahora resultan más difíciles de llevar. Consecuentemente el cansancio y la fatiga afectan el rendimiento laboral, por esto todas las entrevistadas comentan no poder cumplir con las tareas laborales igual que antes debido al no sentirse totalmente recuperadas.

Los expertos, así como la literatura (Bower, 2005; Taskila, 2007; Amir y Brocky, 2009) coinciden con eso y añaden también que la calidad de vida se ve afectada por las secuelas psicológicas y emocionales, como el miedo a la recaída, ansiedades y el padecer depresión. También mencionan la esfera sexual, un aspecto que afecta directamente a la calidad de vida de los supervivientes, pero que constituye una de las dificultades poco tratadas en las consultas de oncología siendo evidentemente un tabú para los supervivientes. En este sentido, no todos los profesionales sanitarios estarían preparados para afrontar claramente la temática relacionada con la sexualidad (Algier y Kav, 2008). Se puede decir que este tema se afrontaría, con más frecuencia, si el superviviente ha padecido tumores relacionados con el aparato reproductor, ante la presencia de una persona muy joven o en el momento en que el afectado hace preguntas directas sobre este tema (Hordern y Street, 2007; Katz, 2005).

Haber padecido cáncer, por último, parece aportar inesperadamente algún cambio beneficioso: el superviviente refiere vivir la vida de forma distinta y dar importancia a su entorno de manera diferente, en comparación con antes de haber padecido la enfermedad. Aunque el cáncer puede ser una experiencia traumática, en ocasiones es también considerado un estímulo para el crecimiento personal, la literatura en este caso habla de *crecimiento post-traumático* (Calhoun y Tedeschi, 2006), mientras que los expertos entrevistados no mencionan este tema.

En conclusión, los resultados muestran que entre literatura y entrevistados (supervivientes y expertos) no hay contradicción en lo comentado hasta ahora. Podemos, quizás, destacar que las pacientes hablan de aspectos tanto negativos (como el tema de la fatiga, de la pérdida de energía, del miedo a la recaída, etc.) como positivos (como el crecimiento post-traumático, el ayudar a otros supervivientes o pacientes, los cambios de valores, etc.). En cambio, los expertos se centran más en comentar aspectos negativos (como los problemas físicos, emocionales, la depresión, la ansiedad, etc., problemas de sexualidad y en ámbito laboral entre otros). Es probable que estas problemáticas se sufran mayoritariamente durante el primer año de supervivencia y que más adelante se superen, mientras que el cansancio y el miedo a la recaída resultan ser problemas a largo plazo, que permanecen hasta muchos años después de haber acabado el tratamiento, o durante toda la supervivencia, y que afecten la calidad de vida. Es probable que, en este caso, las supervivientes tengan una visión más general de su

condición y que los expertos, teniendo un contacto con los supervivientes en un momento de necesidad, se fijen más en los aspectos problemáticos. Hay que destacar también que los expertos hablan del tema de la sexualidad, mientras que las entrevistadas no lo han mencionado a la hora de la entrevista, esto lo podemos, quizás, relacionar que no ha habido manera de poder establecer con ellas un vínculo para poder llegar a hablar de este tema más íntimo y personal.

**Tabla 6.1 - Calidad de vida: Comparativa supervivientes vs literatura**

Tema	Supervivientes entrevistadas	Literatura
<u>Calidad de vida</u>	Cansancio/Fatiga Pérdida de memoria	Hay evidencia en la literatura: ambos resultan ser los mayores problemas post-tratamiento
	Crecimiento post-traumático	Hay evidencia en la literatura: el cáncer puede ser una experiencia traumática, pero también puede estimular el desarrollo de cambios vitales positivos
	Miedo a la recaída	Hay evidencia en la literatura: El miedo está presente desde el diagnóstico y se experimenta con mayor intensidad al finalizar el tratamiento

**Tabla 6.2 -Calidad de vida: Comparativa expertos vs literatura**

Tema	Expertos entrevistados	Literatura
<u>Calidad de vida</u>	Fatiga Dolor Cansancio	Hay amplia evidencia en la literatura
	Ansiedad Depresión Miedo a la recaída	Hay evidencia en la literatura: después del primer año son las secuelas psicológicas y emocionales más frecuentes
	Esfera laboral	Hay evidencia en la literatura: la enfermedad ha afectado de tal modo que no se puede trabajar de la misma manera que antes
	Esfera sexual	Hay evidencia en la literatura pero todavía es un tema que se considera tabú

### 6.6.2 Afrontamiento

De cara al afrontamiento (*tablas 6.3 y 6.4*), las supervivientes refieren utilizar estrategias de afrontamiento en los momentos estresantes, pero comentan que, después del cáncer, su forma de afrontar los problemas diarios ha cambiado respecto a antes de padecer cáncer: a menudo se relativizan los problemas y el miedo a la recaída es mencionado por todos los supervivientes como algo siempre presente.

Los expertos entrevistados, por otro lado, coinciden todos en que, para poder afrontar la fase de supervivencia, los supervivientes deberían de recibir una atención integral e interdisciplinar, a través de la participación de distintos profesionales especialistas tanto en el cuidado como en la recuperación, facilitando información y servicios que ayuden en la fase inmediatamente después de haber recibido el alta.

En la literatura consultada, aunque haya poca evidencia, se destacan que los supervivientes utilizan varias combinaciones de estrategias de afrontamiento que ponen en marcha para conseguir una mejor adaptación psicológica desde el inicio de la enfermedad.

**Tabla 6.3 - Afrontamiento: Comparativa supervivientes vs literatura**

Tema	Supervivientes entrevistadas	Literatura
<u>Afrontamiento</u>	Utilizo de varias estrategias	Hay evidencia en la literatura: los pacientes con cáncer utilizan combinaciones de estrategias que tienen que ver con categorías y dimensiones de afrontamiento diferentes
	Cambios de estilos de afrontamiento	Hay evidencia en la literatura: puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adecuadas para conseguir una mejor adaptación psicológica desde el inicio de la enfermedad.

**Tabla 6.4 - Afrontamiento: Comparativa expertos vs literatura**

Tema	Expertos entrevistados	Literatura
<u>Afrontamiento</u>	Estrategias emocionales	Hay evidencia en la literatura: es necesario recibir entrenamiento en técnicas de relajación y control de las emociones
	Ayuda multidisciplinar	<u>No</u> hay evidencia en la literatura consultada



### 6.6.3 Apoyo Social

El apoyo social (*tablas 6.5 y 6.6*), es tema explorado con amplitud en la literatura científica, los supervivientes, los expertos y la literatura coinciden con la importancia de poder disponer de apoyo durante y después del tratamiento: durante la etapa del tratamiento los pacientes están muy vigilados, muy cuidados, pasan muchos controles, se sienten muy atendidos, pero cuando acaban los tratamientos y empiezan a restablecer su vida poco a poco, en este momento experimentan sentimientos de desamparo, soledad, vulnerabilidad e inseguridad, toman poco a poco conciencia de lo que se ha vivido. En esta fase, un rol importante lo juegan la pareja y la familia que resultan ser definidos como una ayuda extraordinaria junto con los amigos más íntimos, los de siempre.

Las supervivientes entrevistadas hablan de otro aspecto del apoyo social: en concreto de la importancia de poder ayudar otros afectados que hayan pasado por la misma experiencia, ofreciendo apoyo y orientación a través de su propio testimonio, acompañando al superviviente desde la empatía y entendiendo esos sentimientos gracias a la experiencia de haber recorrido un camino similar. Se destaca, en primer lugar, la importancia de la conexión o vinculación con otros pacientes que están padeciendo lo mismo que se padeció, y en segundo lugar, los beneficios de sentirse comprendidos y la posibilidad de compartir experiencias comunes.

En la literatura consultada no hemos encontrado evidencia sobre este tema y tampoco ha sido mencionado por los expertos que hemos entrevistado.

**Tabla 6.5 - Apoyo Social: Comparativa supervivientes vs literatura**

Tema	Supervivientes entrevistadas	Literatura
<u>Apoyo Social</u>	Pareja	Hay evidencia en la literatura: cuando está presente la pareja resulta ser la primera figura de apoyo.
	Familiar cercano	Hay evidencia en la literatura: los familiares más cercanos, como los padres, son la figura de apoyo más frecuente
	Amigos íntimos	Hay evidencia en la literatura: los amigos junto con los familiares y la pareja son otro punto de apoyo.
	Contacto con otros supervivientes o enfermos	<u>No</u> hemos encontrado evidencia en la literatura consultada

**Tabla 6.6 - Apoyo Social: Comparativa expertos vs literatura**

Tema	Expertos entrevistados	Literatura
<u>Apoyo Social</u>	Pareja	Hay evidencia en la literatura
	Familiar cercano	Hay evidencia en la literatura
	Amigos íntimos	Hay evidencia en la literatura

#### 6.6.4 Otros aspectos

En la literatura que hemos consultado (*tabla 6.7*) hay poca evidencia de un aspecto que, en cambio, las tres supervivientes entrevistadas destacan: la importancia de hacer ejercicio físico y tener una dieta *ad-hoc*, ajustada para la supervivencia. En general, cuanto más ejercicio se realice mayores serán los beneficios para la salud.

La literatura indica que es uno de los hábitos que resulta ser más beneficioso para la salud, disminuyendo el riesgo de recaída. De hecho el *American College of Sports Medicine* (2010) afirma que la probabilidad de recaídas se reduce cuando se practica ejercicio físico.

**Tabla 6.7 - Otros aspectos: Comparativa supervivientes vs literatura**

Tema	Supervivientes entrevistadas	Literatura
<u>Otros aspectos</u>	Necesidad de hacer ejercicio físico y comer sano	Hay evidencia en la literatura: hacer ejercicio disminuye el riesgo de recaída y alivia las secuelas físicas

## 6.7 Conclusiones

Los resultados de las entrevistas a supervivientes y expertos muestran claramente que las personas que han finalizado el tratamiento oncológico, presentan necesidades particulares ya que las secuelas de la enfermedad y de los tratamientos recibidos afectan a la calidad de vida y dificultan el regreso a la rutina.

Las conclusiones más importantes que podemos sacar tras estas entrevistas son que:

- a) La *Calidad de vida* de los supervivientes se ve afectada por la amenaza que el cáncer pueda volver a aparecer, especialmente ante las situaciones como las revisiones y controles médicos o ante cualquier dolor o molestia física. Esta sensación de incertidumbre y el miedo a la recaída son bastante frecuentes entre todos los que han pasado por un cáncer. A medida que pasa el tiempo, el miedo a la recaída disminuye y sin embargo, incluso años después del tratamiento, algunas situaciones, cosas o momentos, pueden hacer que uno se preocupe más. También el cansancio y la fatiga representan unos de los problemas más frecuentes y con mayor repercusión sobre la calidad de vida en los pacientes oncológicos y a menudo persiste durante meses o años después de finalizado el tratamiento.
- b) Las *Estrategias de Afrontamiento* utilizadas tras el cáncer, según los expertos, son habitualmente más de tipo activo dirigidas a la modificación, solución de la situación o de los acontecimientos percibidos como estresantes. Los estilos de afrontamiento activos ante el cáncer se asocian con un mejor ajuste a la enfermedad, adherencia terapéutica y calidad de vida, tal y como afirman los expertos y la literatura consultada. Las supervivientes, por otro lado, nos evidencian que los problemas tras el cáncer se afrontan de una manera diferente, se relativizan más y no se da importancia a las mismas cosas que antes de la enfermedad.
- c) El *Apoyo Social* es, evidentemente, un factor muy importante también en la fase post-tratamiento, en este momento, los supervivientes experimentan una sensación de desprotección y el apoyo de las figuras familiares parece favorecer el reajuste a la normalidad.

Queda bastante claro que el afrontamiento y el apoyo social parecen ejercer de *amortiguadores* que facilitan la adaptación de la persona a la situación favoreciendo así una mejor calidad de vida. Sin embargo, aún no está claro a través de qué mecanismos de los que hemos planteado, en el capítulo 5, actúan el afrontamiento y el apoyo social. Podría haber efectos directos sobre la calidad de vida o también una interacción entre afrontamiento y apoyo social.

Está claro que no podíamos esperar que este estudio previo nos aportase la clave para describir el mecanismo de acción del apoyo social y el afrontamiento y su posible interacción.

Por otra parte, hemos de destacar que, al igual que sucede con la literatura, la información que hemos obtenido proviene de valoraciones retrospectivas. En las investigaciones revisadas en los capítulos anteriores, el uso de esas valoraciones retrospectivas o de diseños transversales en los que se suele evaluar mediante autoinformes recogidos durante las investigaciones o las sesiones clínicas, pueden producir sesgo en el recuerdo y no conducen a una visión y registro más inmediatos basados en lo que ocurre en el día a día.

Por este motivo, consideramos que una estrategia que podría ayudarnos a conocer mejor las características, efectos, y posibles interacciones entre afrontamiento y apoyo social sobre la calidad de vida, sería la que permitiera un registro más inmediato y continuado de las vivencias y reacciones de los pacientes, evitando así los posibles sesgos de recuerdo. Así, creemos que es adecuado plantear una investigación basada en medidas tomadas en contexto real y en tiempo real, a través de la técnica *EMA* de la cual hemos hablado anteriormente (cap. 5). Las ventajas de este enfoque, con respecto a las evaluaciones tradicionales, son diversas: por un lado minimiza el sesgo retrospectivo, por otro se pueden analizar secuencias dinámicas, como por ejemplo, cómo el afrontamiento o el apoyo social, en un determinado momento de tiempo, impacta o afecta a lo largo del día, o de la semana, lo que quizá podría aportarnos una información más rica que permitiera conocer el mecanismo de acción de esos factores (Shiffman et al., 2008).

Con este planteamiento, la información obtenida en las entrevistas nos va a permitir identificar los aspectos de malestar que son considerados relevantes por la literatura y que son destacados tanto por los supervivientes como por los expertos entrevistados, a fin de poder valorar si estas situaciones se verifican realmente cada día o no, con qué intensidad se viven, cómo se viven y cómo el superviviente las afronta y maneja. El fin es obtener un conocimiento más preciso sobre cómo, cuándo y de qué forma el afrontamiento y el apoyo social pueden determinar una mejor adaptación a los problemas que tienen los supervivientes de cáncer y por lo tanto promueven su bienestar, mediante la monitorización más próxima que es facilitada por el uso de la *EMA*. Éstas son las líneas a partir de las cuales desarrollaremos el *Estudio Principal* del presente trabajo y que describiremos en el siguiente capítulo (cap. 7).

## **7. ESTUDIO PRINCIPAL: EL MÉTODO DE LA *EVALUCIÓN ECOLÓGICA MOMENTÁNEA***

### ***7.1 Diseño del estudio***

Se trata de un estudio longitudinal, que utiliza registros diarios a completar online durante un período de 15 días. El estudio fue autorizado por el comité de ética de la *Univeritat Autònoma de Barcelona* en julio del 2014.

### ***7.2 Participantes***

La muestra definitiva estuvo constituida por 60 personas supervivientes de un cáncer cuyas características están indicadas en la *tabla 7.1*. Puede apreciarse que predominan las mujeres de entre 45-50 años de edad, que han padecido cáncer de mama cuyo tratamiento activo ha finalizado dentro de los tres últimos años.

#### ***7.2.1 Criterios de inclusión***

Para que los supervivientes formasen parte del estudio se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- a. Ser castellano hablante,
- b. Ser mayor de edad y no haber cumplido más de 65 años,
- c. Haber padecido cualquier tipo de cáncer,
- d. Que no hubieran transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento activo,
- e. Disponer un ordenador, móvil o tablet para poder acceder al cuestionario online,
- f. Estar dispuesto a recibir durante 15 días un recordatorio vía correo electrónico.

### 7.2.2 Reclutamiento

La captación de los participantes fue realizada durante un periodo de 9 meses: entre junio de 2017 y marzo de 2018. En un primer momento se contactó con diversas asociaciones dedicadas a la ayuda a pacientes de cáncer para que nos permitieran ubicar nuestro *cartel informativo del estudio (anexo 3)* en su página web para solicitar supervivientes que quisieran colaborar de forma voluntaria en nuestra investigación. Diversas razones no permitieron la ubicación del cartel, por lo que se decidió buscar en *Facebook* grupos de apoyo y de autoayuda destinados especialmente al apoyo del enfermo oncológico. Una vez identificados estos grupos se contactó con los responsables y/o los administradores de las paginas online a través de un mensaje privado en el mismo *Facebook*, presentando el equipo de investigación, explicando el estudio y sus objetivos y finalmente pidiendo permiso para difundir el cartel informativo con el fin de captar supervivientes dispuestos a participar de forma voluntaria. Este procedimiento tuvo como objetivo, por un lado, obtener permiso para realizar la captación de los participantes, contando con el apoyo de los administradores/responsables de los grupos, y por el otro tener mayor credibilidad y fiabilidad delante de los participantes. Una vez concedida la autorización de los administradores se publicó en los grupos el cartel informativo donde se indicaba también el mail al cuál escribir para pedir informaciones sobre el estudio. Los grupos de *Facebook* en los que se autorizó la ubicación del cartel fueron:

- *“Asociación Oncológica Integrativa”*
- *“Vive tu cáncer”*
- *“Cáncer Ovario y Ginecológico Valencia”*
- *“Ayúdame a Vencer el Cáncer”*
- *“Y si es posible, con una sonrisa”*
- *“Survivor Cáncer Team”*
- *“La jirafa flamenca”*
- *“Adolescentes y jóvenes con cáncer”*

Se ofrecieron a participar un total de 141 personas de los cuales un 43,3% (n=61) dejaron el estudio porque no volvieron a enviar rellenos los documentos previos, (en los que se recogía información sobre datos sociodemográficos (*apartado 7.4*), un 14,2% (n=20) no cumplían con alguno de los criterios de inclusión (12 personas habían acabado el tratamiento hace más de 5 años, 5 personas estaban bajo tratamiento activo y 3 personas no estaban dispuestas a recibir el recordatorio durante los 14 días). Finalmente, un 42,5% (n=60) cumplió con los criterios de inclusión y constituyó la muestra de nuestro estudio.

**Tabla 7.1 - Descriptivos de las características de los supervivientes de la muestra**

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sujetos	60	100
Hombres	5	8,3
Mujeres	55	91,7
<b>País</b>		
España	54	90
América Latina	6	10
<b>Edad</b>		
Edad mínima	26	
Edad máxima	64	
Edad media (SD)	44 (7,5)	
<b>Tipo de Cáncer</b>		
Mama	44	73,3
Colorrectal	5	8,3
Linfoma	5	8,3
Pulmón	2	3,3
Ovario	2	3,3
Útero	1	1,7
Leucemia	1	1,7
<b>Fin tratamiento activo</b>		
< 1 año	24	40
1-3 años	23	38
3-5 años	13	22



## 7.3 Instrumentos

### 7.3.1 El cuestionario COPE-28

Para evaluar el estilo de afrontamiento de cada participante previamente a la *Evaluación Ecológica Momentánea* se utilizó el COPE-28 (o *Brief-COPE* de Carver, Scheier y Weintraub, 1989, en la adaptación española de Crespo y Cruzado, 1997), que es una versión abreviada del anterior COPE de Carver (1997) y se suele utilizar en investigaciones relacionadas con la salud. Consta de 14 subescalas o tipos de afrontamiento, de dos ítems cada una. Cada ítem describe una acción y la respuesta se realiza mediante una escala ordinal con cuatro alternativas (de 0 a 3), entre “*nunca hago esto*” hasta “*siempre hago esto*”. Por lo tanto, a mayor puntuación en cada subescala, mayor frecuencia de uso del tipo de afrontamiento. Las 14 subescalas son las siguientes:

1. *Afrontamiento activo*: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor.
2. *Planificación*: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
3. *Apoyo instrumental*: Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.
4. *Uso de apoyo emocional*: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
5. *Auto-distracción*: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
6. *Desahogo*: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
7. *Desconexión conductual*: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
8. *Reinterpretación positiva*: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
9. *Negación*: Negar la realidad del suceso estresante.
10. *Aceptación*: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
11. *Religión*: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
12. *Uso de sustancias* (alcohol o medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
13. *Humor*: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.

#### 14. *Auto-inculpación*: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

A la hora de corrección de los resultados se sumarán las puntuaciones de los 2 ítems que forman cada sub-escala, de tal manera que cada tipo de estrategia de afrontamiento tendrá una puntuación mínima 0 y máxima de 6.

#### 7.3.2 *Listado de necesidades no cubiertas (CESC)*

También de forma previa a la *Evaluación Ecológica Momentánea* y con el fin de identificar las necesidades no cubiertas, utilizamos el listado del *Cuestionario Español para Medir Necesidades no Cubiertas de Supervivientes de Cáncer* (CESC) (Arrighi, et al., 2014) que es el primer instrumento disponible en español, para facilitar la detección de necesidades de servicios específicos dirigidos a la población de supervivientes de cáncer. Se trata de un cuestionario auto-administrado, compuesto por 25 ítems distribuidos en 4 dominios: necesidades físicas, necesidades emocionales, necesidades sociales y necesidades económicas y laborales. Los supervivientes indicaban para cada necesidad el grado en que la misma no resultaba estar cubierta (atendida) adecuadamente, mediante una escala Likert 1-10 (1=Necesidad presente pero bastante atendida; 10=Necesidad presente, pero nada atendida).

#### 7.3.3 *El Survival Check*

A partir de la información obtenida en el *Estudio Previo* (cap. 6) y de la revisión de cuestionarios de afrontamiento y apoyo social, se elaboró un cuestionario en formato de diario online a fin de poder registrar las vivencias diarias de los participantes en el estudio. El diseño de los ítems se ha realizado con la intención de captar los aspectos más relevantes de las experiencias cotidianas de la forma más breve posible. Este cuestionario registra las características del estrés experimentado ante una situación que se haya producido durante el día, el tipo de afrontamiento llevado a cabo por la persona, y el apoyo social recibido. El *Survival Check* consta de cinco partes, en el *anexo 4* se reproducen los ítems utilizados y en el *anexo 5*, un ejemplo del formato que los mismos adquirirían en la presentación online.

*PARTE I*: plantea dos preguntas genéricas sobre el grado de tranquilidad y fatiga que el paciente presenta en el momento en que responde el cuestionario y que deberá medir con una escala Likert de 0-10 (*anexo 4*, ítems 1-2).

*PARTE II*: se centra identificar el evento más estresante que haya generado malestar emocional durante el día y ubicarlo entre una lista de 10 eventos. Para la elaboración de

esta lista nos hemos basado en el *Daily Inventory of Stressful Events* (DISE, Almeida et al., 2002), que ofrece una lista de posibles eventos estresantes diarios. Nosotros luego hemos reducido estos 10 ítems a cuatro categorías de eventos estresantes que así se componen (*anexo 4*, ítem 3):

- *Problema físico*: “Problemas físicos o de salud” (4);
- *Discusión con alguien*: “Discusión/desacuerdo o relación desagradable con alguna persona (1);
- *Relaciones personales*: “Le ha pasado algo negativo a una persona cercana” (7), “Algo o alguien me ha hecho tener pensamientos desagradables” (8);
- *Otro problema*: “Situación desagradable en el trabajo/estudios que no es causado por la relación con las personas” (2), “Dificultades para hacer alguna cosa” (3), “No poder hacer algo que tenías planeado” (5), “Problemas inesperados” (6), “Algún problema económico o dificultad financiera”, “Otro” (10).

Una vez identificado el evento más estresante se pregunta sobre cuál ha sido el grado de malestar producido por el mismo mediante una escala Likert 1-10 (se ha utilizado la puntuación 1 y no 0 para indicar la presencia de malestar), finalmente se pregunta por la emoción experimentada durante este evento estresante.

Para la creación del listado de las emociones nos hemos basado en el *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS, Watson, Clark y Tellegen, 1998), pudiéndose elegir más de una emoción (*anexo 4*, ítems 4-5).

*PARTE III*: se pregunta a los participantes si han utilizado, o no, una lista de 10 estrategias de afrontamiento y cuanto le ha servido cada estrategia para afrontar la situación, valorando la eficacia, de cada estrategia, con una escala Likert de 1 a 10.

Para el desarrollo de esta parte se ha utilizado el *MoCope 10-item coping questionnaire*, que evalúa el grado en el que se realizan cuatro funciones básicas de afrontamiento que son: 1) Aceptación del problema, 2) Aceptación de las emociones, 3) Búsqueda de apoyo social y 4) Rechazo.

Esta versión fue desarrollada y validada por Rovira y colaboradores (2016), expresamente para su utilización en la Evaluación Ecológica Momentánea, mediante la selección y adaptación de 10 ítems del *COPE Inventory* (Carver et al., 1989; Crespo y Cruzado, 1997) y del *Coping Responses Inventory-Adult Form* (CRI-A) (Kirchner et al., 2008; Moos, 2004), con formato de respuesta tipo escala Likert de 5 puntos (siendo 1 "Nada de acuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo"). El *MoCope* está formado por 10 ítems, luego agrupados en cuatro categorías de estrategias de afrontamiento que corresponden a las funciones enumeradas anteriormente y que aquí detallamos (*anexo 4*, ítem 6):

- *Aceptación del problema* (englobando un afrontamiento activo y planificación): “Pensar en una estrategia de solución” (7), “Actuar para solucionarlo” (10);

- *Búsqueda de apoyo social* (apoyo instrumental y emocional): “Intentar conseguir/dar consejo/ayuda” (3), “Hablar sobre cómo me siento” (9);

- *Afrontamiento centrado en la aceptación de las emociones* (aceptación, reinterpretación y desconexión): “Relajarme o desconectarme” (2), “Aceptar que la situación no se puede cambiar” (5), “Buscar algo bueno en la situación” (6);

- *Rechazo* (negación, desahogo y auto-crítica): “Criticarme culparme” (1), “Hacer como si no fuera conmigo” (4), “Descargar mi malestar sobre otras personas” (8);

Por último se pregunta si se ha utilizado otra cosa más para afrontar la situación, debiendo contestar con una respuesta “sí-no” (11).

PARTE IV: consta de cuatro preguntas que valoran la presencia o no del apoyo social recibido durante o después del evento estresante y el tipo de apoyo recibido (solicitado o espontáneo y quien lo ha proporcionado), así como la eficacia del mismo, valorada, como en el caso del afrontamiento, con una escala Likert de 1 a 10.

Para la elaboración de estas preguntas nos hemos basado en el *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS, Sherbourne y Stewart, 1991), cuyo cuestionario se utiliza para medir la cantidad de apoyo que recibe una persona y la calidad percibida del mismo (*anexo 4*, ítems 7-8-9-10).

PARTE V: Se trata de la parte final del cuestionario, compuesta de dos ítems más, en la cual se pregunta si el malestar vivido durante el evento ha sido causado por el hecho de ser superviviente de cáncer o no. En caso afirmativo se finaliza la evaluación, en caso contrario, se le preguntará al superviviente si ha vivido, durante el día, algún otro evento significativamente estresante causado por el hecho de ser superviviente. Si la respuesta es afirmativa, se vuelve a administrar el cuestionario desde la primera pregunta y finalizando luego la evaluación. Si la respuesta es negativa, se finaliza definitivamente la evaluación (*anexo 4*, ítems 11-12 y *anexo 6*).

#### **7.4 Procedimiento**

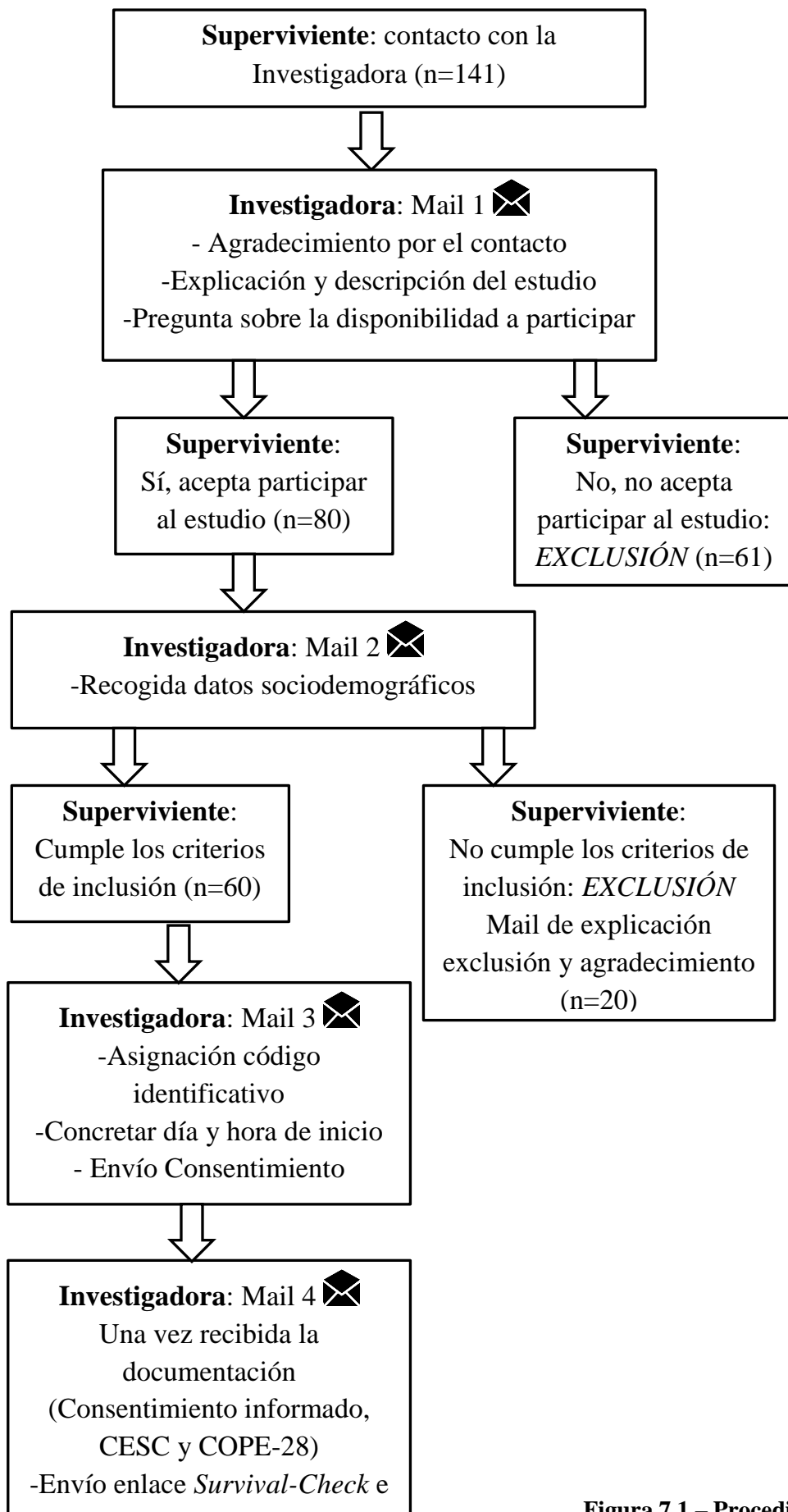
El esquema de la *figura 7.1* muestra el procedimiento utilizado y que seguidamente se pasa a describir.

En el momento en el cual el superviviente contactaba con la investigadora, a partir de la dirección de mail establecida, se le enviaba un primer mensaje agradeciendo su interés por el estudio y adjuntando una breve explicación y descripción de cómo se desarrollaría su participación en el mismo. En este primer mensaje se preguntaba a la persona si en esas condiciones estaría dispuesta a participar. Si la persona aceptaba hacerlo, se le enviaba un segundo mensaje para recoger sus datos sociodemográficos con el fin de establecer si cumplía o no con los criterios de inclusión preestablecidos.

Una vez revisadas las informaciones sociodemográficas, se enviaba un tercer mensaje. En el mismo, a las personas que no cumplían los criterios de inclusión se les agradecía la colaboración prestada y se les explicaba que no podían ser incluidos en el estudio. A las personas que sí cumplían todos los criterios, se les asignaba un código identificativo y se concretaba una hora del día para poder enviar el recordatorio vía mail a esa misma hora durante los 15 días previstos para la recogida de datos con el *Survival-Check* y que debían ser consecutivos, pactándose con el participante el día de comienzo de uso de la aplicación (es decir, no era necesario empezar un lunes, si bien se intentaba que fuera así). Asimismo, a las personas aceptadas para participar se les adjuntaba en ese tercer mensaje el formulario de consentimiento informado (*anexo 7*) que tenían que devolver firmado y los dos cuestionarios *CESC* y *COPE-28*. La devolución de estos documentos se hacía por correo electrónico, escaneados o bien mandando una foto de los mismos rellenos y firmados por el participante. Una vez recibidos estos documentos se enviaba un cuarto mensaje con un enlace para acceder al *Survival Check* junto con un número de contacto WhatsApp y un mail con el cual poder comunicar con la investigadora ante cualquier problema o duda a la hora de rellenar los registros diarios. El tiempo estimado que necesitaban los participantes para rellenar el *Survival Check* era entre 1 y 10 minutos. La indicación fue que se rellenase el cuestionario al final del día, en la hora previamente acordada para enviar el recordatorio, que, en un principio, tenía que coincidir con la finalización de la rutina laboral o diaria y para así disponer de un momento tranquilo para poder repasar y reflexionar sobre el día vivido. Al terminar los 15 días establecidos, los participantes recibían un mensaje de agradecimiento por haber participado al estudio y en el mismo se les indicaba que más adelante recibirían información sobre los primeros resultados del estudio.

Se han registrado un total de 771 días de respuesta así distribuidos:

Días de respuesta	Nº sujetos
15	5
14	27
13	12
12	4
11	2
10	5
9	2
8	3



**Figura 7.1 – Procedimiento**

## 7.5 Análisis Estadístico

El análisis estadístico de los datos se ha realizado con el *Paquete Estadístico para Ciencias Sociales* (SPSS), versión 20 para Windows. Los procedimientos utilizados han sido:

**Análisis descriptivos** de la muestra, en cada una de las variables dependientes e independientes en nuestro trabajo. Para ello se ha utilizado frecuencias, porcentajes, medias, medianas, desviaciones estándar y rangos (mínimo y máximo);

**Chi-cuadrado de Pearson** para contrastar la hipótesis de independencia entre variables nominales;

**F de Fisher** para contrastar la hipótesis de igualdad de las medias de las categorías, mirando la relación entre la variación explicada por las diferencias entre categorías y la variación individual.

**t de Student** para la evaluación de las diferencias de medias de las variables continuas en función de las nominales grupales;

**p-valor** se han considerado significativas las pruebas con una p menor de 0,05.

**d de Cohen** y la interpretación de la magnitud de la misma (Rosnow y Rosenthal, 1996) cuyos valores indican que: inferiores a 0,20 señalan la *no existencia* del efecto, entre 0,20 y 0,49 se trata de un *efecto pequeño*, entre 0,50 y 0,70 de un *efecto medio*, y mayores de 0,80 de un *efecto grande*.

**valor IC** intervalo de confianza de la *d* de Cohen, para valorar la precisión de la estimación del valor puntual del tamaño del efecto. Cuanto menor es el IC, mayor será la precisión de la estimación realizada. Si el valor es 0 se mantiene la hipótesis nula.

En el capítulo de los Resultados (cap. 8) adoptaremos el criterio de **no considerar valorables** aquellas comparaciones en las que en una de las situaciones los datos se hayan obtenido con 15 o menos observaciones (N). En este caso, para avisar al lector utilizaremos el difuminado gris bordeado de negro tanto en las tablas, como en las figuras.

Un ejemplo de esto es lo que ocurre en la *tabla 8.12* donde el número de casos (N) de NOCAUSUP es entre 7 y 15 y, por tanto, el dato de la prueba estadística no ha sido considerada como un criterio totalmente determinante para concluir que existen diferencias significativas.

## 8. RESULTADOS

### 8.1 Evaluación Inicial

#### 8.1.1 Tendencias de las estrategias de afrontamiento

En la *tabla 8.1* se pueden observar las medias de las tendencias disposicionales de las estrategias de afrontamiento medidas a través del *COPE-28*. Se puede notar que estas tendencias son bastantes dispares entre ellas: las más altas fueron las de la estrategia de *Aceptación* con un valor de 4,97 y la de *Afrontamiento activo* con un valor de 4,70. En cambio las estrategias que presentan una menor tendencia a ser utilizadas fueron la *Negación*, la *Desconexión* y el *Uso de sustancias* que no alcanzaron el valor de 1,00.

**Tabla 8.1 – Distribución de las medias de las tendencias de las estrategias de afrontamiento del COPE-28**

Estrategia de afrontamiento	Media	DE	Min	Max
Aceptación	4,97	1,24	0	6
Afrontamiento activo	4,70	1,22	1	6
Reevaluación positiva	4,07	1,82	0	6
Planificación	3,93	1,58	0	6
Apoyo emocional	3,88	1,64	0	6
Autodistracción	3,53	1,61	0	6
Apoyo social	3,27	1,54	0	6
Humor	2,80	1,75	0	6
Desahogo	2,63	1,40	0	6
Religión	2,52	2,02	0	6
Autoinculpación	1,72	1,66	0	6
Negación	0,70	1,22	0	6
Desconexión	0,35	0,79	0	3
Uso de sustancias	0,17	0,31	0	2

Nota: n=60 supervivientes



### 8.1.2 Necesidades no cubiertas

La *tabla 8.2* muestra las medias de las necesidades no cubiertas que se han medido a través del CESC. La *Sociabilidad* es la necesidad con la puntuación más baja, con un valor medio de 2,53. Por otra parte el *Miedo a la recaída* y los *Problemas de memoria* son las dos necesidades que sobrepasan una puntuación 5. Las demás necesidades, en cambio, se agrupan entre 2,53 y 4,57. Con la cual no hay una necesidad que alcance un valor medio considerable, si tenemos en cuenta que la puntuación máxima es 10. A pesar de esto cabe recordar que en todos los ítems ha habido supervivientes que han podido marcar una necesidad con puntuación máxima 10 y que realmente presenta una necesidad no cubierta.

**Tabla 8.2 – Distribución de las medias de las necesidades no cubiertas del CESC**

<b>Necesidades no cubiertas</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Miedo a la recaída	5,53	3,16	0	10
Problemas de memoria	5,42	3,35	0	10
Sexualidad	4,57	3,72	0	10
Trabajo	4,48	3,87	0	10
Ansiedad	4,45	3,29	0	10
Aspecto físico	4,07	3,37	0	10
Cansancio	4,00	3,40	0	10
Problemas de sueño	3,90	3,50	0	10
Depresión	3,50	3,38	0	10
Sociabilidad	2,53	3,23	0	10

Nota: n=60 supervivientes

## 8.2 El Estrés cotidiano: Los eventos estresantes

### 8.2.1 Porcentajes de días donde se ha registrado un evento estresante

En la *tabla 8.3a* observamos que se han registrado un total de 771 días (*EVENTOT*), de los cuales 425 (55,12%) de ellos presentan un evento estresante (*EVENESTRES*), mientras que los restantes 346 (44,88%) representan los días sin evento estresante (*NOEVESTRES*).

En la *tabla 8.3b*, por otro lado, se muestra la totalidad de los eventos estresantes registrados, de los cuales 193 (45,41%) de ellos son eventos estresantes que se atribuyeron a la condición de supervivencia (*CAUSUP*), los restantes 232 (54,59%) fueron eventos estresantes que no fueron atribuidos a la supervivencia (*NOCAUSUP*). En la misma tabla podemos observar que el valor de la *p* no alcanza la significación estadística ( $p=0,06$ ), por lo que podemos decir que en la mitad de los días en que se produjo un evento estresante la causa del mismo se atribuyó al hecho de ser superviviente.

**Tabla 8.3a – Frecuencias y porcentajes de la totalidad de los días registrados con y sin evento estresante**

EVENTOT	N	%
NOEVESTRES	346	44,88
EVENESTRES	425	55,12
Total	771	100,00

**Tabla 8.3b – Frecuencias y porcentajes de los eventos relacionados y no relacionados a la supervivencia**

EVENESTRES	N	%	X <sup>2</sup>	p
CAUSUP	193	45,41	3,58	0,06
NOCAUSUP	232	54,59		
Total	425	100,00		

### 8.2.2 Malestar provocado por los eventos estresantes

En la *tabla 8.4* se muestran las medias del grado de malestar experimentado durante los eventos estresantes. En el caso de los eventos atribuidos a la supervivencia el malestar tiene un valor medio de 7,71, mientras que el grado de malestar en el resto de los eventos tuvo un valor medio de 7,27. Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa y la *d* de Cohen nos indica que se trata de un efecto pequeño.

**Tabla 8.4 – Comparación de medias del grado de *malestar* provocado por el evento estresante relacionado a la supervivencia y no relacionado a ella**

EVENESTRES	N	Media	DE	t	d	IC
CAUSUP	193	7,71	1,68	2,58**	0,25	0,06 – 0,44
NOCAUSUP	232	7,27	1,84			
Total	425	7,47	1,78			

**Notas:** Grado de malestar: Min 0 – Max 10;

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001.

### 8.2.3 Porcentajes de los tipos de eventos estresantes

En la *tabla 8.5* se muestran las frecuencias de los 4 tipos de eventos estresantes tanto en el total de los días con evento estresante en general, como desglosadas por día con evento estresante atribuido a la supervivencia o no atribuido a ella.

Podemos notar que el *Problema físico* en los eventos estresantes atribuidos a la condición de supervivencia es más frecuente (87,60%) respecto a cuando el evento estresante nos es atribuido a ella (12,40%). Por otro lado, en la *Discusión con alguien* encontramos resultados invertidos a los anteriores, es decir que este tipo de evento estresante tiene una frecuencia mayor en los eventos estresantes no atribuidos a la condición de supervivencia (86,96%), y menor en los casos de eventos estresantes atribuidos a la supervivencia (13,04%). Lo mismo podemos observar en *Relaciones personales* y en *Otro problema*, se trata de problemas más frecuentes cuando el evento estresante no es atribuido a la supervivencia. Por último destacamos que las diferencias, entre los 4 tipos de eventos estresantes en función de si la causa se atribuye o no al hecho de ser superviviente, son estadísticamente significativas.

Recordemos que estos porcentajes están calculados sobre el total de uso de cada estrategia utilizada, tanto cuando el evento estresante se atribuyó a la supervivencia, como cuando no se atribuyó a ella. Así, por ejemplo, el *Problema físico* ha ocurrido en 113 días de los 129 días en que el evento se atribuyó al hecho de ser superviviente (87,60%) y en 16 de los 129 días (12,40%) en los que el evento estresante no se atribuyó a la supervivencia.

**Tabla 8.5 – Frecuencias y porcentajes de los tipos de eventos estresantes**

Tipo evento estresante	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		Total %	X <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%		
<b>Problema físico</b>	129	30,35	113	87,60	16	12,40	100,00	143,96***
<b>Discusión con alguien</b>	92	21,65	12	13,04	80	86,96	100,00	
<b>Relaciones personales</b>	73	17,18	22	30,14	51	69,86	100,00	
<b>Otro problema</b>	131	30,82	46	35,12	85	64,88	100,00	
<b>Total</b>	<b>425</b>	<b>100,00</b>	<b>193</b>	<b>-</b>	<b>232</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

### 8.2.4 Malestar provocado por los tipos de eventos estresantes

Los grados de malestar experimentado durante los tipos de eventos estresantes, en general, se muestran en la *tabla 8.6*, y podemos observar que el malestar producido por las *Relaciones personales* es superior al producido cuando la causa es *Otro problema*. Las diferencias, entre los 4 tipos de eventos estresantes, son estadísticamente significativas tal y como nos indica la prueba estadística.

Si desglosamos uno por uno los eventos estresantes, podemos notar que se produce un mayor malestar en los días en que el evento estresante es atribuido al hecho de ser superviviente y la causa es la *Discusión con Alguien* u *Otro Problema*.

El resultado de la *d* de Cohen nos indica que se trata de un efecto medio en el caso de la *Discusión con alguien*, y de un efecto pequeño en el caso de *Otro problema*.

En cambio, no hay diferencias en el nivel de malestar si la causa se debe a un *Problema físico* o a *Relaciones personales*.

**Tabla 8.6 – Comparación de medias del grado de malestar según el tipo de evento estresante**

Tipo evento estresante	EVENESTRES		F	CAUSUP		NOCAUSUP		t	d	IC
	Media	DE		Media	DE	Media	DE			
Problema físico	7,67	1,66	5,96**	7,66	1,67	7,75	1,65	-0,19	-	-
Discusión con alguien	7,57	1,65		8,58	1,31	7,41	1,64	2,34*	0,73	0,11 – 1,34
Relaciones personales	7,92	1,78		8,00	1,88	7,88	1,75	0,26	-	-
Otro problema	6,96	1,88		7,48	1,64	6,68	1,95	2,35*	0,43	0,07 – 0,79

Notas: Para las N ver *tabla 8.5*;

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

### 8.2.5 Emociones experimentadas durante los días con evento estresante

En la *tabla 8.7* se pueden observar las emociones experimentadas durante los eventos estresantes.

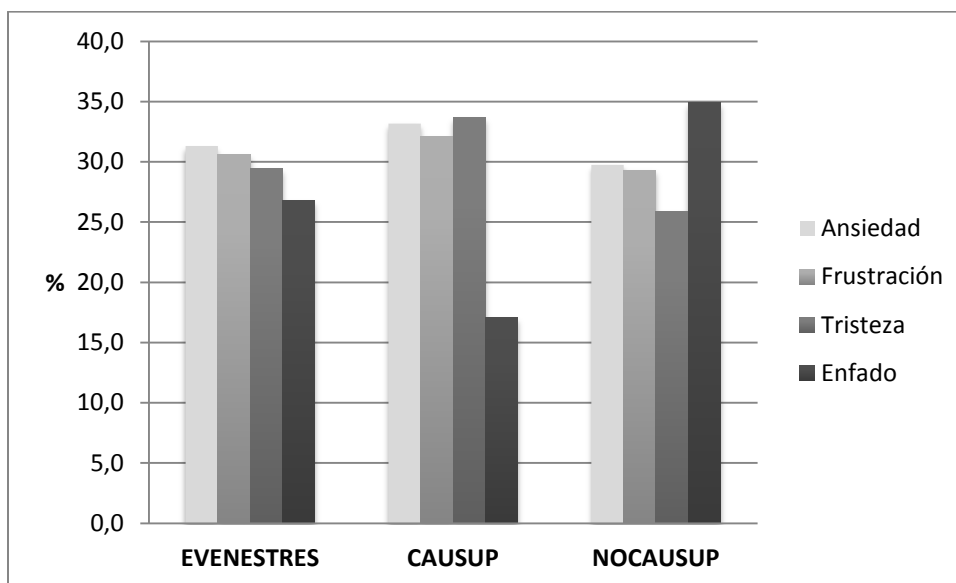
Se puede destacar que, durante los eventos estresantes, la emoción más frecuentemente experimentada ha sido la *Ansiedad* con el 31,29%, seguida por la *Frustración* con el 30,59% y la *Tristeza* con el 29,41%, mientras que la emoción que menos frecuentemente se experimenta ha sido la *Vergüenza* con el 2,35%. A partir de este punto comentaremos únicamente las emociones más frecuentes, considerando como tales aquellas que aparecen con una frecuencia igual o superior al 25%.

Si desglosamos los eventos estresantes y comparamos las frecuencias de las emociones en función del evento estresante atribuido o no al hecho de ser superviviente, se puede notar que en los eventos estresantes atribuidos a la supervivencia las emociones más frecuentes han sido la *Tristeza* y la *Ansiedad*.

En cambio, en los eventos estresantes no atribuidos a la supervivencia la emoción más frecuente ha sido el *Enfado* el cual, en cambio, es menos frecuente en los eventos estresantes atribuidos a la supervivencia. Esto da lugar a un perfil de emociones distinto dependiendo de si la causa del evento estresante se atribuye o no al hecho de ser superviviente, tal como indica la *figura 8.1*

**Tabla 8.7 – Frecuencias y porcentajes de las emociones experimentadas durante los eventos estresantes totales, atribuidos a la supervivencia y no atribuidos a ella**

Emoción	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP	
	N	%	N	%	N	%
Ansiedad	133	31,29	64	33,16	69	29,74
Frustración	130	30,59	62	32,12	68	29,31
Tristeza	125	29,41	65	33,68	60	25,86
Enfado	114	26,82	33	17,10	81	34,91
Otra	68	16,00	35	18,13	33	14,22
Miedo	44	10,35	28	14,51	16	6,90
Culpabilidad	22	5,18	8	4,15	14	6,03
Rechazo	21	4,94	4	2,07	17	7,33
Vergüenza	10	2,35	1	0,52	9	3,88



**Figura 8.1 - Porcentajes de las emociones experimentadas durante los eventos estresantes totales, atribuidos a la supervivencia y no atribuidos a ella.**

### 8.2.6 Tranquilidad y fatiga diaria

La *tabla 8.8a* describe los niveles de *tranquilidad* y *fatiga* registrados al final del día. En el total de los días registrados (771) los sujetos han mostrado sentirse tranquilos con un valor medio de 7,32 y fatigados un valor medio de 6,47.

Por otro lado, se puede observar que en los días en lo que los participantes registran un evento estresante (425), presentan niveles de fatiga significativamente más altos y niveles de tranquilidad significativamente más bajos que en los días en los que no registran eventos estresantes (346).

Observando el total de los días registrados, la correlación de las variables *tranquilidad* y *fatiga* se mostró muy baja ( $r=0,191$ ;  $p<0,005$ ), y en los días con evento estresante la correlación entre estas mismas variables resultó ser aún menor ( $r=-0,136$ ;  $p<0,005$ ). Motivos por el cual consideramos que estas dos variables no relacionan entre ellas y por lo tanto las analizaremos por separado.

En todo caso, hay que precisar que en los días con evento estresante atribuido a la supervivencia (193), esta correlación resultó ligeramente más alta ( $r=-0,217$ ;  $p<0,002$ ); mientras que en los eventos estresantes no relacionados a la supervivencia (232) la correlación prácticamente desaparecía ( $r=-0,022$  no significativa).

**Tabla 8.8a – Medias de *tranquilidad* y *fatiga* en los días totales, en los días con evento estresante y sin evento estresante**

Variables	EVENTOT		EVENESTRES		NOEVENESTRES		t	d	IC
	Media	DE	Media	DE	Media	DE			
Tranquilidad	7,32	2,24	6,48	2,40	8,34	1,49	-12,53***	0,91	0,76 – 1,06
Fatiga	6,47	2,74	7,07	2,46	5,74	2,89	6,88***	0,50	0,35 – 0,64

Notas: \* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$  \*\*\* $p<0,001$ ;

EVENTOT = 771 días; EVENESTRES = 425 días; NOEVENESTRES = 346 días



En la *tabla 8.8b* se describen los niveles de *tranquilidad* y *fatiga* en los días con evento estresante. Si desglosamos estos días podemos observar que en los días con evento estresante atribuido a la condición de supervivencia los sujetos presentaron niveles de fatiga más altos y niveles de tranquilidad más bajos en comparación con los días en que el evento estresante no fue atribuido a ser superviviente, así pues, los eventos estresantes atribuidos a la supervivencia tienen un mayor impacto, aunque el resultado de la *d* de Cohen nos indica que se trata de un efecto pequeño.

**Tabla 8.8b – Medias *tranquilidad* y *fatiga* en los eventos estresantes**

Variables	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		t	d	IC
	Media	DE	Media	DE	Media	DE			
Tranquilidad	6,48	2,40	6,17	2,61	6,74	2,19	-2,47*	0,24	0,05 – 0,43
Fatiga	7,07	2,46	7,54	2,41	6,67	2,43	3,67***	0,36	0,16 – 0,55

Notas: \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001;

EVENESTRES = 425 días; CAUSUP = 193 días; NOCAUSUP = 232 días

### **8.3 El Estrés cotidiano y las Estrategias de Afrontamiento**

#### *8.3.1 Estrés cotidiano y afrontamiento durante los eventos estresantes*

##### *8.3.1.1 Frecuencia de uso de las 4 estrategias de afrontamiento*

En la *tabla 8.9* podemos observar, de los 425 días con evento estresante, las frecuencias de uso de los 4 tipos de estrategias de afrontamiento, tanto en general, como desglosado en días con evento estresante atribuido a ser superviviente o no. Podemos observar que el total de las estrategias utilizadas, durante los 425 días con evento estresante, han sido 932, lo cual nos indicaría que ante un evento estresante no se usaría una única estrategia de afrontamiento, sino un promedio de 2,19 estrategias.

En general, las estrategias de afrontamiento que más se utilizaron fueron la *Aceptación de emociones* y la *Aceptación del problema*. Por otro lado, la *Búsqueda de apoyo social*, fue menos utilizada que las dos anteriores y el *Rechazo* fue la estrategia que mostró menos frecuencia de forma destacada.

Cuando desglosamos, podemos ver que las estrategias de *Aceptación del problema* y de *Búsqueda de apoyo social* son más utilizadas cuando el evento estresante no se atribuye al hecho de ser superviviente, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Recordemos que estos porcentajes de uso están calculados sobre el total de días en los que el evento estresante se atribuyó a la supervivencia (193 días) y sobre el total de días en que el evento no se atribuyó al hecho de ser superviviente (232 días). Así, por ejemplo, la *Aceptación del problema* se utilizó solamente en 93 de los 193 días en que el evento se atribuyó al hecho de ser superviviente (48,19%) y en 149 de los 232 días (64,22%) en los que el evento estresante no se atribuyó a la supervivencia. No se observan diferencias en el uso de la *Aceptación de emociones* y del *Rechazo* entre los días en que el evento se atribuye a la supervivencia y los días en que no se hace esta atribución.

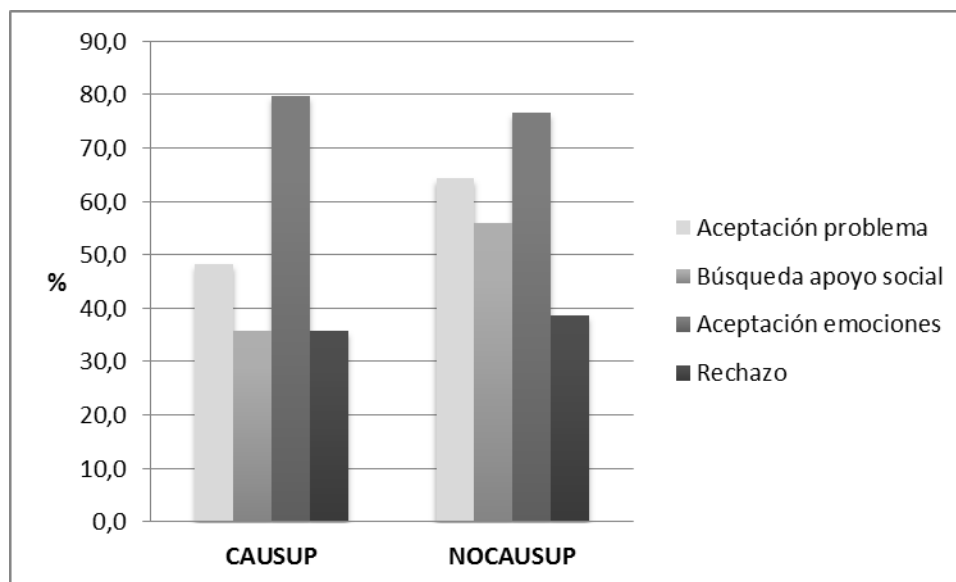
**Tabla 8.9 – Frecuencias y porcentajes de uso de las estrategias de afrontamiento utilizadas durante los eventos**

Estrategias de afrontamiento	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		$\chi^2$
	N	%	N	%	N	%	
Aceptación problema	242	25,97	93	48,19	149	64,22	11,05***
Búsqueda apoyo social	199	21,35	69	35,75	130	56,03	17,41***
Aceptación emociones	332	35,62	154	79,79	178	76,72	0,58
Rechazo	159	17,06	69	35,75	90	38,79	0,42
<b>Total</b>	<b>932</b>	<b>100,00</b>					

**Notas:** En la tabla no se reportan las N de las estrategias que no se han utilizado;

Por cada fila el total de las N de cada estrategia es: EVENESTRES N=425, CAUSUP N=193, NOCAUSUP N=232;

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001



**Figura 8.2 – Porcentajes de los usos de las estrategias de afrontamiento**

### 8.3.1.2 Eficacia percibida de las 4 estrategias de afrontamiento utilizadas

La *tabla 8.10* muestra la eficacia percibida de cada una de las estrategias de afrontamiento, tanto en el total de los eventos estresantes, como desglosados por eventos estresantes atribuidos a ser superviviente o no atribuidos a ello.

En general, la *Búsqueda de apoyo social* es la estrategia percibida como más eficaz, en cambio el *Rechazo* ha sido percibido como la estrategia menos eficaz.

Cuando se comparan las eficacias, entre si los eventos son atribuidos a ser superviviente o no, se constata que las eficacias de *Aceptación del problema*, *Aceptación de emociones* y del *Rechazo* son más altas en los eventos estresantes no atribuidos a la supervivencia y sus diferencias resultan estadísticamente significativas y, como nos indican los resultados de la *d* de Cohen, se trata de efectos pequeños en el caso de *Aceptación del problema* y *Rechazo*, y medio en *Aceptación de emociones*.

**Tabla 8.10 – Medias de las eficacias percibidas en las estrategias de afrontamiento**

Estrategias de afrontamiento	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		t	d	IC
	Media	DE	Media	DE	Media	DE			
Aceptación problema	6,49	2,29	5,97	2,41	6,81	2,17	-2,80*	-0,37	0,63 – 0,11
Búsqueda apoyo social	6,63	2,21	6,76	2,00	6,56	2,32	0,62	-	-
Aceptación emociones	6,03	2,37	5,41	2,56	6,56	2,05	-4,55***	-0,50	0,72 – 0,28
Rechazo	3,43	2,90	2,83	2,82	3,89	2,89	-2,30*	-0,37	0,69 – 0,05

Notas: Para las N ver tabla 8.9;

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

En la *tabla 8.11* podemos observar las *correlaciones* del grado de malestar provocado por los eventos estresantes y sus eficacias, pudiendo concluir que cuanto más malestar genera un problema, menos eficacia tienen las estrategias utilizadas.

**Tabla 8.11 – Correlaciones del grado de *malestar* en relación con las eficacias por cada categoría de estrategia de afrontamiento**

Eficacia	Aceptación problema	Búsqueda Apoyo Social	Aceptación emociones	Rechazo
Grado de malestar	-0,26**	-0,13	-0,31**	-0,32**

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

### 8.3.2 Estrés cotidiano y afrontamiento cuando el evento estresante es un Problema físico

#### 8.3.2.1 Frecuencia de uso de las 4 estrategias de afrontamiento

En la *tabla 8.12*, se muestran las frecuencias de uso de las estrategias de afrontamiento en el caso en el cual el evento estresante es un *Problema físico* y podemos observar que, en general, la estrategia más frecuente ha sido la *Aceptación de emociones*, mientras que el *Rechazo* tiene una diferencia considerable de menor uso.

Dada la escasez de los datos, no podemos comparar los eventos estresantes atribuidos a ser superviviente con los que no lo son (como anteriormente indicado en el capítulo 7, apartado 7.5). En este caso, siendo el *Problema físico* el evento estresante más frecuente en los eventos atribuidos a ser superviviente, la *Aceptación de emociones* fue la estrategia de afrontamiento utilizada con más frecuencia.

Recordemos que estos porcentajes de uso, también, están calculados sobre el total de días en los que el evento estresante se atribuyó a la supervivencia (113 días) y sobre el total de días en que el evento no se atribuyó al hecho de ser superviviente (16 días). Así, la *Aceptación del problema* se utilizó solamente en 48 de los 113 días en que el evento se atribuyó al hecho de ser superviviente (42,48%) y en 14 de los 16 días (87,50%) en los que el evento estresante no se atribuyó a la supervivencia.

Como indica la *figura 8.3*, también en este caso, parece existir un perfil de estrategias de afrontamiento parecido dependiendo de si el evento estresante se atribuye o no al hecho de ser superviviente.

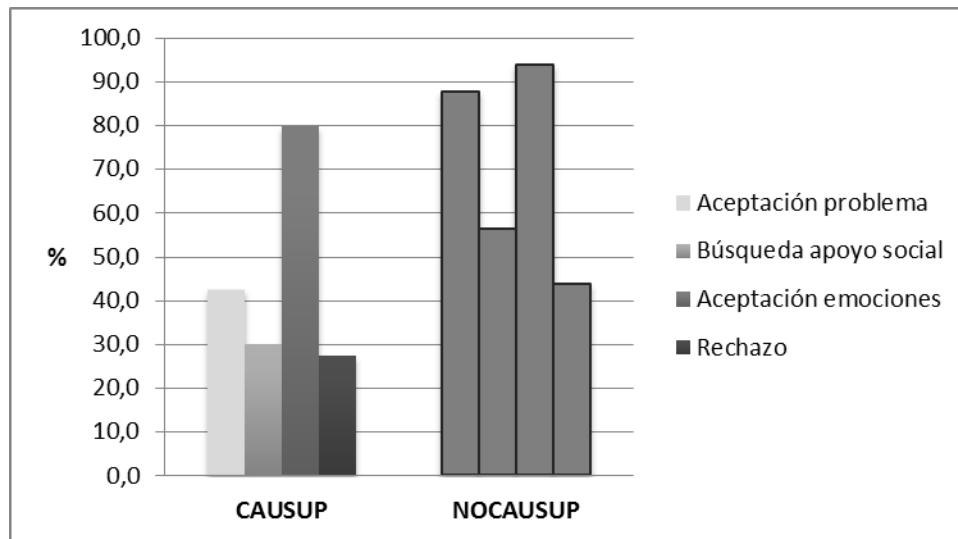
**Tabla 8.12 – Frecuencias y porcentajes de las estrategias de afrontamiento utilizadas cuando el evento estresante es un *Problema físico***

Estrategias de afrontamiento	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		$\chi^2$
	N	%	N	%	N	%	
Aceptación problema	62	25,00	48	42,48	14	87,50	11,38*
Búsqueda apoyo social	43	17,34	34	30,09	9	56,25	4,32*
Aceptación emociones	105	42,34	90	79,65	15	93,75	1,84
Rechazo	38	15,32	31	27,43	7	43,75	1,80
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100,00</b>					

**Notas:** En la tabla no se reportan las N de las estrategias que no se han utilizado;

Por cada fila el total de las N de cada estrategia es: EVENESTRES N=129, CAUSUP N=113, NOCAUSUP N=16, como reportado en la *tabla 8.5*;

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001



**Figura 8.3 – Porcentajes de las estrategias de afrontamiento utilizadas cuando el evento estresante es un *Problema físico***

### 8.3.2.2 Eficacia percibida de las 4 estrategias de afrontamiento utilizadas

Cuando el evento estresante es un *Problema físico*, como muestra la *tabla 8.13*, no hay diferencias entre los casos en que el evento estresante ha sido atribuido a la supervivencia y los que no lo ha sido.

Cuando el evento estresante es atribuido a la supervivencia, la estrategia de afrontamiento más eficaz ha sido la *Búsqueda de apoyo social* mientras la que menos fue el *Rechazo*.

**Tabla 8.13 – Media de las eficacias cuando el evento estresante es *Problema físico***

Estrategias de afrontamiento	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		t
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Aceptación problema	5,90	2,30	5,81	2,31	6,21	2,30	-0,57
Búsqueda apoyo social	6,60	1,57	6,56	1,63	6,78	1,42	-0,37
Aceptación emociones	5,39	2,41	5,29	2,48	5,99	1,93	-1,04
Rechazo	2,74	2,68	2,81	2,73	2,43	2,64	0,34

Notas: Para las N ver *tabla 8.12*. NOCAUSUP: n<15

### 8.3.2.3 Malestar, tranquilidad y fatiga

En la *tabla 8.14* se describen los niveles de *malestar, tranquilidad y fatiga* en los días en los cuales el evento estresante es un *Problema físico*.

En este caso no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de malestar, fatiga y tranquilidad experimentados entre los dos tipos de eventos.

**Tabla 8.14** Comparación de medias del grado de *malestar, tranquilidad y fatiga* cuando el evento estresante es *Problema físico*

Variables	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		t
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Malestar	7,67	1,66	7,66	1,67	7,75	1,65	-0,19
Tranquilidad	6,10	2,72	6,04	2,73	6,56	2,68	-0,73
Fatiga	7,97	2,19	7,96	2,24	8,00	1,79	-0,06

Notas: Para las N ver *tabla 8.12*. NOCAUSUP: n<15



### 8.3.3 Estrés cotidiano y afrontamiento cuando el evento estresante es Discusión con alguien

#### 8.3.3.1 Frecuencia de uso de las 4 estrategias de afrontamiento

En la *tabla 8.15*, en el caso en el cual el evento estresante fue *Discusión con alguien* se pudo apreciar que, en general, la *Aceptación de emociones* y *Aceptación del problema* fueron las dos estrategias de afrontamiento más frecuente, mientras que el *Rechazo* tuvo menor frecuencia de uso. También en este caso, dada la escasez de los datos, no podemos comparar las frecuencias de uso de las estrategias entre los eventos estresantes atribuidos a ser superviviente con los que no lo son, por lo tanto, siendo la *Discusión con alguien* el evento estresante más frecuentes en los eventos no atribuidos a la supervivencia, podemos notar que, también en este caso, las estrategias más frecuentes fueron la *Aceptación de emociones* y la *Aceptación del problema*.

Recordar también, que estos porcentajes de uso se han calculado sobre el total de días en los que el evento estresante se atribuyó a la supervivencia (12 días) y sobre el total de días en que el evento no se atribuyó al hecho de ser superviviente (80 días). Así, por ejemplo, la *Aceptación del problema* se utilizó solamente en 8 de los 12 días en que el evento se atribuyó al hecho de ser superviviente (66,67%) y en 52 de los 80 días (65%) en los que el evento estresante no se atribuyó a la supervivencia.

Parece, pues, que en este caso podría haber una tendencia a un perfil algo distinto dependiendo de si el evento estresante se atribuye o no al hecho de ser superviviente, tal como sugiere la *figura 8.4*.

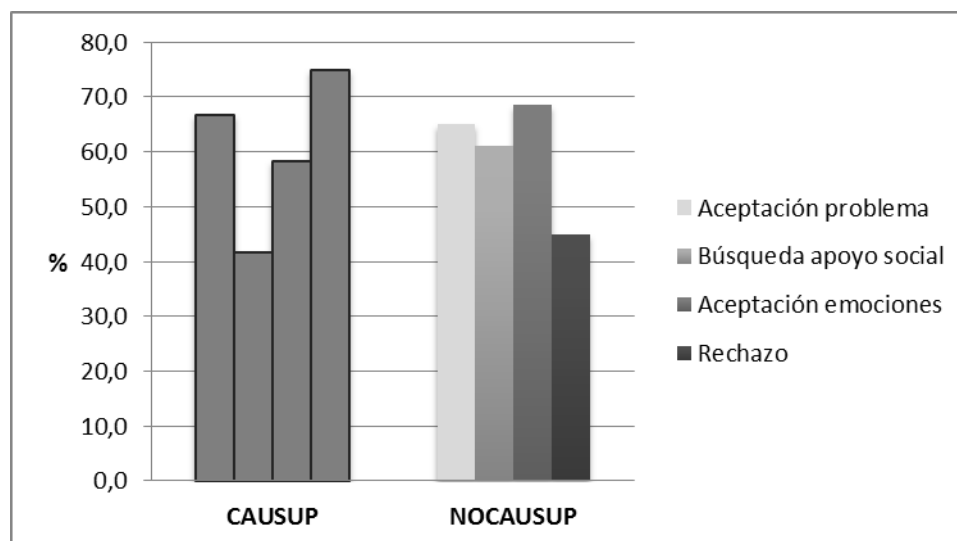
**Tabla 8.15 – Frecuencias y porcentajes de las estrategias de afrontamiento utilizadas cuando el evento estresante es *Discusión con alguien***

Estrategias de afrontamiento	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		X <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Aceptación problema	60	27,15	8	66,67	52	65,00	0,13
Búsqueda apoyo social	54	24,43	5	41,67	49	61,25	1,65
Aceptación emociones	62	28,05	7	58,33	55	68,75	0,51
Rechazo	45	20,36	9	75,00	36	45,00	<b>3,76*</b>
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100,00</b>					

**Notas:** En la tabla no se reportan las N de las estrategias que no se han utilizado;

Por cada fila el total de las N de cada estrategia es: EVENESTRES N=92, CAUSUP N=12, NOCAUSUP N=80, como reportado en la *tabla 8.5*;

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001



**Figura 8.4 – Porcentajes de las estrategias de afrontamiento utilizadas cuando el evento estresante es *Discusión con alguien***

### 8.3.3.2 Eficacia percibida de las 4 estrategias de afrontamiento utilizadas

Cuando el evento estresante es *Discusión con alguien* podemos observar que, en general, la estrategia más eficaz es la *Aceptación de emociones* (tabla 8.16).

Cuando desglosamos, a pesar de que las diferencias no puedan ser valorables por  $n < 15$ , en el caso en el cual el evento estresante no es atribuido a la supervivencia los resultados muestran diferencias significativas con efectos grandes en *Aceptación del problema*, *Aceptación de emociones* y *Rechazo*.

También podemos observar que las medias acostumbran a ser superiores en los eventos estresante no atribuidos a la supervivencia respecto a cuando son atribuidos a ser supervivientes, excepto en el caso de *Búsqueda de apoyo social*, cuya diferencia, pero, no es estadísticamente significativa.

A diferencia de lo observado en el *Problema físico*, parece que las estrategias de afrontamiento son más eficaces cuando la causa no se atribuye al hecho de ser superviviente.

**Tabla 8.16 – Media de las eficacias cuando el evento estresante es *Discusión con alguien***

Estrategias de afrontamiento	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		t	d	IC
	Media	DE	Media	DE	Media	DE			
Aceptación problema	5,97	2,52	4,37	2,77	6,21	2,42	-1,96*	-0,75	1,51 – 0,01
Búsqueda apoyo social	5,75	2,73	6,30	2,59	5,69	2,76	0,47	-	-
Aceptación emociones	6,18	2,44	3,98	3,33	6,46	2,19	-2,66**	-1,06	1,87 – 0,26
Rechazo	3,47	3,21	1,55	3,09	3,94	3,10	-2,07*	-0,77	1,52 – 0,02

Notas: \* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$  \*\*\* $p < 0,001$ ;

Para las N ver tabla 8.15. CAUSUP:  $n < 15$

### 8.3.3.3 Malestar, tranquilidad y fatiga

En la *tabla 8.17* se describen los niveles de *malestar, tranquilidad y fatiga* en los días en los cuales el evento estresante es *Discusión con alguien*.

También en este caso, dada la escasez de los datos, no podemos comparar los 3 niveles de malestar, tranquilidad y fatiga entre los eventos estresantes atribuidos a ser superviviente con los que no lo son a pesar de los resultados significativos de los niveles de malestar y tranquilidad.

**Tabla 8.17 – Comparación de medias del grado de *malestar, tranquilidad y fatiga* cuando el evento estresante es *Discusión con alguien***

Variables	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		t	d	IC
	Media	DE	Media	DE	Media	DE			
Malestar	7,57	1,65	8,58	1,31	7,41	1,64	2,34*	0,73	0,11 – 1,34
Tranquilidad	6,34	2,28	4,75	2,22	6,58	2,21	-2,67**	-0,83	0,21-1,44
Fatiga	6,49	2,35	6,42	2,71	6,50	2,31	-0,11	-	-

Notas: Para las N ver *tabla 8.15*. CAUSUP: n<15;

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

### 8.3.4 Estrés cotidiano y afrontamiento cuando el evento estresante es Relaciones personales

#### 8.3.4.1 Frecuencia de uso de las 4 estrategias de afrontamiento

En la *tabla 8.18* analizamos las frecuencias de uso cuando el evento estresante es *Relaciones personales*, y observamos que, en general, la estrategia utilizada con más frecuencia es la *Aceptación de emociones* mientras que el *Rechazo* es la menos frecuente. Cuando desglosamos por evento estresante atribuido a la supervivencia o no, debido a la escasez de datos, solo podemos comparar la *Aceptación de emociones*, pudiendo observar que se trata de una estrategia de afrontamiento que es utilizada con más frecuencia en los eventos atribuidos a ser superviviente, aunque no se trate de una diferencia significativa, tal y como también nos indica la *figura 8.5*.

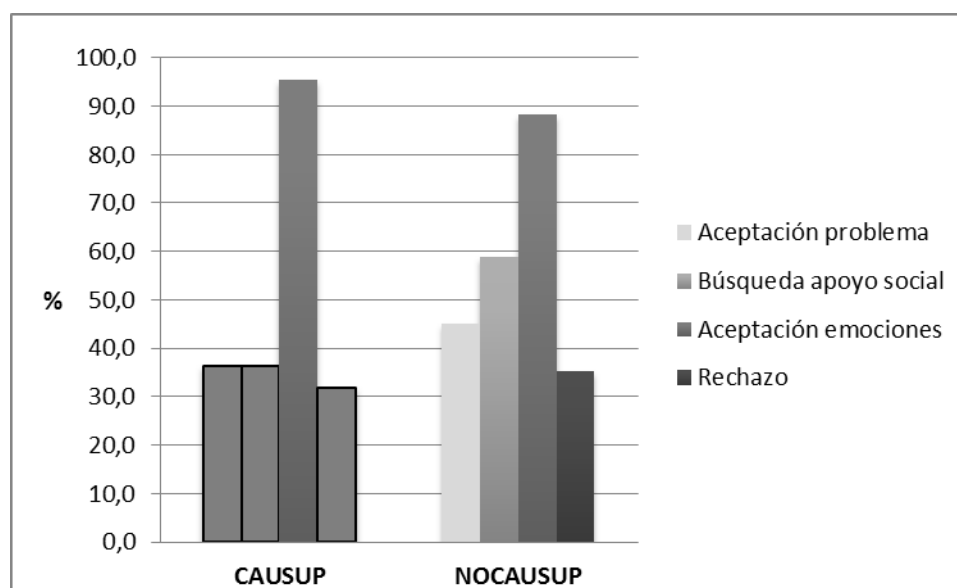
Recordemos que, aquí también, los porcentajes de uso están calculados sobre el total de días en los que el evento estresante se atribuyó a la supervivencia (22 días) y sobre el total de días en el que el evento no se atribuyó al hecho de ser superviviente (51 días). Así, la *Aceptación del problema* se utilizó solamente en 8 de los 22 días en que el evento se atribuyó al hecho de ser superviviente (36,36%) y en 23 de los 51 días (45,10%) en los que el evento estresante no se atribuyó a la supervivencia.

**Tabla 8.18 – Frecuencias y porcentajes de las estrategias de afrontamiento utilizadas cuando el evento estresante es *Relaciones personales***

Estrategias de afrontamiento	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		X <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Aceptación problema	31	19,38	8	36,36	23	45,10	0,48
Búsqueda apoyo social	38	23,75	8	36,36	30	58,82	3,11
Aceptación emociones	66	41,25	21	95,45	45	88,24	0,92
Rechazo	25	15,63	7	31,82	18	35,29	0,82
<b>Total</b>	160	<b>100,00</b>					

**Notas:** En la tabla no se reportan las N de las estrategias que no se han utilizado;

Por cada fila el total de las N de cada estrategia es: EVENESTRES N=73, CAUSUP N=22, NOCAUSUP N=51, como reportado en la *tabla 8.5*



**Figura 8.5 – Porcentajes de las estrategias de afrontamiento utilizadas cuando el evento estresante es *Relaciones personales***

### 8.3.4.2 Eficacia percibida de las 4 estrategias de afrontamiento utilizadas

Cuando el evento estresante es *Relaciones personales*, tabla 8.19, las estrategias de afrontamiento percibidas como más eficaces es la *Búsqueda de apoyo social*, mientras que la que resulta menos eficaz fue el *Rechazo*.

No podemos observar diferencias significativas en cuanto a si el evento es atribuido a la supervivencia o no.

**Tabla 8.19 – Media de las eficacias cuando el evento estresante es *Relaciones personales***

Estrategias de afrontamiento	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		t
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Aceptación problema	6,53	2,28	5,44	1,95	6,91	2,30	-1,62
Búsqueda apoyo social	7,05	2,00	5,87	3,09	7,37	1,53	-1,94
Aceptación emociones	6,38	2,43	5,61	2,42	6,74	2,37	-1,80
Rechazo	4,50	3,40	4,71	3,15	4,42	3,57	0,19

**Notas:** Para las N ver tabla 8.18;

Aceptación del problema, Búsqueda apoyo social y Rechazo CAUSUP: n<15

### 8.3.4.3 Malestar, tranquilidad y fatiga

En la *tabla 8.20* se describen los niveles de *malestar, tranquilidad y fatiga* en los días en los cuales el evento estresante es *Relaciones personales*.

Recordamos que, tampoco en este caso, podemos comparar los eventos estresantes atribuidos a la supervivencia con los que no lo son.

No obstante, queremos remarcar que si desglosamos estos días podemos observar que en los días con evento estresante no atribuido a la condición de supervivencia los niveles de malestar fueron superiores, pero sin que esta diferencia alcanzase la significación estadística.

**Tabla 8.20** Comparación de medias del grado del *malestar, tranquilidad y fatiga* cuando el evento estresante es *Relaciones personales*

Variables	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		t
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Malestar	7,92	1,78	8,00	1,88	7,88	1,75	0,26
Tranquilidad	6,49	2,22	6,32	2,44	6,57	2,14	-0,44
Fatiga	6,71	2,73	6,27	3,10	6,90	2,56	-0,90

**Nota:** Para las N ver *tabla 8.18*



### 8.3.5 Estrés cotidiano y afrontamiento cuando el evento estresante es Otro Problema

#### 8.3.5.1 Frecuencia de uso de las 4 estrategias de afrontamiento

Cuando el evento estresante es *Otro problema*, como observamos en la *tabla 8.21*, podemos ver que la estrategia más frecuente es la *Aceptación de emociones*, en cambio el *Rechazo* la que menos frecuentemente se utiliza.

A la hora de desglosar, la distribución de frecuencias es parecida tanto cuando el evento estresante se atribuye a la supervivencia, como a cuando no lo es, por lo tanto, en ambos casos, la estrategia más utilizada fue la *Aceptación de emociones* seguida por la *Aceptación del problema*. Las diferencias entre los dos tipos de eventos estresantes, relacionados a la supervivencia o no, no resultan ser estadísticamente significativas y por tanto no podemos indicar si existe un perfil de estrategias de afrontamiento distinto o parecido cuando el evento estresante se atribuye a la supervivencia y cuando no se atribuye a ella.

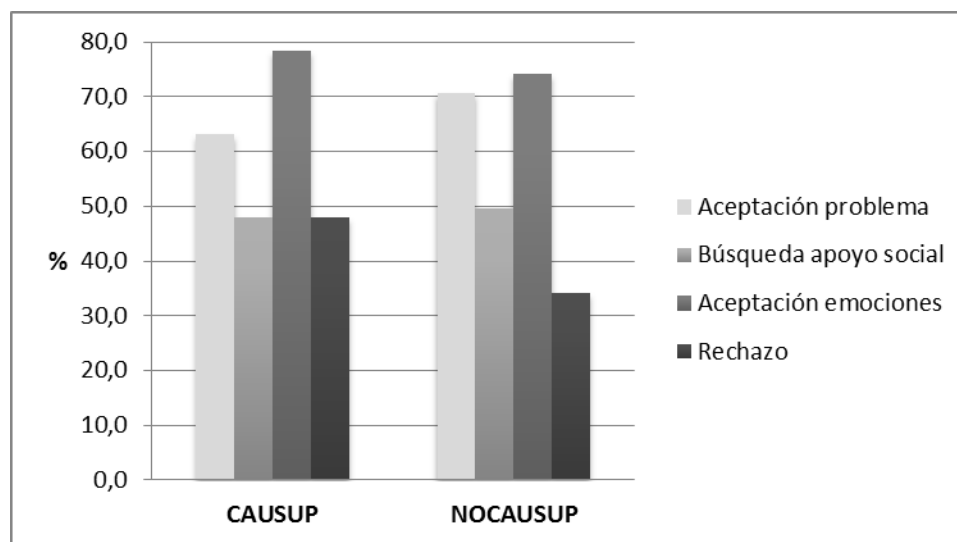
Recordemos, una vez más, que estos porcentajes de uso están calculados sobre el total de días en los que el evento estresante se atribuyó a la supervivencia (46 días) y sobre el total de días en que el evento no se atribuyó al hecho de ser superviviente (85 días). Así, la *Aceptación del problema* se utilizó solamente en 29 de los 46 días en que el evento se atribuyó al hecho de ser superviviente (63,04%) y en 60 de los 85 días (70,59%) en los que el evento estresante no se atribuyó a la supervivencia.

**Tabla 8.21 – Frecuencias y porcentajes de las estrategias de afrontamiento utilizadas cuando el evento estresante es *Otro problema***

Estrategias de afrontamiento	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		X <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Aceptación problema	89	29,37	29	63,04	60	70,59	0,78
Búsqueda apoyo social	64	21,12	22	47,83	42	49,41	0,03
Aceptación emociones	99	32,67	36	78,26	63	74,12	0,28
Rechazo	51	16,83	22	47,83	29	34,12	2,36
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100,00</b>					

**Nota:** En la tabla no se reportan las N de las estrategias que no se han utilizado;

Por cada fila el total de las N de cada estrategia es: EVENESTRES N=131, CAUSUP N=46, NOCAUSUP N=85, como reportado en la *tabla 8.5*



**Figura 8.6 – Porcentajes de las estrategias de afrontamiento utilizadas cuando el evento estresante es *Otro problema***

### 8.3.5.2 Eficacia percibida de las 4 estrategias de afrontamiento utilizadas

Cuando el evento estresante es *Otro problema*, como reportado en la *tabla 8.22*, en general las 4 estrategias de afrontamiento son percibidas con una eficacia similar, excepto el *Rechazo*, que sigue siendo la estrategia de afrontamiento menos utilizada.

Cuando desglosamos por eventos estresantes atribuidos a la supervivencia o no, podemos observar que en los resultados no se registran diferencias significativas.

**Tabla 8.22 – Media de las eficacias cuando el evento estresante es *Otro problema***

Estrategias de afrontamiento	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		t
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Aceptación problema	7,23	1,92	6,83	2,35	7,43	1,67	-1,38
Búsqueda apoyo social	7,13	2,02	7,50	1,81	6,94	2,12	1,05
Aceptación emociones	6,37	2,12	5,87	2,68	6,65	1,68	-1,79
Rechazo	3,39	2,38	2,79	2,59	3,84	2,15	-1,58

Notas: Para las N ver *tabla 8.21*

### 8.3.5.3 Malestar, tranquilidad y fatiga

En la *tabla 8.23* se describen los niveles de *malestar, tranquilidad y fatiga* en los días en los cuales el evento estresante es *Otro problema*.

Si desglosamos estos días podemos observar que, en los días con evento estresante atribuido a la condición de supervivencia, los sujetos presentaron un grado de malestar mayor en comparación con los días con evento estresante no relacionado a ella. Las diferencias fueron significativas y el resultado de la *d* de Cohen nos indica que se trata de un efecto medio.

Por otro lado, los niveles de tranquilidad resultaron más bajos en los días con evento estresante debido a la supervivencia en comparación con los días en que el evento estresante no fue atribuido a ella, y sus diferencias no fueron significativas. En cambio, los niveles de fatiga fueron mayores en los días con evento estresante atribuido a la supervivencia en comparación con el otro y las diferencias fueron significativas, en este caso la *d* de Cohen nos indica que se trata de efectos medios.

**Tabla 8.23 – Comparación de medias del grado de *malestar, tranquilidad y fatiga* cuando el evento estresante es *Otro problema***

Variables	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		t	d	IC
	Media	DE	Media	DE	Media	DE			
Malestar	6,96	1,88	7,48	1,64	6,68	1,95	<b>2,35*</b>	0,43	0,07 – 0,79
Tranquilidad	6,95	2,20	6,78	2,36	7,04	2,11	-0,63	-	-
Fatiga	6,78	2,41	7,39	2,11	6,45	2,51	<b>2,17*</b>	0,40	0,03-0,76

Notas: Para las N ver *tabla 8.21*;

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

### 8.3.5.4 Los efectos de las estrategias de afrontamiento en la tranquilidad y en la fatiga

En la *tabla 8.24* se muestra la comparación de las medias de los niveles de *tranquilidad* registrados al final del día, en función de haber utilizado, o no utilizado, cada una de las 4 estrategias de afrontamiento, desglosado en eventos atribuidos a ser superviviente o no atribuido a ello. Tan sólo se han observado diferencias significativas en el caso de la estrategia de *Aceptación del problema* y de la *Aceptación de emociones*, experimentándose mayor tranquilidad cuando se ha utilizado la estrategia para eventos atribuidos al hecho de ser superviviente.

El tamaño de este efecto, tal y como indica la prueba estadística, es pequeño en el primer caso y grande en el segundo. Por otro lado, no se han observado diferencias estadísticamente significativas en los eventos estresantes no relacionados a la supervivencia.

**Tabla 8.24 – Niveles de *tranquilidad* experimentada según el uso, o no uso, de cada estrategia de afrontamiento**

Estrategias de afrontamiento	CAUSUP						t	d	IC	NOCAUSUP						t
	Utilizada			No utilizada						Utilizada			No utilizada			
	N	Media	DE	N	Media	DE				N	Media	DE	N	Media	DE	
<b>Aceptación problema</b>	93	6,71	1,96	100	5,66	3,02	<b>2,84**</b>	0,41	0,13 – 0,69	149	6,77	2,17	83	6,70	2,23	0,22
<b>Búsqueda Apoyo Social</b>	69	6,45	1,87	124	6,01	2,94	-1,13	-		130	6,59	2,31	102	6,94	2,03	-1,23
<b>Aceptación emociones</b>	154	6,60	2,24	39	4,44	3,22	<b>4,91***</b>	0,88	0,52 – 1,23	178	6,73	2,25	54	6,80	1,99	-0,21
<b>Rechazo</b>	69	6,33	2,19	124	6,07	2,82	-0,67	-	-	90	6,93	1,95	142	6,62	2,33	1,06

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

En la *tabla 8.25* se muestra la comparación de las medias de los niveles de *fatiga* registrados al final del día, en función de haber utilizado o no cada una de las 4 estrategias de afrontamiento, desglosado en eventos atribuidos a ser superviviente o no. También en este caso, sólo se han observado diferencias significativas en las estrategias de *Aceptación del problema* y de *Aceptación de emociones* en los eventos estresantes atribuidos al hecho de ser superviviente, experimentándose menos fatiga cuando se ha utilizado la estrategia. El tamaño de este efecto, tal y como indica la *d* de Cohen, es medio. En cambio, en el caso de los eventos estresantes no relacionados a la supervivencia no se han observado diferencias significativas.

**Tabla 8.25 – Niveles de *fatiga* experimentada según el uso, o no uso, de cada estrategia de afrontamiento**

Estrategias de afrontamiento	CAUSUP						t	d	NOCAUSUP						t
	Utilizada			No utilizada					Utilizada			No utilizada			
	N	Media	DE	N	Media	DE			N	Media	DE	N	Media	DE	
<b>Aceptación problema</b>	93	6,82	2,66	100	8,21	1,95	4,17***	0,60	149	6,58	2,51	83	6,84	2,28	-0,80
<b>Búsqueda Apoyo Social</b>	69	7,28	2,43	124	7,69	2,40	-1,13	-	130	6,65	2,48	102	6,71	2,37	-0,19
<b>Aceptación emociones</b>	154	7,30	2,36	39	8,49	2,44	-2,79**	0,50	178	6,57	2,48	54	7,00	2,22	-1,13
<b>Rechazo</b>	69	7,32	2,46	124	7,66	2,39	-0,94	-	90	6,58	2,20	142	6,73	2,57	-0,47

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

## 8.4 El Apoyo Social

### 8.4.1 Porcentajes de días en los que se recibe Apoyo Social

La tabla 8.26 muestra los porcentajes de días con *Apoyo Social* recibido tanto durante los días con evento estresante en general, como desglosado en función de que el evento estresante se atribuya a ser superviviente o no.

Los resultados muestran que en el 41,41% de los días se ha recibido apoyo social, y este porcentaje resultó significativamente menor también en los días en que los eventos estresantes fueron relacionados a la supervivencia (35,23%).

**Tabla 8.26 – Porcentajes y frecuencias del *Apoyo Social* recibido durante los días con evento estresante**

Apoyo Social	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		$\chi^2$
	N	%	N	%	N	%	
Recibido	176	41,41	68	35,23	108	46,55	5,56*
No recibido	249	58,59	125	64,77	124	53,45	
Total	425	100,00	193	100,00	232	100,00	

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

#### 8.4.2 Momentos en que se recibe Apoyo Social

Los resultados de la *tabla 8.27* muestran la distribución de frecuencias del momento en que se recibió el apoyo social, *durante*, *después* o *durante y después* del evento estresante y podemos notar diferencias significativas en los tres momentos, observándose una mayor frecuencia de ocasiones en las que se recibió apoyo social *después*, y una menor frecuencia de ocasiones en las que se recibió apoyo social *durante y después*.

A la hora de desglosar, no se hallaron diferencias significativas en esta distribución, a pesar de esto, podemos ver que el apoyo social se recibe con más frecuencia en los eventos estresantes no atribuidos a la supervivencia.

**Tabla 8.27 – Porcentajes y frecuencias de los momentos en los que recibe Apoyo Social durante los eventos estresantes**

Apoyo Social	EVENESTRES		$\chi^2$	CAUSUP		NOCAUSUP		$\chi^2$
	N	%		N	%	N	%	
Durante	57	32,39	10,51**	19	27,94	38	35,19	1,45
Después	77	43,75		30	44,12	47	43,52	
Durante y después	42	23,86		19	27,94	23	21,30	
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>		<b>68</b>	<b>100,00</b>	<b>108</b>	<b>100,00</b>	

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001



#### 8.4.3 Apoyo Social solicitado y espontáneo

La *tabla 8.28* muestra la distribución de la frecuencia de la forma en que se recibe Apoyo Social si es *Solicitado* o *Espontáneo*. Los resultados, en general, muestran que se recibe con más frecuencia de forma espontánea. En el caso del apoyo social solicitado, resulta ser más frecuente en los eventos estresantes no atribuidos a la supervivencia, aunque esta diferencia no resulta ser estadísticamente significativa.

**Tabla 8.28 – Porcentajes y frecuencias de la forma en que se recibe Apoyo Social durante los eventos estresantes**

Apoyo Social	EVENESTRES		$\chi^2$	CAUSUP		NOCAUSUP		$\chi^2$
	N	%		N	%	N	%	
Solicitado	64	36,36	13,09***	22	32,35	42	38,89	0,77
Espontáneo	112	63,64		46	67,65	66	61,11	
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>		<b>68</b>	<b>100,00</b>	<b>108</b>	<b>100,00</b>	

**Nota:** \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

#### 8.4.4 Personas que proporcionan Apoyo Social

Las personas que en general proporcionan Apoyo Social con más frecuencia, tal y como muestra la *tabla 8.29*, resultan ser la pareja, la familia y los amigos. Esta distribución no es tan diferente en los eventos estresantes relacionados con ser superviviente ya que la pareja resulta ser la que proporciona más apoyo seguida por la familia y los amigos.

En el caso de eventos estresantes no atribuidos a ser superviviente, los amigos han resultado proporcionar apoyo social en igual medida que la pareja (26,72%).

No obstante, las diferencias entre las dos atribuciones no resultan ser estadísticamente significativas, como nos indica la prueba estadística.

**Tabla 8.29 – Porcentajes y frecuencias de la distribución de las personas que proporcionan Apoyo Social durante los eventos estresantes**

Apoyo Social	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		X <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Pareja	64	29,77	29	34,52	35	26,72	1,89
Familiar	54	25,12	22	26,19	32	24,43	0,15
Amigo	51	23,72	16	19,05	35	26,72	1,60
Conocido	9	4,19	4	4,76	5	3,82	0,13
Compañero de trabajo	26	12,09	8	9,53	18	13,73	0,80
Otro	11	5,11	5	5,95	6	4,58	0,23
Total	215	100,00	84	100,00	131	100,00	-

## ***8.5 El estrés cotidiano y el Apoyo Social***

### *8.5.1 Los tipos de utilidad del Apoyo Social recibido durante los eventos estresantes*

En la *tabla 8.30* se muestra la distribución de los *tipos de utilidad del Apoyo Social* recibido, tanto en el total de los eventos estresantes, como en función de si estos se atribuyen a ser superviviente o no. El tipo más frecuente, tanto en general como según las dos atribuciones, fue que el apoyo social ayudó a *Sentirse mejor*.

Sin embargo, cuando los eventos no se atribuían a ser superviviente, las frecuencias de los tres tipos del apoyo social mostraron diferencias significativas solo en el caso de *Conseguir información*. Como indica la *figura 8.7* parece existir un perfil similar en los tipos de apoyo social dependiendo de si el evento estresante es atribuido a la supervivencia o no.

Recordemos que, en este caso también, estos porcentajes de uso están calculados sobre el total de días en los que el evento estresante se atribuyó a la supervivencia (68 días) y sobre el total de días en que el evento no se atribuyó al hecho de ser superviviente (108 días). Así, la *Hacer algo* se utilizó solamente en 33 de los 68 días en que el evento se atribuyó al hecho de ser superviviente (48,53%) y en 67 de los 108 días (62,04%) en los que el evento estresante no se atribuyó a la supervivencia.

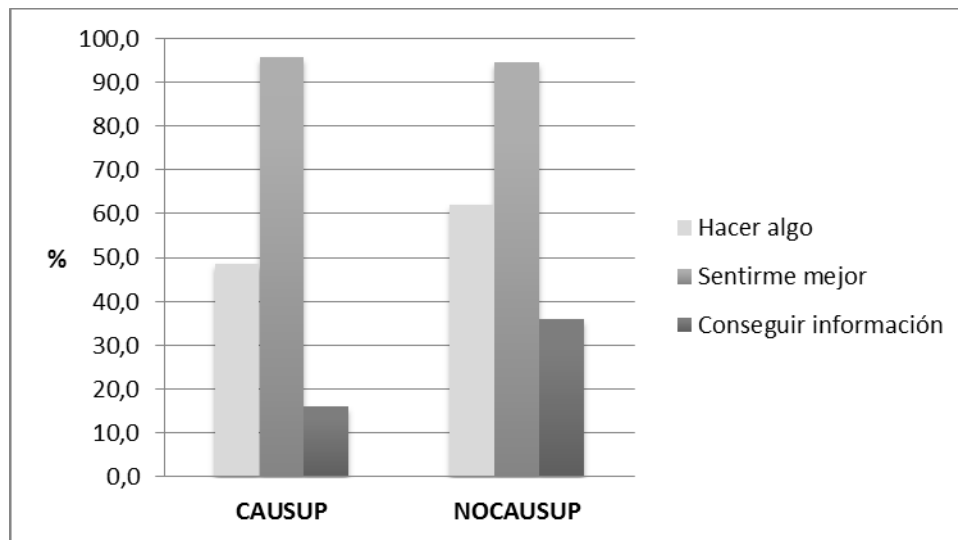
**Tabla 8.30 – Porcentajes de los tipos de utilidad del Apoyo Social recibido durante los eventos estresantes**

Tipo Apoyo Social	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		$\chi^2$
	N	%	N	%	N	%	
Hacer algo	100	31,55	33	48,53	67	62,04	3,10
Sentirme mejor	167	52,68	65	95,59	102	94,44	0,11
Conseguir información	50	15,77	11	16,18	39	36,11	<b>8,15*</b>
<b>Total</b>	<b>317</b>	<b>100,00</b>					

**Notas:** En la tabla no se reportan las N del apoyo social que no se ha recibido;

En cada tipo de apoyo social las N totales son: EVENESTRES N=176, CAUSUP N=68, NOCAUSUP N=108, como reportado en la *tabla 8.26*;

\*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001



**Figura 8.7 - Porcentajes de los tipos de utilidad del Apoyo Social recibido durante los eventos estresantes**

### 8.5.2 La eficacia percibida del tipo de utilidad del Apoyo Social recibido

En la *tabla 8.31* se puede observar que, en general, el Apoyo Social ha sido considerado más eficaz para *Conseguir información*.

En cambio, entre las eficacias de los tipos de Apoyo Social recibidos durante los eventos estresantes atribuidos a la supervivencia o no atribuidos a ella, no hemos encontrado diferencias estadísticas significativas.

**Tabla 8.31 – Medias del grado de eficacia percibida de cada tipo de Apoyo Social recibido durante los eventos estresantes**

Tipo Apoyo Social	EVENESTRES		CAUSUP		NOCAUSUP		t
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Hacer algo	7,90	1,47	7,76	1,32	7,97	1,55	-0,68
Sentirme mejor	7,49	1,92	7,35	2,17	7,58	1,74	-0,75
Conseguir información	8,20	1,31	8,27	1,19	8,18	1,35	0,21

Notas: Para las N ver *tabla 8.30*

### 8.5.3 Tranquilidad y fatiga en función de la recepción de los 3 tipos de Apoyo Social

En la *tabla 8.32* se muestra la comparación de las medias de los niveles de *tranquilidad* registrados al final del día en función de haber recibido o no apoyo social, desglosado en eventos estresantes relacionados a la supervivencia o no relacionados a ella. Los resultados no nos enseñan diferencias significativas a destacar.

**Tabla 8.32 – Niveles de *tranquilidad* experimentada según la recepción, o no recepción, de cada tipo de Apoyo Social**

Tipo Apoyo Social	CAUSUP				t	NOCAUSUP				t
	Recibido		No Recibido			Recibido		No Recibido		
	Media	DE	Media	DE		Media	DE	Media	DE	
Hacer algo	6,64	1,97	6,74	2,02	0,22	6,60	2,40	6,61	2,26	0,27
Sentirme mejor	6,65	2,00	7,67	1,15	0,87	6,61	2,35	6,50	2,17	-0,11
Conseguir información	7,00	2,05	6,63	1,98	-0,56	6,08	2,26	6,90	2,33	1,78

Para las N ver *tabla 8.30*

En la *tabla 8.33* se muestra la comparación de las medias de los niveles de *fatiga* registrados al final del día, en función de haber recibido o no apoyo social y desglosado en eventos estresantes atribuidos a la supervivencia o no, tampoco en este caso se observan diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 8.33 – Niveles de *fatiga* experimentada según la recepción, o no recepción, de cada tipo de Apoyo Social**

Tipo Apoyo Social	CAUSUP				t	NOCAUSUP				t
	Recibido		No Recibido			Recibido		No Recibido		
	Media	DE	Media	DE		Media	DE	Media	DE	
Hacer algo	7,24	2,37	7,26	2,42	0,02	6,72	2,39	6,41	2,51	-0,63
Sentirme mejor	7,28	2,27	6,67	4,93	-0,43	6,58	2,43	7,00	2,61	0,41
Conseguir información	7,27	2,15	7,25	2,44	-0,03	6,44	2,38	6,70	2,47	0,53

Para las N ver *tabla 8.30*

## 8.6 Análisis de la interacción entre Afrontamiento y Apoyo Social

En la *tabla 8.34* se muestran las correlaciones de la eficacia percibida del afrontamiento y del apoyo social con la tranquilidad. La prueba estadística muestra correlaciones positivas y significativas en todos los casos, excepto en el *Rechazo*. Si comparamos los valores de las correlaciones entre afrontamiento y apoyo social cabe destacar que el afrontamiento presenta correlaciones positivas más altas respecto al apoyo social.

**Tabla 8.34 – Correlación entre la eficacia percibida del afrontamiento y del apoyo social con la tranquilidad**

Eficacia percibida	N	r
Aceptación problema	125	.375***
Buscar apoyo social	133	.394***
Aceptación emociones	147	.409***
Rechazo	61	.173
Hacer algo	100	.335***
Sentirme mejor	169	.356***
Conseguir información	50	.295**

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001



En la *tabla 8.35*, en cambio, se muestran las correlaciones entre la eficacia percibida del afrontamiento y del apoyo social con la fatiga. La prueba estadística, en este caso, muestra correlación significativa y negativa significativa solo en el *Rechazo*.

**Tabla 8.35 – Correlación entre la eficacia percibida del afrontamiento y del apoyo social con la fatiga**

Eficacia percibida	N	r
Aceptación problema	125	-.156
Buscar apoyo social	133	-.065
Aceptación emociones	147	-.158
Rechazo	61	-.258*
Hacer algo	100	-.165
Sentirme mejor	169	-.002
Conseguir información	50	-.268

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

En la *tabla 8.36*, se muestra la correlación de las eficacias percibidas del afrontamiento con las eficacias percibidas del apoyo social. La prueba estadística muestra correlaciones positivas significativas y con valores que van de moderados (.435) a altos (.742) en todos los casos excepto en la eficacia percibida de la estrategia de afrontamiento basada en el *Rechazo* que no tiene ninguna relación con la eficacia percibida del apoyo social.

**Tabla 8.36 – Correlación entre la eficacia del afrontamiento y la eficacia del apoyo social**

Eficacia	Hacer algo	Sentirme mejor	Conseguir información
Aceptación problema	.640***	.714***	.509***
Buscar apoyo social	.538***	.742***	.560***
Aceptación emociones	.435***	.630***	.358*
Rechazo	-.186	.142	.104

Nota: \*p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

## 9. DISCUSIÓN

La Discusión del presente trabajo, se hará de acuerdo con la siguiente estructura: en un primer apartado discutiremos las características de la muestra del estudio y del reclutamiento, en un segundo apartado comentaremos los resultados obtenidos con los instrumentos utilizados en la evaluación inicial de nuestro estudio (*COPE-28* y *Listado de las necesidades no cubiertas*), y en los apartados siguientes pasaremos a contrastar, uno por uno, los 4 objetivos del presente trabajo de investigación.

### *9.1 Características de la muestra y del sistema de reclutamiento*

La muestra ha sido mayoritariamente femenina (55 mujeres vs 5 hombres), con una edad media de 44 años, y con una prevalencia de cáncer de mama (73,3%), cuyo tratamiento oncológico terminó entre hace 1 y 3 años atrás. Dado el escaso número de hombres, no hemos podido realizar análisis separados por género, como ha podido comprobarse en el capítulo 8. La escasez de población masculina participante puede deberse a que el sistema de reclutamiento utilizado ha sido a través de las redes sociales (Facebook, Instagram y Twitter), ya que se ha considerado un método eficaz, hoy en día, tanto a nivel de rapidez como de facilidad para encontrar la población necesaria para nuestro estudio.

Es probable que al ser consideradas las mujeres, normalmente, más participativas en las redes sociales que los hombres, podríamos explicar así las características de la muestra. De hecho, en los contactos iniciales previos a la aplicación de los criterios de inclusión ya contábamos con 136 mujeres y los 5 hombres.

Por otra parte, en investigaciones sobre supervivientes que han usado otros sistemas de reclutamiento de la muestra también es habitual que prevalezcan las mujeres como participantes en el estudio (Geng et al., 2018; Iannarino et al., 2017; Park et al., 2008; Philip et al., 2013; Smith et al., 2016; Taskila et al., 2006), siendo también la mama el tumor más representado porque es el más frecuente.

No obstante en los últimos años se ha observado una tendencia a aumentar la participación de hombres en las investigaciones psico-oncológicas, especialmente porque empiezan a aparecer investigaciones dedicadas exclusivamente al cáncer de próstata (Da Rosa Noronha et al., 2019; Nelson et al., 2019; Oraá-Taberner et al., 2019; Paterson et al., 2013; Zhou et al., 2010), pero a pesar de esto los estudios dedicados al cáncer de mama siguen siendo aún muy frecuentes. No debe olvidarse, finalmente, que esa participación es siempre voluntaria y esto facilita que las mujeres tengan una mayor tendencia a expresar sus sentimientos y vivencias en contextos de interacción social, seguramente a causa de los roles que tradicionalmente nuestra sociedad occidental asigna al carácter femenino.

Por tanto, creemos que las conclusiones que puedan derivarse de este estudio van dirigidas preferentemente a las mujeres con cáncer de mama que han acabado el tratamiento entre 1 y 3 años. No podemos por tanto afirmar que nuestros resultados se puedan generalizar a todos los supervivientes de cáncer.

## **9.2 Evaluación Inicial**

### **9.2.1 Tendencias de las estrategias de afrontamiento**

Los resultados encontrados en nuestra evaluación inicial (*tabla 8.1*) muestran que la estrategia de afrontamiento con puntuación más alta fue la *Aceptación* (4,97) seguida por el *Afrontamiento activo* con una puntuación similar (4,70). En cambio, la estrategia con puntuación más baja fue el *Uso de sustancias* (0,17).

En un estudio similar al nuestro (Mingnorange et al., 2019), en el cual fue administrado, como instrumento de medida, el COPE-28 a una muestra de supervivientes de cáncer de mama, se obtuvieron resultados diferentes. En primer lugar, se observa que la estrategia con puntuación más alta fue el *Afrontamiento activo* (6,17) y con puntuación más baja el *Uso de sustancias* (2,66). En segundo lugar, las estrategias de afrontamiento utilizadas por las supervivientes alcanzaban puntuaciones más altas y esto, en nuestra opinión, podría deberse a tres diferencias entre la muestra de Mingnorange (2019) y la nuestra.

Primero, el tipo de cáncer de la muestra: nuestra población estaba formada, aparte de supervivientes de cáncer de mama también por supervivientes de otros tumores.

Segundo, el tiempo de supervivencia: muy importante a tener en cuenta en nuestra opinión, ya que las participantes en nuestro estudio llevaban entre 1 y 3 años de supervivencia, mientras que la muestra en el estudio de Mingnorange y colaboradores (2019), la supervivencia se situaba alrededor de los 4 años. El llevar más tiempo como superviviente podría haber modificado tanto la frecuencia, como el perfil de uso de las estrategias de afrontamiento.

Tercero, la edad: esta variable, como hipotetizan Mingnorange y colaboradores (2019) tiene un impacto en el desarrollo de las estrategias de afrontamiento utilizadas ya que cuando los autores analizaban a las mujeres entre las edades de 46 y 52 años las puntuaciones más altas se obtuvieron en el *Afrontamiento activo* (6,48) y en la *Aceptación* (6,38) lo cual aporta un perfil más similar al que hemos observado en nuestra muestra.

No obstante, si comparamos las tendencias generales de las estrategias de afrontamiento, de ambos estudios, podemos notar el mismo perfil de uso, es decir que las estrategias activas tienen mayores puntuaciones y en cambio las pasivas presentan puntuaciones más bajas, a pesar de que todas las puntuaciones de nuestro estudio

siempre resulten más bajas en comparación con el trabajo de Mignorance y colaboradores (2019).

Por lo demás, otros trabajos (Barnard et al., 2016; Galindo et al., 2013; Heppener et al., 2009; Lee et al., 201; Montiel et al., 2016) confirman también la tendencia general a utilizar estrategias de afrontamiento activas (centradas en el problema y en la gestión de las emociones), por lo que podemos concluir que las participantes de nuestra muestra no difieren, en su perfil de estrategias de afrontamiento, del que se observa en otros estudios con supervivientes.

En esta misma línea van los resultados que hemos obtenido en nuestro *Estudio Previo* (cap. 6) en las entrevistas a las supervivientes, ya que en este caso también se evidenció que las estrategias más utilizadas son habitualmente más de tipo activo y dirigidas a la modificación, solución o eliminación de la situación o acontecimientos estresantes.

### 9.2.2 Listado de las necesidades no cubiertas

En los resultados de nuestro estudio se puede observar que las necesidades no cubiertas que presentaron una puntuación más elevada fueron el *Miedo a la recaída* y los *Problemas de memoria*, mientras que las que mostraron un grado más bajo fueron la *Depresión* y la *Sociabilidad* (tabla 8.2).

En otro estudio sobre necesidades (Arrighi et al., 2014), se pudo observar, que las necesidades no cubiertas más frecuentes fueron el *Cansancio* (71,6%), que en nuestro estudio se situó en la parte final de la distribución, y la segunda más frecuente fue el *Miedo a la recaída* (59,6%), que en nuestro estudio fue la que tuvo puntuación más alta. Por otro lado, en el estudio de Arrighi, las necesidades no cubiertas que tuvieron porcentajes más bajos fueron el *Trabajo* (32,1%) seguido por la *Sociabilidad* (33,9%). Nuestros resultados coinciden en lo relativo a la *Sociabilidad*, pero difieren respecto al *Trabajo*, ya que en nuestro caso se sitúa en el cuarto lugar de una lista de diez necesidades no cubiertas.

Además, si comparamos las tendencias generales de las necesidades de ambos estudios, podemos notar que no encontramos el mismo perfil: en nuestro estudio las necesidades que ocupan la porción central de la distribución fueron los problemas relativos a la *Sexualidad*, al *Trabajo*, la *Ansiedad*, preocupaciones sobre el *Aspecto físico*, el *Cansancio* y por último los *Problemas de sueño*.

En cambio, en el estudio de Arrighi la parte central de la distribución es representada por la *Ansiedad*, *Problemas de memoria*, de *Sexualidad*, *Problemas de sueño*, *Depresión* y por último las preocupaciones sobre el *Aspecto físico*.

Por tanto, podemos concluir que los resultados de ambos estudios no son totalmente coincidentes y esto podría deberse a varios factores:

El primero es que en nuestro estudio no utilizamos todos los ítems del *CESC*, sino el listado de las necesidades no cubiertas más frecuentes encontradas por los autores (Arrighi et al., 2014). A partir de dicho listado, nuestras supervivientes indicaban el

grado en que cada necesidad no estaba adecuadamente atendida, mientras que Arrighi y colaboradores evaluaban únicamente la presencia o ausencia de la necesidad. Por otra parte, un motivo adicional que puede explicar las diferencias es que el tiempo de supervivencia que en el estudio de Arrighi era más amplio, situándose entre 1 y 5 años (81,7%), e incluyendo supervivientes con más de 10 años de supervivencia (11%).

En todo caso podríamos concluir que en general, a raíz de los distintos resultados de ambos estudios, las necesidades que requieren de más atención podrían ser tanto las necesidades físicas como emocionales tal y como se ha demostrado también en el último informe *GEPAC* (2012), donde se evidencia que a nivel físico el *Cansancio* resultó el mayor de los problemas en la supervivencia seguido por problemas en la *Sexualidad* y de *Memoria*. A nivel emocional el *Miedo a la recaída* fue el mayor problema después de haber concluido los tratamientos seguido por la *Ansiedad* experimentada al finalizar los mismos (Inhestern et al., 2017).

Así pues, y al igual que ocurría con las estrategias de afrontamiento, el perfil de nuestra muestra no difiere sustancialmente de lo que aportan otras investigaciones en supervivientes y de lo que también hemos podido encontrar en nuestro *Estudio Previo* (cap. 6) en las entrevistas a los supervivientes, donde el cansancio, los problemas de memoria, y el miedo a la recaída son aspectos que afectan la calidad de vida en la fase de la supervivencia (Barsevick et al., 2001; Kuhnt et al., 2009; Lopez-Santiago et al., 2011; McGinty et al., 2012; Rowland, 2006; Servaes et al., 2007).

### ***9.3 Objetivo 1: Describir las características del malestar cotidiano experimentado durante situaciones estresantes***

Los resultados de nuestra investigación indican que un 55,12% de los días registrados (425 días) las supervivientes de cáncer han experimentado un evento estresante. En un estudio comparativo con una muestra de supervivientes de cáncer y una de no-supervivientes (Costanzo et al., 2012) los resultados mostraron que ambos grupos informaron de un promedio de cuatro eventos estresantes durante el período de seguimiento de 8 días, es decir, que se experimentaron eventos estresantes durante el 50% de los días, obteniendo así un resultado similar al nuestro. En cambio, en otro estudio con población no-superviviente (Almeida et al., 2002) los encuestados registraron al menos un evento estresante diario solamente en el 39,4% de los 8 días del estudio. A partir de estos resultados, y a falta de más estudios que puedan confirmarlos, podríamos considerar que la población no superviviente experimenta eventos estresantes entre el 39% y el 50% de los días, pero que este porcentaje en el caso de la población de supervivientes no sería inferior al 50%. Esta mayor frecuencia podría explicarse por la atribución que se hace a la causa que provoca el evento estresante, ya que, en nuestra investigación, de estos 425 días en que hubo un evento estresante, el

45,41% de ellos (193 días) fue atribuido al hecho de ser superviviente. Así pues, nuestra muestra podría tener más días con evento estresante que la población no-superviviente ya que experimenta eventos estresantes que la persona atribuye, justamente, a la supervivencia, y, por tanto, que una persona no superviviente no experimentaría. Pero también hemos de considerar la posibilidad de que, aunque la frecuencia de días con evento estresante pueda ser similar al de la población no-superviviente, el malestar sea superior en esos 193 días ya que la causa es debida al hecho de ser superviviente (recordemos que la *EMA* pedía a la persona que identificase el evento que había producido mayor malestar). Esta segunda posibilidad quedaría avalada por el resultado que nos indica que cuando el evento estresante es debido a la supervivencia hay mayor malestar (nivel medio de 7,71) en comparación con los eventos que no están relacionados a ella (nivel medio de 7,27), ya que se trata de una diferencia que, aunque pequeña, es significativa. A conclusiones parecidas llega también el estudio de Costanzo y colaboradores (2012), en el cual los sobrevivientes de cáncer mostraron una modesta tendencia a evaluar los factores estresantes como más graves o amenazadores. Por lo tanto, parece que la población de supervivientes podría tener un mayor porcentaje de días con evento estresante que la población no-superviviente y que el malestar causado por los mismos podría ser también superior.

En cuanto a distribución de los tipos de las causas de eventos estresantes, observamos que en general Otro problema (que recoge problemas económicos, los imprevistos y otras dificultades en general) y Problema físico son las causas de estrés cotidiano más frecuentes en nuestra investigación y estos resultados difieren de estudios anteriores (Almeida et al., 2002; Costanzo et al., 2012), cuyos resultados muestran la Discusión con alguien como el evento estresante más frecuente.

Cuando nos centramos en si el motivo se atribuye a la supervivencia o no nuestros resultados nos muestran que: en el primer caso, prevalece el Problema físico y esto en nuestra opinión va acorde con la amplia literatura que confirma que los problemas de cansancio y fatiga son los más recurrentes a lo largo de la supervivencia (GEPAC, 2012; Haghghat et al., 2003; Kim et al., 2008; Meeske et al., 2007; Minton. et al., 2008), así como con los resultados observados en el listado de necesidades de nuestra investigación, ya que a pesar de que cansancio y fatiga no se destaquen entre los problemas más importantes, constan entre los problemas que los supervivientes registran como no completamente atendidos.

Por otro lado, este tipo de causa apenas se da en el segundo caso (es decir, cuando el evento estresante no se atribuye a la supervivencia), en el que prevalecen la Discusión con alguien, Relaciones personales (que recoge el haber tenido pensamientos desagradables o preocupaciones por los demás) y Otro problema.

Esta diferencia de perfiles entre los días en que la causa se atribuye a la supervivencia y en los que no, se observa también en el nivel del malestar experimentado, ya que, cuando son atribuidos a la supervivencia, generan un nivel de malestar mayor, en el caso de la Discusión con alguien y en Otro problema, pero no en las otras dos causas.

El hecho de que no se observen diferencias en el malestar causado por el Problema físico y por las Relaciones personales podría deberse a que son situaciones que se viven

habitualmente en el día a día, y por lo tanto, la superviviente podría haberse acostumbrado a ese tipo de problemáticas, y esto determinaría que fuera indiferente que la causa se debiera a la supervivencia o no. En cambio, la Discusión con alguien y Otro problema, podrían ser unas causas estresantes que aparecen con menor frecuencia en el día a día del superviviente y, por lo tanto, podrían desencadenar una reacción distinta, en la que las supervivientes estando menos acostumbradas a estos tipos de eventos estresantes, no mostrasen esa hipotética habituación que mencionábamos antes, y que propiciase que el malestar fuera mayor en los días en que el evento estresante se atribuye al hecho de ser superviviente. Es decir: podría ocurrir también que la atribución del evento estresante a la supervivencia suscitase un estado opuesto a la habituación, y que sería el de una sensibilización del estado emocional de la superviviente que propiciase una vivencia de malestar más elevada.

Ese perfil de frecuencias, de los tipos de eventos estresantes y del malestar producido por los mismos, va acompañado de unas vivencias emocionales caracterizadas por la ansiedad y la tristeza, emociones que se observan también en otros estudios con supervivientes en los que se indica la presencia de ansiedad y depresión (Boyes et al.; 2011; Boyes et al., 2013; Mitchell et al., 2013; Yi et al., 2017) que podría estar causada también por la presencia, en nuestra muestra, del miedo a la recaída, como necesidad mayoritariamente no cubierta, ya que la ansiedad y la depresión están asociadas a ello (Liu et al., 2018).

Todo lo que hemos comentado hasta ahora se traduce en que al final de día, en presencia de eventos estresantes, los supervivientes de cáncer, registran menores niveles de tranquilidad y mayores niveles de fatiga, respecto a cuándo no se producen eventos estresantes. Estas diferencias son estadísticamente significativas y se observan también en los días con evento estresante debido a la supervivencia respecto a los días en que el evento estresante no se atribuye al hecho de ser superviviente. Esto demuestra que haber experimentado un evento estresante en cualquier momento del día tiene un efecto general que perdura como mínimo hasta el final del día y que en el caso de los eventos estresantes relacionados con ser superviviente este efecto es mayor. Esto, en nuestra opinión, podría ser debido a que al ser más elevado el malestar producido por los eventos estresantes atribuidos a la supervivencia, dicho malestar podría tener una duración temporal mayor que generase esa secuela de menor tranquilidad y mayor fatiga al final del día.

#### ***9.4 Objetivo 2: Describir las características de las estrategias de afrontamiento utilizadas durante las situaciones estresantes***

Observando la frecuencia de uso de las cuatro estrategias de afrontamiento (*tabla 8.9*), en general, podemos observar que la estrategia más utilizada ha sido con diferencia la Aceptación de emociones, seguida por la Aceptación del problema, la Búsqueda de

apoyo social y el Rechazo, aunque la que es percibida como más eficaz, con una pequeña diferencia, ha resultado ser la Búsqueda de apoyo social.

Un estudio similar al nuestro (Puigbó et al. 2019), con población general, ha obtenido resultados similares, encontrando que la estrategia más frecuente fue la Aceptación del problema, seguida por la Aceptación de emociones, la Búsqueda de apoyo social y el Rechazo. Es posible que estas diferencias se hayan registrado debido a que se trate de una población general de jóvenes adultos y no de supervivientes de mediana edad y que se haya efectuado un registro diario de solo 4 días. Por otra parte, y tal como hemos indicado antes, en nuestra muestra, los eventos estresantes atribuidos a la supervivencia generan mayor malestar, y esto podría determinar una mayor frecuencia de poner en marcha estrategias basadas en la aceptación de las emociones.

En cambio, podría ocurrir que, en población general, la presencia de eventos estresantes, que requieran el uso de estrategias de aceptación de las emociones, aparezca en menos ocasiones y por ende prevalezca el afrontamiento basado en la aceptación del problema.

Por otro lado, si miramos el desglose de las estrategias de afrontamiento dependiendo si el evento estresante es debido a la supervivencia o no, podemos observar que, en primer lugar, la Aceptación de emociones y el Rechazo son dos estrategias que se utilizan por igual indistintamente de si la causa de estrés es debida a la supervivencia o no, en cambio la Aceptación del problema y la Búsqueda de apoyo social son estrategias más frecuentes en el caso de estrés no causado por la supervivencia y esta diferencia ha resultado ser estadísticamente significativa. Esto podría deberse al tipo de evento estresante, es decir: si volvemos a mirar la *tablas 8.5*, podemos observar que la Discusión con alguien es el evento estresante más frecuente no atribuido a la supervivencia y por lo tanto podríamos llegar a dos argumentos que expliquen porque pasa esto: por un lado, después de una discusión que nos haya generado estrés, lo más común para afrontarla sería aceptar el problema y probablemente buscaríamos apoyo en alguien con el objetivo de desahogarnos. Por otro lado, en cambio, podría pasar que a raíz de una discusión con alguien se genere una divergencia de opiniones y búsquesenos apoyo en el otro como ayuda para reforzar nuestro punto de vista. No obstante, no podemos llegar a conclusiones claras respecto a si la reacción ante una Discusión con alguien se entiende en base a la primera explicación o la segunda o ambas.

Dependiendo del tipo de causa del evento estresante, se observan diferencias significativas también cuando las supervivientes valoran la eficacia de las estrategias utilizada (*tabla 8.10*), percibiéndose como más eficaces cuando la causa no se atribuye a la supervivencia, excepto en el caso de la Búsqueda de apoyo social, y esto podría deberse a que este último tipo de estrategia es un recurso que es proporcionado por otra persona, mientras que las otras tres estrategias dependen exclusivamente de la acción desarrollada por la superviviente misma. Podemos plantear que quizá estuviera ocurriendo lo siguiente: cuando la superviviente experimenta un evento estresante atribuido a haber sufrido la enfermedad, como hemos señalado anteriormente, el malestar es mayor, lo que genera una situación que la superviviente podría percibir como más difícil de afrontar y, por ello, tal vez a causa de un proceso que podría asemejarse al de la indefensión, le atribuiría una menor eficacia a las estrategias que dependen exclusivamente de su propio esfuerzo. Las correlaciones negativas entre



malestar y eficacia, indicadas en la *tabla 8.11*, confirmarían este planteamiento. En cambio, cuando la estrategia requiere de la ayuda de otra persona, ésta puede ser percibida más eficaz, al no depender exclusivamente de ese nivel de malestar elevado que pueda reducir o bloquear el “potencial terapéutico” de la acción, al no ser la misma ejecutada por la superviviente, lo cual se justificaría por la ausencia de correlación entre malestar y eficacia de la Búsqueda de apoyo social, que nos indica la misma *tabla 8.11*. En todo caso, no podemos contrastar del todo estas hipótesis con los resultados de otros trabajos, ya que no hemos encontrado investigaciones parecidas a la nuestra, que analicen el estrés experimentado dependiendo de si éste es debido o no a una causa atribuida a la supervivencia. Lo que sí podemos afirmar es que el Rechazo ha sido la estrategia que menos se ha utilizado y que menos eficaz se ha considerado, lo cual ha sido confirmado también en otros estudios (Cheng et al., 2017; Ravindran et al., 2019). A continuación, valoraremos si este perfil general, de frecuencia de uso y de eficacia percibida de las estrategias utilizadas, se da en los cuatro tipos de causas que generan el evento estresante, o existen diferencias entre ellas.

Debemos recordar, no obstante, que las comparaciones se basan en un número de casos pequeño (ver las tablas sombreadas en los *apartados 8.3.2, 8.3.3, 8.3.4* del cap. 8), excepto cuando la causa es debida a Otro problema, por tanto, todas nuestras consideraciones al respecto deben ser tomadas con cautela.

En el caso de que la causa sea un *Problema físico* los resultados muestran que el perfil de uso es igual al observado en el perfil general (*tabla 8.9*).

En cambio, cuando hacemos la comparación en función de la atribución (si el estrés se atribuye, o no, a la supervivencia) se observan diferencias en función del tipo de causa, ya que se utiliza más la Aceptación del problema y la Búsqueda de apoyo social cuando la causa se atribuye a la supervivencia, que cuando no existe esta atribución. Además, podemos observar frecuencias de aparición mucho más altas cuando este evento estresante se asocia a la supervivencia (113 días respecto a los 16 días) y esto nos haría pensar que estamos delante de una causa de estrés provocada principalmente por el hecho de haber superado la enfermedad, tal y como indican también estudios previos (GEPAC, 2012; Haghighat et al., 2003; Kim et al., 2008; Meeske et al., 2007; Minton. et al., 2008).

Respecto a la eficacia, no se observan las diferencias estadísticamente significativas entre ambos tipos de atribución, que sí aparecían en el perfil general, y los valores de las mismas son, además ligeramente inferiores, excepto en el caso de la Búsqueda de apoyo social, lo que reafirma el planteamiento indicado anteriormente sobre la menor eficacia de la estrategia dependiente de la superviviente cuando el evento se atribuye al hecho de haber superado la enfermedad. Es posible que el hecho de disponer de pocos casos que no atribuyan el Problema físico a la supervivencia impida replicar las diferencias estadísticamente significativas observadas en el perfil general. De todas maneras, debe apuntarse que no se observan tampoco diferencias en los niveles de fatiga y tranquilidad en función del hecho de atribuir la causa, o no, a la supervivencia, a diferencia de lo que hemos señalado en la *Discusión del Objetivo 1* (ver *apartado 9.3*). Según lo señalado allí, deberían mostrarse estas diferencias en un caso como el del Problema físico, que es

una causa mayoritariamente atribuida al hecho de ser superviviente. Sí se observa, lógicamente, que la puntuación en fatiga es superior a la general, pero sin diferencias en función de la atribución. Para tratar de explicar el motivo por el cual no sucede esto, comentaremos a continuación qué ocurre en los otros tres tipos de causas de estrés cotidiano y haremos, después de ello, una valoración conjunta.

En el caso en el cual la causa sea una *Discusión con alguien*, los resultados muestran, también en este caso, el mismo perfil general de uso de las estrategias (*tablas 8.9 y 8.15*), siendo siempre la Aceptación de emociones la estrategia más frecuente y el Rechazo la menos usada. Cuando desglosamos, observamos que las frecuencias de uso son más altas cuando este tipo de evento estresante no se atribuye a la supervivencia y esto nos haría llegar a la conclusión opuesta respecto al problema físico, es decir que no se trata de un evento estresante típico de la fase de supervivencia. Respecto a la eficacia del afrontamiento sí se observan las diferencias a favor de las situaciones no atribuidas a la supervivencia, aun cuando la puntuación global (esto es, independientemente de si la causa se atribuye o no al hecho de ser superviviente) es ligeramente más baja en el caso de la Aceptación del problema y en el de la Búsqueda de apoyo social. Por lo tanto, el afrontamiento ante la Discusión con alguien sí parece seguir el perfil general, lo cual se observa también en la tranquilidad al final del día, pero no en la fatiga, siendo ésta ligeramente inferior a la general, y no mostrando diferencias entre las dos atribuciones. Nos parece interesante remarcar, aunque estos resultados ha de ser tomados con cautela debido a la escasez de los datos, que el nivel de malestar provocado por la Discusión con alguien, cuando la misma se atribuye a la supervivencia, es mayor respecto a cuándo no se relaciona a ella, y estos mismos resultados se obtuvieron en otro estudio (Costanzo et al., 2012) en el cual los supervivientes eran más propensos a evaluar los desacuerdos interpersonales como más graves y perjudiciales, motivo por el cual los autores llegarían a la conclusión de que en la fase de supervivencia hay una cierta sensibilidad emocional y, en este estudio en particular, causado por tensiones debidas en las relaciones con los demás. Esto iría acorde con nuestro planteamiento anterior según el cual la supervivencia es una fase en la cual las dificultades asociadas a esta fase de reajuste a la rutina, hacen que el superviviente sea más sensible y esta sensibilidad puede causar fácilmente tensiones que llevan a tener discusiones y por ende experimentar un nivel de malestar mayor en comparación con otros problemas como por ejemplo los problemas físicos a los cuales están más acostumbrados lo cual estaría de acuerdo con la hipótesis que hemos planteado anteriormente respecto a un posible estado de sensibilización emocional de los supervivientes.

Cuando la causa de estrés son las *Relaciones personales*, el perfil general muestra una diferencia, ya que la segunda estrategia más usada es, en este caso, la Búsqueda de apoyo social, y, por otra parte, la Aceptación de emociones es usada en una gran mayoría de casos (41,25%).

Desglosando según la atribución, podemos observar que se obtienen frecuencias más altas cuando este tipo de evento estresante no se relaciona a la condición de supervivencia, y esto nos haría llegar a la misma conclusión que con la Discusión con

alguien, es decir que no se trata de un evento estresante típico de la fase de supervivencia. No obstante, no hay diferencias en el uso de las diferentes estrategias en función de la atribución. Respecto a la eficacia, no se observan diferencias en la atribución, y las puntuaciones, respecto al patrón general, son un poco más elevadas en la Búsqueda de Apoyo Social y en el Rechazo. Tampoco la atribución muestra diferencias en los niveles de tranquilidad y malestar.

Por último, cuando la causa de estrés cotidiano es *Otro problema* los resultados confirman el mismo perfil de uso de la *tabla 8.9*, con la Aceptación de emociones (32,67%) y la Aceptación del problema (29,37%) como las estrategias más utilizadas, y el Rechazo (16,83%) como la que menos se usa. Pese a no observarse diferencias estadísticamente significativas las estrategias presentan frecuencias mayores cuando el evento estresante no se atribuye a la supervivencia. Respecto a la eficacia, tampoco se observan diferencias en función de la atribución y el nivel de dicha eficacia es ligeramente superior al observado en el perfil general en todas las estrategias excepto en el Rechazo.-Al final del día, los niveles de tranquilidad son ligeramente superiores a los observados en el perfil general, y la fatiga parece ser ligeramente inferior, observándose, en esta última diferencia en función de la atribución, siendo mayor dicha fatiga cuando la causa se atribuye a la supervivencia.

*En resumen*, podemos ver que los cuatro tipos de causas y sus atribuciones dan perfiles de uso de las estrategias de afrontamiento que son muy similares en su orden de uso, ya que siempre la más usada es la Aceptación de emociones y la menos usada el Rechazo. Ahora bien, aun dentro de este orden, el porcentaje de uso varía, para cada estrategia, en función del tipo de causa y es lo que analizaremos a continuación:

La Aceptación de emociones es usada en todas las ocasiones, pero se usa más en Problema físico y Relaciones personales (42,34% y 41,25% respectivamente), y en menor medida cuando hay una Discusión con alguien (28,05%). La Aceptación del problema se usa más en Otro problema y en Discusión con alguien, (29,37% y 27,15% respectivamente) y menos en las Relaciones personales (19,38%). La Búsqueda de apoyo social y el Rechazo, en cambio, se usan muy poco cuando hay un Problema físico (17,34% y 15,32%, respectivamente) y su mayor frecuencia de uso se da cuando hay una Discusión con alguien (24,43% y 20,36%, respectivamente). Estos resultados parecen demostrar que las estrategias de afrontamiento se utilizan de manera flexible en función de la circunstancia a la cual la superviviente se enfrenta, como demuestran también otros autores (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007).

Además, en nuestros resultados podemos observar que delante de Otro problema y Discusiones con alguien, que en nuestra opinión representan situaciones que puedan suponer una solución del problema o un cambio de la situación, las supervivientes utilizan estrategias de afrontamiento centradas en el problema y esto encontraría confirmación en los estudios de Lazarus y Folkman (1991), que ya hemos abordado en el capítulo sobre Afrontamiento (cap. 2, apartado 2.2.1) según los cuales el afrontamiento dirigido al problema se utilizaría cuando el entorno que ocasiona estrés es valorado como susceptible de cambio.

Por otro lado, cuando se trata de un Problema físico o de Relaciones personales, que como hemos explicado anteriormente son problemas que generan una cierta indefensión, las supervivientes utilizarían sobretodo estrategias enfocadas en la emoción, y esto también encontraría confirmación en lo que afirman por Lazarus y Folkman (1991), los cuales explican que el afrontamiento dirigido a la emoción suele llevarse a cabo cuando la persona experimenta indefensión ante una situación estresante que no es evaluada como susceptible de cambios. Además, nos parece interesante comentar qué evento estresante parece requerir más afrontamiento. Para ello calcularemos el promedio de estrategias utilizadas para cada evento estresante.

Así, según la *tabla 8.12*, cuando hay un Problema físico se usan 1,92 estrategias por evento estresante (es decir: en el total de 129 días en que se produjo estrés a causa de un Problema físico, se utilizaron 248 estrategias: en 62 ocasiones se usó la Aceptación del problema; en 43 ocasiones se hizo Búsqueda de apoyo social; en 105 ocasiones se puso en marcha la Aceptación de emociones, y en 38 ocasiones se usó el Rechazo), de manera similar se observa que, durante la Discusión con alguien se ponen en marcha 2,40 estrategias (*tabla 8.15*), en la Relaciones personales 2,19 estrategias como podemos observar en la *tabla 8.18*, y en Otro problema 2,31 estrategias (*tabla 8.21*). Estas diferencias, aunque resulten aritméticamente pequeñas, nos podrían estar indicando que el nivel de esfuerzo de afrontamiento es distinto dependiendo del tipo de evento estresante que se afronta y parece que durante la Discusión con alguien y Otro problema las supervivientes usen más estrategias para afrontar estos problemas, en comparación con los otros dos problemas. Estos resultados, por tanto, nos podrían estar indicando que las supervivientes usan, en promedio, dos estrategias de afrontamiento para hacer frente a los eventos estresantes, y no solamente un solo tipo de estrategia. Todo lo comentado anteriormente no parece reflejar diferencias en los niveles de malestar, tranquilidad y fatiga al final del día ya que las puntuaciones de estas (*tablas 8.14, 8.17, 8.20 y 8.23*), no parecen diferir mucho entre sí.

Por otro lado, en el análisis por tipo de causa, no se observan diferencias en frecuencia de uso en función de la atribución, que se habían mostrado en el perfil general, en el caso de la Aceptación del Problema y de la Búsqueda de apoyo social, y que esto podría deberse a la limitación que supone el hecho de tener pocos casos observados en la mayoría de los análisis realizados, tal y como hemos advertido anteriormente en los resultados (zonas sombreadas de las *tablas 8.12 a 8.20*).

Respecto a la eficacia, también se observan diferentes perfiles, tal vez de manera más clara, ya que las estrategias, excepto en el caso del Rechazo, alcanzan mayores puntuaciones cuando la causa es Otro problema, y menores puntuaciones, cuando la causa es el Problema físico, excepto en el caso de la Búsqueda de apoyo social. Además, cuando la causa es la Discusión con alguien, se observa que la eficacia es mayor cuando dicha discusión no se atribuye al hecho de ser superviviente (recordamos que estas conclusiones han de ser interpretadas con cautela, debido a la escasez de los datos), y es importante señalar que esta diferencia en las atribuciones no se da cuando la causa es debida a Problema físico, Relaciones personales, u Otro problema, lo que indica que la Discusión con alguien es un tipo de evento estresante muy relevante y sensible al tipo de atribución, ya que, como confirma la diferencia en los niveles de

tranquilidad al final del día, ésta es menor cuando la Discusión con alguien se considera que es debida al hecho de ser superviviente.

En el caso de la fatiga, la diferencia en función de la atribución, sin embargo, se observa cuando la causa es Otro problema, pero no en las otras causas. Esto podría ser debido a este mayor esfuerzo de afrontamiento del cual hablábamos antes, en el cual las supervivientes utilizan un promedio de 2,31 estrategias para hacer frente a este tipo de problemática. Sí que es cierto que deberíamos observar diferencias también en la Discusión (ya que se usan un promedio de 2,40 estrategias) pero en este caso no se observan diferencias significativas, y esto se podría explicar por el hecho de que, normalmente, una discusión tiene una duración temporal más limitada en comparación con Otro problema que puede requerir de un largo tiempo de dedicación y por tanto se generaría la fatiga. Una aclaración para explicar lo que acabamos de comentar sería por ejemplo suponer que el Otro problema sea debido a una necesidad económica. La solución de este tipo de problemática podría requerir de tiempo y dedicación para conseguir dinero y, además, mientras se esté buscando este recurso, la preocupación por el problema y la posible incertidumbre respecto a su solución seguirían estando presentes.

Cabría esperar que la fatiga al final del día, cuando la causa es el Problema físico, mostrase diferencias en función de la atribución, pero nuestros resultados no lo muestran. Tal vez porque la fatiga, como ya hemos comentado anteriormente, es una constante en la vida cotidiana de las supervivientes, tal como también sugieren otros estudios realizados en supervivientes (GEPAC, 2012; Haghghat et al., 2003; Kim et al., 2008; Meeske et al, 2007; Minton. et al., 2008).

Por último si observamos los niveles de tranquilidad y fatiga en función de utilizar o no las estrategias de afrontamiento (*tablas 8.24 y 8.25*) los resultados nos parecen indicar que, en el caso de eventos estresantes no atribuidos a la supervivencia, el usar estrategias de afrontamiento o no, no afectaría a los niveles de tranquilidad ni los de la fatiga, en cambio en el caso de estrés relacionado a la supervivencia usar las estrategias activas de Aceptación de emociones y Aceptación del problema produciría niveles más altos de tranquilidad y más bajos en fatiga, siendo estos resultados significativos y parecidos a los conseguidos en investigaciones anteriores (Cheng et al., 2017; Ravindran et al., 2019). Esto nos haría pensar que, a la hora de afrontar eventos estresantes relacionados con la supervivencia, a pesar de que la superviviente perciba dichas estrategias menos eficaces, el mismo hecho de poner en marcha un afrontamiento activo produce un mayor nivel de tranquilidad al final del día. Por este motivo es conveniente hacer un abordaje distinto y ver si el usar o no usar cada una de las estrategias conduce, independientemente de la eficacia percibida, a unos efectos a más largo plazo sobre el bienestar. Para este abordaje, las *tablas 8.24 y 8.25* dan una visión mucho más clara en la medida en que lo que exponen es altamente coincidente. En ellas vemos que, cuando la atribución de la causa de estrés no es debida a la supervivencia, la tranquilidad y la fatiga no se ven afectadas por haber usado o no una determinada estrategia de afrontamiento. Esto no permite descartar que la estrategia no haya sido eficaz a corto plazo (nuestro registro diario no nos permite disponer de información al respecto), pero esta posible eficacia no se refleja en un mayor o menor bienestar al final

del día. En cambio, cuando se atribuye la causa (cualquiera que sea) al hecho de ser superviviente, el usar o no usar la Aceptación del Problema y la Aceptación de Emociones genera diferencias al final del día, pues hay menor tranquilidad y mayor fatiga cuando la estrategia no se ha utilizado. Esto, como en el caso en que la causa no se atribuye al hecho de la supervivencia, no permite afirmar que cualquiera de las cuatro estrategias permita reducir el malestar a largo plazo, pero parece claro que aceptar el problema y aceptar las emociones produce, además, un efecto que se mantiene más en el tiempo, lo cual no ocurre si se busca apoyo social o si se utiliza el rechazo.

*En resumen*, pues, podemos concluir que el hecho de que una causa de estrés se atribuya al ser o no ser superviviente, genera niveles de malestar diferentes y que el uso de determinadas estrategias de afrontamiento, y no de otras, produce mejores efectos al final del día. Más concretamente que el uso de las estrategias de Afrontamiento de las emociones y de Afrontamiento del problema tiene un efecto al final del día cuando los eventos estresantes son atribuidos a la supervivencia.

### ***9.5 Objetivo 3: Describir las características de Apoyo Social recibido durante las situaciones estresantes***

Los resultados de nuestra investigación indican que, durante los eventos estresantes en general, las supervivientes han recibido apoyo social en el 41,41% de los casos y que en el 58,59% de los casos no han recibido ningún tipo de apoyo. Por otro lado, cuando hacemos la comparación en función de la atribución los resultados muestran que, cuando el evento estresante se atribuye a la supervivencia, solo en el 34,64% de los casos las supervivientes han recibido apoyo social, en cambio cuando la causa no se atribuye a ella en el 61,36% de los casos recibieron apoyo social, alcanzando estas diferencias valores estadísticos significativos. Estos resultados parecen indicar que las supervivientes reciben menos apoyo cuando el problema está relacionado con la supervivencia, y esto podría deberse a dos posibles motivos: El motivo atribuido al hecho de ser superviviente suele ser un problema físico, (típico de la supervivencia, como comentado en la *Discusión del Objetivo 2*, en el *apartado 9.3*) y dicho problema, causado por las secuelas de la enfermedad no suelen ser directamente “visibles” por los demás al no ser que estas sean verbalizadas por las supervivientes, cosa que podría ocurrir cuando se produce cansancio durante el día. Esto dificultaría la aparición espontánea del apoyo social, la cual resulta ser la forma más frecuente de aparición del mismo. También puede ocurrir, que el cansancio u otro problema físico, debido a sus características, pueda ser más difícil de solucionar o de afrontar recibiendo apoyo por parte de alguien, a diferencia de cuando el problema no se atribuye a la supervivencia que, tratándose en la mayoría de los casos de una discusión, al ser la misma directamente observable en muchos casos, puede propiciar el apoyo social por parte de alguien que sea consciente de la situación. En todo caso, no podemos contrastar del todo

estas hipótesis, y las que vienen a continuación, con los resultados de otros trabajos, dado que no hemos encontrado otras investigaciones que analicen el Apoyo Social de una manera parecida a la nuestra, es decir, separando el motivo que genera estrés en base a si el mismo se atribuye o no a la supervivencia.

El apoyo es recibido después del evento estresante, en casi la mitad de las veces (43,75%) y menos frecuentemente durante-y-después del acontecimiento (23,86%), tratándose de un apoyo que, en general, es proporcionado más frecuentemente de forma espontánea (63,64%), y este mismo perfil se repite si observamos el desglose según la atribución a la supervivencia o no, sin que se produzcan diferencias entre ambas situaciones, no obstante nos parece importante destacar que las frecuencias de recepción de apoyo y de la forma en que se recibe, son superiores cuando el evento estresante no es atribuido a la supervivencia. Esto parece reafirmar el planteamiento indicado anteriormente según el cual los supervivientes reciben menos apoyo durante la fase de supervivencia ya que es caracterizada por problemas que mayoritariamente son de tipo físico (como cansancio, fatiga, etc.) y por tanto más difíciles de percibir por los demás y más difícil solucionar con apoyo exterior.

Observando la *tabla 8.29* podemos ver que, en general, el apoyo es proporcionado con mayor frecuencia por la pareja (29,77%), por los familiares cercanos (25,12%) y por los amigos íntimos (23,72%). Estos resultados son similares a los observados en una muestra de supervivientes de cáncer de mama (Kagawa-Singer et al., 2003) donde se observa que es la pareja la que proporciona más apoyo a la superviviente.

Por otro lado, si observamos la utilidad que tiene el apoyo proporcionado (*tabla 8.30*), podemos ver que en más de la mitad de las veces (52,68%) el efecto que produce es que el superviviente pueda Sentirse mejor, no existiendo diferencias en función del tipo de atribución. Cuando el apoyo social es útil para Conseguir información esta diferencia alcanza valores estadísticos significativos. Respecto a la eficacia percibida según el tipo de apoyo social (*tabla 8.31*), los tres tipos de apoyo dan una eficacia satisfactoria, si tenemos en cuenta que en los tres casos la puntuación supera el valor de 7 sobre 10, siendo la puntuación más alta en el caso de Conseguir información. No obstante, no hay diferencias en función de si la causa del evento estresante se atribuyó o no al hecho de ser superviviente.

Nos parece importante destacar que comparando las eficacias tanto del afrontamiento como del apoyo social, observamos que en este último los valores alcanzan niveles de eficacia mayor (que rodean el 8 sobre 10), mientras que en el afrontamiento se alcanzaban valores que rodeaban la puntuación 6, esto nos lleva a pensar que las supervivientes consideran que el apoyo social es más eficaz que el afrontamiento para resolver las situaciones que generan estrés cotidiano. Esta diferencia, es probable que se deba a la manera de formular la pregunta sobre la eficacia percibida del apoyo social. En este último caso se trata de una pregunta más específica cuyo objetivo era recoger la funcionalidad del apoyo social, mientras que la pregunta sobre la eficacia del afrontamiento trataba de recoger en qué medida había sido útil poner en marcha ciertas estrategias.

Por último, en cuanto a los niveles de tranquilidad y fatiga registrados al final de día (*tablas 8.32 y 8.33*) no se registran diferencias en función de la atribución y tampoco en

el caso de recibir o no recibir apoyo social, y esto parece diferir de lo que hemos observado en las estrategias de afrontamiento (*tablas 8.24 y 8.25*) donde encontramos diferencias significativas tanto en la tranquilidad como en la fatiga relacionadas con el uso y no uso de las estrategias.

Esto nos podría hacer concluir que, si las supervivientes ponen en marcha estrategias de afrontamiento, estas mismas ayudarían a alcanzar una mayor tranquilidad y a rebajar los niveles de fatiga al final del día, en cambio durante los eventos estresantes recibir apoyo externo no parece tener un efecto directo sobre la tranquilidad y la fatiga. Esto podría ser debido a varios motivos: por un lado, el menor número de casos (176 casos, *tabla 8.26*) en el cual se ha registrado la recepción de apoyo social durante los eventos estresantes (425 días) podría dificultar la detección de diferencias estadísticamente significativas; por otro lado, tal vez el efecto del apoyo social es un efecto que únicamente se da de manera inmediata sobre el malestar producido por el evento estresante, pero que no se reflejaría en la tranquilidad y fatiga al final de día. Finalmente, podría ocurrir que, dado que el apoyo social no se produce sin que simultáneamente se haya producido algún tipo de afrontamiento, éste sea realmente el principal responsable de los niveles de tranquilidad y fatiga, y el efecto del apoyo social sea poco relevante sobre los mismos.

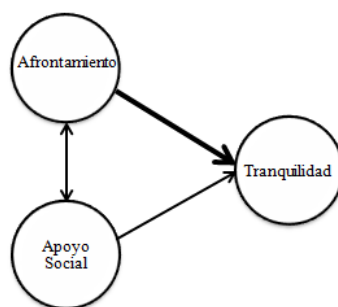
#### ***9.6 Objetivo 4: Analizar si existe, o no, una interacción entre afrontamiento y apoyo social sobre el malestar cotidiano de los supervivientes de cáncer***

En los apartados anteriores se ha podido comprobar que el uso de las estrategias de afrontamiento Aceptación del problema y de la Aceptación de emociones tiene un efecto sobre la tranquilidad y la fatiga al final del día que resulta estadísticamente significativo solamente en el caso de que los eventos estresantes se relacionen con el hecho de ser superviviente (*tablas 8.24 y 8.25*), en cambio no se hallaron efectos significativos del apoyo social sobre la tranquilidad y la fatiga al final del día (*tablas 8.32 y 8.33*).

Por este motivo, no hemos podido analizar la interacción entre los efectos del afrontamiento y del apoyo social como se había planteado inicialmente (cap. 5) debido a que no existen efectos directos del apoyo social y que los efectos directos de afrontamiento sólo son parciales (solo en los eventos estresantes relacionados a la supervivencia). Sin embargo, dado que, como muestran la *tabla 8.34*, sí existe una relación entre la eficacia percibida de las estrategias del afrontamiento (con la excepción del Rechazo) y del apoyo social sobre la tranquilidad, y, por otra parte, existe también una correlación significativa entre la eficacia percibida de dichas estrategias y del apoyo social (*tabla 8.36*), podemos plantearnos que alguno de los *Modelos* de Ato y Vallejo (2011), explicados en el capítulo 4, *apartado 4.7*, podría servirnos para describir la relación entre todas estas variables. Así, podríamos tener una variante del *Modelo de*



*covariación*, en el cual tanto el afrontamiento (basado en la Aceptación del problema, o en la Aceptación de emociones, o en la Búsqueda de apoyo social), como el apoyo social tienen una relación directa sobre la tranquilidad experimentada al final del día (siendo más alta la correlación en el caso del afrontamiento). Además, afrontamiento y apoyo social tienen, al mismo tiempo, una correlación directa entre ellos. Esto quedaría ilustrado en la *figura 9.1*



**Figura 9.1 – Variante del *Modelo de Covariación* de Ato y Vallejo (2011)**

A partir de nuestros resultados, por tanto, podemos considerar que tanto el afrontamiento (excepto el Rechazo) como el apoyo social, facilitan a la superviviente experimentar una mayor tranquilidad al final del día en el que ha habido un evento estresante. Los datos que hemos analizado nos dan pie a suponer que, en realidad, estos dos factores no actúan de manera independiente, sino que representarían expresiones distintas de un único proceso de regular el malestar que se pondría en marca ante el evento estresante.

Si tenemos en cuenta la literatura revisada en el capítulo 4, el *Modelo de Covariación* (el más próximo al que proponemos) es también el más frecuente y el que más se observa cuando se abordan aspectos del estado de ánimo de los supervivientes. Entre estos estudios, en cambio, sólo hay uno que tiene en cuenta el bienestar emocional (Zhou et al., 2010), pero diferentemente a nosotros, propone un *Modelo Mediador* en el cual el apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar emocional y el afrontamiento interviene en esta relación.

Nuestros datos no son compatibles con ese modelo, y una razón podría deberse a que el estudio de Zhou y colaboradores (2010) se llevó a cabo con supervivientes de cáncer de próstata y, como ya hemos indicado, nuestra muestra es casi en su totalidad formada por mujeres con cáncer de mama.

El que pueda haber diferentes modelos dependiendo del género del superviviente es una posibilidad que no puede ser rechazada, pero que necesitaría de más estudios para ser contrastada, ya que el estudio de Paterson y colaboradores (2015), hecho también con

pacientes de próstata encontró un *Modelo de Covariación*, si bien en este caso no se evaluaba el bienestar, sino la depresión.

Por lo tanto, nuestros resultados irían en la misma línea que la literatura actualmente existente, y apoyarían la pertinencia del *Modelo de Covariación*.

Por otro lado, la estrategia de afrontamiento basada en el uso del Rechazo ofrece unos resultados, en nuestra opinión, difíciles de interpretar, ya que no guarda relación con la tranquilidad, pero sí muestra una relación negativa con la fatiga. Este tipo de relación podría explicarse porque al rechazar el evento estresante, la superviviente no tendría que realizar esfuerzos para afrontarlo y esto podría determinar una menor fatiga al final del día. Respecto a la posible interacción del Rechazo con el Apoyo Social, nuestros resultados indican que no es factible su existencia, dado que el Rechazo no guarda relación con la tranquilidad y, aunque sí parece tenerla con la fatiga, ésta no guarda relación con el apoyo social, por lo que no es posible plantear ningún modelo al respecto: no tenemos datos que nos indiquen que las dos variables actúan de manera simultánea sobre un mismo indicador. Esto ha sido también encontrado en el trabajo de Park y colaboradores (2008), si bien este estudio no se centraba en el estado de ánimo sino en el uso de conductas saludables.

### ***9.7 Discusión General***

Lo discutido en los apartados anteriores, nos hace concluir que la población superviviente podría tener un mayor porcentaje de días en el cual experimentaría eventos percibidos como más estresantes respecto a la población no-superviviente y que, el malestar causado por los mismos parece ser superior debido al hecho de relacionarlos con la supervivencia, tal y como se ha confirmado también en otro estudio (Costanzo et al, 2012). Los supervivientes son capaces de afrontar de manera eficaz el estrés cotidiano, siempre y cuando la causa de este estrés no se atribuya a la supervivencia, ya que cuando esto pasa, el malestar se incrementaría y la eficacia percibida del afrontamiento resultaría menor. Este cuadro nos hace pensar en que los supervivientes podrían tener síntomas parecidos a un pequeño estrés-postraumático que aparecería con una relativa frecuencia en la vida cotidiana, y a esta misma conclusión han llegado otras investigaciones anteriores (Andrykowski et al., 2000; Kornblith et al., 2003; Pereza et al., 2014; Smith et al., 2011). Aunque el superviviente experimente estas vivencias internamente, a los ojos de los demás es considerado como persona “curada” porque libre de la enfermedad y de los tratamientos oncológicos, no llegando, los demás, a comprender que después del tratamiento el superviviente ya no es la misma persona que antes, presenta secuelas psicológicas y físicas (a menudo cansancio, tristeza y depresión y un latente miedo a la recaída) que sigue arrastrándose. El mismo hecho de presentar secuelas “invisibles” a los demás, es lo que parece generar, en las relaciones personales, un sentimiento de incompreensión, generando emociones como ansiedad,

tristeza y frustración. En todo este panorama, el poner en marcha estrategias de afrontamiento de tipo activo es lo que favorecería niveles de tranquilidad mayores al final de día y niveles más bajos de fatiga, siendo estos resultados parecidos a los conseguidos en otras investigaciones (Cheng et al., 2017; Ravindran et al., 2019). Esto, en cambio, no pasaría con el apoyo de los demás, que aunque sea percibido por el superviviente como más eficaz, no tiene efectos sobre el bienestar al final del día. Esto podría pasar porque el apoyo social, contrariamente al afrontamiento, podría tener un efecto más inmediato sobre el malestar experimentado, pero que no se reflejaría al final del día. Esto podría estar pasando o porque el superviviente no quisiera molestar a los demás pidiendo apoyo, o por el hecho que el apoyo social no siempre está al alcance de la persona, ya que se recibiría en un momento puntual del día. Si más adelante, a lo largo del día, reapareciera el malestar provocado por el recuerdo del evento estresante, el superviviente podría, sí, volver poner en marcha alguna estrategia de afrontamiento, pero es probable que no pueda volver a disponer de apoyo, o no quiera pedirlo y, por tanto, su malestar al final de día no se habría reducido tanto como en el momento mismo en que recibió apoyo social.

## 10. LIMITACIONES, SUGERENCIAS E IMPLICACIONES CLINICAS

### *10.1 Limitaciones de la presente investigación*

Esta investigación presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas para poder contextualizar adecuadamente sus resultados.

La primera, está relacionada con el uso de las redes sociales, como sistema de recogida de la muestra, y del mail, como canal para enviar los recordatorios. Este sistema tiene algunas ventajas importantes puesto que llega a personas de diferentes y alejados lugares y es fácil tanto de usar como de recoger y compilar los datos. Por esta razón, la recogida de datos online y la difusión por redes sociales se está imponiendo de manera generalizada. Pero, por otra parte, no se puede evitar que el uso de las redes sociales haga que ésta recogida de datos no llegue a personas que están fuera del uso habitual de las nuevas tecnologías.

La segunda limitación, consecuente a la primera, es en cuanto a la distribución del género de la muestra. Como se ha comentado en el capítulo anterior (cap. 9, apartado 9.1) han participado más mujeres que hombres, probablemente debido a que las mujeres suelen ser más participativas que los hombres, en las redes sociales o a que probablemente las mujeres suelen ser más adherentes, que los hombres, para participar a investigaciones relacionadas con la salud. Creemos que una estrategia para poder captar a los hombres, para que colaboren en investigaciones como ésta, sería contactar con asociaciones de pacientes o supervivientes que faciliten los contactos o que pudiesen publicitar el estudio, pero en nuestro caso fue un recurso que no fue posible activar y por esto se decidió recurrir al uso de las redes sociales. No obstante, consideramos que se trata de una estrategia que se debería utilizar y que quizá futuras investigaciones puedan disponer de este tipo de recurso.

Una tercera limitación puede ser debida al método de recogida (la *EMA*) que, siendo un método de registro diario, consume mucho tiempo para recoger la información. Además, no podemos confirmar la veracidad de los datos recogidos tratándose de autoinformes, y tampoco podemos descartar que, al cumplimentar el registro diario, se hayan podido sesgar algunas respuestas de las participantes por efectos de cansancio o de comprensión defectuosa de algunos ítems, a pesar de haber dado la disponibilidad, a las pacientes, de contactar con la investigadora para resolver dudas de este estilo.

Otro aspecto muy importante es que tratándose no puramente de una *Evaluación Ecológica Momentánea*, sino de un *Registro Diario* pasado al final del día puede haber un cierto sesgo en las respuestas causado por tener que recordar el día vivido, y no

haber podido contestar a las preguntas en el momento en que se hayan presentado los eventos estresantes evaluados. A pesar de esto aunque no se trate de una estrategia del todo momentánea, se considera que el Registro Diario forma parte de la EMA ya que se administra repetidamente y supone una evaluación dinámica a través del tiempo (Shiffman et al., 2008), tal como hemos comentado en el capítulo 5 (*apartado 5.2*). No obstante, aunque hubiésemos utilizado una EMA “pura” (es decir: que solicitase a la participante, de manera aleatoria en determinados momentos del día, que respondiera a una serie de cuestiones) tampoco nos hubiera garantizado poder evaluar a la persona en el momento exacto en que estaba experimentando el evento estresante y desarrollando sus estrategias de afrontamiento, ya que por ejemplo podría haber generado rechazo a responder, o haber determinado que la persona decidiera responder más tarde y luego se le olvidase. Por lo tanto, es cierto que el método usado tiene ciertas limitaciones, pero nos parece que no podíamos haber dispuesto de uno mejor y en nuestro caso consideramos que un Registro Diario ha sido el método más adecuado para nuestro estudio.

Una limitación más, a tener en cuenta, es que, debido a la escasez de las observaciones obtenidas en algunos de los análisis estos han de ser interpretados con cautela, no sabiendo si en caso de que hubiéramos tenido más datos hubiéramos podido obtener los mismos resultados (lo cual hemos indicado en el cap. 7, *apartado 7.5*). Para superar este problema, en futuros estudios, podría ser más adecuado diseñar investigaciones que se centren más específicamente en estos aspectos de los cuales nosotros hemos recogido pocos datos y que usen entrevistas en lugar de autoinformes para que el investigador pueda profundizar más sobre lo que sucedió.

Como ocurre en toda investigación, el presente trabajo ha seleccionado unas variables para ser estudiadas, y ha excluido otras. Creemos que, en general, el planteamiento de nuestra investigación, ha sido adecuado, pero que posiblemente hubiera sido acertado poder añadir alguna otra pregunta que pudiese evaluar con más precisión en qué medida la estrategia de afrontamiento y el apoyo social recibido habían reducido el malestar inmediatos después de haber usado la estrategia y/o recibido este apoyo. Es cierto que la evaluación del grado de eficacia percibida puede recoger este aspecto, pero quizá una pregunta más concreta sobre la reducción del malestar podría proporcionar una información complementaria que orientase sobre si el efecto se da o no a corto o medio plazo.

Finalmente, también podemos considerar una limitación la pérdida de casos a la hora de analizar la interacción entre Afrontamiento y Apoyo Social, pasando de 425 observaciones a únicamente 176.

Teniendo en cuenta todas estas limitaciones, no obstante, creemos que la presente investigación aporta elementos útiles para el desarrollo del conocimiento científico sobre la problemática que experimentan los supervivientes en su día a día. Pero ese conocimiento científico debe ir acompañado de una valoración de las implicaciones que

el mismo puede tener para otros ámbitos del conocimiento y para la práctica profesional en la que se inserta ese conocimiento científico. En los apartados siguientes esbozamos algunas consideraciones al respecto.

### ***10.2 Sugerencias para futuras investigaciones***

Respecto al desarrollo de futuras investigaciones en este ámbito, en primer lugar, se podrían realizar investigaciones que puedan evaluar aspectos aún más concretos, por ejemplo desarrollando un registro de 8 días que pueda ser seguido de una entrevista para valorar mejor la información recogida con el registro diario. Idealmente, podría ser una metodología más acertada el poder pasar la *EMA* durante, por ejemplo, dos franjas de 8 días separadas por un tiempo de descanso, al fin de poder observar una evolución en el tiempo de los aspectos a evaluar.

Nos parece importante que en todo momento se registre si los eventos estresantes se atribuyen o no al hecho de ser superviviente (*CAUSUP vs NOCAUSP*, en las tablas del cap. 8), como hemos ideado para nuestra investigación, con el fin de poder diferenciar con más precisión si el estrés experimentado es producido por la supervivencia o no y si ello da lugar a vivencias diferenciadas, tal como sugieren los resultados de nuestro trabajo.

Además sería interesante tener una muestra con más participantes de género masculino para poder proceder a un análisis de diferencias de género y también se podría sugerir el plantear la recogida de muestras que tengan un tumor específico concreto, para ver si se confirman las mismas tendencias o no.

### ***10.3 Implicaciones clínicas***

Con este estudio se pretende aportar evidencia respecto a las vivencias de estrés durante la fase de supervivencia, ya que muchas secuelas y limitaciones derivadas de la enfermedad pueden continuar durante esta fase, sumándose al malestar cotidiano y provocando así que la superviviente deba poner en marcha amplios recursos de afrontamiento para mantener sus niveles de bienestar.

A la hora de trabajar con el estrés cotidiano, se ha de tener en cuenta que, aunque las causas de estrés cotidiano sean las mismas que las que experimentan las personas que no han tenido una enfermedad oncológica, nuestros resultados indican que cuando son atribuidas a la supervivencia suelen generar vivencias de malestar mayor y por tanto reducen la calidad de vida del superviviente.

A partir de esa situación, aconsejaríamos, por tanto, dos tipos de intervenciones psicológicas: la primera, que iría dirigida al propio superviviente con el fin de ayudarlo a cambiar el foco de atención del pasado (enfermo de cáncer), al presente (superviviente libre de la enfermedad), ayudándole a poder afrontar las situaciones estresantes tal y como son y no relacionándole diariamente con la enfermedad. Una vez identificado todo esto, y habiendo conseguido que el superviviente sea consciente de ello, se debería asesorarle en la utilización de estrategias de afrontamiento útiles para poder manejar estos estresores de forma autónoma y adaptiva. Dichas estrategias pueden estar ya en el abanico de recursos que posee la persona, en cuyo caso se trataría de instruirle en cómo aplicarlas de manera eficaz, o bien, si la persona no las posee, la intervención debería incluir la adquisición de dichos recursos de afrontamiento.

El segundo tipo de intervención iría dirigida al entorno (como familiares cercanos y amigos íntimos), con el fin de ayudarles a comprender que la fase de supervivencia se caracteriza por tener situaciones de estrés que, aunque no se distingan mucho de las que afrontan las personas no-supervivientes, cuando las supervivientes las atribuyen al hecho de haber sufrido una enfermedad oncológica, se genera un estado de sensibilización que genera un malestar de mayor intensidad y más difícil de afrontar y superar. Así pues, las personas que forman parte del entorno de las supervivientes han de ser conscientes de todas estas dinámicas vivenciales para poder aportar un buen apoyo que resulte satisfactorio. A todo esto se le añade otro factor de estrés que es una constante en la cotidianidad y que es “invisible” a los demás: la fatiga, la cual genera malestar en la persona, y su “invisibilidad” dificulta la relación con los demás, ya que estos no perciben señales de la existencia de ese malestar y pueden interactuar con la superviviente como si ésta se encontrase en una situación “normal”, cuando en realidad no es así, por lo que dicha interacción puede dar lugar, a su vez, a un incremento del malestar y/o a una comunicación cargada de incomprensiones que impida el apoyo social.

Es importante, también, que estas intervenciones lleven a los demás a entender que aunque el superviviente parezca “curado”, en realidad sigue luchando contra las secuelas psico-físicas que ha dejado la enfermedad y el no tomar en cuenta todo esto podría provocar que el superviviente no se sienta entendido por los que le rodean, aumentando así su malestar.

## **11. CONCLUSIONES**

- 1.** Los eventos estresantes atribuidos al hecho de haber superado la enfermedad generan mayores niveles de malestar y las estrategias usadas para enfrentarse a ellos son percibidas como menos eficaces;
- 2.** El problema físico es claramente un evento estresante que se relaciona con el hecho de haber pasado la enfermedad, generando altos niveles de malestar al final del día y esto nos indica que a pesar de las estrategias puestas en marcha es un problema que no se resuelve con el paso del tiempo;
- 3.** Las estrategias de Aceptación de emociones y Aceptación del problema son las más usadas independientemente de la tipología del problema que hay que afrontar, e independientemente de si este está relacionado o no con la supervivencia;
- 4.** El Rechazo ha resultado ser la estrategia menos utilizada y con menor eficacia indistintamente de ser usado para afrontar problemas relacionados a la supervivencia o no relacionados a ella;
- 5.** Cuando, ante el evento estresante atribuido a la supervivencia, se ha usado la estrategia de Aceptación de emociones o la Aceptación del problema, se observan mayores niveles de tranquilidad y menores niveles de fatiga al final del día que cuando no se han usado dichas estrategias;
- 6.** La presencia de un evento estresante no suele ir acompañada de Apoyo Social durante la fase de reajuste a la rutina, probablemente debido a que se trata de secuelas físicas que no son observables por las personas del entorno haciendo que éstas no vean la necesidad de proporcionar apoyo a la superviviente;
- 7.** El Apoyo Social es evaluado como más eficaz que el Afrontamiento para resolver las situaciones que generan estrés cotidiano pese a que eso no se traduce en mayores niveles de tranquilidad y menores niveles de fatiga al final del día, por lo que es posible que el Apoyo Social tenga un efecto de reducción de malestar solamente a corto plazo;
- 8.** Cuanto mayor es la eficacia percibida del Afrontamiento y del Apoyo Social por las supervivientes, mayor es el nivel de tranquilidad experimentado al final del día en el que ha habido un evento estresante;
- 9.** Nuestros datos no permiten apoyar la existencia de una interacción entre los efectos producidos por el Afrontamiento y el Apoyo Social sobre los niveles de tranquilidad al final del día en que ha habido un evento estresante;
- 10.** La atención a las personas que han sobrevivido a un cáncer, debería incluir la mejora de la gestión del estrés cotidiano.





## 12. BIBLIOGRAFÍA

- Adams, R.N., Mosher, C.E., Cohee, A.A., Stump, T.E., Monahan, P.O., Sledge, G.W. Jr, Cella, D., Champion, V.L. (2017). Avoidant coping and self-efficacy mediate relationships between perceived social constraints and symptoms among long-term breast cancer survivors. *Psychooncology*, 26(7), pp. 982–990.
- Ahles, T.A., Saykin, A.J., Furstenberg, C.T., et al. (2005). Quality of life of long-term survivors of breast cancer and lymphoma treated with standard dose chemotherapy or local therapy. *Journal of Clinical Oncology*, 23, pp. 4399–405.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema S., Schweizer S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, pp. 217–237.
- Alder, J., Zanetti, R., Wight, E., Urech, C., Fink, N., Bitzer, J. (2008). Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: Do androgens play a role? *Journal of Sexual Medicine*, 5, pp. 1898–1906.
- Algier, L., Kav, S. (2008). Nurses' approach to sexuality-related issues in patients receiving cancer treatments. *Turkish Journal of Cancer*, 38(3), pp. 135-141.
- Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Nikšić M., Bonaventure, A., et al. CONCORD Working Group (2014). Global surveillance of trends in cancer survival (CONCORD-3): *Analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries*. The Lancet.
- Almeida, D.M., Wethington, E., Kessler, R.C. (2002). The daily inventory of stressful events: An interview-based approach for measuring daily stressors. *Assessment*, 9(1), pp. 41–55.
- American Society of Clinical Oncology (2013). *About Cancer Survivorship*. Recuperado de: <http://www.cancer.net/survivorship/about-cancer-survivorship>
- Amir, Z., Brocky, J.(2009). Cancer survivorship and employment: Epidemiology. *Occupational Medicine*, 59, pp. 373-377.
- Ander, E. (2004). *Los grupos de autoayuda y el apoyo social*. Ergon, Madrid.
- Anderson, K.O., Richman, S.P., Hurley, J., et al. (2002). Cancer pain management among underserved minority outpatients: Perceived needs and barriers to optimal control. *Cancer*, 94, pp. 2295-2304.
- Andrykowski, M.A., Cordova, M.J., McGrath, P.C., Sloan, D.A., Kenady, D.E. (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: A1 year follow-up. *Psychooncology*, 9, pp. 69-78.

- Andrykowski, M.A., Lykins, E., Floyd, A (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), pp. 193-201.
- Anllo, L.M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, pp. 241–248.
- Arora, N., Finney, L., Gustafson, D., Moser, R., Hawkins, R. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psicooncología*, 16(5), pp. 474-486.
- Arrighi, E. (2014). *Necesidades de personas que han finalizado los tratamientos oncológicos en España*. (Tesis doctoral) Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona.
- Arrighi, E., Jovell, A., Navarro, M. D., Font, A. (2014). Desarrollo del cuestionario español para medir necesidades no cubiertas de supervivientes de cáncer (CESC). *Psicooncología*, 11(1), pp. 117-128.
- Ato, M., Vallejo, G. (2011). Los efectos de terceras variables en la investigación psicológica. *Anales de Psicología*, 27, pp. 550-561.
- Banning, M. (2011). Employment and breast cancer: A meta-ethnography. *European Journal of Cancer Care*, 20, pp. 708-719.
- Barnard, A., Loraine, C., Joubert, I. (2016). Returning to work: The cancer survivor's transformational journey of adjustment and coping. *International Journal Qualitative Studies Health Wellbeing*, 11, 32488.
- Barsevick, A., Whitmer, K., Walker, L. (2001). In their own words: using the commonsense model to analyze patient descriptions of cancer-related fatigue. *Oncology Nursing Forum*, 28(9), pp. 1363-1369.
- Barton, D.L., Liu, H., Dakhil, S.R., Linquist, B., Sloan, J.A., Nichols, C.R., et al. (2013). Wisconsin Ginseng (*Panax quinquefolium*) to improve cancer related fatigue: A randomized, double blind trial, N07C2. *Journal of National Cancer Institute*, 105, pp. 1230-1238.
- Baruch-Feldman, C., Brondolo, E., Ben-Dayan, D., Schwartz, J. (2002). Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, pp. 84–93.
- Bermúdez, J. (1996). *Afrontamiento: aspectos generales*. En A. Fierro (Eds.), *Manual de Psicología de la Personalidad*. Paidós, (pp. 153-176).
- Bisschop, M.I., Kriegsman, D..M, Beekman, A.T., Deeg, D.J. (2004). Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Social Science and Medicine*, 59(4), pp. 721–733.

- Blanco, A., Antequerra, R., Aires, M., (2002). *Percepción subjetiva del cáncer*. En M.R. Dias, E. Durá (Eds). *Territorios de Psicología Oncológica*. Lisboa: Climepsi, (pp. 695-637).
- Bloom, J. (1996). *Social Support of the cancer patients*. En L.C. Baider, A. Cooper *Cancer and family* (2º ed.). New York: John Wiley&Sons, (pp. 55-71).
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, pp. 89-100.
- Bolger, N., Davis, A., Rafaeli, E. (2003). Diary methods: Capturing life as it is lived. *Annual Review of Psychology*, 54(1), pp. 579–616.
- Bolger, N., Laurenceau, J.P. (2013). *Intensive longitudinal methods. An introduction to diary and experience sampling research*. New York, NY: The Guilfo.
- Boonstra, A., van Zadelhoff, J., Timmer-Bonte, A., Ottevanger, P.B., Beurskens, C.H., van Laarhoven, H.W. (2013). Arthralgia during aromatase inhibitor treatment in early breast cancer patients: prevalence, impact, and recognition by healthcare providers. *Cancer Nurse*, 36, pp. 52–59.
- Boonstra, A., Van-Zadelhoff, J., Timmer-Bonte, A., Ottevanger, P.B., Beurskens, C.H., Van-Laarhoven, H.W. (2013). Arthralgia during aromatase inhibitor treatment in early breast cancer patients: Prevalence, impact, and recognition by health care providers. *Cancer Nurse*, 36, pp. 52–59.
- Bower, J. (2005). Prevalence and causes of fatigue after cancer treatment: The next generation of research. *Journal of Clinical Oncology*, 23(33), pp. 8280-8282.
- Bower, J.E., Bak, K., Berger, A., Breitbart, W., Escalante, C.P., Ganz, P.A., et al. (2014). Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: An American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32, pp. 1840-1850.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol 1: Attachment. New York. Basic Books. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).
- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. Analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, 8(1), pp. 68-83.
- Boyes, A.W., Girgis, A., D'Este, C.A., Zucca, A.C., Lecathelinais, C., Carey, M.L. (2013). Prevalence and predictors of the short-term trajectory of anxiety and depression in the first year after a cancer diagnosis: A population based longitudinal study. *Journal of Clinical Oncology*, 31(21), pp. 2724–2729.
- Boyes, A.W., Girgis, A., D'Este C., Zucca, A.C. (2011). Flourishing or floundering? Prevalence and correlates of anxiety and depression among a population based

- sample of adult cancer survivors 6 months after diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), pp. 184–192.
- Bradley, C.J., Bednarek, H.L. (2002). Employment patterns of long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 11, pp. 188–198.
- Brannon, L., Feist J. (2004). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Bray, F., Ferlay J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A., Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN *Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(6), pp. 394-424.
- Brown, G.K., Nicassio, P.M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, pp. 53-65.
- Brown, G.K., Nicassio, P.M., Wallston, K.A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, pp. 652-657.
- Bryk, A.S., Raudenbush, S.W. (1992). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., Ramirez A. (2005). *Depression and anxiety in women with early breast cancer: A five year observational cohort study*. BMJ, bmj;bmj.38343.670868.D3v1.
- Burns, J.W. (1997). Anger management style and hostility: Predicting symptom-specific physiological reactivity among chronic low back pain patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(6), pp. 505-522.
- Butler, L.D., Koopman, C., Cordova, M.J., Garlan, R.W., DiMiceli, S., Spiegel, D.(2003). Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 65, pp. 416–26.
- Calhoun, L.G., Tedeschi R.G. (2006). *The foundations of post-traumatic growth: An expanded frame work*. En L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi, *Handbook of post-traumatic growth*. New York: Lawrence Erlbaum Associates (pp.3-23).
- Calvio, L., Peugeot, M., Bruns, G.L., Todd, B.L., Feuerstein, M. (2009). Measures of cognitive function and work in occupationally active breast cancer survivors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(2), pp. 219–227.
- Campos, M., Iraurgi J., Páez D., Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Una meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, pp. 25- 44.

- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.
- Carmack-Taylor, C.L., Basen-Engquist, K., Shin, E.H., Bodurka, D. (2004). Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 22, pp. 881–889.
- Carpenter, K.M., Fowler, J.M., Maxwell, G.L., Andersen, B.L.(2010). Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Annals of Behavior Medicine*, 39, pp. 79–90.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, pp. 375–390.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), pp. 267–283.
- Centers for Disease Control and Prevention (2004). Department of Health and Human Services and Lance Armstrong Foundation. *A National Action Plan for Cancer Survivorship: Advancing Public Health Strategies*, pp. 3-4.
- Cheng, C.T., Ho, S.M.Y., Liu, W.K., Hou, Y.C., Lim, L.C., Gao, S.Y., Wang, G.L. (2019). Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27(3), pp. 933–941.
- Cheville, A.L. (2009). *Cancer related fatigue*. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 20(2), pp. 405-416.
- Chirikos, T.N., Russell-Jacobs, A., Cantor, A.B. (2002). Indirect economic effects of long-term breast cancer survival. *Cancer Practice*, 10, pp. 248–255.
- Cieslak, K., Pawlukiewicz, M., Golab, D., Konys M., Kusnierkiewicz, M., Kleka, P. (2013). Styles of coping with stress of cancer in patients treated with radiotherapy and expectations towards medical staff. *Practical implications. Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 18(2), pp. 61-66.
- Cook, S.W., Heppner, P.P. (1997). A psychometric study of three coping measures. *Educational and Psychological Measurement*, 57, pp. 906-923.
- Corbishley, M., Hendrickson, R., Beutler, L., Engle, D. (1990). Behavior, affect, and cognition among psychogenic pain patients in group expressive psychotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5(4), pp. 241-248.
- Costanzo, E., Stawski, R.S., Ryff, C.D., Coe, C.L, Almeida D.M. (2012). Cancer survivors' responses to daily stressors: Implications for quality of life. *Health Psychology*, 31(3), pp. 360–370.

- Crespo, M., Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), p.797–830.
- Da Rosa Noronha, I., da Silva Pires, A., da Rosa Noronha, I., Amorim Costa, C., Viana Ribeiro, L., Guimarães Fassarella, L. (2019). Sexualidad y subjetividad: El impacto del cáncer de próstata en la vida sexual e identidad masculina. *Psicooncología*, 16(2), pp. 375-385.
- Dalton, J., Feuerstein, M. (1989). Fear, alexithymia and cancer pain. *Pain*, 38, pp. 159-170.
- De Boer, A.G., Taskila, T., Ojajarvi, A., Van-Dijk, F.J., Verbeek, J.H. (2009). Cancer survivors and unemployment: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of the American Medical Association*, 301(7), pp. 753–762.
- De Leeuw, J.R.J., De Graeff, A, Ros, W.J.G., Hordijk, G.J., Blijham, G.H., Winnubst J.A. (2000). Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: A prospective study. *Psychooncology*. 9, pp. 20–28.
- Demark-Wahnefried, W., (2010). *Changing health behaviors after treatment*. En J.C Holland., P.B Jacobsen., M.J. Loscalzo (Eds.). *Psycho-Oncology* (2º Ed). Nueva York: Oxford University Press (pp. 551-556).
- Denlinger, C.S., Carlson, R.W., Are, M., Baker, K.S., Davis, E., Edge, S.B., et al. (2004). Survivorship: Introduction and definition. Clinical practice guidelines in oncology. *Journal National Comprehensive Cancer Network*, 12, pp. 34-45.
- Di Colloredo-Gomez, C., Aparicio-Cruz, D.P., Moreno, J. (2007): Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psicología. Avances de la disciplina*, 1(2), pp. 125-156.
- Diong, S.M., Bishop, G.B., Enkelmann, H.C., Tong, E.M.W., Why, Y.P., Ang, J.C.H., Khader, M. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychology and Health*, 20(4), pp. 467-495.
- Donovan, K.A., Stein, K.D., Lee, M., Leach, C.R., Ilozumba, O., Jacobsen, P.B. (2015). Systematic review of the multidimensional fatigue symptom inventory short form. *Support Care Cancer*, 23, pp. 191-212.
- Doyle, N. (2008). Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 62(4), pp. 499–509.
- Dunkel-Schetter, C., Bennet, T.L. (1990). *Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support*. En B.R Sarason., I.G Sarason, G.R. Pierce (Eds.). *Wiley series on personality processes. Social Support: An Interactional View*, New York: Wiley (pp. 267-296).

- Elliott, J., Fallows, A., Staetsky, L., Smith, P.W., Foster C.L., Maher E.J., Corner, J. (2011). The health and well-being of cancer survivors in the UK: Findings from a population-based survey. *British Journal of Cancer*, 105, pp. 11-20.
- Eom, C., Shin, D., Kim, S., Yang, H., Jo, H., Kweon, S., Kang, Y., Kim, J., Cho, B., Parque, J. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psychooncology*, 22(6), pp. 1283-90.
- Evans, S., Seidman, L., Sternlieb, B., Casillas, J., Zeltzer, L., Tsao, J. (2017). Clinical case report: Yoga for fatigue in five young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(1), pp. :96 101.
- Fabi, A., Falcicchio, C., Giannarelli, D., Maggi, G., Cognetti, F., Pugliese, P. (2017). The course of cancer related fatigue up to ten years in early breast cancer patients: What impact in clinical practice? *Breast*, 34, pp. 44 52.
- Fallowfield, L., Cella, D., Cuzick, J., Francis, S., Locker, G., Howell, A. (2004). Quality of life of postmenopausal women in the Arimidex, Tamoxifen, Alone or in combination (ATAC), adjuvant breast cancer trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(21), pp. 4261-4271.
- Fang, S.Y., Lin, Y.C., Chen, T.C. Lin, C.Y. (2015). Impact of marital coping on the relationship between body image and sexuality among breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 23, pp. 2551–2559.
- Fenlon, D., Addington-Hall, J.M., O’Callaghan, A.C., Clough, J., Nicholls, P., Simmonds, P. (2013). A survey of joint and muscleches, pain, and stiffness comparing women with and without breast cancer. *Journal of Pain Symptom Managment* 46(4), pp. 523–535.
- Fernandes, A., Cruz, A., Moreira, C., Santos, M., & Silva, T. (2014). Social support provided to women undergoing breast cancer treatment: A study review. *Advances in Breast Cancer Research*, 3, pp. 47-53.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Revista de Psicooncología*, 1(2-3), pp. 169-180.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento*. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz, F. Martínez. (Eds.). Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción, Madrid: Pirámide (pp. 189- 206).
- Fernández-Castro, J. (1999). *Control percibido y estrategias para afrontar el estrés: Influencias sobre la salud*. En E.G. Fernández-Abascal, Palmero F. Emociones y salud (Eds.). Ariel, (pp. 365-368).
- Fernandez-Castro, J. (2009). *Alegría en la adversidad. El análisis de los factores que mantienen las emociones positivas*. In E.G. Fernández-Abascal (Eds.), Emociones positivas Madrid: Pirámide, (pp. 217–228).



- Filazoglu, G, Griva, K, (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology Health Medicine*, 13, pp. 559-73.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes. A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, pp. 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., et al. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), pp. 992–1003.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2009). Stress, positive emotion, and coping. *Psychological Science*, 9, pp. 115- 118.
- Font, A., Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: Pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), pp. 27-42.
- Franz, C., Paul, R. Bautz, M., Choroba, B., Hildebrandt, J. (1986). Psychosomatic aspects of chronic pain: A new way of description based on MMPI Item Analysis. *Pain*, 26, pp. 33-43.
- Friedman, L., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Hussin, I., Dulay, M., Liscum, K., (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, pp. 595-603.
- Frumovitz, M., Sun, C.C., Schover, L.R., Munsell, M.F., Jhingran, A., Wharton, J.T., et al. (2005). Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 30, pp. 7428–7436.
- Gagliardi, C., Vespa, A., Papa R., Mariotti, C., Cascinu, S., Rossini, S. (2009). Social support networks and depression of women suffering from early-stage breast cancer: A case control study. *Journal of Psychosocial Oncology*. 27, pp. 216–229.
- Galbraith, M.E., Crighton, F. (2008). Alterations of sexual function in men with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 24, pp. 102–114.
- Galindo Vázquez, O., Álvarez Avitia, M. Ángel, Alvarado Aguilar, S. (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*, 10(1), pp. 69-78.
- Ganz, P.A., Casillas, J., Hahn, E.E. (2008). Ensuring quality care for cancer survivors: Implementing the survivorship care plan. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), pp. 208-217.
- Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Bower, J.E., Belin, T.R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of National Cancer Institute*, 96, pp. 376–387.

- Garreau, J.R., Delamelena, T., Walts, D., Karamlou, K., Johnson, N. (2006). Side effects of aromatase inhibitors versus tamoxifen: the patients' perspective. *The American Journal of Surgery*, 192, pp. 496–498.
- Garreau, J.R., Delamelena, T., Walts, D., Karamlou, K., Johnson, N. (2006). Side effects of aromatase inhibitors versus tamoxifen: The patients' perspective. *The American Journal of Surgery*, 192, pp. 496–498.
- Geng, Z., Ogbolu, Y., Wang, J., Hinds, P.S., Qian, H., Yuan, C. (2018). Gauging the effects of self-efficacy, social support, and coping style on self-management behaviors in Chinese cancer survivors. *Cancer Nursing*, 41(5), E1–E10.
- Gomes, M. (2008). *Qualidade de vida e diabetes: Variáveis psicossociais*. Dissertação de mestrado em psicologia apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Gonzalez, Q.J.C., Restrepo, C.G. (2010). Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Revista de Salud Pública*, 12(2), pp. 228-238.
- Goodwin, J.S., Hunt, W.C., Samet, J.M. (1991). A population based study of functional status and social support networks of elderly patients newly diagnosed with cancer. *Archives of Internal Medicine*, 151(2), pp. 366-370.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Beverly Hills, Sage Publications.
- Green, H.J., Pakenham, K.I., Headley, B.C., Gardiner, R.A. (2002). Coping and health related quality of life in men with prostate cancer randomly assigned to hormonal medication or close monitoring. *Psycho-Oncology*, 11, pp. 401–414.
- Greimel, E.R., Winter, R., Kapp, K.S., Haas, J. (2008). Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psycho-Oncology*, 18, pp. 476–482.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, pp. 271–299.
- Grupo Español de Pacientes con Cáncer (2013). *Todo lo que empieza cuando termina el cáncer. Manual para supervivientes de cáncer y sus familiares*. Madrid: GEPAC.
- Gudbergsson, S.B., Fosså, S.D., Lindbohm, M.L., Dahl, A.A. (2009). *Received and needed social support at the workplace in Norwegian and Finnish stage I breast cancer survivors: a study from the Nordic Study Group of Cancer and Work (NOCWO)*. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, 48(1), pp. 67–75.
- Gutiérrez, F.G. (2007). *Cáncer: Guía para pacientes y familiares*. Sevilla: Editorial Trillas.

- Haghighat, S.H., Akbari, M.E., Holakouei, K., Montazeri, A. (2003). Factors predicting fatigue in breast cancer patients. *Support Care Cancer* 11, pp. 533–538.
- Hann, D., Baker, F., Denniston M, et al. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: Age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research* 52, pp. 279–83.
- Hansen, J.A., Feuerstein, M., Calvio, L., Olsen, C.H. (2008). Breast cancer survivors at work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, pp. 777–784.
- Helgeson, V.S., Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15(2), pp. 135–148.
- Helgeson, V.S., Lopez, L.C. (2010). *Social support and growth following adversity*. En J.W. Reich, A.J. Zautra, J.S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience*. New York, NY: Guilford Press (pp. 309-330).
- Hendren, S.K., O'Connor, B.I., Liu, M., Asano, T., Cohen, Z., Swallow, C.J., Macrae, H.M., Gryfe, R., McLeod, R.S. (2005). Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. *Annals of Surgery*, 242, pp. 212–223.
- Heppner, P., Tierney, C.G., Wang, Y., Jane, M., Whitlow, N.M., Reynolds, A. (2009). Breast cancer survivors coping with lymphedema: What all counselors need to know. *Journal of Counseling and Development*, 87(3), pp. 327–339.
- Heppner, P.P, Cook, S.W, Wright, D.M., Johnson, W.C. Jr. (1995). Progress in resolving problems: A problem focused style of coping. *Journal of Counseling Psychology*, 42, pp. 279-293.
- Herold, A.H., Roetzheim, R.G. (1992). Cancer survivors. *Cancer Diagnosis and Treatment*, 19, pp. 779–791.
- Hipkins, J., Whitworth, M., Tarrier, N., Jayson, G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 9, pp. 569–581.
- Hobfoll, S.E., Stokes, J.P. (1988). *The process and mechanics of social support*. En S. Duck (Eds.). *Handbook of personal relationships* New York: John Wiley and Sons, Ltd. (pp. 497–517).
- Hoffman, M., Lent, R.W., Raque-Bogdan, T.L. (2013). A social cognitive perspective on coping with cancer: Theory, research, and intervention. *The Counseling Psychologist*, 41(2), pp. 240-267.
- Hordern, A.J., Street A.F. (2007). Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Medicine Journal*, 186(5), pp. 224–227

- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Huang, C.Y., Hsu, M.C. (2013). Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, pp. 767-774.
- Hughes, M.K. (2008). Alterations of sexual function in women with cancer. *Seminars of Oncology Nursing*, 24, pp. 91–101.
- Hughes, S., Jaremka, L., Alfano, C., Glaser, R., Povoski, S., Lipari, A., Agnese, D., Farrar W. et al. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: Longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 42, pp. 38-44.
- Iannarino, N. T., Scott, A.M., Shaunfield, S.L. (2017). Normative social support in young adult cancer survivors. *Qualitative Health Research*, 27(2), pp. 271–284.
- Iida, M., Shrout, P.E., Laurenceau, J.P., Bolger, N. (2012). *Using diary methods in psychological research*. In H. Cooper, P.M. Camic, D.L. Long, A.T. Panter, D. Rindskopf, K.J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology*, Vol 1. Foundations, planning, measures, and psychometrics Washington, DC, US: American Psychological Association (pp. 277–305).
- 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), pp. 409-423.
- Inhestern, L., Beierlein, V., Bultmann, J. C., Möller, B., Romer, G., Koch, U., Bergelt, C. (2017). Anxiety and depression in working-age cancer survivors: A register based study. *BMC Cancer*, 17(1), pp. 1–8.
- Institute of Medicine and National Research Council (2006). *From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition*. En M., Hewitt S. Greenfeld, E. Stovall, D.C Washington. Committee on Cancer Survivorship: Improving Care and Quality of Life. Institute of Medicine and National Research Council.
- Jang, M., Kim, J. (2018). A structural model for stress, coping, and psychosocial adjustment: A multi-group analysis by stages of survivorship in Korean women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 33, pp. 41-48.
- Jefford, M., Karahalios, E., Pollard, A., Baravelli, C., Carey, M., Franklin, J., Aranda, S., Schofield, P. (2008). Survivorship issues following treatment completion results from focus groups with Australian cancer survivors and health professionals. *Journal of Cancer Survivors*, 2(1), pp. 20-32.
- Jensen, P.T., Groenvold, M., Klee, M.C., Thranov, L., Petersen, M.A., Machin, D. (2003). Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function: A longitudinal study. *Cancer*, 100, pp. 97–106.

- Joaquín-Mingorance, M., Arbinaga, F., Carmona-Márquez, J., Bayo-Calero, J. (2019). Estrategias de afrontamiento y autoestima en mujeres con cáncer de mama. *Anales de Psicología*, 35(2), pp. 188-194.
- Johnson, J.I.H., Sarason, I.G. (1979b). *Recent developments in research on life stress*. En V. Hamilton, D.M. Warburton (Eds). *Human Stress and Cognition: An information processing approach*, London: Wiley.
- Johnson, J.I.H., Sarason, I.G. (1979a). *Moderator variables in life stress research*. En I.G. Sarason, C.D. Spielberger (Eds.). *Stress and Anxiety* (Vol. 6). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psycho-Oncology*, 12, pp. 267–279.
- Kagawa-Singer, M., Wellisch, D. (2003) Breast cancer patients' perceptions of their husbands' support in a cross-cultural context. *Psychooncology*, 12(1), pp. 24–37.
- Kahn, K., Schneider, E., Malin, J., Adams, J., & Epstein, A. (2007). Patient centered experiences in breast cancer: Predicting long-term adherence to tamoxifen use. *Medical Care*, 45(5), pp. 431-439.
- Kahn, K.L, Schneider, E.C., Malin, J.L., Adams, J.L., Epstein, A.M. (2007). Patient centered experiences in breast cancer predicting long-term adherence to tamoxifen use. *Medicine Care*, 45, pp. 431–439.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C., Gore, S. (1977). Social support and health. *Medicine Care*, 15, pp. 47-58.
- Karnell, L.H., Christensen, A.J., Rosenthal, E.L. et al. (2007). Influence of social support on health-related quality of life outcomes in head and neck cancer. *Head Neck*, 29, pp. 143–146.
- Katz, A. (2005). The Sounds of Silence: Sexuality Information for Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(1): 238-241.
- Kerns, R., Rosenberg, R., Jacob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1), pp. 57-67.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19, pp. 139–155.
- Kim, J., Han, J., Shaw B., Mctavish, F., Gustafson, D. (2010). The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional wellbeing: Testing mediation and moderation models. *Journal of Health Psychology*, 15, pp. 543-552.

- Kim, S.H., Son, B.H., Hwang, S.Y., Han, W., Yang, J.H., Lee, S., Yun, Y.H. (2008) Fatigue and depression in disease-free breast cancer survivors: Prevalence, correlates and association with quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(6), pp. 644-655.
- Kirchner, T., Forns, M., Muñoz, D., Pereda, N. (2008). Psychometric properties and dimensional structure of the spanish version of the coping responses inventory – adult form. *Psicothema*, 20(4), pp. 902–909.
- Knott, V., Zrim, S., Shanahan, E.M., Anastassiadis, P., Lawn, S., Kichenadasse G., et al. (2014). Returning to work following curative chemotherapy: A qualitative study of return to work barriers and preferences for intervention. *Supportive Care in Cancer*, 22(12), pp. 3263-3273.
- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K., Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psychooncology*, 7, pp. 101–111.
- Kornblith, A.B., Herndon, J.E. 2nd, Weiss, R.B., Zhang, C., Zuckerman, E.L., Rosenberg, S., et al. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98, pp. 679-89.
- Kroenke, C.H., Kubzansky, L.D., Schernhammer, E.S., Holmes, M.D., Kawachi, I. (2006). Social networks support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24, pp. 1105–1111.
- Kuhnt, S., Ernst, J., Singer, S., Rüffer, J., Dieter-Kortmann, R., Stolzenburg, J., Schwarz, R. (2009). *Fatigue in Cancer Survivors. Prevalence and Correlates*. *Onkologie*, 32, pp. 312-317.
- Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. Nueva York: McGraw Hill.
- Lazarus, R.S. (1982). *Stress and coping as factor in health and illness*. En J. Cohen, J. Cullen, R.M. Martin. Psychosocial Aspect of Cancer. New York: Raven Press. (pp. 163-190).
- Lazarus, R.S. (2000). Evolution of a model of stress, coping, and discrete emotions. En V.H. Rice (Eds.), *Handbook of Stress, Coping, and Health*, pp. 195–222.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer (versión castellana Martínez Roca, 1986).
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, (pp. 140-162).
- Lee, J.A., Kim, S.Y., Kim, Y., et al. (2014). Comparison of health-related quality of life between cancer survivors treated in designated cancer centers and the general public in Korea. *Journal of Clinical Oncology*, 44, pp. 141–152.

- Lee, M., Song, Y., Zhu, L., Ma, G.X. (2017). Coping strategies and benefit-finding in the relationship between non-disclosure and depressive symptoms among breast cancer survivors in China. *American Journal of Health Behavior*, 41(4) pp. 368–377.
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., Hatcher, M.B. (1997). Fear of cancer recurrence: A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. Department of Clinical Psychology, University of Liverpool. *Psycho-Oncology*, 6(2), pp. 95-105.
- Leigh, S., Stovall, E. (2003). *Cancer survivorship. Quality for live*. En C. King, P. Hinds (Eds.). *Quality of life: from nursing and patient perspectives* (2<sup>a</sup>ed.). Boston (USA): Jones and Bartlett Publishers. (pp. 381-95).
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*. 17(5), pp. 627-639.
- Lent, R.W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counselling Psychology*, 51, pp. 482-509.
- Lepore, S.J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. En A. Baum, B.L. Andersen (Eds.). *Psychosocial interventions for cancer*. Washington, DC: American Psychological Association (pp. 99–116).
- Leung, J., Pachana, N., McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23(9), pp. 1014-1020.
- Lewis, J.A., Manne, S.L., DuHamel, K.N., Johnson Vickburg, S.M., Bovbjerg, D.H., Violante, C., Winkel, G., Redd, W.H. (2001). Social support, intrusive thoughts, and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, pp. 231–245.
- Leyva, Y., Solano, G., Labrador, L., Gallegos, M., Ochoa, M. (2011). Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Revista Cuidarte*, 2(1), pp. 96-104.
- Li, M. Y., Yang, Y. L., Liu, L., & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 14, pp. 73.
- Lim, J.W., Zebract, B. (2008). Different pathways in social support and quality of life between Korean American and Korean breast and gynecological cancer survivors. *Quality Life Research*, 17, pp. 679-89.
- Lin, N. (1986). *Conceptualizing social support*. En N. Lin, H.J. Dean, T. Ensel (Eds.). *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press (pp. 103-105).

- Lin, N., Simeone, S.R., Ensel, W.M., Kuo, W. (1979). Social and empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, pp. 108-119.
- Lipowski, J. (1970). Physical illness, the individual and the coping process. *Psychiatry Medicine*, 1, pp. 91-102.
- Liu, J., Peh, C.H, Simard, S., Griva, K., Mahendran, R. (2018). Beyond the fear that lingers: The interaction between fear of cancer recurrence and rumination in relation to depression and anxiety symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 111, pp. 120-126.
- Llorca-Ramón, G., Diez, M. A., et al. (1999). *Estado actual del cancer. Intervención en pacientes oncológicos*. En E. García-Camba (Eds.). Manual de psicooncología Madrid: Grupo Aula Medica. (pp. 231-258).
- Lopez-Santiago, S., Cruzado, J.A., Feliú, J. (2011). Chemobrain: Revisión de estudios que evalúan el deterioro cognitivo de supervivientes de cáncer tratados con quimioterapia. *Psicooncología*, 8(2-3), pp. 265-280.
- Luszczynska, A., Mohamed, N., Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, 10, pp. 365–375.
- Manderson, L. (2005). Boundary breaches: The body, sex and sexuality after stoma surgery. *Social Science and Medicine*, 61(2), pp. 405-415.
- Manicom, C. (2010). Psychosocial cancer care. There is more to cancer care than medical management. *Continuing Medical Education*, 28(2), pp. 58-63.
- Marcus A. (2004). *Debate heats up on defining a cancer survivor*. Recuperado de: <http://online.wsj.com/article/0,,SB108008897185563641,00.html>
- Matthews, A.K., Aikens, J.E., Helmrich, S.P., Anderson, D.D., Herbst A.L., Waggoner S.E. (1999). Sexual functioning and mood among long-term survivors of clear-cell adenocarcinoma of the vagina or cervix. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17, pp. 27–45.
- Maunsell, E., Drolet, M., Brisson, J., Brisson, C., Masse, B., Deschenes, L. (2004) Work situation after breast cancer: Results from a population-based study. *Journal of National Cancer Institute*, 96, pp. 1813–1822.
- McDonough, M.H., Beselt, L.J., Daun, J.T., Shank, J., Culos-Reed, S.N., Kronlund, L.J., Bridel, W. (2019). The role of social support in physical activity for cancer survivors: A systematic review. *Psycho-Oncology*. 28, pp. 1945–1958.
- McGinty, H.L., Goldenberg, J.L., Jacobsen, P.B. (2012). Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 21(2), pp. 203–210.



- McLaughlin, S.A., Wright, M.J., Morris, K.T., Giron, G.L., Sampson, M.R., Brockway, J.P., Van-Zee, K.J. (2008). Prevalence of lymphedema in women with breast cancer 5 years after sentinel lymph node biopsy or axillary dissection: Objective measurements. *Journal of Clinical Oncology*, 26(32), pp. 5213-5219.
- Mechanic, D. (1978). *Students Under Stress: A Study in the social psychology of adaptation*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Meeske, K., Smith, A.W., Alfano, C.M., McGregor, B.A., McTiernan, A., Baumgartner, K.B., et al. (2007) Fatigue in breast cancer survivors two to five years post diagnosis: A heal study report. *Quality Life Research*, 16, pp. 947–960.
- Mehnert, A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 77, pp. 109–130.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen M. et al. (2010). Depression, anxiety, posttraumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 19, pp. 736–745.
- Merluzzi, T.V., Martinez-Sanchez, M.A. (1997). Assessment of self-efficacy and coping with cancer: Development and validation of the cancer behavior inventory. *Health Psychology*, 16(2), pp. 163–170.
- Merluzzi, T.V., Nairn, R.C., Hegde, K., Martinez-Sanchez, M.A., Dunn, L. (2001). Self-efficacy for coping with cancer: Revision of the cancer behavior inventory (version 2.0). *Psycho-Oncology*, 10(3), pp. 206–217.
- Merluzzi, T.V., Philip, E.J., Yang, M., Heitzmann, C.A. (2016). Matching of received social support with need for support in adjusting to cancer and cancer survivorship. *Psycho-Oncology*, 25(6), pp. 684–690.
- Mesa Redonda sobre Recomendaciones de Ejercicio Físico para pacientes con Cáncer* (2010). Colegio Americano de Medicina Deportiva. Recuperado de: <https://www.acsm.org/>
- Miller, K.D., Pandey, M., Jain, R., Mehta R. (2015). Cancer survivorship and models of survivorship care. *American Journal of Clinical Oncology*. 38(6), pp. 627–633.
- Minton, O., Stone, P. (2008). How common is fatigue in disease-free breast cancer survivors? A systematic review of the literature. *Breast Cancer Research Treatment*, 112, pp. 5–13.
- Mishel, M.H., Padilla, G., Grant, M., Sorenson, D. (1991). Uncertainty in illness theory: A replication of the mediating effects of mastery and coping. *Nursing Research*, 40, pp. 236–240.
- Mitchell, A.J., Ferguson, D.W., Gill, J., et al. (2013). *Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis*. [Review] *Lancet Oncology*, 14(8), pp. 721–732.

- Molassiotis, A., Zheng, Y., Denton Cardew, L., Swindell, R., Brunton, L. (2015). Symptoms experienced by cancer patients during the first year from diagnosis: Patient and informal caregiver ratings and agreement. *Palliative Support Care*, 8, pp. 313-24.
- Montiel, V.E., Álvarez, O.L, Guerra, C.V.M (2016). Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Medicentro Electronica*, 20(2), pp. 112-117.
- Moos, R. (2004). *Coping Responses Inventory: An update on research application and validity manual supplement*. USA: Psychological Assessment Resources.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313, pp. 270-273.
- National Cancer Institute (2014). *Survivorship. NCI Dictionary of Cancer Terms*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/dictionary?cdrid=445089>.
- National Coalition for Cancer Survivorship (2005). Washington Glossary: *Cancer survivor*. Recuperado de: <http://canceradvocacy.org/>.
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., Moss-Morris, R.. (2009). Social support and cancer progression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, pp. 403–415.
- Navarro, E., Limonero, J.T., Maté, J., Gómez-Romero, M.J. (2010). Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Psicooncología*, 7, pp. 127-141.
- Nelson, K., Bennett, P., Rance, J. (2019) The experiences of giving and receiving social support for men with localised prostate cancer and their partners. *Cancer Medical Science*, 13, 989.
- Niravath, P. (2013) Aromatase inhibitor-induced arthralgia: A review. *Annals of Oncology*, 24(6), pp. 1443–1449.
- O'Connor, D.B., Ferguson, E. (2008). Studying the natural history of behaviour. *Psychologist*, 21(12), pp. 1034–1036.
- Oraá-Tabernero, N., Cruzado, J. (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), pp. 329-344.
- Organización Mundial de la Salud (2017) *Nota descriptiva sobre el cáncer*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Ornelas, J. (2004) *Suporte Social: Origens, conceitos e areas de investigação*. Análise Psicológica (1994), 2-3 (XII): pp. 333-339.

- Osann, K., Wilford, J., Wenzel, L., Hsieh, S., Tucker, J.A., Wahi, A., Monk, B.J., Nelson, E.L. (2019). Relationship between social support, quality of life, and Th2 cytokines in a biobehavioral cancer survivorship trial. *Supportive Care in Cancer*, 27, pp. 3301–3310.
- Park, C.L., Edmondson, D., Fenster, J.R., Blank, T.O. (2008). Positive and negative health behavior changes in cancer survivors: A stress and coping perspective. *Journal of Health Psychology*, 13(8), pp. 1198–1206.
- Paterson, C., Jones, M., Rattray, J., Lauder, W. (2013). Exploring the relationship between coping, social support and health-related quality of life for prostate cancer survivors: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, pp. 750-759.
- Pearlin, L., Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), pp. 2-21.
- Peeters, M., Blanc, P.L. (2001). Towards a match between job demands and sources of social support: a study among oncology care providers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, pp. 53–72.
- Perczek, R.E., Burke, M.A., Carver, C.S., Krongrad, A., Terris, M.K. (2002). Facing a prostate cancer diagnosis. Who is at risk for increased distress? *Cancer*, 94, pp. 2923–2929.
- Pérez, S., Galdón, M.J., Andreu, Y., Ibáñez, E., Durá, E., Conchado, A., et al. (2014). Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: temporal evolution, predictors, and mediation. *Journal of Trauma Stress*, 27, pp. 224-31.
- Perkins, D. (1982). *The assessment of stress using life events scales*. En L. Goldberg, S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. Free Press. New York, (pp. 321-356).
- Philip, E.J., Merluzzi, T.V., Zhang, Z., Heitzmann, C.A. (2013). Depression and Cancer Survivorship: Importance of coping self-efficacy in post-treatment survivors. *Psycho-Oncology* 22, pp. 987–994.
- Ponce, G.J.M., Velásquez, S.A., Márquez, C.E., López, R.L., Bellido, M.M.L. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de enfermería: Información*, 18(4), pp. 224-228.
- Price, M.A., Butow, P.N., Costa, D.S.J. et al. (2010). Prevalence and predictors of anxiety and depression in women with invasive ovarian cancer and their caregivers. *Medicine Journal*, 93(5), pp. 52-57.
- Pryce, J., Munir, F., Haslam, C. (2007). Cancer survivorship and work: Symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), pp. 83-92.

- Ptacek, J.T., Pierce, G.R., Ptacek, J.J., Nogel, C. (1999). Stress and coping processes in men with prostate cancer: the divergent views of husbands and wives. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(3), pp. 299–324.
- Ptacek, J.T., Smith, R.E., Espe, K., Raffety, B. (1994). Limited correspondence between daily coping reports and retrospective coping recall. *Psychological Assessment*, 6(1), pp. 41–49.
- Puigbó, J., Edo, S., Rovira, T., Limonero, J.T., Fernández-Castro, J. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el afrontamiento del estrés cotidiano. *Ansiedad y Estrés*, 25, pp. 1-6.
- Pullen L.C. (2013). *Hot flashes can affect work and health*. Medscape Medical News. Recuperado de: <https://www.webmd.com/menopause/news/20130228/hot-flashes-affect-work-health>
- Purcell, A., Fleming, J., Bennett, S., McGuane, K., Burmeister, B., Haines, T. (2010). A multidimensional examination of correlates of fatigue during radiotherapy. *Cancer*, pp. 116, 529–537.
- Queenan, J.A., Feldman-Stewart, D., Brundage, M. et al. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care*, 19, pp. 251–259.
- Rasmussen, D.M., Elverdam, B. (2008). The meaning of work and working life after cancer: An interview study. *Psycho-Oncology*, 17, pp. 1232-1238.
- Raudenbush, S.W., Bryk, A.S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods*. London: Sage.
- Ravindran, O. S., Shankar, A., Murthy, T. (2019). A Comparative study on perceived stress, coping, quality of life, and hopelessness between cancer patients and survivors. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(3), pp. 414–420
- Red Española de Registro de Cáncer (REDECAN), (2014). *Estimaciones de la incidencia del cáncer en España*.
- Reynolds, J., Perrin, V. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 23, pp. 63-68.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. *Análise Psicológica*, 17(3), pp. 547-558.
- Ridrueja, P., Medina, A., Rubio, J. (1997). *Psicología Médica*. España: McGraw Hill, pp. 136-149.
- Robert, R., Torfinn, G., Roy, B., Olav, D., Arnstein, F., Sophie D., et al. (2010). A study of coping in long-term testicular cancer survivors. *Psychology, Health and Medicine*, 15(2), pp. 146-158.

- Roland, J.H., Hewitt, M., Ganz, P.A., (2006). Cancer survivorship: A new challenge in delivering quality cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 24(32), pp. 5101-5104.
- Rosnow, R.L., Rosenthal, R. (1996). Computing contrasts, effect sizes, and counternulls on other people's published data: General procedures for research consumers. *Psychological Methods*, 1(4), pp. 331-340.
- Rovira, T., Ferrer, I., Edo, S., Fernández-Castro, J., Benavides, G., Doval, E., Martínez, F. (2016). Validity and feasibility of a nurses' coping questionnaire for its use in Ecological Momentary Assessment. *European Health Psychologist*, 18 (Supplement), 758.
- Rowland J. (2007). *Survivorship research: Past, present, and future*. En P. Ganz (Eds.), *Cancer survivorship: Today and tomorrow*. New York, NY: Springer, (pp. 28-42).
- Sammarco, A., Konecny, L.M. (2008). Quality of life, social support, and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35, pp. 844-849.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M.A., Jiménez, M.P. (1995). *Trastornos psicossomáticos*. En A. Belloch, B. Sandín, F. Ramos. (Eds.). *Manual de Psicopatología*, Madrid, Interamericana 2, (pp. 401-473).
- Sarason, B.R., Sarason, I.G., Pierce, G.R. (1990). *Traditional views of social support and their impact on assessment*. En B.R. Sarason, I.G. Sarason, G.R. Pierce (Eds.), Shumaker, S.A., Brownell, A. (1984). *Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps*. *Journal of Social Issues*, 40, pp. 11-36.
- Schellekens, M., Tamagawa, R., Labelle, L. E., Speca, M., Stephen, J., Drysdale, E., Sample, S., Pickering, B., Dirkse, D., Savage, L.L., Carlson, L.E. (2017). Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR) versus Supportive Expressive Group Therapy (SET) for distressed breast cancer survivors: Evaluating mindfulness and social support as mediators. *Journal of behavioral medicine*, 40(3), pp. 414-422.
- Schmidt, C.E., Bestmann, B., Kuchler, T., Longo, W.E., Kremer, B. (2005). Ten-year historic cohort of quality of life and sexuality in patients with rectal cancer. *Disease of the Colon and Rectum*, 48, pp. 483-492.
- Schmidt, S.D., Blank, T.O., Bellizzi, K.M., Park, C.L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 17(7), pp. 1033-1040.
- Schover, L.R., Fouladi, R.T., Warneke, C.L., Neese, L., Klein, E.A., Zippe C., Kupelian P.A. (2002). Defining sexual outcomes after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer*, 95, pp. 1773-1785.

- Schroevers, M.J., Ranchor, A.V., Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: A comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science and Medicine*, 57, pp. 375–85.
- Schumaker, S.A. y Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 49(4), pp. 11-36.
- Schwartz, J., Neale, J., Marco, C., Shiffman, S.S., Stone, A. (1999). Does trait coping exist? A momentary assessment approach to the evaluation of traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(2), pp. 360–369.
- Scott, J., Halford, K., Ward, B. (2004). United we stand. The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecologic cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, pp. 1122–1135.
- Servaes, P., Gielissen, M.F.M., Verghagen, S., Bleijenberg, G. (2007). The course of severe fatigue in disease-free breast cancer patients: A longitudinal study. *Psychooncology*, 16, pp. 787-795.
- Shapiro, D.E., Boggs, S.R., Rodríguez, J.R., et al. (1997). Stage II breast cancer. Differences between four coping patterns in side effects during adjuvant chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(2), pp. 143-157.
- Shava, M. (2011). *A systemic exploration of the challenges faced by employer and employee when the latter is undergoing active cancer treatment*. MA Social Science (Mental Health), University of South Africa.
- Sherbourne, C.D., y Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), pp. 705-714.
- Shiffman, S., Stone, A.A., Hufford, M.R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, pp. 1–32.
- Silva, E. (2010). *Variáveis preditivas de qualidade de vida em sobreviventes de cancro colorectal*. (Tesis doctoral). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Univeridade do Porto.
- Silva, M. (2003). O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioetica*, 10(2), pp. 73-88.
- Skinner, E.A., Edge,, K., Altman J., Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), pp. 216–269.
- Skinner, E.A., Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Clinical Psychology*, 58, pp. 119–144.

- Smith, S.K., O'Donnell, J.D., Abernethy, A.P., MacDermott, K., Staley, T., Samsa, G.P. (2015). Evaluation of Pillars4life: A virtual coping skills program for cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 24(11), pp. 1407–1415.
- Smith, S.K., Williams, C.S., Zimmer, C.R., Zimmerman, S. (2011). An exploratory model of the relationships between cancer-related trauma outcomes on quality of life in non-Hodgkin lymphoma survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29, pp. 19-34.
- Solana, C.A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28, pp. 151-63.
- Soothill, K., Morris, S.M., Harman, J., Francis, B., Thomas, C., Mc-Ilmurray, M.B. (2001). The significant unmet needs of cancer patients: probing psychosocial concerns. *Support Care Cancer*, 9(8), pp. 597-605.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento. *Boletín de Psicología*, 75, pp. 73-75.
- Spelten, E.R., Sprangers, M.A.G., Verbeek, H.A.M. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: A literature review. *Psycho-Oncology*, 11, pp. 124-131.
- Stanford, J.L., Feng, Z., Hamilton, A.S., Gilliland, F.D., Stephenson, R.A., Eley, J.W., et al. (2000). Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: The prostate cancer outcomes study. *JAMA*, 283, pp. 354–360.
- Stanton, A.L. (2012). What happens now? Psychosocial care for cancer survivors after medical treatment completion. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), pp. 1215-1220.
- Steiner, J.F., Nowels, C.T., Main, D.S. (2010). Returning to work after cancer: Quantitative studies and prototypical narratives. *Psycho-Oncology*, 19(2), pp. 115-124.
- Stergiou-Kita, M., Grigorovich, A., Tseung, V., Milosevic, E., Hebert, D., Phan, S., et al. (2014). Qualitative meta-synthesis of survivors' work experiences and the development of strategies to facilitate return to work. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(4), pp. 657-670.
- Stewart, W.F., Ricci, J.A., Chee, E., Morganstein, D., Lipton, R. (2003). Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA*, 290, pp. 2443-2454.
- Stone, A.A., Schwartz, J.E., Neale, J.M., Shiffman, S., Marco, C.A., Hickcox, M., et al. (1998). A comparison of coping assessed by ecological momentary assessment and retrospective recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), pp. 1670–1680.

- Stone, A.A., Shiffman, S. (1994). Ecological momentary assessment (EMA) in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 16(3), pp. 199–202.
- Sultan, S., Fisher, D.A., Voils, C.I., Kinney, A.Y., Sandler, R.S., Provenzale, D.(2004). Impact of functional support on health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Cancer*. 2101, pp. 2737–2743.
- Talley, A., Molix, L., Schlegel, R.J., Bettencourt, A. (2010). The influence of breast cancer survivors' Perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. *Psychology and Health*, 25(4), pp. 433-449.
- Tang, C.S., Lai, B.P.Y., Chung, T.K.H. (2010). Influences of mastery, spousal support, and adaptive coping on sexual drive and satisfaction among chinese gynecologic cancer survivors. *Archives of Sexual Behavior*, 39, pp. 1191–1200.
- Tang, C.S.K., Lai, B.P.Y., Chung, T.K.H. (2010). Influences of mastery, spousal support, and adaptive coping on sexual drive and satisfaction among Chinese gynecologic cancer survivors. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), pp. 1191–1200.
- Tanis, M. (2007). *Online Social Support Groups*. En A.N. Joinson, K.Y.A. McKenna, , T. Postmesand, U. Reips (Eds)., *The Oxford Handbook of Internet Psychology*, Oxford University Press, New York, (pp. 139-153).
- Taskila, T., De Boer, A.G.E.M., Van Dijk, F.J.H., Verbeek, H.A.M. (2011). Fatigue and its correlates in cancer patients who had returned to work: A cohort study. *Psychoncology*, 20(11), pp. 1236-1241.
- Taskila, T., Lindbohm, L. (2007). *Factors affecting cancer survivors' employment and workability*. *Acta Oncologica*, 46, pp. 446-451.
- Taskila, T., Lindbohm, M., Martikainen, R. et al. (2006). Cancer survivors received and needed social support from their workplace and the occupational health services. *Support Care Cancer*, 14, pp. 427–435.
- Taskila, T., Martikainen, R., Hietanen, P., Lindbohm, M.L. (2007). Comparative study of work ability between cancer survivors and their referents. *European Journal of Cancer*, 43, pp. 914–920.
- Taskila-Åbrandt, T., Martikainen, R., Virtanen, S.V., Hietanen, P., Pukkala, E., Lindbohm, M.L. (2004) The impact of education and occupation on the employment status of cancer survivors. *European Journal of Cancer*, 40, pp. 2488–2493.
- Taylor, S.E. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw Hill, (pp. 286-312).
- Taylor, S.E., Stanton, A.L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, pp. 377–401.



- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., Carney, M.A. (2000). A daily process approach to coping: Linking theory, research, and practice. *American Psychologist*, 55(6), pp. 626–636.
- Thaler-DeMers, D. (2009). Intimacy issues: Sexuality, fertility, and relationships. *Seminars in Oncology Nursing*, 17(4), pp. 255-262.
- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health Social Behavior*, 2, pp. 145-59.
- Tierney, K. (2008). Sexuality: a quality of life issue for cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), pp. 71-79.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V, Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, pp. 343-361.
- Torp., S., Gudbergsson., S.B., Dahl, A.A., Fosså, S.D., Fløtten, T. (2011). Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(1), pp. 33–42.
- Travis, L.B. (2006). The epidemiology of second primary cancers. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 15(11), pp. 2020-2026.
- Turk, D.C. (2002). Clinical effectiveness and cost effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 18, pp. 355-365.
- Turnbull, G.B. (2001). Sexual counseling: the forgotten aspect of ostomy rehabilitation. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26, pp. 189–195.
- Twombly, R. (2004). What's in a name: Who is a cancer survivor? *Journal of National Cancer Institute*, 96, pp. 1414-1415.
- Wade, C., Tavris, C. (2003) *Psicología*. México: Pearson, (pp. 435-464).
- Waters, E., Ying, L., Schootman, M., Jeffe, D. (2013). Worry about cancer progression and low perceived social support: Implications for quality of life among early stage breast cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 45, pp. 57-68.
- Weisman, A.D., Worden, J.W. (1977). *Coping and vulnerability in cancer patients: Research report*. Boston: Project Omega, Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital.
- White, R. (1974). *Strategies of adaptation: An attempt at systematic description*. En G. Coelho, D. Hamburg, J. Adams (Eds.) *Coping and adaptation*. Nueva York, Basic Books.
- Wiley, J. (1990). *Social support: An interactional view*. Oxford, England: John Wiley & Sons. (pp. 9-25).

- World Health Organization (2008). *Cancer control: Knowledge into action. Diagnosis and treatment*. WHO guide for effective programs. Switzerland.
- Wronski, S. L. (2015). Defining cancer survivor and cancer survivorship: The who, what, and when. *Psicooncología*, 12(1), pp. 7-18.
- Yang, H.C., Brothers, B.M., Andersen, B. L. (2008). Stress and quality of life in breast cancer recurrence: Moderation or mediation of coping? *Annals of Behavior Medicine*, 35, pp. 188–197.
- Yeung, N., Lu, Q. (2018). Perceived stress as a mediator between social support and posttraumatic growth among Chinese American breast cancer Survivors. *Cancer nursing*, 41(1), 5pp. 3–61.
- Yi, J.C., Syrjala, K.L. (2017). Anxiety and depression in cancer survivors. *The Medical clinics of North America*, 101(6), pp. 1099–1113.
- Yu, X. (2011). *Epidemiology of cancer recurrence, second primary cancer, and comorbidity among cancer survivors*. En M. Feuerstein, P.A. Ganz (Eds.). *Health Services for Cancer Survivors: Research, Policy, and Practice*. New York, Springer, (pp. 277-297).
- Zebrack, B. J., Ganz, P. A., Bernaards, C. A., Petersen, L., & Abraham, L. (2006). Assessing the impact of cancer: development of a new instrument for long-term survivors. *Psycho-Oncology*, 15(5), pp. 407–421.
- Zeidner, M., Endler, N.S. (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: Wiley.
- Zhou, E.S., Penedo, F.J., Lewis, J.E. et al. (2010). Perceived stress mediates the effects of social support on health-related quality of life among men treated for localized prostate cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, pp. 587–590.
- Zucca, A.C., Boyes, A.W., Lecathelinais, C., Girgis, A. (2010). Life is precious and I'm making the best of it: Coping strategies of long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology* 19, pp. 1268–1276.



## 13. ANEXOS

### Anexo 1 - Entrevista aplicada a los pacientes

Fecha entrevista: \_\_/\_\_/\_\_

#### DATOS PERSONALES

**Sexo:**  Hombre  Mujer

**Edad (años cumplidos):** \_\_\_\_

**Estado civil:**  soltero/a  casado/a  separado/a  divorciado/a  viudo/a  unión libre

**Profesión (antes y después):**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Hijos (edad de cada hijo/a):** \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

**Grado de escolaridad:**  estudios primarios  estudios secundarios  estudios universitarios

**Tipo de cáncer** \_\_\_\_\_

**Fecha diagnostico (dd/mm/aaaa):** \_\_/\_\_/\_\_

**Tratamiento recibido:**  quimioterapia  cirugía  radioterapia  hormonoterapia  
 otro

**Tratamiento finalizado (dd/mm/aaaa):** \_\_/\_\_/\_\_

**Estado de salud** \_\_\_\_\_

#### I. CALIDAD DE VIDA

- ¿Hay algún aspecto de su vida que ha quedado afectado por la enfermedad o sus tratamientos? ¿Cuál?
- ¿En qué grado ha influido el cáncer en su vida tanto a peor como a mejor?
- (Si está trabajando) ¿Cuánto está satisfecho/a con su capacidad de trabajar?

- ¿Cree que está disfrutando de su vida en este momento?
- ¿Ha aprendido, tras esta experiencia, algo más sobre sí mismo/a? ¿En alguna manera se ve cambiado? ¿Atribuye estos cambios al cáncer?

## **II. AFRONTAMIENTO**

- ¿Cuándo las cosas son difíciles de dónde saca las fuerzas para seguir adelante?
- Desde el final de los tratamientos hasta ahora, ¿pudo disponer de todo lo que necesitaba para poder afrontar las dificultades derivadas del cáncer?
- ¿Cómo está enfrentándose a las dificultades relacionadas con el haber tenido cáncer?
- ¿Ha cambiado su forma de resolver las situaciones problemáticas? ¿Hace cosas diferentes a las de antes? ¿Cuáles y por qué?
- ¿Toma medicamentos (como tranquilizantes o ansiolíticos) para estar mejor?
- ¿Qué necesitaría en este momento de su vida para poder estar mejor? ¿Necesita más información? ¿de qué tipo? ¿más recursos personales? ¿cuáles?
- ¿Cree que tiene ahora más control con sus emociones?

## **III. APOYO SOCIAL**

*Desde que finalizó el tratamiento hasta ahora:*

- ¿Qué personas le han ayudado más desde que ha finalizado el tratamiento hasta a hoy?, ¿Cómo?
- ¿Está satisfecho/a con el apoyo que ha recibido de parte de sus familiares, amigos, pareja?

*En el momento actual:*

- ¿Con quien cuenta más en este momento?
- ¿Con quién le gusta compartir lo que siente/piensa en este momento de su vida?
- ¿Cómo le ayuda esta persona o personas?

- ¿Cree que estas personas podrían ayudarle más? ¿Cómo?
- ¿Necesita alguna otra cosa del resto de personas con las que se relaciona habitualmente?
- ¿Ha encontrado falta de apoyo en algún momento en concreto?
- ¿Una persona que ha tenido cáncer, como Ud., cree que sin apoyo de los demás podría lograr las mismas cosas que ha logrado con la ayuda de los demás?

## Anexo 2 - Entrevista aplicada a los expertos

Fecha entrevista: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES

**Doctor/a:**

---

**Institución/Hospital:**

---

### PREGUNTAS

- ¿Cuáles son los problemas del superviviente después del tratamiento?
- ¿Usted cree que cuando los pacientes oncológicos se dan de alta se sienten abandonados?
- Una vez que estas personas están de alta, ¿cuáles son los profesionales, a parte del psico-oncólogo, que deberían o podrían ayudar el superviviente en la adaptación?
- Las relaciones sociales son importantes en la fase de seguimiento del superviviente, ¿Qué papel juega según Ud. la familia o la pareja (*personas próximas al superviviente*) o un amigo (*personas menos próximas*) en ayudar/apoyar psicológicamente el enfermo en esta fase?
- ¿Cuáles aspectos pueden facilitar la adaptación a la supervivencia?



**UAB**  
Universitat Autònoma  
de Barcelona

**GIES**  
Grupo de Investigación en Estrés y Salud

**NECESITAMOS  
SUPERVIVIENTES DE CÁNCER**

Estamos llevando un proyecto de investigación sobre  
**CALIDAD DE VIDA EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER.**

Si quieres ayuarnos y ayudar así otros  
supervivientes como tú.... contactanos al mail:  
**ornecasta@outlook.com**



## **Anexo 4 - Estructura del Survival Check**

### **1º Parte:**

**ITEM 1 – ¿En qué medida te sientes tranquilo y calmado en este momento?**

(0= Nada en absoluto; 10 = Muchísimo)

**ITEM 2 – ¿En qué medida te sientes cansado en este momento?**

(0= Nada en absoluto; 10 = Muchísimo)

### **2º Parte:**

**ITEM 3 - Piensa en la situación más estresante vivida hoy, y señala un evento de la lista, que lo refleje mejor**

**0** Hoy no he vivido ningún evento estresante,

**1.** Discusión/desacuerdo o relación desagradable con alguna persona (con la pareja, amigos, familiares, compañeros de trabajo/estudio, etc.),

**2.** Situación desagradable en el trabajo/estudios que no es causado por la relación con las personas (tareas difíciles, problemas técnicos, exceso de trabajo...),

**3.** Dificultades para hacer alguna cosa (en casa, en tu tiempo personal, etc.),

**4.** Problemas físicos o de salud (cansancio, problemas para dormir, dolor, etc.),

**5.** No poder hacer algo que tenías planeado,

**6.** Problemas inesperados,

**7.** Le ha pasado algo negativo a una persona cercana (amigo, familiar, compañero de trabajo, etc.)

**8.** Algo o alguien me ha hecho tener pensamientos desagradables,

**9.** Algún problema económico o dificultad financiera (deuda, préstamo, pago de facturas, gestión del dinero, etc.).

**10.** Otro.

**ITEM 4 – Indica el grado de malestar que te ha provocado este hecho estresante.**

1 = Muy poco; 10 = Muchísimo

**ITEM 5 – ¿Cómo te has sentido durante esta situación? (puedes marcar más de una opción)**

- Triste
- Enfadado
- Ansioso
- Asustado
- Culpable
- Frustrado
- Rechazado
- Avergonzado
- Otro \_\_\_\_\_

**3º Parte:**

**ITEM 6 -Indica qué hiciste para afrontar esta situación (SI/NO),  
Indica cuanto te ha servido: 0=Nada en absoluto; 10=Muchísimo  
(Puedes marcar más de una opción)**

1. CRITICARME/CULPARME

¿Cuánto te ha servido?

2. RELAJARME O DESCONECTARME

¿Cuánto te ha servido?

3. INTENTAR CONSEGUIR (O DAR) CONSEJO/AYUDA

¿Cuánto te ha servido?

4. HACER COMO SI NO FUERA CONMIGO

¿Cuánto te ha servido?

5. ACEPTAR QUE LA SITUACIÓN NO SE PUEDE CAMBIAR

¿Cuánto te ha servido?

6. BUSCAR ALGO BUENO EN LA SITUACIÓN

¿Cuánto te ha servido?

7. PENSAR EN UNA ESTRATEGÍA DE SOLUCIÓN

¿Cuánto te ha servido?

8. DESCARGAR MI MALESTAR SOBRE OTRAS PERSONAS

¿Cuánto te ha servido?

9. HABLAR SOBRE COMO ME SIENTO

¿Cuánto te ha servido?

10. ACTUAR PARA SOLUCIONARLO

¿Cuánto te ha servido?

11. ¿Hiciste otra cosa más para afrontar esta situación? (SI/NO)

Escribe qué hiciste para afrontar la situación: ----- y cuanto te ha servido: de 0 a10.

**4º Parte:**

**ITEM 7 – Si has tenido apoyo de alguien, ¿cuándo lo has recibido?**

- 0. No he recibido apoyo
- 1. Durante la situación
- 2. Inmediatamente después
- 3. Las dos anteriores

**ITEM 8 - Este apoyo te ha sido proporcionado:**

- 1. porque lo pediste,
- 2. de forma espontánea

**ITEM 9 – ¿De parte de quién has recibido apoyo? (puedes marcar más de una opción):**

- Pareja
- Familiar
- Amigo
- Conocido
- Compañero de trabajo/estudio
- Otro: \_\_\_\_\_

**ITEM 10 - Indica en que te ha ayudado el apoyo proporcionado (puedes marcar más de una opción) y cuánto te ha servido de 0 a 10 (0= Nada en absoluto; 10= Muchísimo)**

- Hacer algo (tomar una decisión, solucionar algo, etc.)
- Sentirme mejor (hacerme compañía, desahogarme, sentirme querido/amado, etc.)
- Conseguir información útil

**5º Parte:**

**ITEM 11 - ¿El malestar provocado por la situación que nos has descrito, es debido a tu situación de ser superviviente? (SI/NO)**

**ITEM 12: - ¿Has tenido hoy algún otro evento, significativamente estresante, producido por ser superviviente? (SI/NO)**

## Anexo 5 – Un ejemplo de la presentación online del Survival Check

### Survival-Check

Hola! Gracias por participar en este estudio 🍌

Ornella.

Recuerda contestar **cada día** (preferentemente cuando hayas acabado tu jornada), durante **7 días** (ejemplo: de Lunes a Domingo).

Una nota sobre privacidad  
Esta encuesta es anónima.  
El registro de su respuesta en la encuesta no contiene ninguna información de identificación sobre usted, a no ser que una pregunta específica de la encuesta lo requiera. Si utiliza una clave para acceder a esta encuesta, por favor, asegúrese de que no sea guardada con sus respuestas. Esta contraseña está administrada en una base de datos diferente a la encuesta y sólo será utilizada para indicar si ha completado, o no, la encuesta. No existe ninguna forma de identificar las respuestas de la encuesta a partir de la clave.

Siguiente

\*  
Introduce tu código personal asignado

SIN ESPACIOS: Primera letra de tu nombre (en mayúscula) y tu fecha de nacimiento en el formato DDMMAA (ej. R240276).

Anterior Siguiente

\*  
¿En qué medida te sientes tranquilo y calmado en este momento?  
0=Nada en absoluto; 10=Muchísimo

0  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10



¿En qué medida te sientes cansado en este momento?

0=Nada en absoluto; 10=Muchísimo

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Anterior

Siguiente



Piensa en la situación más estresante vivida hoy, y señala un evento de la lista, que mejor lo refleje

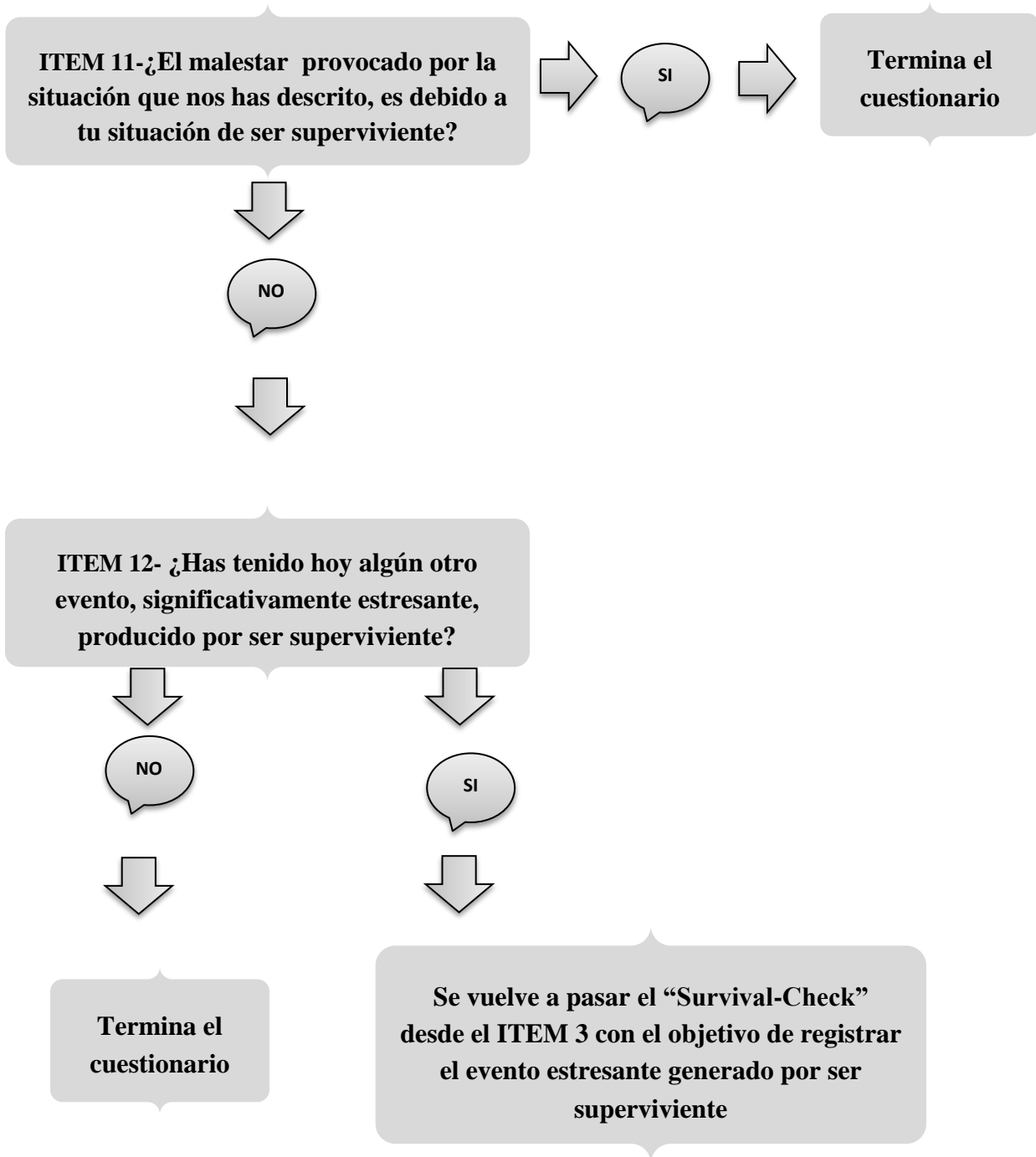
Si has tenido más de una situación, identifica la que consideres la más estresante.

- Hoy no he vivido ningún evento estresante
- Discusión/desacuerdo o relación desagradable con alguna persona (con la pareja, amigos, familiares, compañeros de trabajo/estudio, etc.)
- Situación desagradable en el trabajo/estudios que no es causado por la relación con las personas (tareas difíciles, problemas técnicos, exceso de trabajo...)
- Dificultades para hacer alguna cosa (en casa, en tu tiempo personal, etc.)
- Problemas físicos o de salud (cansancio, problemas para dormir, dolor, etc.)
- No poder hacer algo que tenías planeado
- Problemas inesperados
- Le ha pasado algo negativo a una persona cercana (amigo, familiar, compañero de trabajo, etc.)
- Algo o alguien me ha hecho tener pensamientos desagradables
- Algún problema económico o dificultad financiera (deuda, préstamo, pago de facturas, gestión del dinero, etc.)
- Otro

Anterior

Siguiente

**Anexo 6 - Diagrama de flujo del proceso de los ítems 11 y 12**



## **Anexo 7 - Consentimiento informado**

**Sr/S.ra:** \_\_\_\_\_

**Código asignado** \_\_\_\_\_

Declaro que he sido informado por Ornella Castagnetta Investigadora del Proyecto ***EVALUACIÓN ECOLÓGICA MOMENTÁNEA DE LOS EFECTOS DEL APOYO SOCIAL Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN SUPERVIVIENTES ONCOLÓGICOS*** de las características de dicho proyecto para el cual se solicita mi participación y que he leído la hoja informativa escrita sobre esta investigación.

Se me ha explicado que el objetivo de la investigación es obtener información que permita ayudar a las personas que han superado un cáncer a reintegrarse a su vida laboral y familiar.

La información que se quiere obtener está relacionada con la forma en que estas personas abordan las diferentes situaciones que deben superar para poder volver a tener una vida normalizada. Se quieren registrar las emociones y estados de ánimo experimentados en dichas situaciones, las estrategias que se utilizan para disminuir el estrés que estas situaciones puedan generar, y el tipo de apoyo social que se recibe antes, durante, y después de las mismas. Igualmente se obtendrá información de diversas características psicológicas de los pacientes fuera de esas situaciones.

Mi participación consistirá en responder un cuestionario, sobre diferentes temas psicológicos y sociales. Estas preguntas se me formularán al final del día, y durante un período de entre 1 y 2 semanas no consecutivas. Igualmente, responderé a diferentes cuestionarios que se me administrarán en el curso de la primera entrevistas que tendré con la referente del equipo investigador antes y después de mi participación.

El investigador me ha mostrado el cuestionario y las preguntas que se me formularán y estoy de acuerdo en responder a las mismas cuando se me requiera, si bien tengo libertad absoluta para no responder si en ese momento decidiera no hacerlo. En ese caso, informaré a posteriori, y únicamente para fines de investigación, al equipo investigador del motivo que determinó que no respondiera a la demanda.

El equipo investigador le garantiza que toda la información que nos facilite será tratada de forma anónima y que sólo será utilizada para fines de investigación o de formación del personal sanitario (psicólogos, médicos, personal de enfermería, asistentes sociales) que participa en el cuidado y la rehabilitación de las personas que han superado un cáncer. En ningún caso se proporcionarán datos que puedan identificar a las personas



que los han aportado así como lo prevé la *Ley orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre* de protección de datos de carácter personal.

Tengo libertad para dejar de participar en la investigación en cualquier momento, comunicándolo al equipo investigador y sin que eso tenga consecuencias negativas para mí.

He podido formular preguntas, que se me han contestado de forma satisfactoria, y he recibido una copia de este consentimiento,

Acepto participar en esta investigación de forma totalmente voluntaria y sin que ello comporte ninguna remuneración.

En ..... a ..... de 201\_

Fdo. El/la participante

Fdo. El/la investigador/a

Nombre y Apellidos

Nombre y Apellidos

**Datos del equipo investigador:**

GIES (Grup d'Investigació en Estrès i Salut)  
Departamento de Psicología Básica (Universitat Autònoma de Barcelona). Edificio B.  
08193 Bellaterra (Barcelona)

Correos electrónicos:

[ornecasta@outlook.com](mailto:ornecasta@outlook.com) - [tomas.blasco@uab.es](mailto:tomas.blasco@uab.es) - [jordi.fernandez@uab.es](mailto:jordi.fernandez@uab.es)

Teléfonos:

676869643 (investigadora responsable) - 935811584 - 935811469