



GRADO EN PSICOLOGÍA

Facultad de Ciencias Sociosanitarias

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2022/2023

Convocatoria Junio



Modalidad: Investigación

Título: Sobrevivir al cáncer: impacto emocional de la enfermedad en pacientes recuperados

Autora: María Andreu Pérez

Tutora: Lidia Pamies Aubalat

Código OIR: TFG.GPS.LPA.MAP.230225

Elche, a 29 de mayo de 2023

Índice

Resumen	3
Introducción	5
Método	11
Participantes	11
Variables e instrumentos	11
Procedimiento	14
Análisis de datos	14
Resultados	15
Áreas afectadas en función de variables clínicas	15
Variables psicológicas en función de las variables clínicas	16
Relación entre variables psicológicas	18
Discusión	18
Referencias bibliográficas	23
Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas	13
Tabla 2. Análisis de diferencias de las variables psicológicas en función del tiempo de diagnóstico	17
Tabla 3. Análisis de relación entre las variables psicológicas y la edad	18
Figura 1. Frecuencia de áreas afectadas	15

Resumen

Como resultado de los avances en oncología, la supervivencia de los pacientes ha aumentado hasta aproximadamente el 70%. Sin embargo, los efectos secundarios de la enfermedad y sus tratamientos perduran a largo plazo, desde síntomas físicos como dolor crónico o disfunciones sexuales a síntomas emocionales como ansiedad o depresión. **Objetivo:** analizar el impacto emocional de padecer una enfermedad oncológica en personas que ya la han superado. **Método:** a una muestra de 42 personas que habían pasado un cáncer se les evaluó las áreas vitales afectadas, satisfacción con la vida (SWLS), ansiedad (HAS), depresión (HAD) y miedo a la recurrencia del cáncer (CWS). **Resultados:** las áreas vitales más afectadas fueron la emocional (83.3%), la física (76.5%) y la sexual (52.4%), relacionándose todas con el número y tipo de tratamiento recibido. Además, las personas que recibieron cirugía, quimioterapia y radioterapia presentaron menor satisfacción vital y mayor depresión y miedo a la recurrencia del cáncer. **Discusión:** se ha evidenciado la implicación mental de superar un cáncer, siendo los tratamientos y la edad variables a destacar por su gran influencia en la salud mental del superviviente. En investigaciones futuras, sería necesario seguir conociendo los efectos psicosociales del cáncer, para poder elaborar programas de prevención e intervención eficaces que mejoren la calidad de vida de los supervivientes.

Palabras clave: superviviente de cáncer, áreas vitales, satisfacción con la vida, ansiedad, depresión y miedo a la recurrencia en cáncer.

Abstract

As a result of advances in oncology, patient survival has increased to approximately 70%. However, the side effects of the disease and its treatments last in the long term, from physical symptoms such as chronic pain or sexual dysfunctions to emotional symptoms such as anxiety or depression. **Objective:** to analyze the emotional impact of suffering from an oncological disease in people who have already overcome it. **Method:** a sample of 42 people who had suffered cancer were assessed for the affected vital areas, life satisfaction (SWLS), anxiety (HAS), depression (HAD) and fear of cancer recurrence (CWS). **Results:** the most affected vital areas were emotional (83.3%), physical (76.5%) and sexual (52.4%), all related to the number and type of treatment received. In addition, people who have received surgery, chemotherapy and radiotherapy as treatment have less life satisfaction and greater depression and fear of cancer recurrence. **Discussion:** the mental involvement of overcoming cancer has been demonstrated, with treatments and age as variables to highlight for its great influence on the mental health of the survivor. Future research should be carried out on the psychosocial effects of cancer in order to develop effective prevention and intervention programmes that improve the quality of life of survivors.

Keywords: cancer survivor, vital areas, satisfaction with life, anxiety, depression and fear of cancer recurrence.

Introducción

El cáncer es un término genérico que hace referencia a una enfermedad caracterizada por la rápida multiplicación de células de naturaleza anormal que se extienden más allá de sus tejidos habituales (Organización Mundial de la Salud, 2022). El inicio de esta enfermedad se puede desarrollar en cualquier parte del cuerpo humano, pues está formado por billones de células. Normalmente, las células humanas sufren el proceso de división celular, crecen y se multiplican; y, en ocasiones, este proceso sufre alteraciones y las células dañadas, en lugar de eliminarse, crecen y se multiplican, pudiendo formar tumores de tipo canceroso (tumores malignos), con el riesgo de desarrollar metástasis, o no canceroso (tumores benignos). Asimismo, la capacidad del cuerpo humano para llevar a cabo el reemplazo de células dañadas disminuye a medida que las personas envejecen, por ello el riesgo de sufrir cáncer en la vida adulta es mayor (National Cancer Institute, 2021).

A nivel nacional, al igual que a nivel mundial, la enfermedad oncológica es una de las principales causas de morbimortalidad (Sociedad Española de Oncología Médica, 2022). Se estima que, en el año 2022, la incidencia de cáncer en España fue de 290.175 casos diagnosticados, suponiendo un ligero aumento con respecto a las cifras de años anteriores y afectando ligeramente en mayor medida a los hombres (Asociación Española Contra el Cáncer, 2022). Asimismo, según el Instituto Nacional de Estadística, la mortalidad en España en el año 2020 fue superior al año anterior, con 75.073 defunciones, siendo la segunda causa de muerte a nivel nacional. Además, al igual que en años anteriores, los cánceres más mortales fueron el de pulmón, colon, páncreas, mama y próstata. A pesar de la mortalidad al alza, los importantes avances en la detección precoz y los tratamientos han permitido alcanzar cifras de supervivencia esperanzadoras, ya que en 1979 la tasa de supervivencia a 5 años era de aproximadamente el 49%, mientras que en el año 2020 fue del 70% (Sociedad Española de Oncología Médica, 2022).

Una vez se produce el diagnóstico, el paciente recibirá un plan de tratamiento específico, abordado desde una perspectiva interdisciplinar. A nivel médico se suele administrar una combinación de varios tratamientos y, entre las diversas opciones, se encuentran la quimioterapia, la terapia hormonal, la hipotermia, la inmunoterapia, la terapia fotodinámica, la radioterapia, el trasplante de células madre, la cirugía y la terapia dirigida (National Cancer Institute, s.f.). Sin embargo, durante todo el proceso, intervienen otros profesionales, como médicos especialistas, cirujanos, enfermeros, anestesiólogos, auxiliares de enfermería y radiología, asesores genéticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, entre otros (American Cancer Society, 2018).

Todos los tratamientos oncológicos llevan asociados la aparición de efectos secundarios que son percibidos como desagradables y difíciles de entender por parte del paciente, lo que va unido a reacciones emocionales como ansiedad, miedo, falta de control e incertidumbre, ya que, en lugar de conseguir un beneficio a corto plazo, lo que experimenta es una decadencia de su estado físico (Alonso y Bastos, 2011; Roberto, 2013). Los tratamientos más comunes y que más implicaciones psicológicas presentan son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. En primer lugar, la cirugía supone un estrés considerable, debido al miedo a la anestesia, al dolor y, en mayor medida, a las consecuencias que implica, ya que dependiendo del lugar donde se realice puede suponer para el paciente la pérdida de un órgano, un miembro y/o una función. Además, una cirugía implica también una hospitalización, una situación estresante para el paciente que supone la pérdida de intimidad, contacto con otros enfermos, etc. (Alonso y Bastos, 2011; Cruzado, 2010).

En segundo lugar, la radioterapia también es un importante estresor, pues supone introducirse en una máquina y lidiar con reacciones emocionales como ansiedad o claustrofobia, así como experimentar valores elevados de miedo hacia los efectos secundarios, como son las quemaduras, la esterilidad o pérdida de sexualidad. Por último, la quimioterapia es un tratamiento bastante temido a nivel social, ya que los efectos secundarios son conocidos e interpretados como desagradables, siendo estos alopecia, náuseas, vómitos, fatiga, etc. El impacto psicológico en estos casos es de ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultad de concentración y memorización, etc. De manera general, los efectos secundarios no afectan solo a la persona, sino que también influyen en su área familiar, social y psicológica. Aun así, es importante destacar que, dependiendo de la persona, los efectos secundarios serán distintos y su impacto emocional también (Alonso y Bastos, 2011; Die-Trill, 2003).

Previo a la administración de los tratamientos, el momento del diagnóstico de una enfermedad oncológica produce diversas reacciones dependiendo de la persona aunque, generalmente, lo que sucede es una reacción de malestar emocional elevado, siendo lo más frecuente la dificultad de adaptación, la ansiedad y la depresión (Castillo y Redolat, 2019). Sin embargo, es muy importante destacar que, la respuesta emocional que experimente el paciente puede ser más o menos intensa en función de la controlabilidad que la persona perciba que tiene sobre la enfermedad y sus consecuencias negativas (Alonso y Bastos, 2011). También está presente la reacción emocional de tristeza, que puede derivar en depresión, tras valorar el diagnóstico como una pérdida de salud, de bienestar psicológico, de esperanza de vida, etc. Todas las reacciones, ya sean tras el diagnóstico o el tratamiento y sus efectos secundarios, pueden provocar el desarrollo de patologías tales como, trastornos

de ansiedad y/o trastornos del estado de ánimo. Por todo esto, el papel de un psicooncólogo es crucial en estas situaciones (Cano, 2005).

La psicooncología es un campo interdisciplinar dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer (Cruzado, 2010). El psicooncólogo tiene diversas funciones y, entre las más comunes se encuentran: llevar a cabo evaluaciones del enfermo y su familia con el objetivo de detectar problemas y necesidades que presente; evaluar a pacientes y familiares de riesgo, es decir, que tengan antecedentes psiquiátricos o conflictos personales que pudiesen acentuarse durante el tratamiento; tratar los estresores presentes durante la enfermedad; tratar la ansiedad, los miedos y las alteraciones comportamentales asociadas a procedimientos médicos y tratamientos; evaluar e intervenir en ideas de muerte; ayudar en el proceso de adaptación en los supervivientes; facilitar el duelo en los familiares, etc. (Cruzado, 2010; Die-Trill, 2003). El psicooncólogo garantiza, con su trabajo, el cuidado psicoemocional del enfermo, así como de su círculo social y familiar. Se atiende al paciente en su totalidad biopsicosocial (Lluch et al., 2021).

Actualmente, el cáncer ya no se considera solo una enfermedad aguda, sino también crónica, resultado de los avances en investigación de los últimos años. Gracias a los nuevos tratamientos y enfoques terapéuticos, durante la etapa del superviviente las personas son capaces de enfrentarse a las consecuencias de la enfermedad a largo plazo, las cuales afectan considerablemente a su calidad de vida (Andrés, 2005; Firkins et al., 2020). Una persona adquiere la condición de superviviente de cáncer cuando, tras un determinado proceso médico, lleva mínimo un año libre de enfermedad y tratamiento. No se considera que exista un momento específico en el que la persona se convierte en superviviente, sino que se produce una evolución desde el diagnóstico hasta el momento en el que el paciente se encuentra libre de enfermedad (Die-Trill, 2003).

Según Mullan (1985), la supervivencia del paciente oncológico se puede dividir en tres "estaciones":

1. Supervivencia aguda: primer periodo que comienza en el diagnóstico e incluye los tratamientos médicos. En esta etapa predomina el miedo y la ansiedad.
2. Extensión de la supervivencia: periodo entre el fin de los tratamientos y el inicio del intervalo libre de enfermedad. Se caracteriza por el miedo a la recaída y la difícil reincorporación a las actividades cotidianas y laborales.

3. Supervivencia permanente: periodo equivalente a la cura, a pesar de seguir padeciendo los efectos secundarios de la enfermedad y sus tratamientos.

La adaptación psicológica a la que debe hacer frente el paciente no termina con el fin del tratamiento y la enfermedad, ya que sus efectos siguen influyendo a largo plazo. Tanto la enfermedad como los tratamientos inciden de manera directa en las *Áreas Vitales* de los supervivientes de cáncer, como son el área física, sexual, emocional, cognitiva, social, académica/laboral, familiar y de ocio. La literatura ha puesto de manifiesto que una de las más afectadas es el área socio-laboral, pues en el momento que una persona es diagnosticada tiene que interrumpir su trayectoria profesional, haciendo frente a pérdidas económicas y asumiendo consecuencias negativas, ya que el trabajo es una gran fuente de valorización. Además, en ocasiones se deben solicitar incapacidades como consecuencia de la enfermedad o los tratamientos, pudiendo las personas sentirse inútiles y desarrollando cuadros depresivos (Andrés, 2005; Martínez, 2019). También, el área física se ve afectada con multitud de problemas como osteoporosis, hipertensión, insuficiencia cardíaca, dolor crónico y cánceres secundarios. En cuanto al área emocional y cognitiva, las principales consecuencias son la preocupación por la enfermedad, el miedo a la recaída, el miedo a la muerte, el sentimiento de vulnerabilidad e incertidumbre en relación al futuro, sensaciones de falta de adecuación personal, el miedo al rechazo social, la depresión y/o ansiedad (Andrés, 2005; Firkins et al., 2020). De la misma manera, el área sexual también supone un alto estresor para los supervivientes, ya que uno de los problemas más frecuentes son las disfunciones sexuales, siendo lo más prevalente en las mujeres la falta de deseo sexual, la activación, el orgasmo y la dispareunia. En el caso de los hombres lo más frecuente es la disfunción eréctil (Martínez, 2019).

Asimismo, uno de los aspectos emocionales más estudiados es la *Satisfacción con la Vida*, la cual hace referencia a un componente de bienestar subjetivo, que se define a raíz de la evaluación general que una persona realiza acerca de su propia vida (Zayas et al., 2018). Los resultados encontrados por los estudios, son contradictorios. Por lo general, los supervivientes de cáncer muestran puntuaciones muy similares a la población sana. Respecto a la edad, las personas mayores parecen más resilientes que los jóvenes, mostrando elevada satisfacción vital, optimismo, capacidad cooperativa y menor afectividad negativa. Esto contrasta con otros estudios que encuentran una satisfacción vital menor, con síntomas relacionados con la depresión, ansiedad y estrés percibido (Rueda y Cerezo, 2020). En esta línea, otros trabajos defienden que los supervivientes tienen un peor funcionamiento psicológico que la población general, debido a la enfermedad, su tratamiento y la comorbilidad. Estas personas sienten una disminución en su calidad de vida y experimentan

un menor optimismo en relación a su esperanza de vida (Avis y Deimling, 2008). Otras investigaciones afirmaron que, aunque los supervivientes de cáncer no difieren significativamente de la población general, sí se asoció una elevada Satisfacción con la Vida con un mejor funcionamiento mental, resiliencia, optimismo, dominio personal y rendimiento cognitivo. Por el contrario, los supervivientes con una Satisfacción con la Vida baja presentaban síntomas depresivos, de ansiedad y estrés (Zlatař et al., 2015).

La Ansiedad y la Depresión también son estados emocionales que suelen aparecer en las personas supervivientes de cáncer. Se entiende por Ansiedad a la reacción emocional en la que una persona se siente tensa, nerviosa o asustada de forma desagradable ante situaciones que interpreta como amenazantes y que, generalmente, va asociada a manifestaciones de tipo somático (Luchini, 2019). En cambio, la Depresión implica la ausencia de afectividad positiva, tristeza, pérdida de interés, incapacidad de disfrute y bajo estado de ánimo (Ruiz-González et al., 2019). Según un estudio realizado en supervivientes de cáncer, entre el 35% y el 38% de los pacientes que sobreviven a un cáncer presentan malestar elevado con sintomatología de ansiedad, depresión y estrés postraumático, asociado a una menor calidad de vida (Daniel, 2020). En este trabajo se analizaron tres variables: estado de ánimo (ansiedad y depresión), estrés postraumático y acontecimientos vitales externos. Además, la muestra fue de 158 mujeres, derivadas por oncólogos o enfermeros que percibían que podían presentar malestar emocional al finalizar el tratamiento oncológico primario. Los resultados mostraron que la depresión era menos duradera comparada con la ansiedad, cuya probabilidad de desarrollarse parecía persistente durante mínimo 10 años tras finalizar el tratamiento. Aun así, la ansiedad y la depresión era dos veces mayor en los supervivientes que en personas que no han pasado por este proceso de enfermedad (Daniel, 2020; Ochoa et al., 2017).

A su vez, otra investigación que se centra en comparar supervivientes de cáncer de mama jóvenes (diagnosticados antes de los 45 años) y supervivientes mayores (diagnosticados entre los 55 y 70 años), relaciona la ansiedad con menor edad, síntomas físicos graves, tiempos cortos desde el diagnóstico, soledad y mayor número de comorbilidades. Asimismo, los síntomas depresivos se relacionaron en mayor medida con una edad joven, antecedentes de vulnerabilidad para desarrollar una enfermedad mental, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y no tener trabajo. La muestra de la investigación fue relevante, contando con 505 supervivientes jóvenes y 622 supervivientes mayores (Champion et al., 2014; Ramírez et al., 2022). En otra investigación, compuesta por 907 pacientes mayores de 65 años recién diagnósticos y evaluados en diferentes momentos posteriores, los resultados mostraron mejora en su funcionamiento físico, lo que se relacionó

con una disminución de la sintomatología de tipo depresivo dependiendo de la localización del cáncer, su estadio, ser mujer y presentar síntomas no muy graves (Given et al., 2000). Además, para muchas personas supervivientes, la ansiedad se relaciona con preocupaciones psicológicas como el miedo a una posible recaída, a la muerte y a la incertidumbre hacia el futuro. Además, también se puede ver acentuada la respuesta de distrés, como consecuencia de finalizar el tratamiento médico o el espaciamiento que, paulatinamente, va aumentando entre visitas médicas pues, generalmente, el tratamiento y control médico exhaustivo aporta seguridad a la persona. En el caso de que un superviviente padezca distrés clínicamente significativo puede acarrear consecuencias negativas, tales como afectación de la calidad de vida, pudiendo repercutir en su salud física como consecuencia de eludir las recomendaciones médicas (Luchini, 2019; Martínez, 2019).

En relación a lo anteriormente comentado, el *Miedo a la Recurrencia del Cáncer* es un aspecto de notoria importancia en los supervivientes oncológicos, el cual hace referencia al miedo o preocupación intensa de que el cáncer regrese, prospere o haga metástasis (Crist y Grunfeld, 2013). Es una de las consecuencias más angustiosas que implica la recuperación de esta enfermedad, afectando a entre un 22% y 99% de los supervivientes. Esta preocupación constante suele interferir y dificultar la vida cotidiana de las personas, a pesar de que es entendida como una reacción normal y racional después de superar esa enfermedad. En algunos casos, este miedo puede dar lugar a comportamientos disfuncionales, como comportamientos evitativos, hipervigilancia de síntomas que tengan relación con una recaída y la incapacidad de hacer planes a largo plazo o con visión de futuro. Asimismo, en diversas ocasiones este miedo se relaciona directamente con el desarrollo de trastornos de ansiedad, estrés postraumático y depresión (Crist y Grunfeld, 2013; Altuve 2020).

Puede destacarse la investigación centrada en las necesidades de los supervivientes oncológicos. Se dividió en varias fases, siendo las tres primeras de revisión bibliográfica y elaboración de cuestionarios, mientras que en la cuarta se recogieron las respuestas de 2067 supervivientes. Los resultados evidenciaron que un 61% de los participantes afirmaban que el mayor problema emocional que presentaban era el miedo a la recaída, seguido por angustia, ansiedad y preocupación (53%) (Arrighi, 2014). A su vez, en otro estudio se analizaron las respuestas de 203 participantes supervivientes, entre 24 y 75 años con resultados variados. Mientras que la depresión elevada era significativa en el 7% de los participantes, el distrés psicológico en el 18% y la ansiedad en el 23%, el miedo a la recaída en cáncer fue superior, siendo un miedo elevado la mayor preocupación para el 36% de los participantes y un miedo moderado para el 53% (Altuve, 2020).

Según la literatura revisada, los supervivientes de cáncer presentan una afectación emocional que destaca con respecto a la población general. Por ello, en esta investigación cabría esperar que las personas supervivientes de cáncer presentan una alta afectación de áreas vitales, valores bajos de satisfacción con la vida y valores elevados de ansiedad, depresión y miedo a la recurrencia del cáncer, como ha evidencia la literatura. Siendo el objetivo de este trabajo analizar el impacto emocional de padecer una enfermedad oncológica en personas que ya la han superado.

Método

Participantes

La población de interés para este estudio fueron las personas supervivientes de cáncer. Como se puede observar en la Tabla 1, la muestra estuvo formada por 42 personas, de las cuales un 90.5% (n=38) eran mujeres y un 9.5% (n=4) eran hombres. La edad osciló entre los 21 y 83 años, siendo la media de 52 años (DT=11.9). Todos ellos habían padecido una enfermedad oncológica. El 78.6% (n=33) recibió su diagnóstico hace menos de 10 años y el 2.4% (n=1) lleva libre de enfermedad entre 15 y 20 años. Además, el 85.7% (n=36) informó no haber padecido una recaída en su enfermedad. En cuanto a los tratamientos que han recibido, los tres que están presentes en un mayor número de participantes son la cirugía, en el 90.5% (n=38) de los encuestados; la quimioterapia, en el 73.8% (n=31) y, la radioterapia, en el 69% (n=29) de los participantes.

Variables e instrumentos

Con el objetivo de recoger información acerca de las variables sociodemográficas se crearon dos ítems *ad hoc*, preguntando por la edad y el sexo.

Para conocer la información referente a las variables clínicas se crearon cinco ítems *ad hoc*, en los que se preguntaba si habían padecido una enfermedad oncológica, los años desde el diagnóstico de cáncer, los años que llevaban libre de enfermedad, si habían sufrido recaídas y los tratamientos médicos recibidos.

Para evaluar las cinco variables psicológicas se utilizaron los siguientes instrumentos:

Áreas vitales afectadas: se elaboró una escala *ad hoc*, en la que se ofrecía al participante una lista de ocho áreas afectadas para que seleccionase todas aquellas que considerase se habían visto afectadas.

Satisfaction with life scale (SWLS) en la adaptación española de Atienza et al. (2000). Este instrumento valora la satisfacción general de una persona con su vida. Está compuesto por cinco ítems, como son: el ítem 2 “Las circunstancias de mi vida son muy buenas” o el ítem 5 “Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría nada”. El formato de respuesta es de tipo Lickert con cinco alternativas de respuesta de la siguiente forma: 1=muy en desacuerdo, 3=neutro, 5=muy de acuerdo. La puntuación mínima que se puede obtener es 5 y la máxima 25. Asimismo, presenta un Alfa de Cronbach de 0.89 en su adaptación al castellano (Alonso-Llácer et al., 2022; Dirzyte et al., 2021). Concretamente, para este estudio, el Alfa de Cronbach da como resultado un valor de 0.89.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond y Snaith (1983), se trata de un instrumento ampliamente utilizado para medir el estado de ánimo en pacientes oncológicos. Consta de 14 ítems y se divide en dos subescalas, la escala de ansiedad (HAD-A) y la escala de depresión (HAD-D), ambas formadas por 7 ítems con cuatro opciones de respuesta que se sitúan entre 0 y 3, pudiendo obtener una puntuación global mínima de 0 y máxima de 21. En la subescala de ansiedad algunos ítems son: el ítem 3 “Siento una serie de temor como si algo malo fuera a suceder” o el ítem 7 “Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente”. Por otro lado, en la subescala de depresión algunos ítems son: el ítem 2 “Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre” o el ítem 6 “Me siento alegre”. Los diversos autores recomiendan establecer los puntos de corte, tanto para ansiedad como depresión, entre 0 y 7 para pacientes que se encuentren dentro de la normalidad, entre 8 y 10 para pacientes con probabilidad de desarrollar un problema de tipo ansioso o depresivo y, más de 11 para pacientes con un problema clínico de ansiedad o depresión. Asimismo, presenta una sensibilidad y especificidad de 0.80 (Galindo et al., 2015; Terol-Cantero et al., 2015). Entre las ventajas de este instrumento se encuentra su brevedad, su fácil aplicabilidad y su relevancia a la hora de estudiar la problemática en población oncológica. Su principal ventaja con respecto a otros instrumentos es que no incluye síntomas de tipo somático, que pueden llevar a error, ya que estos se podrían explicar por la enfermedad oncológica y sus diversos tratamientos (Luchini, 2019). En esta investigación, el Alfa de Cronbach para los ítems de ansiedad es de 0.86. A su vez, el Alfa de Cronbach para los ítems de depresión también refleja buena fiabilidad, con un valor de 0.88.

Cancer Worry Scale (CWS) desarrollado por Lerman en 1991 en la versión española de Cabrera et al. (2011). Se trata de una escala que tiene como objetivo medir la frecuencia con la que una persona se preocupa por el cáncer, el impacto de la preocupación en su estado de ánimo y su vida cotidiana, así como la importancia que le otorga a esa preocupación que presenta. Está compuesta por seis ítems, como pueden ser: el ítem 1 “Durante el mes pasado,

¿con qué frecuencia ha pensado usted sobre sus posibilidades de desarrollar cáncer? Usted diría que..." o el ítem 3 "Durante el mes pasado, el pensar sobre la posibilidad de desarrollar cáncer, ¿ha afectado su capacidad para realizar sus actividades del "día a día"? Usted diría que...". El resultado puede oscilar entre un valor global de 6 (preocupación mínima) y 24 (preocupación máxima). Asimismo, la confiabilidad test-retest del instrumento muestra un Coeficiente de Correlación de 0.78 y un Alfa de Cronbach de 0.83 (Cabrera et al., 2011 y López-Torres, 2015). Para este estudio, el Alfa de Cronbach es de 0.88.

Tabla 1.

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS	% (n)
Sexo	
Mujeres	90.5% (38)
Hombres	9.5% (4)
Enfermedad oncológica	100% (42)
Años desde diagnóstico	
Menos de 10 años	78.6% (33)
Más de 10 años	21.4% (9)
Años libre de enfermedad	
Entre 1 y 5 años	71.4% (30)
Entre 5 y 10 años	16.7% (7)
Entre 10 y 15 años	9.5% (4)
Entre 15 y 20 años	2.4% (1)
Recaída	14.3% (6)
Tratamiento recibido	
Cirugía	90.5% (38)
Quimioterapia	73.8% (31)
Radioterapia	69% (29)
Hormonoterapia	38.1% (16)
Inmunoterapia	21.4% (9)

Nota. n=número de participantes; %=porcentaje; M=media; DT=desviación típica

Procedimiento

En un primer momento, se contactó con la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la UMH para solicitar el Código de Investigación Responsable y, en el momento en que se recibió la aprobación con el código: TFG.GPS.LPA.MAP.230225, se procedió al pase del cuestionario de forma online a través de la plataforma *Google Forms*. Se difundió a través de redes sociales y se distribuyó un código QR en diferentes organismos públicos y asociaciones de pacientes, buscando en todo momento el anonimato de las personas participantes. Se consideró como único criterio de inclusión de la muestra el haber padecido una enfermedad oncológica. Asimismo, al inicio del cuestionario se explicaba el objetivo del proyecto de investigación, se pedía la participación voluntaria, se hacía hincapié en que era completamente anónimo y se daba las gracias por la participación. Además, también se proporcionaba al encuestado un correo electrónico por si tenía alguna consulta o duda con respecto al cuestionario o a la investigación. De esta manera, los datos se recogieron desde las 10:00h del día 18 de marzo de 2023 hasta el día 13 de mayo de 2023 a las 11:00h.

Análisis de datos

Una vez recogida la muestra se creó la base de datos en Excel y, posteriormente, se volcó al programa informático Jamovi, con el objetivo de realizar los análisis estadísticos necesarios para responder al objetivo de la investigación. Por un lado, se analizaron las áreas afectadas en función de las variables clínicas con la prueba t-Student para muestras independientes y, para evitar el sesgo de los tamaños muestrales, se utilizó el índice d de Cohen, que nos indica si la significación estadística es relevante eliminando el efecto del tamaño muestral (efecto como pequeño si $d \cong 0.20$, medio $d \cong 0.50$ y grande $d \cong 0.80$); y la prueba de chi cuadrado para analizar las variables categóricas. Después, se analizaron los descriptivos de cada variable psicológica a partir de la Correlación de Pearson y se utilizó la prueba t-Student para muestras independientes y la d de Cohen para estudiar la relación entre cada variable psicológica y el tiempo de diagnóstico y haber sufrido una recaída. También se realizó la prueba de ANOVA para estudiar la relación entre cada variable psicológica con cada plan de tratamiento. Por último, se hizo un análisis relacional para estudiar las diferentes relaciones existentes entre las variables psicológicas, así como con la variable edad. Todos los análisis se realizaron con un nivel de confianza del 95%.

Resultados

Áreas afectadas en función de variables clínicas

Una vez realizados los análisis de frecuencia, como se puede observar en la figura 1, las áreas vitales más afectadas han sido el área emocional con 35 personas (83.3%), el área física con 32 personas (76.5%) y el área sexual con 22 personas (52.4%).

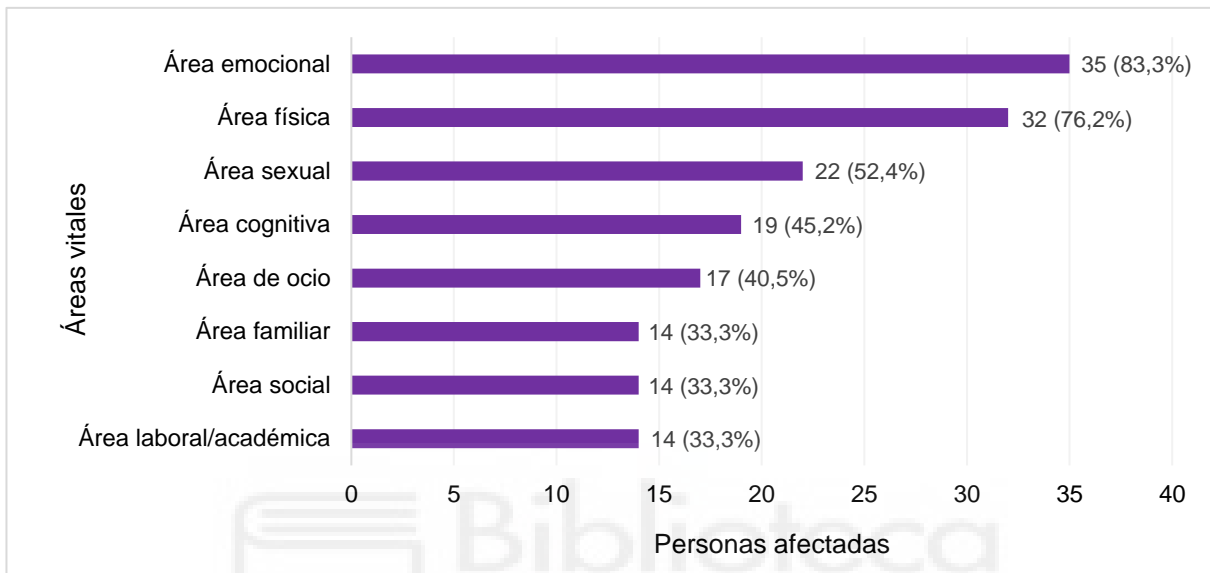


Figura 1. Frecuencia de áreas afectadas

Se analizaron las áreas afectadas en función de las variables clínicas y, en primer lugar, se llevó a cabo la prueba t-Student para muestras independientes entre cada una de las áreas vitales afectadas y el tratamiento total recibido. Encontrando diferencias significativas ($t = -4.44$, $p < .01$, $d = -1.61$), pues las personas con el área física afectada ($M = 3.28$, $DT = 3$) han recibido un mayor número de tratamientos que las personas que no tienen afectada su área física ($M = 1.70$, $DT = 1.50$). Además, las personas con el área cognitiva afectada ($M = 3.53$, $DT = 4$) han recibido un mayor número de tratamientos que las personas que no tienen afectada su área cognitiva ($M = 2.39$, $DT = 2$), siendo una diferencia significativa ($t = -3.48$, $p < .01$, $d = -1.08$). No encontrando diferencias significativas en las demás áreas vitales.

Asimismo, mediante la prueba de chi cuadrado, se comprobó la relación entre la afectación de áreas totales y haber sido diagnosticado hace menos de diez años y el tratamiento recibido; y, por último, la afectación de áreas totales y haber sufrido una recaída. Las personas que han recibido cirugía y quimioterapia se relacionan significativamente con la afectación de áreas vitales ($\chi^2 = 23.0$, $p < .01$). El 20.7% que recibió como tratamiento cirugía y quimioterapia afirma tener afectadas las ocho áreas vitales (física, sexual, emocional,

cognitiva, social, laboral/académica, familiar y de ocio). El 17.2% afirma tener afectadas tres áreas vitales, el 17.2% afirma tener afectadas cuatro áreas vitales y el 17.2% afirma tener afectadas cinco áreas vitales. Igualmente, las personas que han recibido cirugía, quimioterapia y radioterapia también se relacionan significativamente con la afectación de áreas vitales ($\chi^2 = 15.0, p < .05$). El 22.7% que recibió como tratamiento cirugía, quimioterapia y radioterapia testifica tener las ocho áreas vitales afectadas (física, sexual, emocional, cognitiva, social, laboral/académica, familiar y de ocio) y el 18.2% afirma tener afectadas cinco. No se encontraron diferencias significativas entre las áreas totales y haber sufrido una recaída.

Variables psicológicas en función de las variables clínicas

Se realizó el análisis de las variables psicológicas en función de las variables clínicas. Primeramente, se analizaron los descriptivos de cada variable psicológica. En primer lugar, los análisis descriptivos de la Satisfacción con la Vida reflejan una media de 16.2 (DT = 5.42), considerándose un valor intermedio, ya que a mayor puntuación (máximo 25) mayor satisfacción con la vida. Los análisis descriptivos de la variable psicológica Ansiedad indican una media de 8.48 (DT = 4.42), puntuación indicativa de un caso probable de ansiedad (normalidad entre 0-7, caso probable entre 8-10 y caso de ansiedad entre 11-21). En el caso de la variable Depresión la media es de 4.50 (DT = 4.28) y se interpreta dentro de la normalidad (normalidad entre 0-7, caso probable entre 8-10 y caso de ansiedad entre 11-21). Finalmente, los análisis descriptivos de la variable Miedo a la Recurrencia del Cáncer reflejan una media de 11.1 (DT = 3.88), indicando una preocupación baja, ya que una mínima preocupación se encuentra en un valor de 6 y una máxima preocupación en un valor de 24.

Después, mediante la Correlación de Pearson, se estudió la relación entre cada variable psicológica con la edad y, por otro lado, con el número total de tratamientos recibidos. El Miedo a la Recurrencia del Cáncer presentó una relación significativa con la edad ($r = -.382, p < .05$). No se encontraron relaciones significativas en las demás variables. Asimismo, a través de la prueba t-Student para muestras independientes se comprobó la relación entre cada variable psicológica y haber sido diagnosticado hace menos de diez años y hace más de diez años (Tabla 2). Como se puede observar en la Tabla 2, las personas con un diagnóstico de cáncer de hace menos de diez años presentaron una Satisfacción con la Vida menor ($M = 15.2, DT = 16$) que las personas que recibieron el diagnóstico de cáncer hace más de diez años ($M = 19.8, DT = 22$), de forma significativa ($t = 2.34, p < .05, d = .88$). Con esta misma prueba también se comprobó la relación entre cada variable psicológica y haber sufrido una recaída, pero no se encontraron diferencias significativas en ninguna variable.

Finalmente, con la prueba ANOVA se estudió la relación entre cada variable psicológica y los diferentes planes de tratamiento. Por un lado, las personas cuyo tratamiento había estado formado por cirugía, quimioterapia y radioterapia presentaron una Satisfacción con la Vida menor ($M = 14.4$, $DT = 5.52$) que el resto de participantes ($M = 18.2$, $DT = 4.67$), de forma significativa ($F = 5.80$, $p < .05$). De la misma manera, las personas que recibieron quimioterapia y radioterapia presentaron una Satisfacción con la Vida menor ($M = 14.5$, $DT = 5.49$) que las personas que no recibieron ese plan de tratamiento ($M = 18.4$, $DT = 4.47$), de forma significativa ($F = 6.31$, $p < .05$). Por otro lado, los supervivientes que se han tenido que someter a cirugía mostraron mayor depresión ($M = 4.74$, $DT = 4.44$) que el resto ($M = 2.25$, $DT = .5$), siendo una diferencia significativa ($F = 10.6$, $p < .01$). Los supervivientes que se tuvieron que someter tanto a cirugía como a quimioterapia, también mostraron más síntomas depresivos ($M = 5.38$, $DT = 4.82$) que los que no habían recibido esta combinación de tratamientos ($M = 2.54$, $DT = 1.56$), de forma significativa ($F = 8.16$, $p < .01$). Asimismo, las personas que recibieron cirugía presentaron un mayor Miedo a la Recurrencia del Cáncer ($M = 11.42$, $DT = 3.87$) que el resto ($M = 7.75$, $DT = 2.22$), siendo una diferencia significativa ($F = 8.31$, $p < .05$). Los supervivientes con un plan de tratamiento de cirugía y quimioterapia también presentaron mayor Miedo a la Recurrencia del Cáncer ($M = 11.83$, $DT = 4.09$) que los demás ($M = 9.38$, $DT = 2.81$), siendo una diferencia significativa ($F = 5.03$, $p < .05$).

Tabla 2.

Análisis de diferencias de las variables psicológicas en función del tiempo de diagnóstico

	Diagnóstico				<i>t</i>	<i>d</i>
	Menos de 10 años		Más de 10 años			
	M	DT	M	DT		
SCV	15.2	5.08	19.8	5.40	-2.34*	.88
ANS	8.38	4.60	9.20	2.95	-.38	-
DEP	4.54	4.42	4.20	3.49	.16	-
MRC	11.2	3.92	9.33	3.00	1.54	-

Nota. SCV=Satisfacción con la vida; ANS=Ansiedad; DEP=Depresión; MRC=Miedo a la recurrencia del cáncer; M=media; DT=desviación típica; *t*=Valor de T-Student; *d*= delta de Cohen; Significación: * $p \leq .05$

Relación entre variables psicológicas

Se realizó un análisis correlacional para estudiar las diferentes relaciones existentes entre las variables psicológicas entre sí, así como con la variable Edad. Como se ve reflejado en la tabla 4, la Satisfacción con la Vida se relacionó de forma negativa y significativa con la *ansiedad* ($r = -.472, p < .01$), con la *depresión* ($r = -.676, p < .01$) y con el *miedo a la recurrencia del cáncer* ($r = -.400, p < .01$). La Ansiedad se relacionó de forma positiva y significativa con la *depresión* ($r = .715, p < .01$) y con el *miedo a la recurrencia del cáncer* ($r = .644, p < .01$). Asimismo, el Miedo a la Recurrencia del Cáncer se relacionó de forma positiva y significativa con la *depresión* ($r = .617, p < .01$). Además, el Miedo a la Recurrencia del Cáncer se relacionó de forma negativa y significativa con la *edad* ($r = -.382, p < .05$).

Tabla 3.

Análisis de relación entre las variables psicológicas y la edad

	Edad	SCV	ANS	DEP	MRC
Edad					
SCV	.120				
ANS	-.248	-.472**			
DEP	-.079	-.676**	.715**		
MRC	-.382*	-.400**	.644**	.617**	

Nota. SCV=Satisfacción con la vida; ANS=Ansiedad; DEP=Depresión; MRC=Miedo a la recurrencia del cáncer; r =Correlación de Pearson; Significación: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Discusión

El principal objetivo de este estudio fue conocer el impacto emocional entre los supervivientes de cáncer, analizando variables clínicas y psicológicas así como la posible relación entre ellas. Los resultados muestran que el área vital más afectada en los supervivientes es la emocional, estando presente en un 83.3% de la muestra recogida, lo que coincide con la bibliografía científica (Andrés, 2005). Además, el 76.5% y el 52.4% afirman tener afectadas el área física y sexual, respectivamente, coincidiendo con los datos aportados por los autores (Andrés, 2005; Martínez, 2019). En futuras investigaciones convendría estudiar el tipo de tumor diagnosticado y tratado para conocer si esto se puede relacionar con el área vital afectada. Sin embargo, aunque los resultados del área emocional, física y sexual se corroboran con la bibliografía científica recogida, no ha sido así en el caso del área socio-laboral que, según los autores (Andrés, 2005), es una de las más afectadas. En este caso, el área social y laboral se ha visto alterada en un 33.3% de la muestra. Una posible explicación

de estos resultados, sería que los participantes de este estudio son la mayoría mujeres (90.5%) con una edad media de 52 años, por lo que podría ser interesante estudiar, en un futuro, las ocupaciones laborales de los participantes, pues dependiendo del sexo, edad, estudios o entorno social, el área socio-laboral de las personas puede verse afectada de distinta manera.

En cuanto al tratamiento oncológico recibido, se pone de manifiesto en este estudio que haber sido tratado con cirugía, quimioterapia y radioterapia afecta considerablemente a la salud mental de la persona. Los resultados evidencian como aquellos participantes que recibieron esos determinados tratamientos tienen afectadas más de la mitad de todas las áreas vitales e, incluso, un 20.7% afirma tener alteradas todas ellas. Esto coincide con lo que otros autores ponen de manifiesto acerca de los grandes efectos secundarios, tanto físicos como psicológicos, que presentan por separado cada uno de estos tratamientos (Alonso y Bastos, 2011; Cruzado, 2010; Die-Trill, 2003). Una vez se conocen los efectos de los tratamientos y/o cirugías, sería interesante estudiar de qué manera, combinándolos, influyen en mayor o menor medida en la persona que los recibe, ya que, en este estudio, las relaciones significativas están presentes en esta combinación de tratamientos y no con otros, como la hormonoterapia.

Por otro lado, en el caso de la satisfacción con la vida, también se evidencian resultados que corroboran la bibliografía científica revisada (Avis y Deimling, 2008), ya que las personas que han recibido como tratamiento cirugía, quimioterapia y radioterapia presentan una menor satisfacción vital que el resto de la muestra. Puede que al tratarse de tratamientos con numerosos efectos secundarios y que las personas interpretan como desagradables, haya influido de manera considerable en su funcionamiento psicológico, sintiendo así una disminución de su calidad de vida y, por ello, su satisfacción con ella también ha disminuido.

Asimismo, según la bibliografía científica, las personas de edad más avanzada suelen obtener puntuaciones más resilientes y, por tanto, mayor satisfacción con la vida que las personas jóvenes (Rueda y Cerezo, 2020). En este estudio no se ha encontrado una relación significativa entre esta variable y la edad, lo que podría deberse a que no hay muchos participantes jóvenes o de mediana edad, ya que la media es de 52 años. Para futuras investigaciones sería muy interesante alcanzar una mayor muestra para conocer la situación de supervivientes de mediana edad o jóvenes en relación a la satisfacción con la vida. Aun así, los resultados permiten conocer que las personas que recibieron su diagnóstico hace más de diez años presentan una mayor satisfacción vital que las personas que fueron diagnosticadas hace menos de diez años, lo que concuerda con la bibliografía científica

(Given et al., 2000), pues la mejora del funcionamiento físico según avanzan los años desde el diagnóstico influye en el aumento de la satisfacción con la vida.

En cuanto a la ansiedad y la depresión, los resultados no han sido los esperados en un primer momento, pues las hipótesis planteadas, según la literatura consultada (Daniel, 2020; Ochoa et al., 2017), eran que los supervivientes presentarían niveles elevados de ansiedad y depresión, lo que no ha sido así. En la variable ansiedad la media ha sido de 8.48, por lo que se podría calificar según el *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-S)* como un caso probable, aunque no preocupante, de ansiedad. De igual modo, en la variable depresión la media ha sido de 4.50, una puntuación que sitúa a la persona dentro de la normalidad. Además, al igual que con la satisfacción con la vida, los autores afirmaban (Champion et al., 2014; Rueda y Cerezo, 2020) que los supervivientes más jóvenes y con tiempos más cortos desde el diagnóstico presentarían mayor ansiedad y depresión, algo que no se ha podido corroborar en este estudio, pues no se han encontrado relaciones significativas, ya que en la muestra recogida hay una escasa presencia de participantes jóvenes. Estos resultados son llamativos, ya que las puntuaciones obtenidas en el instrumento de medida evidencian la poca problemática de la muestra recogida en torno a la ansiedad y la depresión, resultados que contrastan en gran medida con la literatura (Daniel, 2020; Ochoa et al., 2017).

Asimismo, existen dos relaciones que han llamado también la atención. Haberse sometido únicamente a cirugía o haber recibido únicamente un tratamiento de cirugía y quimioterapia suponen un aumento de puntuaciones en torno a la depresión. Las personas que recibieron estos tratamientos, como única intervención, presentan una media de depresión mayor en comparación con otros planes de tratamientos que, incluso, tienen una mayor combinación de fármacos y más efectos secundarios. Como se ha dicho anteriormente, esto podría deberse a los efectos secundarios de estos procedimientos exactos, ya que pueden afectar a la vida de una persona más que otros. Es un resultado interesante que no se ha encontrado en la literatura científica, por lo que podría estudiarse en líneas de investigación futuras para conocer cuáles han podido ser los factores que han influido en que esta combinación de intervenciones aumente la depresión de los supervivientes de cáncer.

En referencia al miedo a la recurrencia del cáncer, según los autores Crist y Grunfeld (2013), afecta a la gran mayoría de los supervivientes, siendo un miedo elevado en más de la mitad de ellos. En este estudio los resultados no corroboran lo anteriormente mencionado, ya que la media obtenida ha sido de 11.1, una puntuación que, según el *Cancer Worry Scale (CWS)*, está dentro de la normalidad. Sin embargo, sí que se ha podido observar cómo la puntuación obtenida en el miedo a la recurrencia del cáncer aumenta al mismo tiempo que

disminuye la edad de la persona. Un resultado que contrasta con la bibliografía científica (Altuve, 2020), en la que no se detalla que este miedo se relacione con la edad de la persona. Debido a esto, en el futuro, una línea de investigación interesante sería indagar acerca de la edad de la persona y cómo influye en el miedo a la recurrencia del cáncer. Por otro lado, destacan los resultados de haberse sometido únicamente a cirugía o haber recibido únicamente un tratamiento de cirugía y quimioterapia, pues ambos tipos de intervención suponen un aumento del miedo a la recurrencia del cáncer. Estos últimos datos no han sido encontrados en la literatura científica, siendo por ello un aspecto interesante a estudiar en el futuro, con el objetivo de conocer la razón por la que estos tratamientos en solitario afectan en mayor medida a los supervivientes, antes que otras opciones con, aparentemente, mayores efectos secundarios.

Resumidamente, se ha podido evidenciar como la salud mental de los supervivientes de cáncer se ha visto afectada, no solo con sus impresiones en cuanto a áreas vitales afectadas, sino observando como diferentes combinaciones de tratamientos, el tiempo desde el diagnóstico y la edad de la persona influyen directamente en sus áreas vitales, su satisfacción vital, la ansiedad, la depresión y el miedo a la recurrencia del cáncer. Además, se han obtenido resultados que permiten evidenciar la gran relación entre las variables psicológicas. Una alta satisfacción vital se relaciona con menor ansiedad, depresión y miedo a la recurrencia del cáncer. Asimismo, presentar un nivel alto de ansiedad se relaciona con mayor depresión y miedo a la recurrencia del cáncer. Y, por último, un alto nivel de miedo a la recurrencia del cáncer tiene relación con ser una persona joven y presentar un nivel elevado de depresión.

Tras la realización de esta investigación, es importante tener en cuenta las limitaciones que presenta. Una de ellas es la falta de información con respecto al tipo de tumor que ha padecido la persona, ya que podría haber sido de utilidad para conocer qué efectos tiene en la persona una determinada operación o tratamiento y cómo le ha afectado a nivel emocional. A su vez, no conocer el entorno socio-laboral de la persona es una limitación a la hora de valorar la afectación del área social, laboral y de ocio, pues dependiendo de esto los resultados pueden variar considerablemente. Asimismo, la muestra es relativamente pequeña y con baja representatividad por edad, una limitación que se considera bastante importante, ya que haber podido alcanzar una muestra más grande y con participantes de edades más jóvenes habría permitido llegar a unos resultados más concluyentes. Otro aspecto que ha supuesto un añadido en cuanto a limitaciones es el acceso al cuestionario, pues al ser únicamente por internet era más complicado acceder a la muestra. Además, podría haber sido provechoso recoger muestra en asociaciones de pacientes y centros de salud, donde hay un

mayor acceso a personas con estas características. De la misma manera, deben destacarse las limitaciones que conllevan el uso de autoinformes, pues siempre existe el riesgo de deseabilidad social por parte de los participantes, incomprensión de alguna pregunta o tendencia a contestar rápidamente y sin fijarse mucho en las preguntas.

De cara a investigaciones futuras, un aspecto de notoria importancia sería estudiar el tipo de tumor. Conociendo su estadio, su localización y los tratamientos recibidos, se podrían obtener resultados más concretos y específicos acerca de la afectación de áreas vitales o los niveles de cada una de las variables psicológicas. Asimismo, y según los resultados analizados, sería de especial relevancia investigar más acerca del área sexual y los factores que determinan su afectación, así como el área socio-laboral, para conocer como varían los resultados dependiendo de la muestra. Otro aspecto en el que hay escasa literatura ha sido el relacionado con las recaídas y el miedo a la recurrencia del cáncer, por lo que sería enriquecedor estudiar más sobre esta relación y ver si los valores del miedo aumentan con una recaída o dependen de otros tipos de factores. Además, algo que ha dificultado la investigación ha sido la poca presencia de varones y gente de mediana edad en los estudios de la bibliografía consultada, al igual que en la muestra recogida en este estudio, ya que los participantes suelen ser mujeres de edades más avanzadas. Habría que investigar si esto hace referencia a la participación voluntaria en investigaciones de varones y mujeres o al rango de edad y sexo que afectan los diagnósticos oncológicos en mayor medida.

Teniendo en cuenta esto, se debe poner el foco más aun en la salud mental de los supervivientes de cáncer, muchas veces grandes olvidados en oncología. Se tiende a pensar que una vez terminado el proceso de cáncer y los efectos secundarios de sus tratamientos la persona vuelve a su vida cotidiana, pero, esto queda muy lejos de la realidad. Las personas experimentan efectos secundarios físicos a largo plazo, así como diferentes emociones que no entienden una vez pasado el proceso o en el momento de la recuperación. Además, manifiestan que se sienten abandonados una vez han pasado los cinco años de revisiones. Es cierto que, aunque en los últimos años la salud mental está más presente en la sociedad y los sistemas sanitarios, aún es algo pendiente, pues como bien se ha evidenciado en este estudio, según los mismos supervivientes de cáncer el área vital más afectada, por delante de la física, ha sido la emocional. Esto evidencia la gran necesidad que existe en este campo de intervenir y no olvidar que el proceso médico del cáncer dura un tiempo determinado, pero sus secuelas físicas y emocionales son para toda la vida, debiendo ser atendidas para mejorar la calidad de vida de los supervivientes.

Referencias bibliográficas

- Alonso, C. y Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Revista Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207. Doi: [10.5093/cc2011v2n2a6](https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6)
- Alonso-Llácer, L., Lacomba-Trejo, L. y Pérez-Marín, M. (2022). Satisfacción con la vida, vitalidad y emociones positivas como factores de protección ante el duelo complicado. *Psicología y Salud*, 32(1), 161-170. Doi: [10.25009/pys.v32i1.2722](https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2722)
- Altuve, J. J. (2020). Distrés psicológico, miedo a la recurrencia del cáncer y calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas. *Psicooncología*, 17(2), 239-253. Doi: [10.5209/psic.72019](https://doi.org/10.5209/psic.72019)
- American Cancer Society (2018). *Profesionales de la salud relacionados con la atención del cáncer*. Recuperado el 30 de abril de 2023 de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/su-equipo-de-tratamiento/profesionales-de-la-salud-relacionados-con-la-atencion-del-cancer.html>
- Andrés, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 51-57.
- Arrighi, E. (2014). *Necesidades de personas que han finalizado tratamientos oncológicos en España*. Tesis Doctoral: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Asociación Española Contra el Cáncer (2022). *Informe dinámico: Incidencia*. Recuperado el 23 de octubre de 2022 de <https://observatorio.contraelcancer.es/informes/informe-dinamico-incidencia>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Avis, N. E. y Deimling, G. T. (2008). Cancer survivorship and aging. *Cancer: interdisciplinary international journal of the american cancer society*, 113(S12), 3519-3529. Doi: [10.1002/cncr.23941](https://doi.org/10.1002/cncr.23941)
- Cabrera, E., Zabalegui, A. y Blanco, I. (2011). Versión española de la Cancer Worry Scale (Escala de Preocupación por el Cáncer: adaptación cultural y análisis de la validez y la fiabilidad). *Medicina clínica*, 136(1), 8-12. Doi: [10.1016/j.medcli.2010.04.015](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.04.015)
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80. Doi: [10.5209/PSIC](https://doi.org/10.5209/PSIC)

- Castillo, A. y Redolat, R. (2019). Impacto emocional y afrontamiento del diagnóstico de cáncer en pacientes y familiares. *Universidad Internacional de Valencia*, 77.
- Champion, V. L., Wagner, L., Monahan, P. O., Daggy, J., Smith, L., Cohee, A., Ziner, K.W., Haase, J. E., Miller, K. D., Pradhan, K., Unverzagt, F.W., Cella, D., Ansari, B. y Sledge, G.W. (2014). Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains. *Cancer*, 120(15), 2237-2246. Doi: [10.1002/cncr.28737](https://doi.org/10.1002/cncr.28737)
- Crist, J. V. y Grunfeld, E. A. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(5), 978-986. Doi: [10.1002/pon.3114](https://doi.org/10.1002/pon.3114)
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid, España: Síntesis.
- Daniel, P. (2020). *Supervivientes del cáncer, experiencias y necesidades de pacientes que han superado una enfermedad oncológica. Crecimiento postraumático en supervivientes al cáncer*. Tesis doctoral: Universidad Austral.
- Die-Trill, M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid, España: Ades Ediciones.
- Dirzyte, A., Perminas, A. y Biliuniene, E. (2021). Psychometric properties of satisfaction with life scale (Swls) and psychological capital questionnaire (pcq-24) in the lithuanian population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2608. Doi: [10.3390/ijerph18052608](https://doi.org/10.3390/ijerph18052608)
- Firkins, J., Hansen, L., Driessnack, M. y Dieckmann, N. (2020). Quality of life in “chronic” cancer survivors: a meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 14, 504-517. Doi: [10.1007/s11764-020-00869-9](https://doi.org/10.1007/s11764-020-00869-9)
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J. L., Álvarez, M. A. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258. Doi: [10.17711/sm.0185-3325.2015.035](https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.035)
- Given, C. W., Given, B., Azzouz, F., Stommel, M. y Kozachik, S. (2000). Comparison of changes in physical functioning of elderly patients with new diagnoses of cancer. *Medical care*, 38(5), 482-493. Doi: [10.1097/00005650-200005000-00005](https://doi.org/10.1097/00005650-200005000-00005).

- Llunch, A., Linares, S., Naranjo, Y. y Concepción, J. A. (2021). Vínculos entre psicooncología y enfermería en el cuidado continuo de personas con cáncer de próstata. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(4).
- López-Torres, H., Rabanales, J., Simarro, M. J., Campos, M., López-Torres, J. y Sánchez, M. P. (2015). Revisión por pares: factores asociados con la preocupación por el cáncer entre personas de 50 años o más, España, 2012–2014. *Preventing Chronic Disease*, 12. Doi: [10.5888/pcd12.150398](https://doi.org/10.5888/pcd12.150398)
- Luchini, F. (2019). *Supervivientes del cáncer, experiencias y necesidades de pacientes que han superado una enfermedad oncológica: ansiedad y depresión en sobrevivientes del cáncer*. Tesis doctoral: Universidad Austral.
- Martínez, P. (2019). Supervivencia en cáncer: la necesidad de una atención integral y la importancia de asumir un rol activo. *Papeles del psicólogo*, 40(1), 39-45. Doi: [10.23923/pap.psicol2019.2885](https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2885)
- Mullan, F (1985). Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313(4), 270-273.
- National Cancer Institute (2021). *¿Qué es el cáncer?*. Recuperado el 23 de octubre de 2022 de <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- National Cancer Institute (s.f.). Tipos de Tratamiento del Cáncer. Recuperado el 03 de abril de 2023 de <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A. y Borràs, J. M. (2017). Psicoterapia Positiva para supervivientes de cáncer con niveles elevados de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 17(1), 1-10.
- Organización Mundial de la Salud. (2 de febrero de 2022). *Cáncer*. Recuperado el 23 de octubre de 2022 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Ramírez, M., Galindo, O., Bargalló, J. E., Costas, R., Suchil, L. y Meneses, A. (2022). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas. *Psicología y Salud*, 32(2), 313-324. Doi: [10.25009/pys.v32i2.2752](https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2752)

- Roberto M. V., Álvarez, O. C. y Valdivieso B. F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684. Doi: [10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)
- Rueda, P. y Cerezo, M. V. (2020). Resiliencia y cáncer: una relación necesaria. *Escritos de Psicología*, 13(2), 90-97. Doi: [10.24310/espsiescpsi.v13i2.10032](https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v13i2.10032)
- Ruiz-González, P., Zayas, A., Morales-Sánchez, L., Gil-Olarte, P. y Guil, R. (2019). Resiliencia como predictora de depresión en mujeres con cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 75-84.
- Sociedad Española de Oncología Médica (2022). *Las cifras del cáncer en España*. Recuperado el 25 de abril de 2023 de https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf
- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V. y Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503. Doi: [10.6018/analesps.31.2.172701](https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701)
- Zayas, A., Molinero, R., Guil, R., Olarte, P. y Jiménez, E. (2018). Relación entre la resiliencia y la satisfacción con la vida en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 127-136.
- Zlatar, Z. Z., Meier, E. A., Montross, L. P., Palmer, B. W., Glorioso, D., Marquine, M. J., Moore, R. C., Daly, R. y Jeste, D. V. (2015). Life satisfaction and its correlates among older cancer survivors: critical role of psychosocial factors. *Psycho-Oncology*, 24(2), 241-244. Doi: [10.1002/pon.3600](https://doi.org/10.1002/pon.3600)
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión. *Acta psiquiátrica Scandinavica*, 67, 361-370. Doi: [10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x)