

2018-06-27

# Relación entre Calidad de Vida y Sobrevida en Pacientes oncológicos

Cardoso, María Carla

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/703>

*Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni*

“Relación entre Calidad de Vida y Sobrevida en pacientes  
oncológicos.”

La Tesina correspondiente al requisito curricular Trabajo de  
Investigación conforme O.C.S 553/2009

**Apellidos y Nombres de las alumnas:**

Cardoso, María Carla matricula 9130/10 D N I: 36.554.418

Massone, Mailen matricula 9388/10 DNI 36.834.669

**Supervisor:** Dra. Alicia Massone

**Co- Supervisor:** Lic. María Carolina Grossi

**Cátedra de radicación:** Psicología Cognitiva

**Fecha de presentación:** 20/10/2017

"Esta Tesina corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Cardoso, María Carla (Mat. 9130/10) y Massone, Mailen (Mat.9388/10), de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras".

"El que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborado por las alumnas: Cardoso, María Carla (Mat. 9130/10) y Massone, Mailen (Mat.9388/10), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 20 días del mes de Octubre del año 2017".

Dra. Alicia Massone

*Supervisora*

Lic. María Carolina Grossi

*Co-supervisora*

## **Informe de Evaluación del Supervisor y Co-Supervisor**

La presente evaluación se organizará en torno a los siguientes ejes, de acuerdo a lo normado por la O.C.S. 1388/11:

- a) El grado de cumplimiento de los objetivos previstos en el plan de trabajo.
- b) La calidad y el grado de elaboración logrados.
- c) El compromiso y la responsabilidad asumida en la realización de la tarea.

En primer lugar, *los objetivos previstos en el plan de trabajo* se han cumplido en su totalidad. El proyecto fue factible; lográndose en tiempo y forma llevar a cabo el plan propuesto. El diseño metodológico de la investigación fue adecuado para cumplir los objetivos previstos, así como los procedimientos utilizados para obtener los resultados.

En segundo lugar, *la calidad y el grado de elaboración logrados* en este proyecto son sobresalientes, tanto en la búsqueda de antecedentes para la configuración del marco teórico, como en la organización lógica de las hipótesis y la metodología para contrastarlas. Esta última ha adquirido en el contexto de este trabajo, un grado de sistematicidad muy difícil de alcanzar en temas como el abordado, que es altamente complejo con una gran cantidad de variables que lo influyen. Respecto a los resultados y conclusiones, es evidente la coherencia del contenido, con una ordenada estructura proposicional, que se manifiesta a través de una redacción fluida y precisa. La presentación de los resultados (tablas, gráficos, etc.) es prolija y ajustada. La bibliografía fue pertinente y actualizada, reflejando el estado del arte de la temática en cuestión. En la ejecución del proyecto, se han respetado las recomendaciones

y normas éticas de la investigación científica. El aporte del presente trabajo resulta de interés especialmente en nuestro país, dado que en el mismo el desarrollo de esta temática es incipiente.

En tercer lugar, *el compromiso y la responsabilidad asumida en la relación de la tarea* por parte de las alumnas autoras de esta tesis ha sido excelente. Su dedicación es encomiable, así como su seriedad a la hora de abordar tanto los contenidos como las actividades a realizar. El trabajo con pacientes con cáncer es sumamente delicado, porque el cómo se interactúe con ellos incidirá directamente en su bienestar, en su calidad de vida, y tal como ha quedado evidenciado por el presente trabajo, en su sobrevida.

En resumen, la Tesina evaluada ha resultado excelente por su originalidad, por la calidad en su presentación y redacción, y la dedicación y magnitud del trabajo realizado.

Lic. María Carolina Grossi

Dra. Alicia Massone

*Co-supervisora*

*Supervisora*

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas: Cardoso, María Carla (Mat. 9130/10) y Massone, Mailen (Mat.9388/10)".

Firma y Aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:

# PLAN DE TRABAJO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

INVESTIGACION DE PREGRADO.PLAN DE TRABAJO

REQUISITO CURRICULAR DEL PLAN DE ESTUDIOS 2010 (O.C.S. 553/09)

**Apellidos y Nombres de las alumnas:** Cardoso, María Carla

Massone, Mailen

**Matricula y año:** 9130/10

9388/10

**Cátedra de radicación:** Psicología Cognitiva

**Supervisor:** Dra. Alicia Massone

**Co- Supervisor:** Lic. María Carolina Grossi

**Título del proyecto:** Relación entre Calidad de Vida y Sobrevida en pacientes oncológicos.



## DESCRIPCIÓN RESUMIDA

La Organización Mundial de la Salud define el cáncer como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células que puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo y en cualquier momento vital.

La cronicidad que lo caracteriza y los efectos secundarios de sus tratamientos expone a quien lo padece a una multiplicidad de situaciones estresantes que son generadoras de malestar psicológico y que el paciente debe afrontar, como por ejemplo cuando se presentan los primeros síntomas, la incertidumbre ante su evolución, los cambios en su estilo de vida, la preocupación que despierta someterse a los distintos tratamientos y a sus efectos secundarios. Esto produce un impacto en diversas dimensiones tales como: psicológicas, familiares, laborales y físicas, con la consiguiente alteración de la calidad de vida de la persona.

Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer es la segunda causa de muerte a escala mundial, se le atribuyen 8,8 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo en 2015. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años (OMS, 2017).

El presente trabajo se propone explorar la relación entre calidad de vida al inicio del tratamiento médico y la sobrevida del paciente oncológico al año de iniciado el mismo. Analizaremos dentro del constructo calidad de vida las siguientes dimensiones: bienestar físico, bienestar social, bienestar emocional y bienestar funcional.

Se considera en el contexto de este estudio, que la calidad de vida podría predecir la tasa de sobrevida en esta tipología de pacientes.

Este estudio se basa en un diseño Retrospectivo de Comparación de Grupos, basado en una muestra por disponibilidad de adultos entre 20 y 65 años de ambos sexos con cáncer no metastásicos bajo tratamiento clínico activo contra la enfermedad. Se considera interesante corroborar la consistencia de los resultados de este estudio con los reportados por la literatura científica en el campo de los estudios sobre bienestar en población con patología física crónica.

**Palabras Clave:** bienestar emocional, bienestar físico, bienestar funcional, bienestar social, calidad de vida, sobrevida.

## DESCRIPCIÓN DETALLADA

### Motivos

El reporte de la Organización Mundial de la Salud (2017) revela que más de 60 % de los nuevos casos de cáncer en el mundo tienen lugar en África, Asia, Sudamérica y Centroamérica y el 70 % de las muertes por cáncer también ocurren en estas regiones. La tasa de incidencia de cáncer en Argentina (ajustada por edad a la población mundial) es de 206,3 por cada 100.000 personas y se diagnostican 104.900 casos nuevos al año. En este sentido, Argentina se encuentra en un nivel medio-alto de incidencia de cáncer y se estiman más de 200.000 nuevos casos para el año 2020.

Dada su alta incidencia y el incremento exponencial de casos proyectados a futuro, el abordaje psicosocial de estos pacientes debiera ser un tema prioritario en las agendas de los sistemas de salud de nuestro país. Además, según las estimaciones realizadas por la *International Agency for*

*Research on Cancer -IARC-* (2012) el 45% de los pacientes oncológicos sufren malestar emocional, en tanto perciben que las demandas de la nueva situación son demasiado altas o que sus recursos son escasos para responder eficazmente a dicha demanda.

En la actualidad, ser diagnosticado de cáncer es una de las situaciones más estresantes y temidas en la sociedad, en este sentido, es una de las enfermedades que más impacto psicológico produce en la persona que lo padece, debido a que la persona siente amenazada su vida e integridad y experimenta gran malestar emocional. (Alonso Fernández & Bastos Flores, 2011)

Si bien a nivel nacional no existe un protocolo para el abordaje psicológico del paciente oncológico (Faure, Soutelo, Farai & Juvenal, 2012) las intervenciones psicosociales que abordan esta tipología de pacientes responden a objetivos diversos. Algunas abordan la patología psicológica (Larson & Wood, 2004) y otras trabajan sobre la potenciación de los recursos psicológicos del paciente (Vázquez, Hervas, Rahona & Gómez, 2009). En esta línea para la Psicooncología es fundamental el abordaje del paciente considerando variables asociadas a aspectos psicológicos positivos. Según Muñoz Llarena y López (2007) la adaptación o ajuste a la enfermedad debe medirse con la presencia de aspectos psicológicos positivos asociados al bienestar y la calidad de vida.

Según Wang, Sun, Ding et. al. (2016) la supervivencia y la calidad de vida son las variables más reportadas en estudios comparativos con personas con cáncer, consideran que la evaluación de la calidad de vida antes del inicio

del tratamiento médico puede ser un factor pronóstico importante y de relevancia clínica.

En función de lo anterior y de la insuficiente evidencia científica sobre la relación entre variables positivas y sobrevida en personas con cáncer nos moviliza el interrogante en relación a esta enfermedad y el impacto sobre su calidad de vida y sobrevida.

### **Antecedentes**

Entre los estudios que generaron teorías acerca de la calidad de vida en población con patología física, es oportuno mencionar al de Veenhoven (1996) que define la satisfacción vital como el grado en que el la persona evalúa la calidad global de su propia vida y la asocia con indicadores de salud física y mental. En este sentido, para Tonon (2010) la calidad de vida es un concepto subjetivo que refleja el punto de vista individual del bienestar y del funcionamiento de cada persona, es experiencial y evaluativo, es dinámico, flexible y significativo para cada sujeto y fundamentalmente es multidimensional, porque se basa en una medición tanto global como de los dominios específicos identificados como constitutivos de la calidad de vida.

El bienestar psicológico es considerado la dimensión subjetiva de la calidad de vida, su vivencia subjetiva relativamente estable, que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos están mediados por la personalidad y por las condiciones socio-históricas y culturales

en que se desenvuelve el individuo. (Fernández González; García-Viniegras; Ruiz, 2014).

El *National Cancer Institute* (2012) define la supervivencia en cáncer como la vida de la persona con cáncer después del tratamiento médico hasta el final de su vida; incluye aspectos físicos, psicológicos, económicos, las fases de diagnóstico, tratamiento; y considera a la sobrevida como su indicador empírico.

Se ha descubierto que las emociones negativas inducen la disminución de las defensas y las positivas favorecen su incremento (Fernández, 2004). Frente al diagnóstico del cáncer y al malestar psicológico que éste genera, el papel de las emociones y sentimientos positivos es una de las variables que inciden sobre el tratamiento y podría impactar sobre la sobrevida de la persona. Meta-análisis recientes muestran una relación consistente entre variables relacionadas con el funcionamiento psicológico positivo (emociones positivas, crecimiento o búsqueda de beneficios) y resultados robustos asociados con la salud como la mortalidad, indicadores físicos de salud o el grado de recuperación en enfermedades físicas (Vázquez, 2013).

El meta-análisis de Seligman, (2011) que aborda la relación entre variables positivas y cáncer, está compuesto por 83 estudios sobre bienestar y salud física, presenta conclusiones contradictorias para el efecto del bienestar psicológico en la supervivencia en pacientes con cáncer. 18 de los 83 estudios concluyen que las personas más optimistas tienen mejores resultados con un nivel de contraste sólido. Según Seligman los estudios sobre cáncer y su relación con esperanza, optimismo, bienestar y felicidad muestran efectos beneficiosos para los pacientes cuando la enfermedad no es sumamente

grave. De todos modos considera que no hay que descartar las incidencias de las variables positivas en situaciones físicas extremas.

El meta-análisis de Chida y Steptoe (2008), sugiere que el bienestar psicológico positivo tiene un efecto favorable sobre la supervivencia tanto en poblaciones sanas como enfermas; revela que las personas enfermas que presentan un bienestar alto muestran un 2% menos de probabilidades de morir que las que gozan de un bienestar bajo, es decir, la sensación de bienestar subjetivo protege a las personas con ECV, insuficiencia renal y HIV de morir.

El estudio más reciente de Hernández-Socorro; Saavedra; Felipe; et al. (2017) ha demostrado que los pacientes que tienen una mejor calidad de vida pueden vivir más, la extensión tumoral y la buena calidad de vida fueron los únicos factores predictivos estadísticamente significativos de sobrevida a largo plazo en pacientes con carcinoma.

Dado los resultados controvertidos reportados en los últimos estudios, el presente trabajo se propone indagar la asociación entre variables positivas como el bienestar y la calidad de vida con la sobrevida en adultos no metastásicos.

Cabe aclarar que el presente estudio se desprende de una investigación mayor denominada: *“Eficacia de un programa de intervención para mejorar la adaptación psicológica del paciente oncológico a la situación de enfermedad”* (Massone, 2015)

### **Objetivo general**

- Abordar desde una mirada positiva a un grupo de adultos con patología oncológica.

- Analizar el bienestar social; bienestar funcional; bienestar emocional; y bienestar físico en las personas bajo estudio.
- Analizar la calidad de vida en las personas bajo estudio.
- Analizar la tasa de sobrevida al año, de las personas bajo estudio.

### **Objetivos particulares**

- Identificar los pacientes que al cumplirse el año de comenzado el tratamiento oncológico gozan de sobrevida.
- Identificar los pacientes que al cumplirse el año de comenzado el tratamiento oncológico no gozan de sobrevida.
- Medir el bienestar físico; bienestar funcional; bienestar emocional; y bienestar social en las personas bajo estudio.
- Medir la calidad de vida global en las personas bajo estudio.
- Determinar y Analizar el tipo de asociación entre sobrevida y calidad de vida; bienestar físico, bienestar social, bienestar funcional y bienestar emocional.

### **Hipótesis**

**H. 1.** El grupo que sobrevive, expresa mayor bienestar físico al inicio del tratamiento médico clínico, que el grupo que no sobrevive.

**H. 2.** El grupo que sobrevive expresa mayor bienestar funcional al inicio de dicho tratamiento, que el grupo que no sobrevive.

**H. 3.** El grupo que sobrevive expresa mayor bienestar emocional al inicio de dicho tratamiento, que el grupo que no sobrevive.

**H. 4.** El grupo que sobrevive expresa mayor bienestar social al inicio de dicho tratamiento, que el grupo que no sobrevive.

**H. 5.** El grupo que sobrevive expresa mayor calidad de vida global al inicio de dicho tratamiento, que el grupo que no sobrevive.

### **Métodos y Técnicas**

Se trata de un diseño Retrospectivo de Comparación de Grupos. La técnica de muestreo utilizada es de tipo no probabilística por disponibilidad. Con la finalidad de conseguir mayor precisión en la estimación de la relación entre las variables Sobrevida con Bienestar y Calidad de Vida, se emparejaron los grupos en las siguientes variables:

- Diagnóstico de cáncer.
- Localización tumoral variada.
- Ausencia de metástasis distal.
- En etapa inicial de la enfermedad.
- En fase de primer tratamiento activo.
- Nivel de Optimismo.
- No hospitalizados.
- Sin enfermedades concomitantes diagnosticadas.
- Mayores de 18 años y menores de 75 años.
- Que no estén bajo tratamiento psicológico ni psiquiátrico al

momento del estudio.

La variable Sobrevida adopta dos valores: Sobrevida y No Sobrevida que se miden al año de que el paciente empieza el tratamiento médico. La variable Calidad de Vida Global evalúa cuatro dominios: Bienestar Físico,



Bienestar Funcional, Bienestar Social, Emocional; el puntaje de cada dominio se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje de Calidad de Viuda Global es la suma de cada dominio; mayores puntajes correspondan a mejor calidad de vida.

Los grupos se conformarán en función de la variable criterio: Sobrevida y No Sobrevida y se compararán según el nivel de Bienestar y Calidad de Vida Global medidos al inicio del tratamiento médico.

### **Muestra**

Se trata de una muestra intencional no probabilística en adultos de ambos sexos, no hospitalizados, de 20 a 65 años en tratamiento activo contra el cáncer y no metastásicos<sup>1</sup>, que se atendieron en el servicio de oncología del Sanatorio Central EMHSA de la ciudad de Mar del Plata, prestaron su consentimiento informado y voluntad personal para participar en la investigación.

Este estudio cumplió con las normas éticas establecidas por el código de ética de la Federación Psicológica de la República Argentina (FePRA, 2014) y por la declaración Helsinki de la asociación médica mundial (2008) en relación a los derechos de los pacientes incluidos en el estudio. Participaron del estudio los pacientes que prestaron su consentimiento informado y voluntad personal para participar en la investigación.

### **Instrumentos**

---

<sup>1</sup> Según la estadificación del sistema TNM que es aceptada y usada por la *International Union Against Cancer*, UICC, por el *American Joint Committee on Cancer*, AJCC. y la base de datos del *Instituto Nacional del Cáncer*, en fase T1 o T2 de la trayectoria de la enfermedad.

Se administró el FACT-G *Funcional Assessment of Cancer Therapy General quality of life*. Este cuestionario en su 4ta versión (Cella, Tulsky, Gray, 1994) está diseñado para medir calidad de vida de los pacientes con cáncer bajo tratamiento médico. Evalúa cinco dominios: Bienestar Físico (7 ítems), Bienestar Social/familiar (7 ítems), Bienestar Emocional (6 ítems), Bienestar Funcional (7 ítems).

El cuestionario contiene 27 reactivos, medidos en cinco opciones (*en absoluto: 0, un poco: 1, algo: 2, mucho: 3, muchísimo: 4*). Algunos ítems se transforman dándoles el puntaje inverso, el puntaje de cada dominio se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje global total es la suma de cada dominio; mayores puntajes correspondan a mejor calidad de vida.

La puntuación del FACT-G varía de cero a 146 siendo, cero es calidad de vida extremadamente deficiente y 146 la mejor calidad de vida que puede describirse en un paciente con cáncer.

En el contexto de este estudio se entiende la sobrevida como la conservación de la vida al año del comienzo del tratamiento médico activo.

### **Procedimiento y Análisis de datos**

En líneas generales y con la finalidad de analizar las variables de estudio, se discriminan los grupos en función de la variable Sobrevida y se conformarán dos grupos: Sobrevida y No Sobrevida. Cabe aclarar que el grupo Sobrevida está integrado por las personas que llegan con vida al cumplirse un año de comenzado su tratamiento médico y el grupo No Sobrevida está conformado por las personas que fallecen antes de cumplir el año de inicio de

su tratamiento médico. Luego, se analizan los valores de Calidad de Vida Global, Bienestar Físico, Bienestar Social, Bienestar Funcional y Bienestar Emocional, que reportaron los participantes del estudio al comienzo del tratamiento médico clínico. Se realizarán análisis estadísticos descriptivos; y para saber si las diferencias en Calidad de Vida Global, Bienestar Físico, Bienestar Social, Bienestar Funcional y Bienestar Emocional de un grupo respecto al otro son significativas, se usará *ANOVA* de un factor o unifactorial.

## Lugar de realización del Trabajo

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.

### Cronograma de Actividades

	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Recopilación Bibliográfica	x	X	X	X		
Diseño y redacción del marco teórico	X	X	X	X		
Diseño de bases de datos			X			
Carga de protocolos			X	X		
Análisis de protocolos				X	X	
Resultados					X	
Análisis de resultados					X	

<b>Conclusiones y sugerencias</b>					<b>X</b>	<b>X</b>
---------------------------------------	--	--	--	--	----------	----------

## BIBLIOGRAFÍA

- Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E., López, A. & Vinaccia, S. (2012) Evaluación del patrón de conducta tipo c y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncercolorrectal, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*. 35 (02).
- Arnendo, C. O; Casellas-Grau, A. (2017) El cambio vital positivo tras un cáncer: ingredientes, claves para facilitarlo y efectos sobre el bienestar. *Papeles del Psicólogo*. 38 (1).
- Asociación Médica Mundial. (2008). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Korea.
- Bárez, M., Blasco, T., & Fernández Castro, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales De Psicología*, 19(2), 235-246.

Boletín de VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL INC (2012). Registros para la Planificación de políticas del control del cáncer. 2(8).

Brezinski, D., Stone, P. H., Muller, J. E., Tofler, G. H., Davis, V., Parker, C. & MILIS Study Group. (1991). Prognostic significance of the Karnofsky Performance Status score in patients with acute myocardial infarction: comparison with the left ventricular ejection fraction and the exercise treadmill test performance. *American heart journal*, 121(5), 1374-1381.

Camacho Borrego S. (2003) El cáncer de Pulmon. En M. Die Trill (comp.) Psicooncología. Madrid: ADES Ediciones S.L. p. p 207-224.

Castro Solano, A. (2010). El estudio del bienestar psicológico. En A. Castro Solano (Comp), "*Fundamentos de psicología positiva*" (pp 43 -68). Buenos Aires.Ed. Paidós.

Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... & Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of clinical oncology*, 11(3), 570-579.

Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic medicine*, 70(7), 741-756.

MJ, M. C., & Febrero, M. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre Medicina*, 18(2), 108-113.

Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), Pág-83.

- Da Costa Neto, S. & Cavalcanti Ferrera de Araujo, T. (2005). Calidad de vida de los portadores de neoplasia de cabeza y de cuello en fase diagnóstica. *Revista Colombiana de Psicología*, núm 14, pp. 53-63.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). Happiness. Unlocking the mysteries of psychological wealth. Maldern, MA. Blackwell Publishing
- Faure, E. N., Soutelo, M. J., Faraj, G., Lutf, R. J., & Juvenal, G. J. (2012). Estimación de la Incidencia de Cáncer de Tiroides en Capital Federal y el Gran Buenos Aires (período 2003-2011). *Revista argentina de endocrinología y metabolismo*, 49(1), 20-24.
- Federación de Psicólogos de la República argentina. (2014). Código de Ética de la FePRA. Bs As: Autor. Disponible en://www.fepra.org.ar.
- Fernandez C. A. & Flores, A. B. (2011). Intervención Psicológica en personas con cáncer. *Psychological Intervention in Cancer Patients. Clínica*, 2(2), 187-207.
- González, A. F. ; García-Viniegras, C. R. V; & Ruiz, A.L. (2014). Consideraciones acerca del bienestar psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 17 (3).
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Rivero, M. & Quinceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20).

GLOBOCAN (2012). *GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Hernández-Socorro, C. R., Saavedra, P., Felipe, J. R., Sarmiento, U. B., & Ruiz-Santana, S. (2017). Factores predictivos de supervivencia a largo plazo del cáncer colorrectal tras la ablación de metástasis hepáticas con control ultrasonográfico. *Medicina Clínica*.

IARC WHO. Bosman, F. T., Carneiro, F., Hruban, R. H., & Theise, N. D. (2010). *Classification of tumours*. IARC, Lyon, France.

International Association of Cancer Registries (2017). *International Association of Cancer Registries*. Recuperado de <http://www.iacr.com.fr/index.php>

Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology*, 3(4), 219-233

Landaverde, D. (2015). Aspectos básicos del abordaje integral de las supervivientes del cáncer de mama. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina*. 5 (1). Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/viewFile/27959/28087>

Larson, R., Jarrett, R., Hansen, D., Pearce, N., Sullivan, P., Walker, K., & Wood, D. (2004). Organized Youth Activities as Contexts for Positive Development.



- Mariñelarena-Dondena, L. (2012). La Formación en Psicología Positiva en la Universidad de Palermo. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 4(1), 21-30.
- Massone, M. A. (2015). *Eficacia de un programa de intervención para mejorar la adaptación del paciente oncológico a la situación de enfermedad* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Mar del Plata- Facultad de Psicología, Mar del Plata.
- Llarena, A. M., Revilla, S. C., Laborda, A. G. N., Ferrer, J. P., Galíndez, R. B., & Vivanco, G. L. (2007). Factores pronósticos en metástasis pulmonares resecables de carcinoma colorrectal. *Archivos de Bronconeumología*, 43(6), 309-316.
- National Cancer Institute. NCCN. (2012). La vida después del tratamiento de cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/sigaadelante.pdf>
- National Comprehensive Cancer Network, NCCN (2010). Practice guidelines for the management of psychosocial distress. National Comprehensive Cancer Network. *Oncology (Huntingt)* 13 (5A): 113-47.
- Novoa Gómez, M., Vargas Gutiérrez, R., Obispo Castellanos, S., Pertuz Vergara, M. & Rivera Pradilla, Y., (2010) .Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, núm. 2, junio, 315-329.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Organización Mundial de la salud*.

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Pérez Reyes, J.E. (2017). Cáncer y Personalidad, una Aproximación a la Verdad. Revista Científica *Hallazgos21, develando la ciencia por el desarrollo* 2 (1).

Prieto Fernandez, A (2004), *Psicología Oncológica Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 2 (2004), 107- 120

Seligman, M. E. P (2011) *La vida que florece*. Ediciones B. Barcelona pp 235 - 249

Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M.: Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, Vol 55(1), Jan 2000, 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.

Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Vergara

Andrés Solana, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*. 28 (3), 51-57.

Tonon, G. (2010). La calidad de vida. En A.,Castro Solano (Comp) *Temas de Psicología Positiva*. (pp 97-110). Buenos Aires. Editorial Paidós.

Vázquez, C., Hervas, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones de la Psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 15- 28.

Fernandez-Suárez, H. G., Blum-Grynberg, B., Aguilar-Villalobos, E. J., & Bautista-Rodríguez, H. (2009). Validation of an instrument to measure

life quality in breast cancer patients. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2), 133-138.

Wang, J. W., Sun, L., Ding, N., Li, J., Gong, X. H., Chen, X. F., ... & Yu, J. M. (2016). The association between comorbidities and the quality of life among colorectal cancer survivors in the People's republic of china. *Patient preference and adherence*, 10, 1071.

Supervisora:

Co-supervisora:

Dra. Alicia Massone

Lic. María Carolina Grossi

Alumnas:

Cardoso, M. Carla

Massone, Mailen

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos agradecer en primer lugar a Alicia Massone, por su guía, confianza, apoyo constante y sobre todo su paciencia, llevando adelante la supervisión del presente trabajo con respeto y dedicación. En segundo lugar a Carolina Grossi por su dedicación, compromiso, apoyo permanente y principalmente por el interés y el respeto manifestados para la realización de esta tesis.

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata por darnos el espacio y la formación necesaria para desarrollar el presente trabajo.

A nuestras familias y a nuestros amigos por la compañía, la preocupación cotidiana y el apoyo incondicional en cada paso de la formación. Sin ustedes esto no hubiera sido posible.

<b>Índice General</b>	<b>Páginas</b>
RESUMEN.....	30
INTRODUCCION.....	32
<b>CAPITULO 1: MARCO TEORICO</b>	
1.1    CANCER.....	39
1.2    BIENESTAR.....	45
1.3    CALIDAD DE VIDA.....	50
1.4    SOBREVIDA.....	55
<b>CAPITULO 2: PROCEDIMIENTO Y METODOLOGIA</b>	
2.1    PROCEDIMIENTO.....	60
2.2    MUESTRA.....	.60
2.3    CARACTERIZACION DE LA MUESTRA.....	61
2.4    DISEÑO DE INVESTIGACION.....	65
2.5    INSTRUMENTOS.....	67
2.6    DESCRIPCION DE ANALISIS DE DATOS.....	68
CAPITULO 3: RESULTADOS.....	70
CAPITULO 4: INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	75
CAPITULO 5: CONCLUSIONES.....	78
BIBLIOGRAFIA.....	80
<b>ANEXOS</b>	
1.    ESCALA F.A.C.T-G.....	90
<b>INDICE DE FIGURAS</b>	
Figura 1.....	38

Figura 2.....	39
Figura 3.....	42
Figura 4.....	52

#### INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	40
Gráfico 2.....	41
Gráfico 3.....	61
Gráfico 4.....	61
Gráfico 5.....	62
Gráfico 6.....	62
Gráfico 7.....	63
Gráfico 8.....	64
Gráfico 9.....	65
Gráfico 10.....	70
Gráfico 11.....	70
Gráfico 12.....	71
Gráfico 13.....	72
Gráfico 14.....	72

#### INDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	74
--------------	----

## RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer es la segunda causa de muerte a escala mundial, se le atribuyen 8,8 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo en 2015. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años (OMS, 2017).

Desde un punto de vista psicosocial, la enfermedad oncológica provoca en los pacientes importantes consecuencias psicológicas, tales como, ansiedad, preocupación, depresión, como así también sociales, familiares, laborales y físicas. Esto produce un impacto en la calidad de vida de las personas y sus familias, por lo que es necesario tener en cuenta la influencia de este concepto para su abordaje.

Recibir un diagnóstico oncológico produce un impacto en la vida de la persona, que va a darle una valoración particular a su condición de enfermo, acompañado de emociones, sentimientos y comportamientos que responden a su situación particular, dependiente tanto de su personalidad, sus recursos para afrontarlo, redes de apoyo como del tipo de cáncer que presenta.

Diferentes estudios establecen que entre un 30% y un 50 % de las personas con diagnóstico oncológico presentan alguna alteración psicológica, asociada a niveles elevados de depresión y ansiedad (Barroilhet Diez, Forjaz y Landívar 2005; Osowiecki y Compas, 1998; Camacho, 2003).

El presente trabajo se propone explorar la relación entre Calidad de Vida y Sobrevida del paciente oncológico al año de iniciado el tratamiento médico. Analizaremos dentro del constructo Calidad de Vida las siguientes dimensiones: Bienestar Físico, Bienestar Social, Bienestar Emocional y Bienestar Funcional.

Se considera en el contexto de este estudio, que la Calidad de Vida podría predecir la tasa de Sobrevida en esta tipología de pacientes.

Este estudio se basa en un diseño Retrospectivo de Comparación de Grupos, basado en una muestra por disponibilidad de adultos entre 20 y 65 años de ambos sexos con cáncer no metastásicos bajo tratamiento clínico activo contra la enfermedad. Se considera interesante corroborar la consistencia de los resultados de este estudio con los reportados por la literatura científica en el campo de los estudios sobre bienestar en población con patología física crónica.

Los resultados obtenidos mostraron una correlación positiva entre la variable Calidad de Vida Global, la cual reúne los diferentes tipos de Bienestares (Físico, Funcional, Emocional y Social) con la variable Sobrevida. Se espera que los resultados de este trabajo de investigación, puedan realizar un aporte y contribuir en el desarrollo de nuevas intervenciones psicológicas dentro del campo de la oncología, que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.



## INTRODUCCION

El cáncer es una enfermedad que genera muchos efectos en las personas producto de los cambios que produce en la vida de un sujeto, quien de repente ve afectadas sus rutinas, sus relaciones sociales, sus actividades laborales, deportivas, como también los cambios que se producen en su cuerpo, su estado de ánimo, sus emociones, sus creencias, y su calidad de vida. La *International Agency for Research on Cancer -IARC-* (2012) estima que el 45% de los pacientes oncológicos sufren malestar emocional, en tanto perciben que las demandas de la nueva situación son demasiado altas o que sus recursos son escasos para responder eficazmente a dicha demanda.

El diagnóstico de cáncer genera varias reacciones emocionales, las cuales están relacionadas con el tipo de personalidad, el tipo de cáncer, los recursos para afrontarlo y las redes de apoyo con las que cuentan las personas. Por ejemplo en las pacientes con cáncer de mama se señala que la Calidad de Vida tiende a afectarse, debido a que la imagen corporal se ve afectada, atentando a la feminidad y la autoestima. Las dificultades emocionales más frecuentes son: impacto emocional del diagnóstico, problemas de adaptación a los cambios físicos, pérdida de control, aislamiento, malestar psicosocial (ansiedad, depresión), dificultades en las relaciones sexuales, cambios en las relaciones con el entorno y preocupaciones relacionadas con la actividad laboral, miedo a la recidiva y/o a la muerte (Macías Cabrera, González López, Cabrera López, & Aldama, 2017).

Se ha descubierto que las emociones negativas inducen la disminución de las defensas y las positivas favorecen su incremento (Fernández, 2004). Frente al diagnóstico del cáncer y al malestar psicológico que éste genera, el

papel de las emociones y sentimientos positivos es una de las variables que inciden sobre el tratamiento y podría impactar sobre la supervivencia de la persona. Meta-análisis recientes muestran una relación consistente entre variables relacionadas con el funcionamiento psicológico positivo (emociones positivas, crecimiento o búsqueda de beneficios) y resultados robustos asociados con la salud como la mortalidad, indicadores físicos de salud o el grado de recuperación en enfermedades físicas (Vázquez, 2013).

En la antigüedad, estas cuestiones mencionadas anteriormente, no eran abordadas ni consideradas debido a que el cáncer era una enfermedad desconocida, para la que no había un tratamiento eficaz. Recién a mitad del siglo pasado, surge el tratamiento médico de la quimioterapia como una cura posible, al cual fueron agregándose otros tratamientos médicos como las cirugías y la radioterapia.

Luego, se comienza a darle importancia a los factores psicológicos que se veían afectados por esta enfermedad y comienza a tomarse en cuenta su influencia sobre la salud general de los pacientes oncológicos como así también, comienza a generarse la necesidad de ser abordados para el bienestar de los mismos.

Por lo tanto, con posterioridad, se fueron creando grupos de apoyo conformados por pacientes que habían transcurrido por la experiencia del cáncer, lo cual era utilizado como soporte psicológico para aquellos que se encontraban vivenciando esta experiencia.

En la década del '70 surge la psicooncología, la cual está considerada una subespecialidad de la oncología, que se ocupa de las respuestas

emocionales de los pacientes, sus familias y el equipo médico. Así resulta muy importante incorporar a la psicología como una disciplina que permite esclarecer, mediar y aliviar el dolor de pacientes y familiares (Macías Cabrera, González López, Cabrera López, & Aldama, 2017).

En el estudio que realizó Vila Sánchez L. et al., se observó que la sesión psicooncológica, que aborda la experiencia global y subjetiva de las mujeres desde el counselling y la psicología positiva, tiene un impacto emocional favorable inmediato. Además de producirse alivio del malestar emocional, las pacientes experimentan, después de la sesión, estados emocionales positivos, disminuyendo todas aquellas emociones que interferían en su calidad de vida (Escobar Alfonso, 2017).

El movimiento de Psicología Positiva surge en 1998, en el discurso inaugural de Martin Seligman como presidente de la APA (American Psychological Association) (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Su objetivo principal consistía en promover las investigaciones sobre los aspectos positivos del psiquismo, el bienestar psíquico o la felicidad (Gancedo, 2008; en Mariñelarena-Dondena, 2012).

La psicología positiva cuestiona los supuestos del modelo de enfermedad. Exige prestar tanta atención a la fortaleza como a la debilidad, tanto interés a la construcción de las mejores cosas de la vida como a la reparación de las peores y tanta atención a lograr una vida plena para las personas sanas como a curar las heridas de las personas enfermas (Nansook Park, Peterson, K. Sun 2013).

Los cambios vitales positivos tras pasar por un cáncer juegan un importante papel en la adaptación psicosocial, adherencia a los tratamientos oncológicos, bienestar y calidad de vida. Programas de tratamiento psicológico basados en la psicología positiva tienen resultados prometedores en cáncer que complementan y pueden mejorar los resultados de programas tradicionales de control o manejo de estrés (Ochoa Arnedo & Casellas-Grau 2017).

Entre los estudios que generaron teorías acerca de la Calidad de Vida en población con patología física, es oportuno mencionar al de Veenhoven (1996) que define la satisfacción vital como el grado en que la persona evalúa la calidad global de su propia vida y la asocia con indicadores de salud física y mental. En este sentido, para Tonon (2010) la Calidad de Vida es un concepto subjetivo que refleja el punto de vista individual del bienestar y del funcionamiento de cada persona, es experiencial y evaluativo, es dinámico, flexible y significativo para cada sujeto y fundamentalmente es multidimensional, porque se basa en una medición tanto global como de los dominios específicos identificados como constitutivos de la calidad de vida.

Una visión integral del paciente oncológico supone, cada vez mayor certeza, incluir el factor psicológico como aspecto relevante en el fenómeno de la enfermedad. La enfermedad oncológica trasciende el aspecto somático volviéndose fundamental en la vivencia de la vida y la muerte, los aspectos emocionales asociados (Robert M. & Álvarez O., 2013).

El presente trabajo se propone explorar la relación entre Calidad de Vida y Sobrevida del paciente oncológico al año de iniciado el tratamiento médico. Esperamos brindar un aporte al bagaje de conocimientos que fomente la

investigación en este campo, para un mejor abordaje del tratamiento en pacientes oncológicos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Tomando como referencia la bibliografía consultada, podemos observar que el cáncer es una enfermedad compleja que afecta significativamente la vida de las personas en diferentes dimensiones. Tal como desarrollan Robert M., V., Álvarez O., C. & Valdivieso B., F. (2013) el cáncer implica un impacto que trasciende la conmoción física, implica también un proceso emocional que involucra aspectos personales, familiares y ambientales de la persona.

Dada su alta incidencia y el incremento exponencial de casos proyectados a futuro, el abordaje psicosocial de estos pacientes debiera ser un tema prioritario en las agendas de los sistemas de salud de nuestro país.

A partir de la búsqueda bibliográfica encontramos diversas investigaciones que abordan esta temática. Sin embargo se reconoce que aún queda mucho por investigar en el campo de la Psicología Positiva para el beneficio de personas con diagnóstico oncológico. Por lo que, a partir de esto, surge nuestro interés por acercarnos a esta temática y brindar un aporte con este proyecto de investigación.

El presente trabajo se propone indagar la relación entre Calidad de Vida (que engloba Bienestar Social, Bienestar Físico, Bienestar Funcional y Bienestar Emocional) y Sobrevida en adultos no metastásicos, al año de iniciado el tratamiento médico.

## **OBJETIVOS**

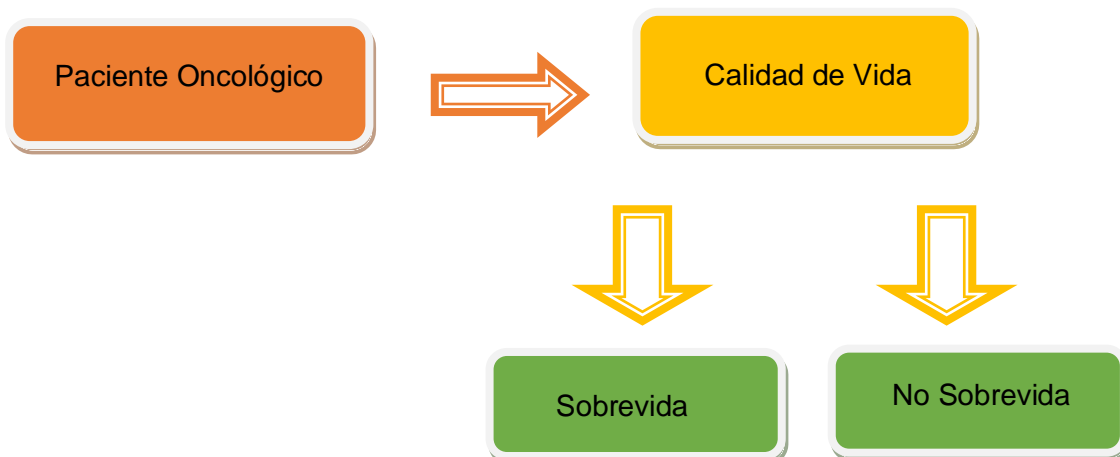
### Objetivos Generales:

- Abordar desde una mirada positiva a un grupo de adultos con patología oncológica.
- Analizar el Bienestar Social; Bienestar Funcional; Bienestar Emocional; y Bienestar Físico en las personas bajo estudio.
- Analizar la Calidad de Vida en las personas bajo estudio.
- Analizar la tasa de Sobrevida al año, de las personas bajo estudio.

### Objetivos particulares:

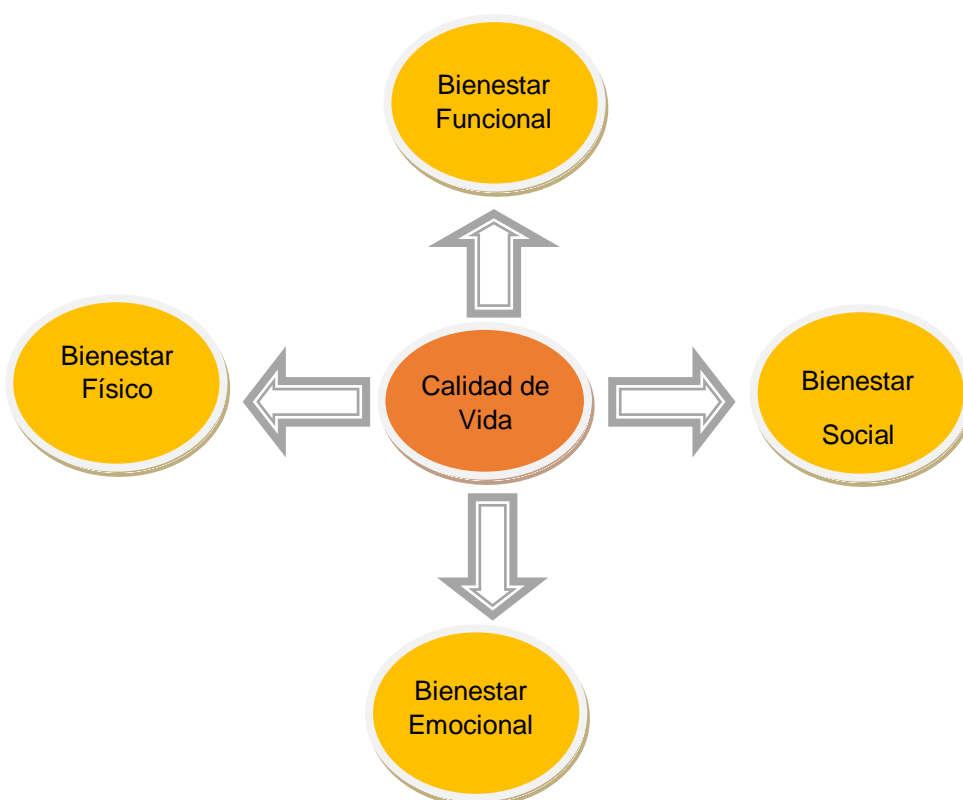
- Identificar los pacientes que al cumplirse el año de comenzado el tratamiento oncológico gozan de Sobrevida.
- Identificar los pacientes que al cumplirse el año de comenzado el tratamiento oncológico no gozan de Sobrevida.
- Medir el Bienestar Físico; Bienestar Funcional; Bienestar Emocional; y Bienestar Social en las personas bajo estudio.
- Medir la Calidad de Vida Global en las personas bajo estudio.
- Determinar y analizar el tipo de asociación entre Sobrevida y Calidad de Vida; Bienestar Físico, Bienestar Social, Bienestar Funcional y Bienestar Emocional.

Figura 1: Planteamiento del problema de estudio



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2: Variable Calidad de Vida, la cual engloba los diferentes tipos de Bienestar.



Fuente: Elaboración propia.

## CAPITULO 1: MARCO TEORICO

### 1.1 CANCER

Los orígenes de la palabra cáncer se remontan al griego antiguo, *karkinos*, que significa cangrejo, término que ya se usaba desde los tiempos de Hipócrates para denominar ciertos tumores, por el parecido que el médico observó entre las lesiones y la forma de este crustáceo (Macías Cabrera, González López, Cabrera López, & Aldama, 2017).

El cáncer es una enfermedad crónica que puede afectar a cualquier parte del organismo, que se desarrolla en múltiples fases y por un período prolongado de tiempo. La Organización Mundial de la Salud (2017) refiere que es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento más allá de los límites normales. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden a otros órganos, proceso conocido como metástasis.

En la publicación “*Cáncer en Latinoamérica, nuevo informe de la IARC*” (Tabakman, 2016) se informa que la recopilación de datos más extensa de Latinoamérica (Centroamérica y América del Sur) realizada hasta la fecha, sobre la incidencia y mortalidad de los tipos de cáncer, fue publicada recientemente como suplemento de la revista *Cáncer Epidemiology*. La serie está constituida por 17 artículos científicos, basados en la información aportada por 48 registros de cáncer en 18 países, coordinados por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El estudio incorpora datos de aproximadamente

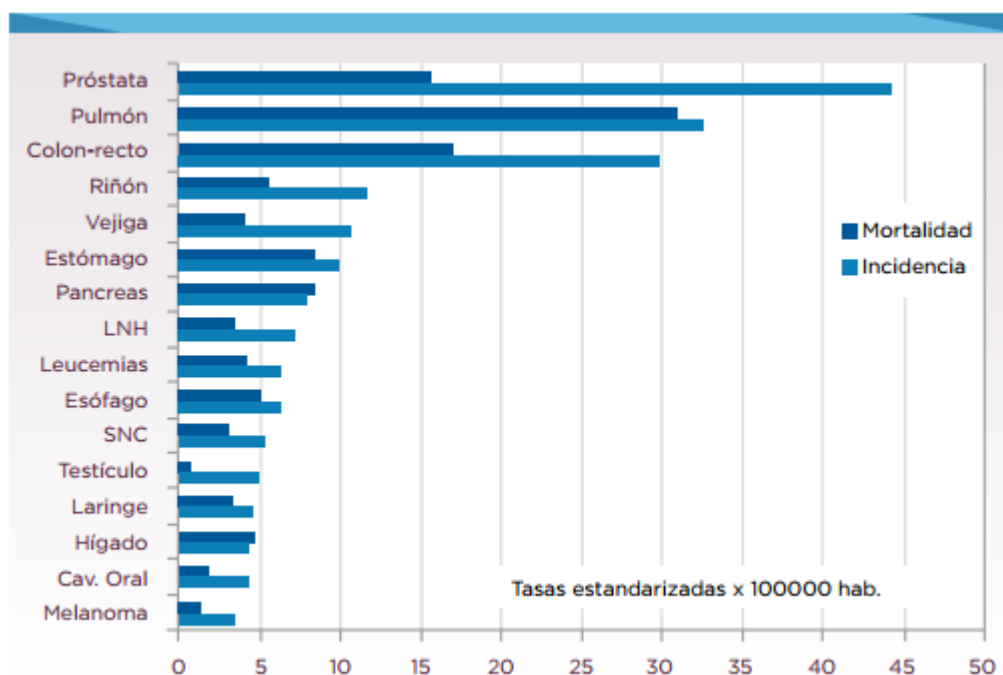


546.000 nuevos casos (47% hombres, 53% mujeres) y más de 2 millones de muertes por cáncer (52% hombres, 48% mujeres) ocurridos entre 2003 y 2007.

El Proyecto GLOBOCAN estimó que en 2012 hubo 1.000.000 de casos de cáncer (excluyendo cáncer de piel no melanoma) y medio millón de muertes por cáncer en América Central y del Sur, y predijo para el 2030 que estos números serán 1,7 y 1 millón respectivamente (Tabakman, 2016).

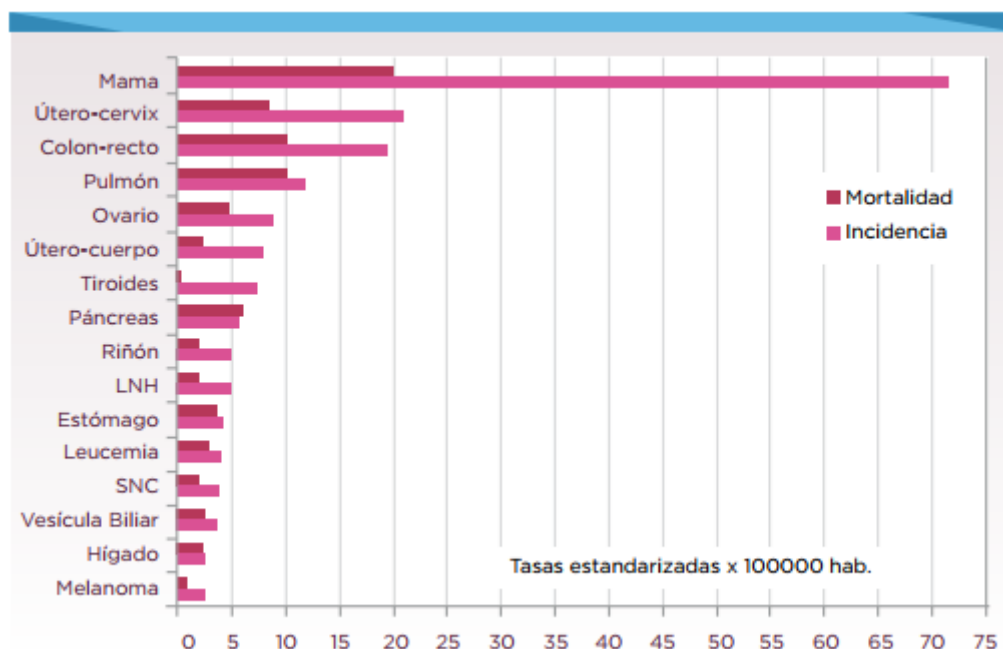
En el estudio realizado por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional del Cáncer (2016) se relevan los datos de mortalidad por cáncer de la población Argentina. A continuación se presentan los gráficos en relación a la tasa de incidencia y mortalidad divididos por sexo y localización tumoral:

Gráfico 1: Estimaciones de incidencia y mortalidad por cáncer para los principales sitios tumorales en hombres. Tasas ajustadas por edad por cien mil habitantes según población estándar mundial, Argentina (2012)



Fuente: GLOBOCAN, IARC, 2012.

Gráfico 2: Estimaciones de incidencia y mortalidad por cáncer para los principales sitios tumorales en mujeres. Tasas ajustadas por edad por cien mil habitantes según población estándar mundial, Argentina (2012).



Fuente GLOBOCAN, IARC, 2012

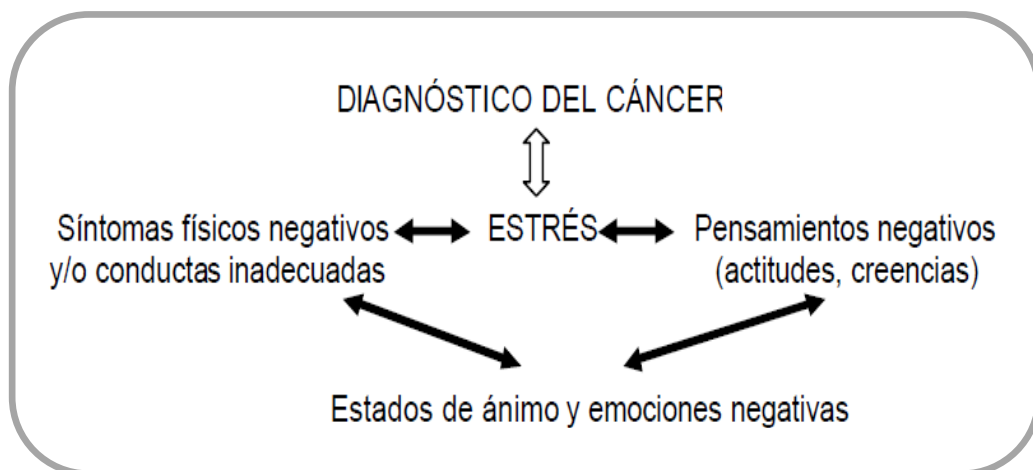
Estos datos reflejan una alta incidencia del cáncer en nuestro país, por lo que es importante seguir investigando sobre dicha temática y el impacto psicológico que genera en las personas ser diagnosticadas con esta enfermedad y su entorno familiar.

Las enfermedades graves como el cáncer son experiencias vitales adversas con un elevado impacto psicológico. Muchas investigaciones han explorado las consecuencias psicológicas negativas tras pasar por un cáncer, incluyendo la presencia de intensa fatiga, malestar emocional, depresión y estrés postraumático (Haberkorn et al., 2013; Sheppard, Llanos, Hurtado-de-Mendoza, Taylor & Adams Campbell, 2013). De hecho, entre el 35% y el 38% de los pacientes con cáncer desarrollan malestar emocional significativo

(Carlson, Waller y Mitchell, 2012: en Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font, & Borrás, 2017).

En la Figura 3 se presenta un cuadro donde se representa el impacto que produce el diagnóstico de cáncer en las personas, el cual genera una situación estresante con sus respectivas consecuencias desfavorables. Los efectos emocionales, físicos y sociales de la enfermedad resultan estresantes para las personas con cáncer (Macías Cabrera, González López, Cabrera López, & Aldama, 2017). El estrés podría provocar pensamientos, actitudes, creencias, emociones y estados de ánimo negativos en los pacientes oncológicos, como así también generar síntomas físicos negativos y/o conductas inadecuadas, lo que conllevaría un deterioro en su calidad de vida.

Figura 3: Efectos del diagnóstico del cáncer



Fuente: Fernández Prieto A. (2004), pág. 112

En cuanto al enfermo de cáncer, va a darle una particular valoración a su condición de enfermar, acompañado de emociones y comportamientos que responden a la situación en que la persona se encuentra y, en concordancia

con la misma, va a considerar de modo personal las limitaciones y condiciones que el procedimiento de diagnóstico y del tratamiento le imponen, produciendo un gran impacto en su vida actual y futura.

Teniendo en cuenta el impacto psicológico que produce el cáncer en todas sus etapas desde el diagnóstico y todos los tratamientos a seguir, ha surgido la Psicooncología como una disciplina a encargarse de estos aspectos.

La evidencia científica sobre la aplicación de la psicología al ámbito de la oncología avala los efectos positivos de las intervenciones psicológicas en el ajuste emocional a la enfermedad, en la reducción de síntomas asociados a los tratamientos, en una adecuada adhesión a éstos, en la reducción de los niveles de ansiedad, depresión u otras alteraciones, en la recuperación del superviviente, en la calidad de vida del enfermo y su familia (González Navarro, 2003).

Según la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC), la psicooncología es una sub-especialidad de la oncología de carácter multidisciplinario que se ocupa de las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, sus familias y el equipo tratante. Definición que luego se amplía al "estudio de las variables psicológicas, sociales y conductuales, que influyen en la prevención, riesgo y sobrevida de los pacientes". El propósito final de la psicooncología es aliviar el distress emocional y la humanización de los tratamientos (AAOC, 2017).

La Psicología Positiva propone una mirada del paciente en general y del paciente con enfermedad física en particular, centrada en las potencialidades

humanas y en el abordaje de aquellos factores que aportan al bienestar (Seligman, 2000).

A partir de esto, se produce un cambio de enfoque desde el modelo médico adoptado por la Psicología Clásica, el cual se centra en la enfermedad, a la Psicología Positiva que otorga relevancia a los aspectos positivos que presentan las personas, fortalezas y virtudes, centrando sus investigaciones en cómo dichos aspectos influyen y afectan la vida de cada una de ellas.

Como se viene describiendo, la Psicología Positiva se enfoca en el estudio de las fortalezas también en personas con enfermedad física (Carr, 2007) e intenta responder los interrogantes de la psicología de la salud, a saber, 1) el aumento de la salud y el bienestar de las personas; 2) aumentar la calidad de vida; 3) desarrollo de habilidades de afrontamiento y adaptación de las personas ante la enfermedad y desarrollo de hábitos saludables (Prada, 2005).

Ochoa Arnedo & Casellas-Grau (2017) postulan que la Psicología Positiva Aplicada o Psicoterapia Positiva (PP) en cáncer surge vinculada al importante impulso que la Psicología Positiva está teniendo en la última década. Su premisa central es potenciar y privilegiar el foco de la intervención psicológica en los recursos positivos de las personas, como son las emociones positivas, las fortalezas y los significados personales (incluyendo los existenciales y espirituales), complementando a los enfoques más clásicos centrados en la reducción o manejo de síntomas psicopatológicos o del malestar emocional (Ochoa, 2014; Rashid & Seligman, 2013).

Desde esta perspectiva las emociones positivas, se relacionan de forma directa con la salud, para prevenir enfermedades, reducir la intensidad o duración de las mismas y también para incrementar el bienestar subjetivo (Lyubomirsky, King & Diener, 2005; en Vecina, 2006).

Una visión integral del paciente oncológico supone con cada vez mayor certeza incluir el factor psicológico como aspecto relevante en el fenómeno de la enfermedad (Robert M. & Álvarez O., 2013).

Teniendo en cuenta las características de la enfermedad oncológica y su impacto en la salud mental en las personas que las padecen, junto con la elevada tasa de incidencia y mortalidad, esta tesis pretende investigar la relación que tiene la Calidad de Vida con la Sobrevida o No Sobrevida de los pacientes oncológicos.

La Calidad de Vida es un constructo multidimensional dentro del cual se encuentra el concepto de Bienestar.

## **1.2 BIENESTAR**

La relación entre aspectos psicológicos y la salud/enfermedad es una cuestión ampliamente defendida por distintos autores (Cardenal 2001; Lieberman & Goldstein, 2005; Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel, Miguel Tobal & Pérez Manga, 2001). De ahí que la investigación sobre la expresión de emociones y el bienestar para la salud integral sea, hoy en día, materia de interés (Cerezo, Ortiz-Tallo & Cardenal, 2009).

Según Vázquez, Herbás, Rahona y Gómez (2009) históricamente el foco de las intervenciones en salud se ha centrado más en la reducción del dolor, el

sufrimiento y las carencias antes que el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas. Consideran que en el ámbito de la psicología, el énfasis en los estados psicológicos positivos como factores protectores de la salud física y mental, especialmente la relación existente entre los estados psicológicos positivos y su repercusión en el desarrollo de enfermedades, se ha comenzado a estudiar en las últimas dos décadas.

La introducción tardía de la categoría psicológica del “bienestar” dentro del campo de estudio de la Psicología, ha obedecido en gran medida al rol curativo tradicional asignado a esta disciplina, otorgando mayor atención a los estados psicológicos patológicos, que al estudio de los factores que favorecen el desarrollo del bienestar personal y el mantenimiento de una vida sana y feliz. Investigaciones científicas han demostrado que el bienestar de las personas tiene beneficios a medio plazo en forma de estabilidad y satisfacción familiar, de satisfacción en las relaciones interpersonales, de rendimiento a nivel laboral, de buena salud y mayor longevidad (Lyubomirsky, 2001, en Amparo Fernández, 2014).

Como explica Amparo Fernández (2014) recientemente la Psicología Positiva se ha convertido en un marco apropiado para los estudios sobre bienestar subjetivo, ya que estudia las bases del bienestar psicológico y de la felicidad así como las fortalezas y virtudes humanas. Este enfoque es denominado por algunos autores como salutogénico. Pueden considerarse antecedentes de esta corriente de pensamiento en psicólogos como Abraham Maslow o Carls Rogers, pertenecientes a la corriente llamada Psicología Humanista. Desde entonces, la psicología se ha dado la tarea de estudiar todas aquellas fortalezas, virtudes, talentos y actitudes que mejoran el

rendimiento, aumentan la felicidad o hacen al individuo más fuerte antes las circunstancias de la vida.

El bienestar ha sido conceptualizado principalmente, a través de dos perspectivas: el bienestar hedónico y el bienestar eudaimónico.

La perspectiva eudaimónica hace referencia al nivel pleno de funcionamiento de una persona y de realización de su potencial humano.

Por otro lado, la perspectiva hedónica está centrada en la búsqueda del placer y la evitación del dolor. El concepto central de esta corriente es el de Bienestar Subjetivo y hace referencia a las evaluaciones cognitivas y emocionales que las personas hacen sobre sus vidas, en términos de satisfacción general, humor, plenitud y satisfacción con dominios específicos como el matrimonio y el trabajo (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Ese bienestar subjetivo está conformado por tres grandes constructos: el afecto positivo, la ausencia de afecto negativo (bienestar afectivo) y la satisfacción con la vida (Peiró, Ayala, Tordera, Lorente & Rodríguez, 2014).

Castro Solano (2011) expresa que la conceptualización hedónica incluye el estudio de la felicidad desde la perspectiva de las emociones positivas y de la satisfacción con la vida (Diener et al. 1985; Diener, 2000; Pavot & Diener, 2008). En este sentido una persona feliz es la que experimentó mayores emociones positivas por sobre las negativas o que de forma disposicional tiende a ser más feliz, ya que el nivel de emocionalidad positiva está muy ligado a la personalidad y a los componentes genéticos heredables (Avia & Vázquez, 1998; Costa & Mc. Crae, 1980). Desde esta perspectiva hedónica autores como Diener y Fredrickson demostraron el importante papel de la satisfacción vital y de las emociones positivas en el logro de la felicidad.



Asimismo Fredrickson destacó el importante papel de las emociones positivas sobre la salud física, el compromiso social y el éxito.

El bienestar no sólo está asociado a una mayor satisfacción psicológica sino que tiene importantes implicaciones para la salud física. Tanto si es evaluado desde una perspectiva hedónica como eudaimónica, el bienestar parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas, permitiendo incluso incrementar la esperanza de vida (Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. 2009).

El bienestar psicológico es considerado la dimensión subjetiva de la calidad de vida, su vivencia subjetiva relativamente estable, que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos están mediados por la personalidad y por las condiciones socio-históricas y culturales en que se desenvuelve el individuo (Fernández González; García-Viniegras & Ruiz, 2014). En la construcción de la percepción de bienestar en cada individuo interactúan las condiciones de su vida presente, las experiencias vividas en el pasado y las proyecciones que éste se plantea, las cuales se constituyen en objetivos o metas que influyen en el nivel de bienestar (Amparo Fernández, 2014).

En el caso particular de los pacientes con cáncer la posibilidad que tienen de sentir control sobre su bienestar psicológico es un factor importante en la visión general de calidad de vida. A partir de esto las estrategias que se empleen efectivamente, permitirán mejorar la percepción de la condición de salud (Diener, Oishi & Lucas, 2003) y por tanto se contribuirá a modificar

positivamente los niveles de Bienestar (Novoa Gómez, M. M., Vargas Gutiérrez, R. M., Obispo Castellanos, S. A., Pertuz Vergara, M., & Rivera Pradilla, Y. K. 2010).

El meta-análisis de Seligman (2011), que aborda la relación entre variables positivas y cáncer, está compuesto por 83 estudios sobre bienestar y salud física, presenta conclusiones contradictorias para el efecto del bienestar psicológico en la supervivencia en pacientes con cáncer. 18 de los 83 estudios concluyen que las personas más optimistas tienen mejores resultados con un nivel de contraste sólido. Según Seligman los estudios sobre cáncer y su relación con esperanza, optimismo, bienestar y felicidad muestran efectos beneficiosos para los pacientes cuando la enfermedad no es sumamente grave. De todos modos considera que no hay que descartar las incidencias de las variables positivas en situaciones físicas extremas.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición no ha sido modificada desde 1948. En este sentido, tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades (Almedom & Glandon, 2007, en Vázquez, Herbás, Rahona & Gómez, 2009). Y tomando como referencia la perspectiva de la psicología positiva, podríamos decir que ese estado de Bienestar alcanzado por la persona tendría un efecto positivo en el desarrollo de lo psicológico, lo social y su relación con el entorno.

El Bienestar es un concepto a tener presente en las evaluaciones que realizan los profesionales, específicamente en las poblaciones con

enfermedades crónicas ya que presenta un gran impacto en la vida de estos pacientes, en el desarrollo de la enfermedad y su posterior recuperación o no. Como ya mencionamos, este constructo teórico está incluido dentro del de Calidad de Vida.

### **1.3 CALIDAD DE VIDA**

El concepto de Calidad de Vida comenzó a ser utilizado después de la Segunda Guerra Mundial en Estados Unidos, cuando la idea del Estado de Bienestar se difunde como producto de las teorías del desarrollismo económico y social (keynesianas), que reclamaban el reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden internacional (Cardona A. & Agudelo G., 2005). Este constructo, surge como una tentativa de los investigadores de la época en conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg, 1993; en Urzúa, 2012).

Sin embargo hay diferentes opiniones en relación a quién utilizó por primera vez este concepto. Para algunos autores fue el economista estadounidense John Kenneth Galbraith a finales de los años cincuenta; para otros fue el presidente de EE.UU, Lyndon B. Johnson, en 1964. Para ambos la calidad de vida fue considerada como una forma de evaluar, principalmente, el bienestar social general de individuos y sociedades (Escobar, 2017).

La Calidad de Vida podría considerarse un constructo multidimensional ya que abarca percepciones, pensamientos, sentimientos, creencias personales, aspectos sociales, familiares, ambientales, propios de cada persona y, a partir de los cuales, evalúan su grado de conformidad con la vida

cotidiana. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural, de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones” (Cardona A. & Agudelo G., 2005).

Desde el ámbito de la salud, este concepto puede ser definido como “la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar o satisfacción en diversos dominios de la vida, considerando el impacto que en estos ha podido provocar una enfermedad física y/o mental y sus consecuencias” (Escobar, 2017).

La calidad de vida de una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y/o percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad (Schwartzmann, L.; Olaizola, I.; Guerra, A.; et.al.1999; en Schwartzmann, 2003). Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas (Schwartzmann, 2003).

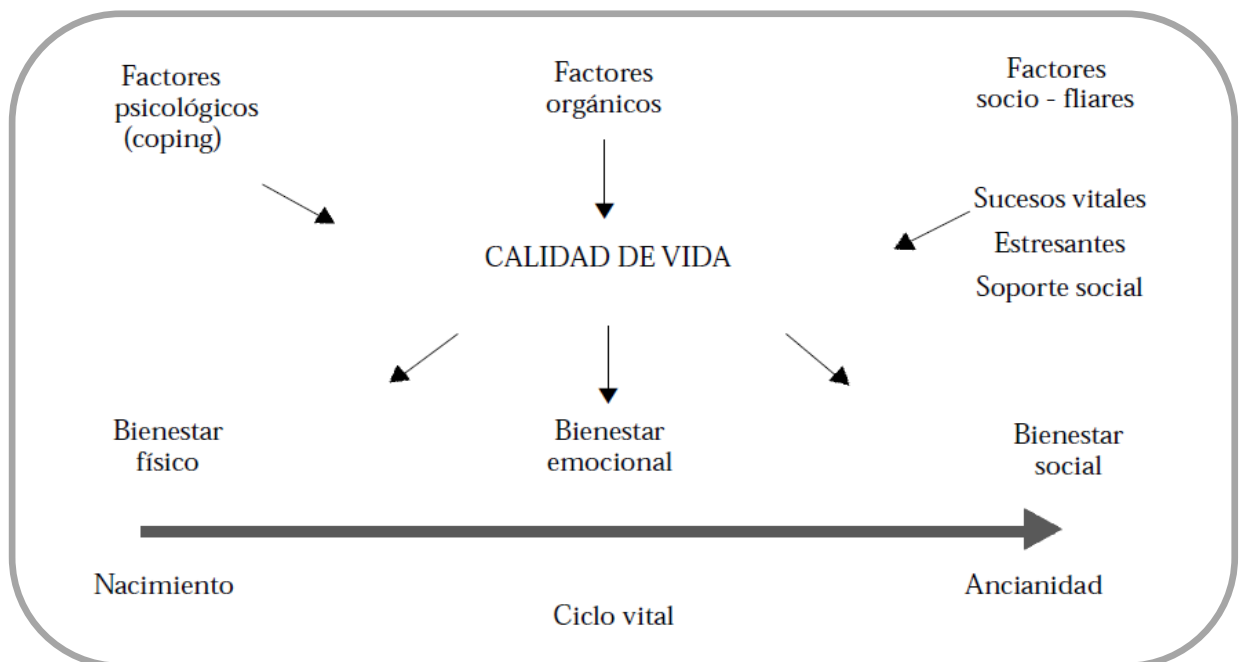
Lavielle-Sotomayor; Rozen-Fuller; Bustamante-Rojano; Martínez-Murillo (2016) evalúan la Calidad de Vida en pacientes con LAL (leucemia aguda linfoblástica) y su relación con aspectos propios de la enfermedad y posibles afecciones psicológicas y familiares. De los resultados se identificó que, en términos generales, la Calidad de Vida de los pacientes con LAL se

encuentra en un rango de regular a mala. Además, afirman que la Calidad de Vida y el Bienestar Psicológico de los pacientes se ven claramente afectados al inicio del tratamiento y en cuidados paliativos.

En la Figura 4 se expresa como la Calidad de Vida es un concepto central y multidimensional, afectado por diferentes variables tales como psicológicas, orgánicas, socio-familiares y sucesos vitales y/o estresantes. A su vez, está conformada por el bienestar, tanto físico como emocional, social y funcional.

Los procesos de adaptación a esta enfermedad, conllevan a que se produzcan cambios en las valoraciones que realizan las personas de su calidad de vida. También varía la adaptación en función de la etapa de la vida en que se encuentre la persona como así también de los factores interpersonales de los pacientes.

Figura 4: Calidad de vida relacionada con la salud



Fuente: Schwartzmann, L. (2003), pág. 18

El cáncer es una enfermedad crónica que produce varios cambios en las diferentes dimensiones de la vida de las personas, en lo físico, psicológico, social, ambiental, laboral, etc. Por eso, es de vital importancia incluir, dentro de las evaluaciones médicas, la calidad de vida. Esto sería beneficioso ya que permitiría obtener información sobre cómo afecta la enfermedad al paciente, cómo impactan ciertos tratamientos y sus respectivos efectos secundarios en la calidad de vida de los pacientes, ya que no siempre son tenidos en cuenta por los profesionales intervinientes.

La evaluación de calidad de vida representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick & Erickson (1993) la define como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (Schwartzmann, 2003).

A los médicos les corresponde asegurarse de que sus pacientes recibirán el mejor tratamiento disponible de manera holística; por lo tanto la calidad de vida tendría que ser considerada como una parte intrínseca de la atención médica. Además, deberían evaluar la calidad de vida, conjuntamente con las condiciones de la enfermedad, en la medida en que predice de manera independiente la mortalidad, la hospitalización y las utilidades de los servicios de salud (Lavielle-Sotomayor, Rozen-Fuller, & Bustamante-Rojano, 2017).

Irrázaval, Kleinman, Silva R., Fernández González, et. al (2016) sostienen que un tratamiento exitoso debe considerar no sólo la supervivencia sino

también la calidad de vida del paciente. En la práctica clínica, uno de los objetivos principales de su evaluación es optimizar las intervenciones para mejorar dicha calidad de vida. También permite detectar grupos de mayor riesgo o vulnerabilidad, favoreciendo un abordaje interdisciplinario desde la etapa diagnóstica con intervenciones preventivas y puede utilizarse con fines pronósticos, lo que se correlaciona con la sobrevida.

Los mismos autores sostienen que las variables que afectan la calidad de vida pueden ser de tipo psicosocial o físicas. Dentro de las psicosociales encontramos baja escolaridad, inactividad laboral, bajos recursos económicos, el estar sin pareja y escaso apoyo social son las variables que disminuyen la calidad de vida en cáncer de mama. Las variables físicas aumentan a mayor estadio de la enfermedad. Se ha descrito que tanto la quimioterapia (QMT) como una cirugía mayor conllevan más síntomas secundarios y peor calidad de vida. Finalmente, se ha demostrado que la calidad de vida es más baja durante el tratamiento, buena a un año y mejor a más años de sobrevida. Concluyen que a la fecha, no hay ninguna publicación de calidad de vida de pacientes chilenas con cáncer de mama.

En lo que respecta a las investigaciones en nuestro contexto global, se destaca que en Iberoamérica, la investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud ha sido bastante limitada. Esto lo podemos comprobar al hacer una simple búsqueda en Internet en el Pubmed de la base de datos electrónica Medline, hecho que resulta bastante preocupante, porque los cambios en la transición demográfica en América Latina y el Caribe que se están presentando van a producir, como lo planteó recientemente un foro de la CEPAL en Santiago de Chile, el envejecimiento de sus poblaciones a un ritmo

mucho más rápido del registrado históricamente en los países desarrollados dentro de un contexto caracterizado por rápidos cambios en los estilos de vida, una alta incidencia de la pobreza, una baja cobertura de seguridad social y un alto nivel de descomposición familiar (Vinaccia, 2005).

Escobar Alfonso (2017) hace una revisión de estudios, los cuales demuestran una carencia de la evaluación de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama o supervivientes del mismo. La valoración de la influencia de todo el proceso de la enfermedad y del impacto psicosocial en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama es todavía una labor pendiente en el sistema de salud. Se debe fomentar el enfoque integral de las personas y sus dimensiones: salud física, mental, emocional y espiritual.

A pesar de que el pronóstico a largo plazo ha mejorado, todavía hay escasez de estudios que se centren en las necesidades psicosociales de las pacientes. Es necesario proceder a un seguimiento más detallado que determine el nivel de calidad de vida (Escobar, 2017).

La calidad de vida es un concepto muy importante de considerar, ya que según varias investigaciones permitiría obtener indicios en relación a la sobrevida de los pacientes oncológicos y al bienestar general de la persona.

#### **1.4 SOBREVIDA**

El *National Cancer Institute* (2012) define la supervivencia en cáncer como la vida de la persona con cáncer después del tratamiento médico hasta el final de su vida; incluye aspectos físicos, psicológicos, económicos, las fases



de diagnóstico, tratamiento; y considera a la sobrevida como su indicador empírico.

El Ministerio de Salud de Argentina y el INC (Instituto Nacional del Cáncer) informan que las enfermedades no transmisibles (ENT) son en la actualidad, la principal causa de mortalidad mundial. El cáncer, como segunda causa de estas defunciones, fue responsable de 7.6 millones de muertes en el mundo; más de las dos terceras partes de las cuales ocurrieron en países de ingresos bajos y medios.

En los pacientes que han superado la enfermedad aparece con frecuencia el temor a la recidiva, lo que constituye una secuela psicológica habitual en supervivientes de cáncer. La sobrevida del paciente con cáncer, libre de enfermedad demostrable durante períodos de tiempo relativamente largos, es un proceso de negociación continuo por lograr la reinserción al mundo habitual, en condiciones que exigen constantes sobreesfuerzos y recursos (Macías Cabrera, González López, Cabrera López, & Aldama, 2017).

Según Wang, Sun, Ding et. al. (2016) la supervivencia y la calidad de vida son las variables más reportadas en estudios comparativos con personas con cáncer, consideran que la evaluación de la calidad de vida antes del inicio del tratamiento médico puede ser un factor pronóstico importante y de relevancia clínica.

El meta-análisis de Chida y Steptoe (2008), sugiere que el bienestar psicológico positivo tiene un efecto favorable sobre la supervivencia tanto en poblaciones sanas como enfermas; revela que las personas enfermas que presentan un bienestar alto muestran un 2% menos de probabilidades de morir

que las que gozan de un bienestar bajo, es decir, la sensación de bienestar subjetivo protege a las personas con ECV, insuficiencia renal y HIV de morir.

Además, el estudio más reciente de Hernández-Socorro; Saavedra; Felipe; et al. (2017) ha demostrado que los pacientes que tienen una mejor calidad de vida pueden vivir más, la extensión tumoral y la buena calidad de vida fueron los únicos factores predictivos estadísticamente significativos de supervivencia a largo plazo en pacientes con carcinoma.

Meta-análisis recientes muestran una relación consistente entre variables relacionadas con el funcionamiento psicológico positivo (emociones positivas, crecimiento o búsqueda de beneficios) y resultados robustos asociados con la salud como la mortalidad, indicadores físicos de salud o el grado de recuperación en enfermedades físicas (Vázquez, 2013).

Sin embargo, Ochoa Arnedo & Casellas-Grau (2017) afirman que a pesar de los avances existentes en el tratamiento primario del cáncer (cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia), las altas tasas de supervivencia no han implicado la consecución de un mayor bienestar y calidad de vida. De hecho, un gran porcentaje de supervivientes (35%-38%) experimentan un elevado malestar psicológico e importantes dificultades en el funcionamiento y desarrollo de actividades de la vida cotidiana tras sobrevivir a la enfermedad (Carlson et al., 2004; Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001). A nivel psicológico, por ejemplo, existe una alta prevalencia de sintomatología de estrés postraumático (Kangas, Henry, & Bryant, 2002), ansiedad, depresión y fatiga persistentes en el periodo de supervivencia tras un cáncer de mama (Haber Korn et al., 2013; Przewdziecki et al., 2013; Sheppard, Llanos, Hurtado-deMendoza, Taylor, & Adams-Campbell, 2013).

Cristian Ochoa et. al. (2016) consideran que existe, también, un volumen considerable de evidencia científica que asocia el malestar emocional con peor calidad de vida, menos adherencia a los tratamientos oncológicos y peor supervivencia general, así como un autocuidado más pobre y un estilo de vida menos saludable (Antoni, 2012; Spiegel,2012).

A su vez, Rey Villar (2017) afirma que en el estudio de Blazeby et al. en pacientes con cáncer de esófago, la mejoría en la función emocional fue asociada significativamente con un aumento de la supervivencia, también en el trabajo de Groenvold et al. encontraron dicha relación entre la función emocional y la supervivencia general. De este modo, encontraron evidencia científica sobre los parámetros basales de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama metastásico que han mostrado una correlación fuerte entre la predicción de la supervivencia incluso cuando se ajusta por variables biomédicas importantes.

Así estos estudios vienen demostrando la importancia de investigar la relación entre la Calidad de Vida y la Sobrevida en poblaciones que presentan enfermedades físicas, donde la información resultante impacte en una mejora en el bienestar y en la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

## **HIPOTESIS**

**H. 1.** El grupo que sobrevive, expresa mayor bienestar físico al inicio del tratamiento médico clínico, que el grupo que no sobrevive.

**H. 2.** El grupo que sobrevive expresa mayor bienestar funcional al inicio de dicho tratamiento, que el grupo que no sobrevive.

**H. 3.** El grupo que sobrevive expresa mayor bienestar emocional al inicio de dicho tratamiento, que el grupo que no sobrevive.

**H. 4.** El grupo que sobrevive expresa mayor bienestar social al inicio de dicho tratamiento, que el grupo que no sobrevive.

**H. 5.** El grupo que sobrevive expresa mayor calidad de vida global al inicio de dicho tratamiento, que el grupo que no sobrevive.

## **CAPITULO 2: PROCEDIMIENTO Y METODOLOGIA**

### **2.1 PROCEDIMIENTO**

Este proyecto de tesis se desprende del proyecto doctoral de la directora de la presente investigación, titulado “Eficacia de un programa de intervención para mejorar la adaptación del paciente oncológico a la situación de enfermedad” (Massone, 2015).

### **2.2 MUESTRA**

Se trata de una muestra intencional no probabilística en adultos de ambos sexos, no hospitalizados, de 20 a 65 años en tratamiento activo contra el cáncer y no metastásicos<sup>2</sup>, que se atendieron en el servicio de oncología del Sanatorio Central EMHSA de la ciudad de Mar del Plata, prestaron su consentimiento informado y voluntad personal para participar en la investigación.

Este estudio cumplió con las normas éticas establecidas por el código de ética de la Federación Psicológica de la República Argentina (FePRA, 2014) y por la declaración Helsinki de la asociación médica mundial (2008) en relación a los derechos de los pacientes incluidos en el estudio.

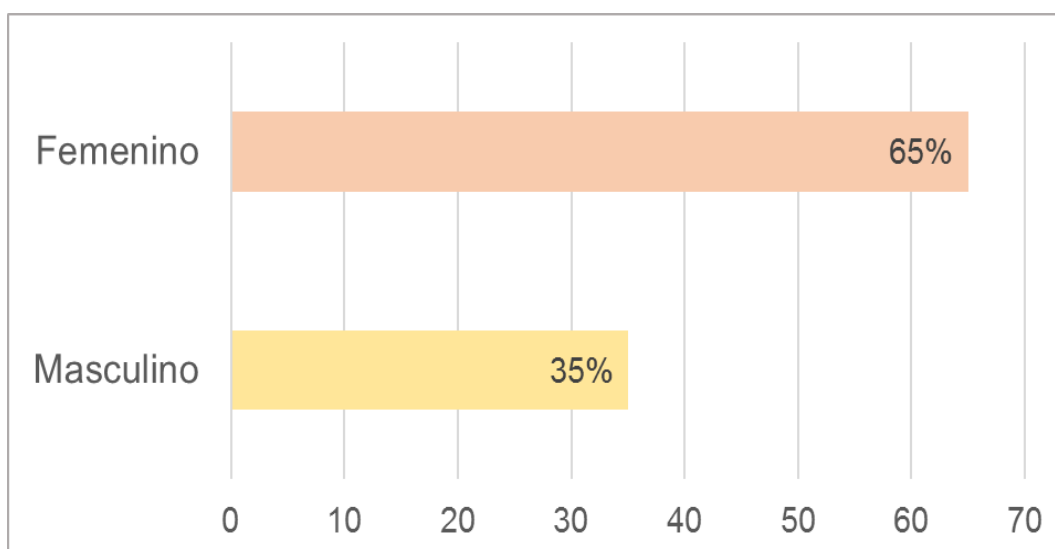
---

<sup>2</sup> Según la estadificación del sistema TNM que es aceptada y usada por la *International Union Against Cancer*, UICC, por el *American Joint Committee on Cancer*, AJCC. y la base de datos del *Instituto Nacional del Cáncer*, en fase T1 o T2 de la trayectoria de la enfermedad.

### 2.3 CARACTERIZACION DE LA MUESTRA BAJO ESTUDIO

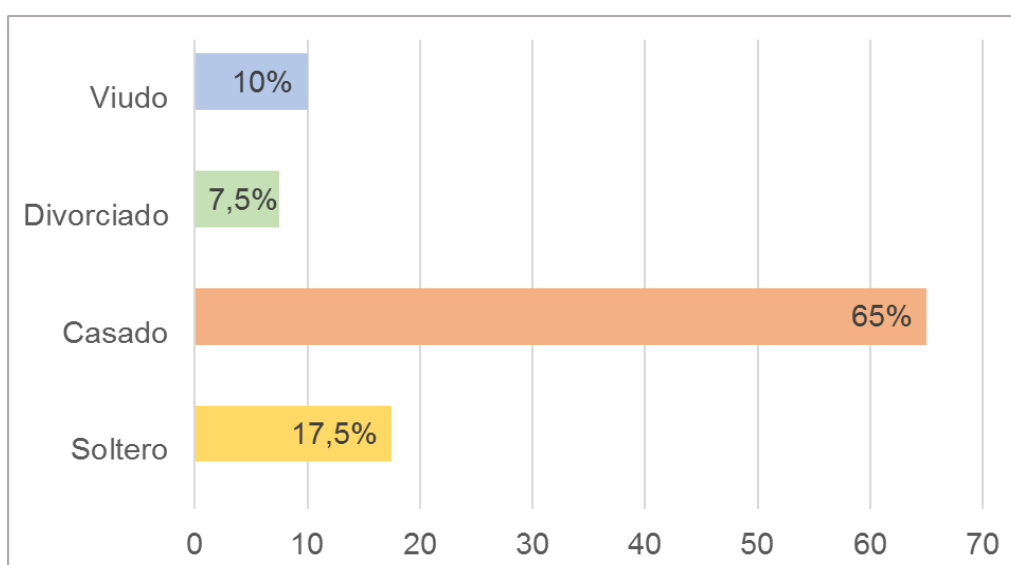
A continuación, se presentan una serie de gráficos que caracterizan las variables sociodemográficas para la muestra total.

En el Gráfico 3 se presenta la distribución de la muestra total según género, la cual estuvo mayormente conformada por el género femenino.



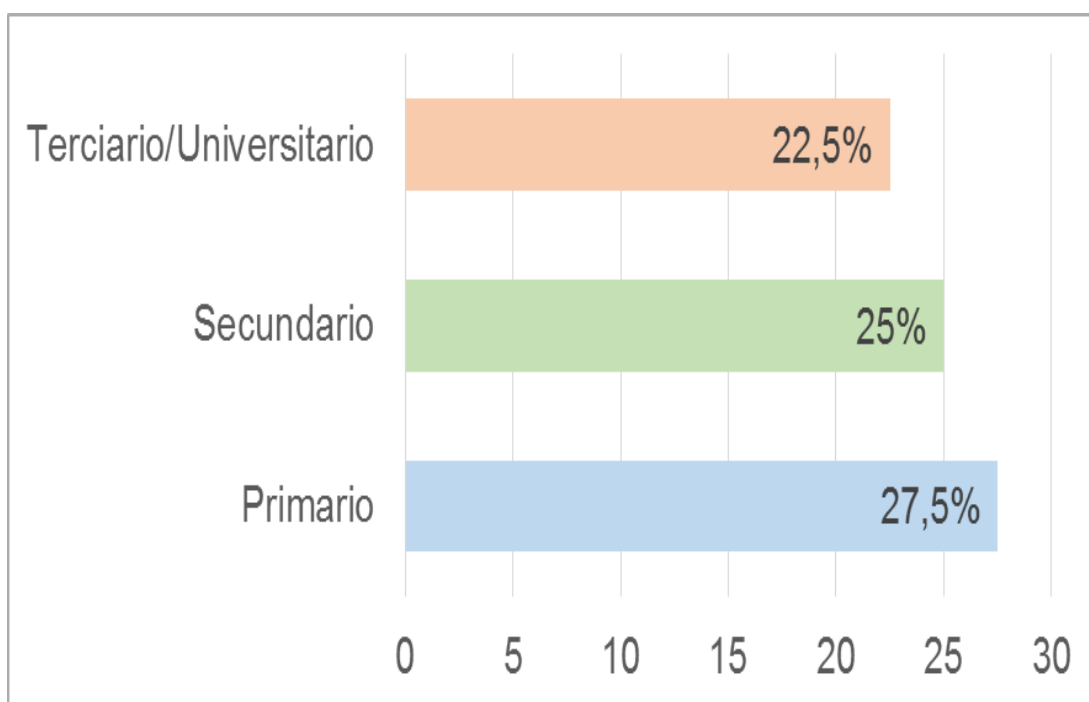
**Gráfico 3:** *Distribución de la muestra total según género.*

Según el Gráfico 4, la mayor proporción de la muestra total eran casados y en menor porcentaje divorciados.



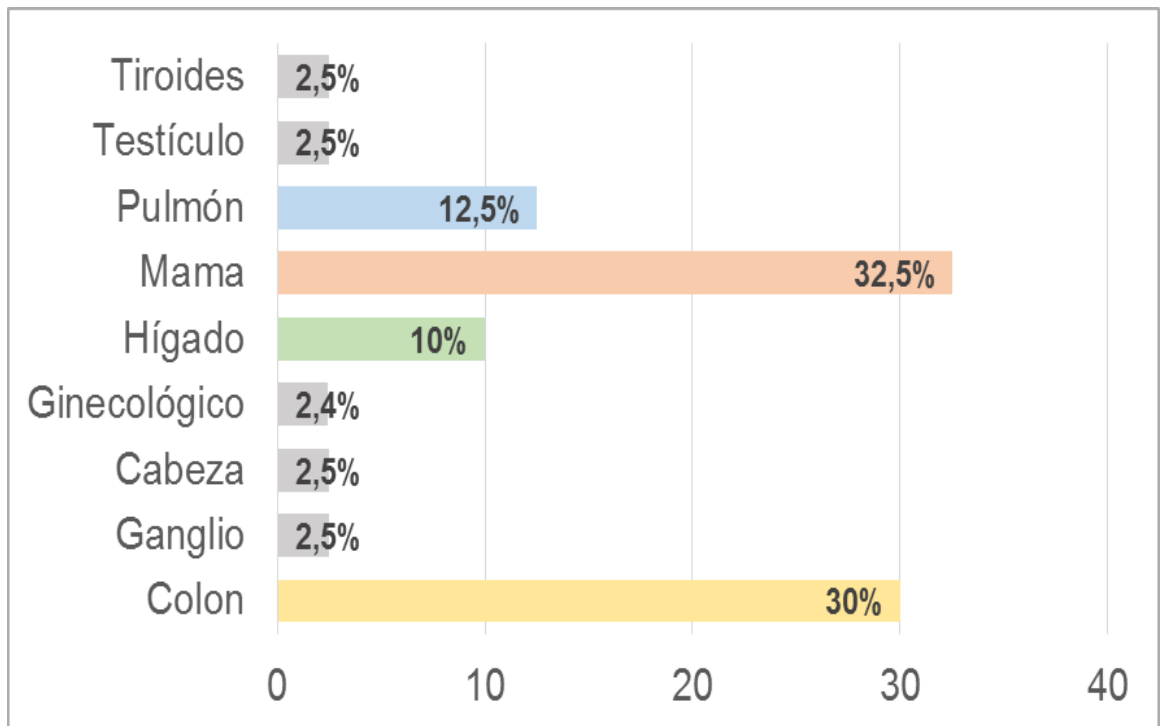
**Gráfico 4:** *Distribución del estado civil del total de la muestra.*

En el Gráfico 5, se presenta el nivel de estudios académicos alcanzados por las personas de la muestra total. La mayoría de ellos poseía un nivel de estudio primario y en menor proporción estudios terciarios/universitarios.



**Gráfico 5:** *Distribución de los estudios académicos de la muestra total.*

Según el Gráfico 6, la mayoría de las personas presentan una localización tumoral en la mama seguida del colon/fue diagnosticada de cáncer de mama seguida de colon. En menor porcentaje las localizaciones tumorales fueron en los ganglios y ginecológico.

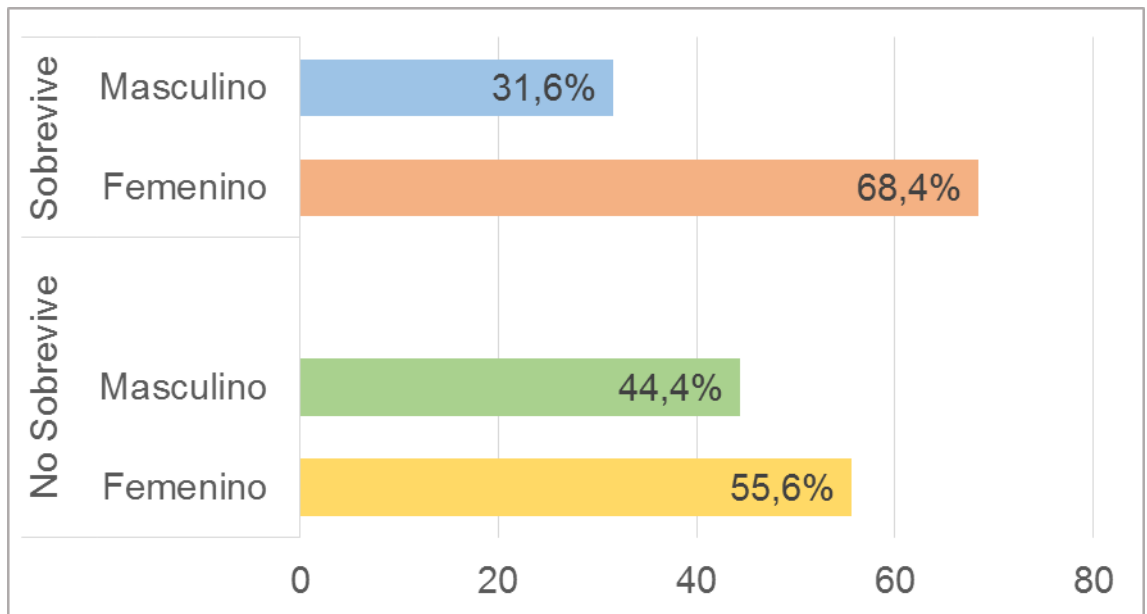


**Gráfico 6:** *Distribución de la localización tumoral de la muestra total.*

A continuación y luego de describir las características sociodemográficas para la muestra total se presentan las características según grupos, es decir, Grupo de sobreviviente y grupo de No sobrevivientes.

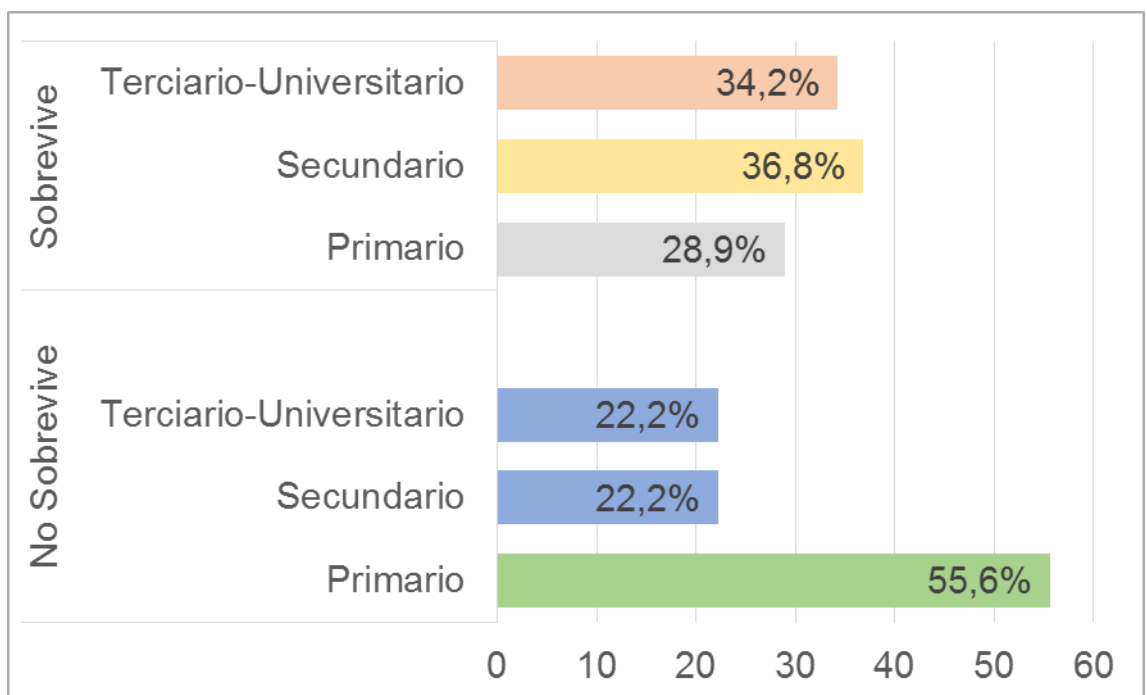
En el Gráfico 7 se observa que tanto en el grupo Sobreviviente como el de No Sobreviviente el mayor porcentaje de personas que han sobrevivido son del género femenino.





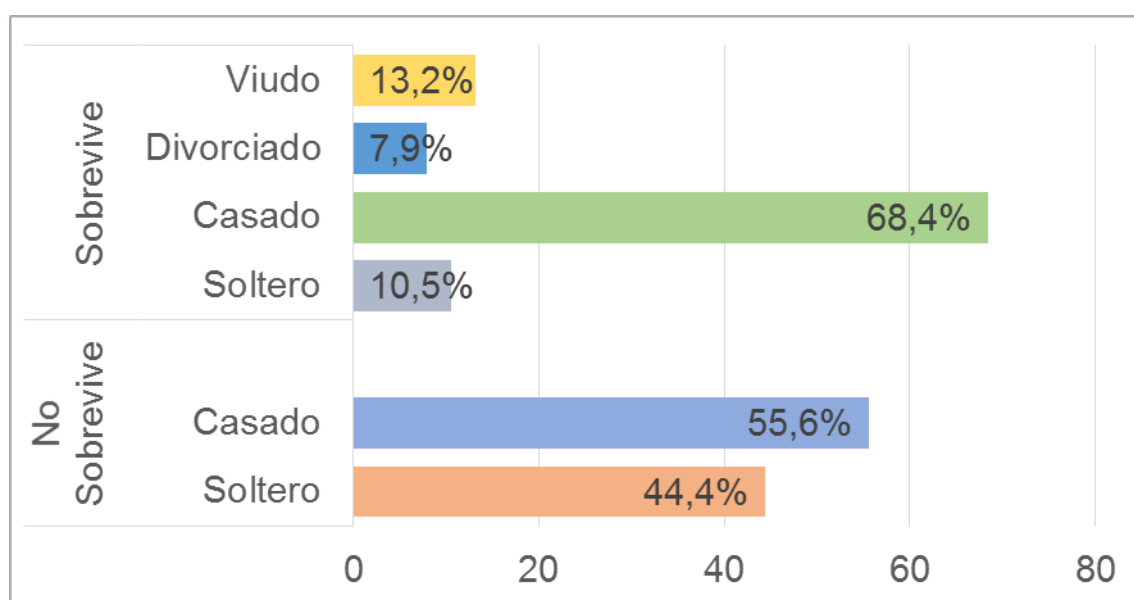
**Gráfico 7:** *Distribución de Sobrevivientes – No sobrevivientes según el género de la muestra total.*

Según el Gráfico 8, la mayoría de los supervivientes poseen un nivel de estudio secundario mientras que en el grupo de no supervivientes, el mayor porcentaje habían alcanzado un nivel de estudio primario.



**Gráfico 8:** *Distribución de la muestra total en grupos Sobrevive-No sobrevive según nivel académico.*

En el Gráfico 9 se observa que tanto en el grupo sobreviviente como en el no sobreviviente, el estado civil casado es el mayoritario.



**Gráfico 9:** *Distribución según estado civil de la muestra total agrupados en dos grupos: Sobrevive-No Sobrevive.*

## 2.4 DISEÑO DE INVESTIGACION

Se trata de un diseño Retrospectivo de Comparación de Grupos. La técnica de muestreo utilizada es de tipo no probabilística por disponibilidad. Con la finalidad de conseguir mayor precisión en la estimación de la relación entre las variables Sobrevida con Bienestar y Calidad de Vida, se emparejaron los grupos en las siguientes variables:

- Diagnóstico de cáncer.

- Localización tumoral variada.
- Ausencia de metástasis distal.
- En etapa inicial de la enfermedad.
- En fase de primer tratamiento activo.
- Nivel de Optimismo.
- No hospitalizados.
- Sin enfermedades concomitantes diagnosticadas.
- Mayores de 18 años y menores de 75 años.
- Que no estén bajo tratamiento psicológico ni psiquiátrico al momento del estudio.

La variable Sobrevida adopta dos valores: Sobrevida y No Sobrevida que se miden al año de que el paciente empieza el tratamiento médico. La variable Calidad de Vida Global evalúa cuatro dominios: Bienestar Físico, Bienestar Funcional, Bienestar Social, Bienestar Emocional; el puntaje de cada dominio se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje de Calidad de Vida Global es la suma de cada dominio; mayores puntajes correspondan a mejor Calidad de Vida.

Los grupos se conformarán en función de la variable criterio: Sobrevida y No Sobrevida y se compararán según el nivel de Bienestar y Calidad de Vida Global.

Los miembros de ambos grupos participaron durante el año de tratamiento médico de un tratamiento psicológico denominado PROA.

El programa de intervención grupal para potenciar la adaptación a la situación de enfermedad en pacientes oncológicos (PROA), consiste en cinco sesiones de periodicidad semanal con duración de noventa minutos.

Cada sesión está estructurada y tiene previstas fichas de trabajo para los participantes que incluyen los protocolos de trabajo de la sesión y protocolos de las tareas inter-sesión.

El programa se centra en la enseñanza de habilidades que favorecerían la adaptación. Los ejes transversales son la resignificación cognitiva del estar enfermo, a partir de re-evaluar sus propios recursos y los del entorno (apoyo social, familia, amigos, médicos); y el aprendizaje, recuperación y/o aumento de estrategias de afrontamiento más funcionales.

## **2.5 INSTRUMENTOS**

Se administró el FACT-G *Funcional Assessment of Cancer Therapy General quality of life*. Este cuestionario en su 4ta versión (Cella, Tulsky, Gray, 1994) está diseñado para medir calidad de vida de los pacientes con cáncer bajo tratamiento médico. Evalúa cinco dominios: Bienestar Físico (7 ítems), Bienestar Social/familiar (7 ítems), Bienestar Emocional (6 ítems), Bienestar Funcional (7 ítems).

El cuestionario contiene 27 reactivos, medidos en cinco opciones (*en absoluto: 0, un poco: 1, algo: 2, mucho: 3, muchísimo: 4*). Algunos ítems se transforman dándoles el puntaje inverso, el puntaje de cada dominio se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje global total es la

suma de cada dominio; mayores puntajes correspondan a mejor calidad de vida.

La puntuación del FACT-G varía de cero a 146 siendo, cero es calidad de vida extremadamente deficiente y 146 la mejor calidad de vida que puede describirse en un paciente con cáncer.

Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 5 niveles que van desde 1 (nada) a 5 (muchísimo). El puntaje de cada sub escala se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems. Para efectuar la calificación de la sub escala algunos ítems se transforman dándoles el puntaje inverso de modo tal que los valores finales reflejen el hecho de que mayores puntajes correspondan a una mejor calidad de vida.

El valor Alfa de Cronbach global del cuestionario es de 89 posee alta consistencia interna. Se analizó la contribución relativa de cada ítem a la consistencia interna obteniendo todos los ítems valores inferiores o iguales al Alfa global (con un rango de 88 a 89).

En el contexto de este estudio se entiende la sobrevida como la conservación de la vida al año del comienzo del tratamiento médico activo.

## **2.6 DESCRIPCION DE ANALISIS DE DATOS**

Se utilizó el programa SPSS. Versión 15.0 para el análisis estadístico.

Para el análisis de los datos se utilizó la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney para dos muestras independientes.

Se eligió una prueba no paramétrica debido a la cantidad de sujetos que conforman la muestra y a la diferencia en la cantidad de sujetos que componen cada grupo en estudio y aceptan distribuciones no normales. En este sentido, son adecuadas para analizar datos nominales u ordinales y para muestras pequeñas.

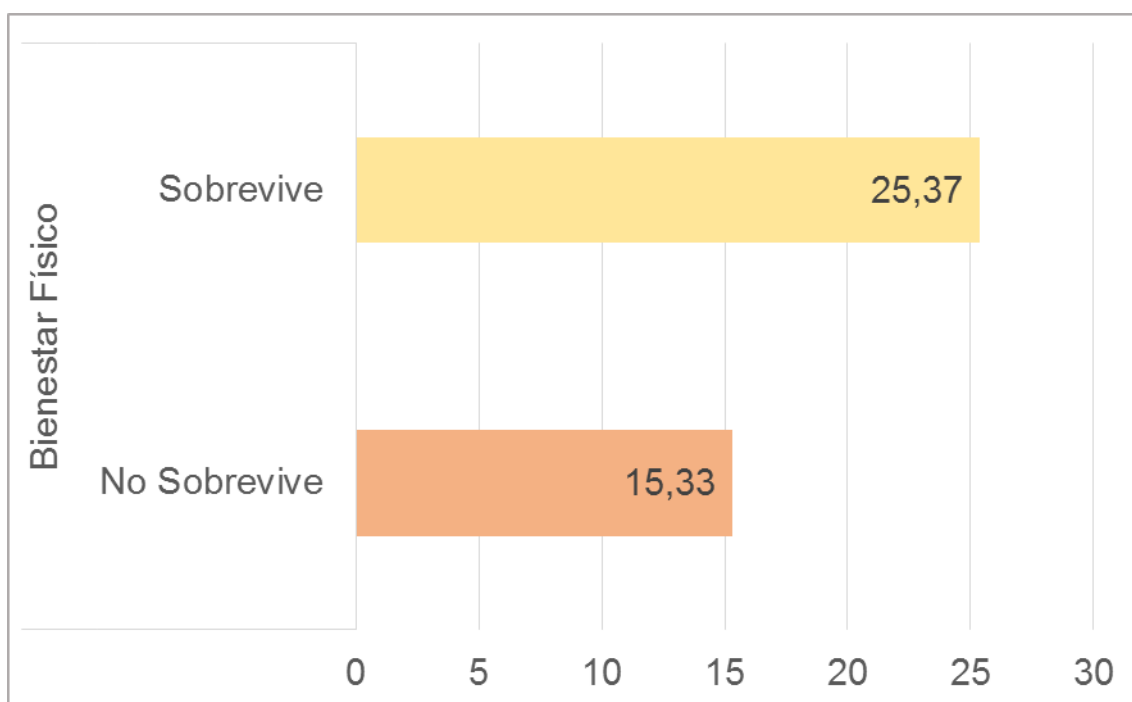
La prueba U Mann- Whitney es una excelente alternativa cuando las muestras no cumplen los supuestos de normalidad, el nivel de medida de los datos es ordinal y cuando son dos muestras independientes extraídas de la misma población.

En este trabajo de investigación la variable categórica es Sobrevida mientras que las variables dependientes corresponde a: Bienestar Físico; Bienestar Funcional; Bienestar Social; Bienestar Emocional; Calidad de Vida.

### CAPITULO 3: RESULTADOS

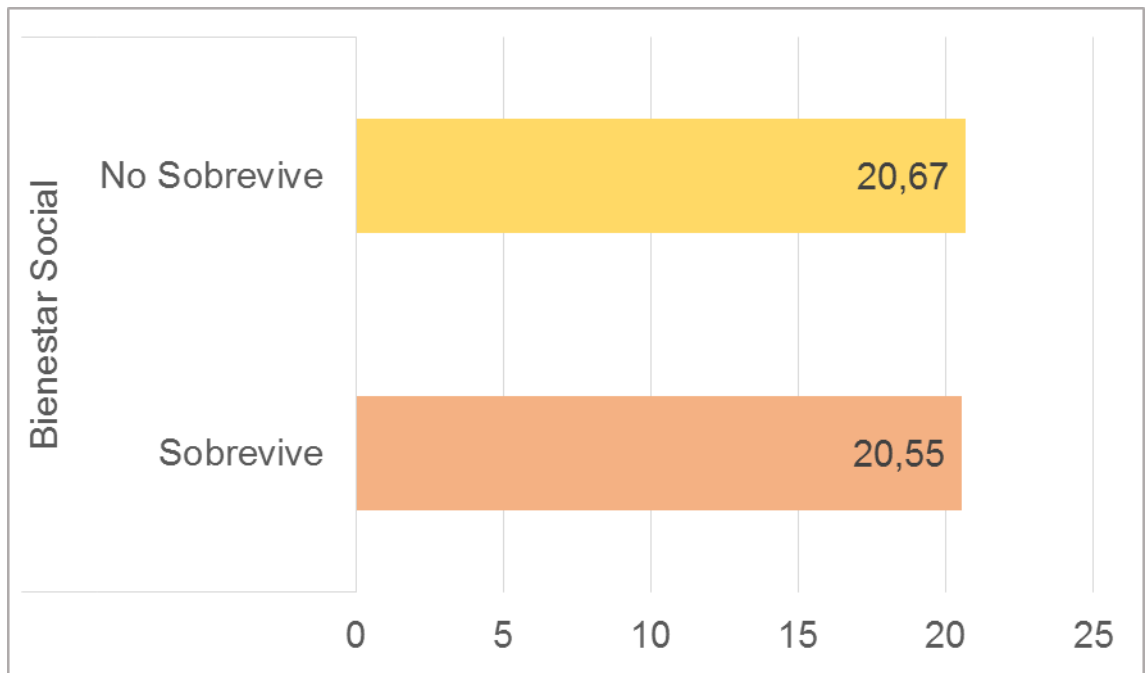
En primer lugar se muestra un análisis descriptivo y comparativo para cada variable dependiente entre grupos (Sobrevive – No Sobrevive).

Con la finalidad de determinar el Bienestar Físico se calculó el promedio de dicha variable en cada grupo. En el Gráfico 10 se presentan los resultados obtenidos, los cuales dan cuenta que las personas del grupo de sobrevivientes tienen un promedio mayor de Bienestar Físico que el grupo de no sobrevivientes.



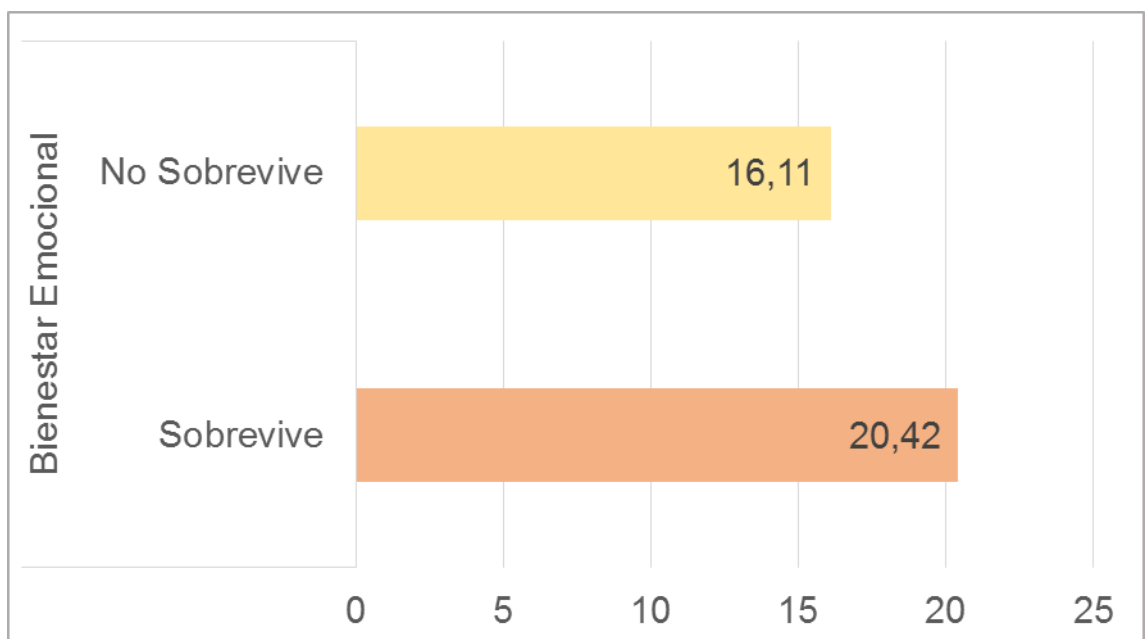
**Gráfico 10:** Puntaje promedio en la variable Bienestar Físico para cada grupo.

Según el Gráfico 11, para la variable Bienestar Social, no se observan diferencias significativas en ambos grupos. Sin embargo, por centésimas se puede decir que el grupo de no sobrevivientes presentaron más Bienestar Social que el grupo de sobrevivientes.



**Gráfico 11:** *Puntaje promedio en la variable Bienestar Social para cada grupo.*

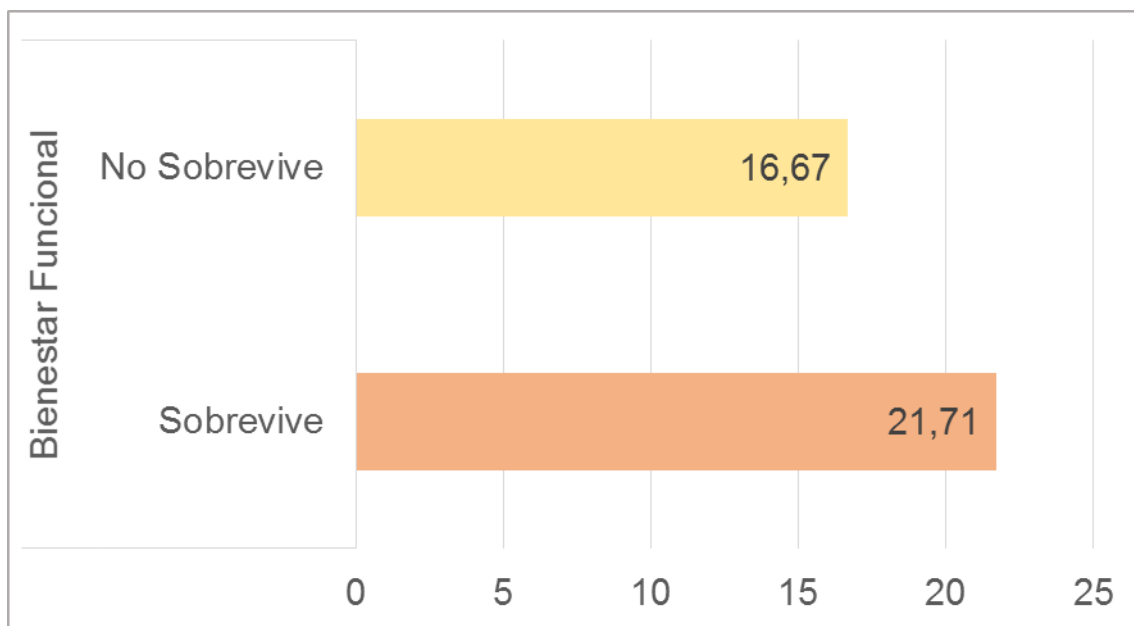
Continuando con la comparación de los grupos (Sobrevive – No Sobrevive) en relación al promedio obtenido para la variable Bienestar Emocional, en el Gráfico 12 se puede observar que el grupo de sobrevivientes obtuvo un mayor promedio que el grupo que no sobrevive.





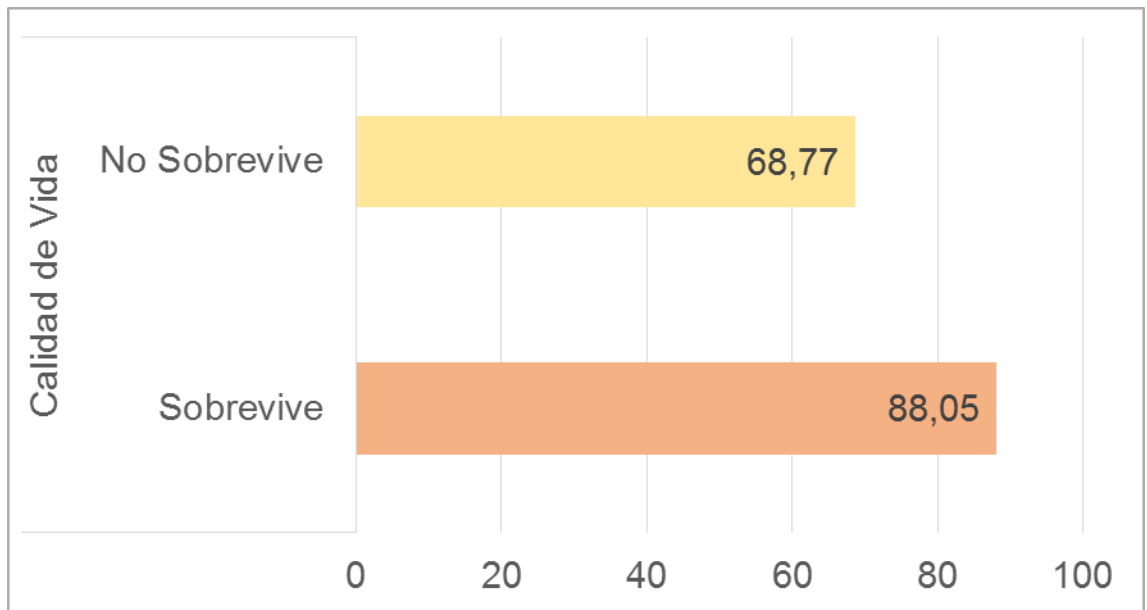
**Gráfico 12:** *Puntaje promedio en la variable Bienestar Emocional para cada grupo.*

En el Gráfico 13 el grupo de sobrevivientes presenta un promedio mayor en relación al grupo de no sobrevivientes para la variable Bienestar Funcional.



**Gráfico 13:** *Puntaje promedio en la variable Bienestar Funcional para cada grupo.*

Según el Gráfico 14 para la variable Calidad de Vida el promedio obtenido por el grupo de sobrevivientes es mayor al del grupo de no sobrevivientes.



**Gráfico 14:** *Puntaje promedio en la variable Calidad de Vida para cada grupo.*

Con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas entre los grupos para las variables Bienestar Físico, Bienestar Social, Bienestar Emocional, Bienestar Funcional y Calidad de Vida Global se calculo el nivel de significación arrojado por el puntaje U de Mann-Whitney, a continuación se presenta en la Tabla 1 dichos puntajes.

**TABLA 1:** U Mann-Whitney

	Bienestar Físico	Bienestar Social	Bienestar Emocional	Bienestar Funcional	Calidad de Vida
Mann-Whitney U	43,500	170,500	90,000	81,000	64,500
Wilcoxon W	88,500	911,500	135,000	126,000	109,500
Z	-3,453	-,014	-2,201	-2,440	-2,881
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,989	,028	,015	,004

b. Grouping Variable: Sobrevida al año

Se observa que las variables Bienestar Físico y Calidad de Vida resultaron muy significativas.

Mientras que el Bienestar Emocional, Bienestar Funcional resultaron significativas.

En cuanto a la variable Bienestar Social no resultó significativa.

## CAPITULO 4: INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

El objetivo general de este trabajo de investigación consistió en analizar Calidad de Vida, Bienestar Social, Bienestar Funcional, Bienestar Físico y Bienestar Emocional en pacientes con patología oncológica y determinar si estos influyen o no con la Sobrevida o No Sobrevida al año de iniciado el tratamiento médico.

Nuestra hipótesis sostenía que en el grupo que Sobrevive se expresaría una mayor Calidad de Vida y un mayor Bienestar Físico, Funcional, Social y Emocional en comparación con el grupo que No Sobrevive.

Para cumplir con los objetivos de este proyecto de investigación, se administró la escala FACT. Los resultados obtenidos fueron comparados con otros estudios anteriores similares a los propuestos por esta Tesina.

Para evaluar nuestra hipótesis realizó un diseño Retrospectivo de Comparación de Grupos. Los grupos se conformaron en función de la variable criterio: Sobrevida y No Sobrevida y se compararon según el nivel de Bienestar y Calidad de Vida Global.

El análisis descriptivo los resultados muestra que las puntuaciones obtenidas en el grupo de sobrevivientes son más altas en relación a Calidad Vida, Bienestar Físico, Bienestar Funcional y Bienestar Emocional que en el grupo de no sobrevivientes lo cual evidenciaría que tienen una mayor Calidad de Vida y Bienestares.

Sin embargo, para la variable Bienestar Social, las puntuaciones promedio obtenidas no presentaron diferencias significativas, fueron similares,

por lo que no habría una diferencia entre el grupo que Sobrevive y el grupo que No Sobrevive con respecto a dicha variable.

En los resultados obtenidos con la prueba U Mann-Whitney, podemos decir que nuestra hipótesis presentó una correlación positiva para Bienestar Físico, Bienestar Funcional, Bienestar Emocional y Calidad de Vida con la Sobrevida de los pacientes oncológicos. Mostrando que la Calidad de Vida influye de manera significativa en la Sobrevida o no de dichos enfermos.

Mientras que la hipótesis relacionada a Bienestar Social no fue corroborada debido a que los resultados no fueron significativos para dicha variable. Esto es posible debido a que la muestra de esta Tesina presentó algunas limitaciones tales como que la cantidad de personas que participaron fue reducida.

Si bien hemos encontrado una insuficiente evidencia científica sobre la relación entre variables positivas y sobrevida en personas con cáncer, los resultados obtenidos en esta Tesina, concuerdan con el estudio de Wang, Sun, Ding et. al. (2016) que sostienen que la evaluación de la calidad de vida antes del inicio del tratamiento médico puede ser un factor pronóstico importante y de relevancia clínica. También con el estudio de Hernández-Socorro; Saavedra; Felipe; et al. (2017) donde demostraron que la extensión tumoral y la buena Calidad de Vida fueron los únicos factores predictivos estadísticamente significativos de sobrevida a largo plazo en pacientes con carcinoma. Además, Rey Villar (2017) afirma que en el estudio de Blazebly et al. en pacientes con cáncer de esófago, la mejoría en la función emocional fue asociada significativamente con un aumento de la supervivencia.

Mientras que meta-análisis recientes muestran una relación consistente entre variables relacionadas con el funcionamiento psicológico positivo (emociones positivas, crecimiento o búsqueda de beneficios) y resultados robustos asociados con la salud como la mortalidad, indicadores físicos de salud o el grado de recuperación en enfermedades físicas (Vázquez, 2013).

Esta asociación positiva entre Calidad de Vida y Sobrevida podría fundamentarse debido a que la enfermedad del cáncer produce un gran impacto en la vida de las personas, por lo que la calidad de vida impulsaría a la adopción de un estilo de vida más saludable, conductas de autocuidado, un mejor afrontamiento frente a las etapas de la enfermedad, que podrían mejorar el bienestar de la persona como así también aumentar la posibilidad de sobrevida del paciente.

Por eso consideramos que sería interesante que se pueda continuar indagando sobre esta temática, siguiendo esta línea de investigación, con la posibilidad de realizarlo con una muestra más amplia a la de esta Tesina.

## **CAPITULO 5: CONCLUSIONES**

Según Vázquez (2013) frente al diagnóstico del cáncer y al malestar psicológico que éste genera, el papel de las emociones y sentimientos positivos es una de las variables que inciden sobre el tratamiento y podría impactar sobre la sobrevivencia de la persona.

A partir de esto, es que para las autoras de esta Tesina resultó muy importante la realización de la misma como una manera de acercarse a esta temática que nos genera gran interés pero que se encuentra poco desarrollada en nuestro país.

En relación a los resultados obtenidos podemos decir que respaldan la hipótesis planteada en esta investigación, la cual refiere que los pacientes que sobreviven presentan una mayor Calidad de Vida Global. Es decir, que la variable Calidad de Vida, en donde se incluyen todos los Bienestares (Físico, Social, Funcional y Emocional) mostró en general una correlación positiva con la Sobrevivencia de los pacientes oncológicos.

Más allá de los resultados obtenidos, la realización de este proyecto de investigación nos permitió conocer un área de abordaje posible desde la psicología, que resulta muy necesaria para estos pacientes que presentan enfermedades crónicas y/o potencialmente mortales debido al impacto que produce su diagnóstico y como el mismo, afecta las diversas esferas de la vida pudiendo generar una disminución de la calidad de vida o impactando en su calidad de vida general.

Consideramos que tal como plantea Escobar Alfonso (2017) resultaría prioritario desarrollar un seguimiento más exhaustivo de estos pacientes que

valore, además de los efectos físicos, la repercusión de estos y de los posibles efectos psicosociales en la vida, determinando de esta manera el nivel de calidad de vida. Se debe fomentar el enfoque integral de las personas y sus dimensiones: salud física, mental, emocional y espiritual.

Finalmente, esperamos que los resultados de este trabajo aunque preliminares, constituyan en un futuro aportes valiosos para el desarrollo de intervenciones psicológicas en el campo de la oncología con particular énfasis en el desarrollo de estrategias de tipo positivas que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.



## BIBLIOGRAFIA

- Andrés Solana, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*. 28 (3), 51-57.
- Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E., López, A. & Vinaccia, S. (2012) Evaluación del patrón de conducta tipo c y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncercolorrectal, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*. 35 (02).
- Arnendo, C. O; Casellas-Grau, A. (2017) El cambio vital positivo tras un cáncer: ingredientes, claves para facilitarlos y efectos sobre el bienestar. *Papeles del Psicólogo*. 38 (1).
- Asociación Argentina de Oncología Clínica (2017). *Psicooncología*. Recuperado de: <http://aaoc.org.ar/pagina/psicooncologasa>
- Asociación Médica Mundial. (2008). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Korea.
- Bárez, M., Blasco, T., & Fernández Castro, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales De Psicología*, 19(2), 235-246.
- Boletín de VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL INC (2012). Registros para la Planificación de políticas del control del cáncer. 2(8).

- Brezinski, D., Stone, P. H., Muller, J. E., Tofler, G. H., Davis, V., Parker, C. & MILIS Study Group. (1991). Prognostic significance of the Karnofsky Performance Status score in patients with acute myocardial infarction: comparison with the left ventricular ejection fraction and the exercise treadmill test performance. *American heart journal*, 121(5), 1374-1381.
- Cabrera Macías, Y., López González, E., López Cabrera, E., & Arredondo Aldama, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127.
- Camacho Borrego S. (2003) El cáncer de Pulmon. En M. Die Trill (comp.) Psicooncología. Madrid: ADES Ediciones S.L. p. p 207-224.
- Cardona, D., & Agudelo, H. B. (2009). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1).
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. España. Paidós.
- Castro Solano, A (2011) Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaimónico. Un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 31 (1).
- Castro Solano, A. (2010). El estudio del bienestar psicológico. En A. Castro Solano (Comp), "*Fundamentos de psicología positiva*" (pp 43 -68). Buenos Aires.Ed. Paidós.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... & Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of clinical oncology*, 11(3), 570-579.

- Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de psicología*, 41(1).
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic medicine*, 70(7), 741-756.
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1).
- Da Costa Neto, S. & Cavalcanti Ferrera de Araujo, T. (2005). Calidad de vida de los portadores de neoplasia de cabeza y de cuello en fase diagnóstica. *Revista Colombiana de Psicología*, núm 14, pp. 53-63.
- de Psicooncología, G. M., & de Madrid, C. O. D. P. (2003). Propuesta de inclusión del psicólogo en la atención integral al enfermo de cáncer. *Psicooncología*, 1, 157-60.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). Happiness. Unlocking the mysteries of psychological wealth. Maldern, MA. Blackwell Publishing
- Escobar, G. A. (2017). Cáncer de mama y Calidad de Vida: una revisión bibliográfica.
- Faure, E. N., Soutelo, M. J., Faraj, G., Lutf, R. J., & Juvenal, G. J. (2012). Estimación de la Incidencia de Cáncer de Tiroides en Capital Federal y el Gran Buenos Aires (período 2003-2011). *Revista argentina de endocrinología y metabolismo*, 49(1), 20-24.

Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2014). Código de Ética de la FePRA. Bs As: Autor. Disponible en://www.fepra.org.ar.

Fernandez C. A. & Flores, A. B. (2011). Intervención Psicológica en personas con cáncer. Psychological Intervention in Cancer Patients. *Clínica*, 2(2), 187-207.

Fernandez-Suárez, H. G., Blum-Grynberg, B., Aguilar-Villalobos, E. J., & Bautista-Rodríguez, H. (2009). Validation of an instrument to measure life quality in breast cancer patients. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2), 133-138.

Gaviria, A., Vinaccia, S., Rivero, M. & Quinceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20).

GLOBOCAN (2012). *GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

González, A. F. ; García-Viniegras, C. R. V; & Ruiz, A.L. (2014). Consideraciones acerca del bienestar psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 17 (3).

Hernández-Socorro, C. R., Saavedra, P., Felipe, J. R., Sarmiento, U. B., & Ruiz-Santana, S. (2017). Factores predictivos de supervivencia a largo plazo del cáncer colorrectal tras la ablación de metástasis hepáticas con control ultrasonográfico. *Medicina Clínica*.

IARC WHO. Bosman, F. T., Carneiro, F., Hruban, R. H., & Theise, N. D. (2010).  
Classification of tumours. IARC, Lyon, France.

Instituto Nacional del Cáncer (INC) & Ministerio de Salud (2016). *Vigilancia epidemiológica del cáncer. Análisis de Situación de Salud por Cáncer. Argentina, 2016.* Recuperado de:  
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000925cnt-2016-12-21-boletin-epidemiologia.pdf>

International Association of Cancer Registries (2017). *International Association of Cancer Registries.* Recuperado de <http://www.iacr.com.fr/index.php>

Irarrázaval, M. E., Kleinman, P., Silva, F., Fernández González, L., Torres, C., Fritis, M., ... & Waintrub, H. (2016). Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista médica de Chile, 144*(12), 1567-1576.

Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology, 3*(4), 219-233

Landaverde, D. (2015). Aspectos básicos del abordaje integral de las supervivientes del cáncer de mama. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina, 5* (1). Recuperado de  
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/viewFile/27959/28087>

Larson, R., Jarrett, R., Hansen, D., Pearce, N., Sullivan, P., Walker, K., & Wood, D. (2004). Organized Youth Activities as Contexts for Positive Development.

- Lavielle-Sotomayor, P., Rozen-Fuller, E., Bustamante-Rojano, J., & Martínez-Murillo, C. (2017). Optimismo, cohesión familiar y tratamiento como predictores de la calidad de vida en padecimientos oncohematológicos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(4), 456-463.
- Llarena, A. M., Revilla, S. C., Laborda, A. G. N., Ferrer, J. P., Galíndez, R. B., & Vivanco, G. L. (2007). Factores pronósticos en metástasis pulmonares resecables de carcinoma colorrectal. *Archivos de Bronconeumología*, 43(6), 309-316.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2012). La Formación en Psicología Positiva en la Universidad de Palermo. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 4(1), 21-30.
- Masson, C. (2016). Papel del psicólogo en el tratamiento integral y situación en Latinoamérica. *PSYCIENCIA*. Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/psicooncologia-papel-del-psicologo-en-el-tratamiento-integral-y-situacion-en-latinoamerica/>
- Massone, M. A. (2015). *Eficacia de un programa de intervención para mejorar la adaptación del paciente oncológico a la situación de enfermedad* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Mar del Plata- Facultad de Psicología, Mar del Plata.
- MJ, M. C., & Febrero, M. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre Medicina*, 18(2), 108-113.

National Cancer Institute. NCCN. (2012). La vida después del tratamiento de cáncer. Recuperado de

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/sigaadelante.pdf>

National Comprehensive Cancer Network, NCCN (2010). Practice guidelines for the management of psychosocial distress. National Comprehensive Cancer Network. *Oncology (Huntingt)* 13 (5A): 113-47.

Navascués, A., Calvo-Medel, D., & Bombin-Martín, A. (2016). Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un hospital de día. *Acción Psicológica*, 13(2).

Novoa Gómez, M. M., Caycedo, C., Aguillón, M., & Suárez Álvarez, R. A. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento psicológico*, 4(10).

Novoa Gómez, M. M., Vargas Gutiérrez, R. M., Obispo Castellanos, S. A., Pertuz Vergara, M., & Rivera Pradilla, Y. K. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2).

Novoa, M., Vargas, R., Obispo, S., Vergara, M., & Rivera, Y. (2017). Relación entre bienestar psicológico y calidad de vida en pacientes con tratamiento para el cáncer de tiroides con condición postquirúrgica. *Terapia Psicológica*, 28(1), 055-067.

- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J. M. (2017). Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1).
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Organización Mundial de la salud*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19.
- Peiró, J. M., Ayala, Y., Tordera, N., Lorente, L., & Rodríguez, I. (2014). Bienestar sostenible en el trabajo: Revisión y reformulación. *Papeles del psicólogo*, 35(1).
- Pérez Reyes, J.E. (2017). Cáncer y Personalidad, una Aproximación a la Verdad. Revista Científica *Hallazgos21, develando la ciencia por el desarrollo* 2 (1).
- Prada, E. C. (2005). Psicología positiva y emociones positivas. *Revista electrónica psicología positiva. com*.
- Prieto Fernandez, A (2004), *Psicología Oncológica Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 2 (2004), 107- 120
- Roxana Tabakman (2016) *Cáncer en Latinoamérica, nuevo informe IARC - Medscape* - 29 de nov de 2016. Recuperado en: <http://espanol.medscape.com/verarticulo/5900981>



- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Seligman, M. E. P (2011) *La vida que florece*. Ediciones B. Barcelona pp 235 - 249
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M.: Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, Vol 55(1), Jan 2000, 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Vergara
- Seligman, M.E.P., Christopher, P. (2000). Positive Clinical Psychology, recuperado el 12 de junio de 2014 del sitio Web del Positive Psychology Center: [www.ppc.sas.upenn.edu/posclinpsychchap.htm](http://www.ppc.sas.upenn.edu/posclinpsychchap.htm)
- Tonon, G. (2010). La calidad de vida. En A.,Castro Solano (Comp) *Temas de Psicología Positiva*. (pp 97-110). Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Torrecilla, N. M., Casari, L. M., & Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas.
- Urzúa, A., & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vecina Jiménez, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del psicólogo*, 27(1).

- Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1).
- Verónica, R. M., Catalina, Á. O., & Fernanda, V. B. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.
- Villar, R. R. (2017). *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama*(Doctoral dissertation, Universidade da Coruña).
- Vinaccia, S., Orozco, L. (2005) Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*, número 2, Vol. 1, 125 – 137.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, Número 2, Vol. 15, 207-221.
- Vinnacia, S., & Arango, S. (2003). Evaluación de la calidad de vida y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorectal. *Suma psicol*, 10(1), 43-65.
- Wang, J. W., Sun, L., Ding, N., Li, J., Gong, X. H., Chen, X. F., ... & Yu, J. M. (2016). The association between comorbidities and the quality of life among colorectal cancer survivors in the People's republic of china. *Patient preference and adherence*, 10, 1071.

## ANEXO 1

### ESCALA FACT-B

A continuación encontrará una lista de afirmaciones sobre situaciones muy comunes en personas con su misma enfermedad. Dependiendo de lo cierto que haya sido para usted cada afirmación *durante los últimos siete días* marque con un círculo, por favor, sólo uno de los números que aparecen en cada línea.

<b>BIENESTAR FISICO</b>	NADA	ALGO	MAS O MENOS	MUCHO	MUCHISIMO
Me falta energía	1	2	3	4	5
Tengo náuseas	1	2	3	4	5
Tengo dificultad para atender las necesidades de mi flia.	1	2	3	4	5
Tengo dolor	1	2	3	4	5
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	1	2	3	4	5
Me siento enferma/o	1	2	3	4	5
Necesito estar acostada/o	1	2	3	4	5

<b>BIENESTAR FAMILIAR SOCIAL</b>					
Me siento cercana/o a mis amistades	1	2	3	4	5
Recibo apoyo emocional de mi flia.	1	2	3	4	5
Recibo apoyo de mis amistades	1	2	3	4	5
Mi flia ha aceptado mi enfermedad	1	2	3	4	5
Me siento satisfecha/o con la manera como mi flia habla de mi enfermedad	1	2	3	4	5
Me siento cercana/o a mi pareja ( o la persona que me da apoyo)	1	2	3	4	5
<b>BIENESTAR</b>					

<b>EMOCIONAL</b>					
Me siento triste	1	2	3	4	5
Estoy satisfecha/o con como estoy enfrentando mi enfermedad	1	2	3	4	5
Estoy perdiendo las esperanzas	1	2	3	4	5
Me siento nerviosa/o	1	2	3	4	5
Me preocupa morir	1	2	3	4	5
Me preocupa que mi enfermedad empeore	1	2	3	4	5
<b>BIENESTAR FUNCIONAL</b>					
Puedo trabajar (incluya el trabajo en la casa)	1	2	3	4	5
Me satisface mi trabajo	1	2	3	4	5

Puedo disfrutar de la vida	1	2	3	4	5
He aceptado mi enfermedad	1	2	3	4	5
Duermo bien	1	2	3	4	5
Disfruto de mis pasatiempos como siempre	1	2	3	4	5
Estoy satisfecha/o con mi calidad de vida	1	2	3	4	5