Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (Argentina).

Tesista: Federico, Rocío Belén

D.N.I: 42.143.618; **Legajo:** B00030138-P1

Título a obtener: Lic. En Psicología

Tutora: Lic. Hauché Rocío

Cotutora: Lic. Ferrero Paula Florencia

Sede Ituzaingó I (094)

Comisión 5°A

Rocíofederico.uai@gmail.com

Febrero, 2025

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que han sido clave en la realización de este trabajo. Principalmente a mi familia, por su apoyo incondicional y por estar siempre a mi lado, especialmente en los momentos más desafiantes. Su confianza en mí me dio la fuerza necesaria para continuar y entregar todo mi esfuerzo a este proyecto.

A mi familia elegida, Lautaro, Belén, Agustina, Lorenzo y Luciano, quienes me han acompañado siempre, y me han enseñado que la vida solo tiene sentido cuando se comparte, tanto en los logros como en los desafíos.

A mis compañeros y colegas de estudio, que han sido una parte esencial para disfrutar de este proceso. Con ellos he crecido profesionalmente y personalmente, y espero seguir compartiendo esta hermosa profesión que tanto me apasiona. Su apoyo hizo que este camino fuera más llevadero y enriquecedor.

A mis docentes y a todos los profesionales con los que tuve la oportunidad de cruzarme durante mi formación, quienes con su sabiduría y guía me proporcionaron las herramientas necesarias para llevar a cabo este estudio. Gracias por sus valiosos aportes, críticas constructivas y por inspirarme a ponerle mi propia perspectiva científica a esta investigación.

A las mujeres que participaron en este estudio, por su valentía y generosidad, por ayudar a crear conocimiento que aspire a mejorar la calidad de vida de personas en su misma situación.

Finalmente, quiero agradecerme a mí misma por haber formado a una profesional que estimo profundamente y que comprende que, por más conocimiento y técnicas que se adquieran, lo esencial es recordar que, del otro lado, siempre nos espera una existencia tan humana como la nuestra.

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Las personas diagnosticadas con cáncer enfrentan cambios profundos en todas las áreas de su vida, incluyendo aspectos físicos, psicológicos y culturales, que afectan tanto a nivel personal como familiar y social. Dichos cambios, impactan en su calidad de vida, por lo que es fundamental que cuenten con una red de apoyo social que les brinde asistencia frente a las necesidades que la enfermedad acarrea. El cáncer de mama presenta cifras alarmantes en todo el mundo, por ello, el principal objetivo de la presente investigación es comprender con mayor precisión la correlación entre las variables de Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida en mujeres diagnosticadas con dicha enfermedad en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Fue un estudio empírico, de enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo correlacional y transversal. El muestreo fue no probabilístico, de tipo bola de nieve. Compuesto por 100 mujeres de nacionalidad argentina, mayores de 18 años (M= 47,58; DS = 9,48) que han recibido el diagnóstico de cáncer de mama. Para recopilar los datos, se utilizó el Listado de Evaluación Interpersonal (LESI-12) y la Escala de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer, que evalúan Calidad de Vida en Cáncer de Mama (QLQ-BR23). Los resultados obtenidos revelaron que existe una relación positiva y significativa entre dichas variables, lo cual indica que, a mayor apoyo social percibido, mayor calidad de vida posee la paciente. Finalmente, estos hallazgos destacan la importancia y la necesidad de contar con una red de apoyo sólida para las personas diagnosticadas con cáncer de mama.

Palabras Claves: Apoyo Social Percibido, Calidad de Vida, Cáncer de mama.

Abstract

According to the World Health Organization (WHO), cancer is one of the main causes of mortality worldwide. People diagnosed with cancer face profound changes in all areas of their lives, including physical, psychological and cultural aspects, which affect them both at a personal, family and social level. These changes impact their quality of life, so it is essential that they have a social support network that provides them with assistance in dealing with the needs that the disease entails. Breast cancer has alarming figures throughout the world, therefore, the main objective of this research is to understand more precisely the correlation between the variables of Perceived Social Support and Quality of Life in women diagnosed with this disease in the City of Buenos Aires and Greater Buenos Aires.

It was an empirical study, with a quantitative, non-experimental, descriptive correlational and cross-sectional approach. The sampling was non-probabilistic, snowball type. It consisted of 100 Argentine women, over 18 years of age who have been diagnosed with breast cancer años (M= 47,58; DS = 9,48). To collect the data, the Interpersonal Assessment Checklist (LESI-12): Evidence of validity and reliability in the Argentine context and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Scale that assesses Quality of Life in Breast Cancer (QLQ-BR23) were used. The results obtained revealed that there is a positive and significant relationship between these variables, which indicates that the greater the perceived social support, the higher the quality of life the patient has. Finally, these findings highlight the importance and need to have a solid support network for people diagnosed with breast cancer.

Keywords: Perceived Social Support, Quality of Life, Breast Cancer.

ÍNDICE

Agradecimientos 1

Resumen 2

Abstract 3

Introducción 5

Metodología 14

Diseño de la Investigación 14

Participantes 14

Procedimiento 14

Instrumentos 15

Análisis de datos 18

Resultados 20

Discusión y Conclusión 30

Limitaciones y Recomendaciones para futuras investigaciones 32

Referencias Bibliográficas 35

Anexos 43

Anexo 1: Cuestionario Sociodemográfico Ad-Hoc 43

Anexo 2: Listado de Evaluación Interpersonal (LESI-12): Evidencias de validez y confiabilidad en el contexto argentino. 47

Anexo 3: Cuestionario QLQ-C30 (versión 3.0) 48

Introducción

El presente trabajo de investigación nace a partir de conocer cómo impacta el cáncer en la población mundial. Siendo ésta, una enfermedad diagnosticada con gran frecuencia a nivel mundial, ocupando la principal causa de muerte en diversos países. Los cambios sociodemográficos tales como el envejecimiento de la población, los distintos estilos de vida y los avances tecnológicos junto con los factores genéticos, generan un aumento en la incidencia de casos (Peña Torres, 2019).

La American Cancer Society (ACS) (2022), refiere que el cuerpo humano está compuesto por una enorme cantidad de células que crecen y se organizan apropiadamente a lo largo de la vida y que, una vez que las células envejecen o presentan anomalías, mueren como parte de un proceso natural. Sin embargo, si este proceso no ocurre de manera adecuada, las células anómalas pueden acumularse en lugar de desaparecer. Como resultado, dichas células se multiplican y afectan negativamente a las células sanas, provocando un deterioro en el funcionamiento óptimo y normal del organismo. Por lo tanto, el cáncer aparece una vez que las células anormales crecen y se dividen de forma descontrolada.

Para identificar el mecanismo biológico por el cual se origina el cáncer, es pertinente conocer qué es la carcinogénesis que, como afirma Hernández (2016), es el proceso por el cual aparecen las neoplasias -crecimiento anormal y desmesurado de células en el organismo-, por ende, es el nombre que recibe el mecanismo por el cual las células sanas se convierten en cancerígenas.

El cáncer progresa de forma no lineal debido a la impredecibilidad de la enfermedad, aunque generalmente suelen darse en fases como se establece a continuación: el inicio del proceso de dicha enfermedad está enmarcado en la fase de diagnóstico, la cual impacta fuertemente en la emocionalidad del paciente dado que, implica gran incertidumbre y cambios para su vida. Luego, se encuentra la fase de

intervalo libre de enfermedad que corresponde al periodo en el cual no hay aparecen rastros de enfermedad tras los tratamientos iniciales; esta etapa, si bien puede brindar esperanzas al paciente, también genera grandes ansiedades por el temor a la recaída. A continuación, se da la fase de recidiva que es una etapa en la que la enfermedad reaparece, trayendo consigo la sensación de frustración, desamparo y nuevos miedos, además de la ansiedad ya presente. Finalmente, la fase de supervivencia como etapa posterior a los tratamientos, donde el énfasis está en la reinserción en la vida cotidiana, familiar, laboral y social, luego de posibles efectos adversos del cáncer (ACS, 2022).

El National Cancer Institute (NCI) (2024), instituto especializado en oncología, destaca que, dada la complejidad y las necesidades específicas que surgen en cada estadío de la enfermedad, existen diversos tipos de tratamientos. Entre ellos, la inmunoterapia, que refuerza el sistema inmunitario del cuerpo ayudando a combatir el cáncer y, puede combinarse con otros tratamientos para optimizar los resultados. La radioterapia, por su parte, utiliza altas dosis de radiación localizada para destruir células cancerosas o reducir tumores; este tratamiento suele aplicarse después de cirugías o junto con quimioterapia dado que mejora la efectividad general del tratamiento y disminuye las probabilidades de recaída. La quimioterapia es un abordaje versátil que puede administrarse tanto antes como después de una cirugía, o incluso como tratamiento paliativo, utilizando medicamentos diseñados para destruir las células cancerosas o detener su crecimiento. Por otro lado, la cirugía se emplea principalmente para extirpar tumores, y en casos de etapas tempranas de enfermedad, constituye la base del tratamiento inicial. Este procedimiento se complementa frecuentemente con otros tratamientos como la terapia hormonal, que bloquea la acción de las hormonas que favorecen el crecimiento del cáncer y es utilizada para prevenir recurrencias después de la cirugía. Finalmente, la terapia con medicamentos dirigidos actúa sobre proteínas o

genes específicos de las células cancerosas, inhibiendo su crecimiento y diseminando la enfermedad.

Los estudios de registro, llevados a cabo por el Observatorio Global del Cáncer (Globocam) de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC, 2020), revelan que en Argentina surgieron un total de 130.878 casos nuevos, tanto en hombres como en mujeres, en el año 2020. Dicha cifra, indica que este país posee un porcentaje de incidencia medio-alto en comparación con los demás. El Instituto Nacional del Cáncer de Argentina (INC) (2023), afirma que en virtud de los principales órganos y/o tejidos específicos donde puede aparecer el cáncer, el de mama es el más frecuente, ya que anualmente se diagnostican alrededor de 20.000 casos nuevos. Por lo tanto, el cáncer de mama es uno de los tipos de cáncer más comunes en Argentina, por ello representa una gran preocupación para la salud pública y un enorme desafío para la sociedad.

El INC (2023), define al cáncer de mama como el resultado de una propagación anormal de las células mamarias, que resulta en la formación de un tumor maligno. Si bien, esta enfermedad suele afectar principalmente a las mujeres, puede manifestarse en hombres, aunque en una proporción mucho menor (Asociación Española contra el Cáncer, 2022).

El cáncer de mama aparece en el lóbulo de la mama -conducto que transporta la leche hacia el pezón-, y se conoce como tumor *in situ*, donde no suelen aparecer síntomas. Si el cáncer progresa, puede invadir el tejido mamario circundante causando cáncer de mama invasivo. De forma posterior, si el avance continúa, puede invadir los ganglios linfáticos cercanos u otros órganos del cuerpo causando metástasis -propagación de las células cancerosas-. Cuando los pacientes fallecen por cáncer, se debe a una metástasis generalizada del cuadro (OMS, 2021).

Una vez diagnosticado, se debe indagar sobre el avance del cáncer. Este proceso es denominado estadificación ya que determina la etapa o estadío de la enfermedad (es decir, cuánto cáncer hay en el cuerpo y cuán grave es). Estas etapas se clasifican según el grado de propagación donde la etapa 0 es la más temprana (carcinoma in situ) y, avanza hasta la IV como la más grave. En virtud de ello, se comienza a planificar el tratamiento adecuado (ACS, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (2021), afirma que esta enfermedad puede afectar a cualquier mujer luego de la pubertad, no obstante, las tasas de incidencia se incrementan en la edad adulta (mayores a cuarenta años). No existen factores de riesgo establecidos, sin embargo, la obesidad, el consumo problemático de alcohol, la vejez, la herencia familiar (de cáncer de mama), la edad de la menarquia y del primer embarazo, la terapia hormonal después de la menopausia y el consumo de tabaco son factores que pueden incidir en la aparición de dicha enfermedad.

Coll-Planas (2014), realizó un estudio cautivador sobre las narrativas de diferentes mujeres con este diagnóstico. El autor afirma que la trascendencia social de esta enfermedad deviene de la representación que posee la mama, ya que se encuentra estrechamente asociada a la femineidad, devela una forma de disfrute y placer propio (por ser una zona erógena y despertar el deseo de otro), y al mismo tiempo, cumple la función de lactancia. Los pechos resultan ser una frontera entre la sexualidad y la maternidad, y por ello son tan simbólicos para la sociedad.

Una persona que recibe un diagnóstico de cáncer, se enfrenta a una situación emocionalmente desafiante, desde la incertidumbre y el desconocimiento. Deberá afrontar un enorme sufrimiento, diversas pérdidas y duelos, no solo en relación a su salud, sino también en lo que respecta a su cuerpo, sus funciones y sus roles en el ámbito familiar, social y laboral. Un diagnóstico de esta índole desencadena, en el individuo, respuestas emocionales tales como la ansiedad, negación, tristeza y miedos.

Todo ello trasciende a todos los aspectos de su existencia. Además, en gran parte de los casos, el impacto generado en los demás, es más que la enfermedad en sí misma. Por ello, es primordial que las mujeres cuenten con una red de apoyo que resulte ser un refugio para ellas impactando positivamente en su calidad de vida (Mariscal Crespo, 2006; Martínez Rojas, 2018; Forgiony-Santos et al., 2019; Gil, 2022).

Como afirma Valla (1999), el apoyo social dentro del ámbito de salud, suele definirse como la ayuda y asistencia que brinda una persona o un grupo, con los cuales se mantiene en contacto regularmente, que provoca efectos positivos en los aspectos emocionales y comportamentales del sujeto. Del mismo modo, House (1987), refiere que el apoyo social debe contemplarse según su cantidad, estructura y funcionalidad. La cantidad de relaciones determina la estructura (tamaño, densidad, ubicación y tipo de relación) del apoyo, condicionando así, la función (efectos o consecuencias) que cumplen estas redes.

Por consiguiente, en el momento en que una mujer recibe el diagnóstico, las personas que la rodean se convierten en su principal red de apoyo. Dado que, además del apoyo familiar es esencial que haya amigos, instituciones y todo aquello que sea útil para mitigar el estrés y malestar causados por la enfermedad (Forgiony-Santos et al., 2019). La forma de acompañar a una mujer con cáncer de mama, como afirma Coll-Planas (2014), debe centrarse en promover su capacidad de mejorar su situación mediante sus propias acciones, dejando de lado todos los aspectos que no puede controlar del contexto. En línea con ello, Coyotl et al., (2015), investigaron y comprobaron que el apoyo social influye positivamente en la calidad de vida de mujeres con dicha enfermedad. Del mismo modo, gracias a los aportes de Puerto Pedraza y Carrillo González (2015), se puede afirmar que el soporte social percibido también es crucial para los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer y no sólo para los pacientes oncológicos.

El apoyo social percibido es de gran importancia dado que cada persona evalúa subjetivamente el apoyo que cree recibir. Su relevancia se refleja en el hecho de que una persona pueda comprender su propio padecimiento en relación con la de otros individuos, y por ello busca ayuda que le brinde herramientas para cuidar su salud de la mejor manera posible. Siguiendo dicho lineamiento, las mujeres con cáncer de mama que posean un mayor apoyo emocional, afectivo e instrumental, gozarán de una mejor calidad de vida global (Sanz Menéndez, 2003; Gil, 2022; Biparva et al.,2022).

Asimismo, el acompañamiento altera la dinámica familiar porque hay una reorganización de roles, responsabilidades y formas de comunicación. Ante la escasa o nula conversación sobre el sufrimiento, puede que determinados miembros de la familia presenten estrés físico y emocional, aislamiento o impotencia (Sheinberg y Fraenkel, 2000). Aun así, esta enfermedad puede brindar la oportunidad de unir aún más a la familia creando una conexión que promueva el crecimiento y desarrollo de cada uno de sus miembros. Por consiguiente, el apoyo familiar es un factor elemental para mejorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes con cáncer (Gil, 2022).

No obstante, las atribuciones sociales de las diferentes partes del cuerpo y los procesos orgánicos, condicionan la forma de vivir el cáncer (Coll-Planas, 2014). Por ello, es fundamental que exista intervención psicológica para prevenir y acompañar todas aquellas posibles alteraciones sociales y psicológicas que surgen y persisten en el paciente (García, 2014).

Por otro lado, a la calidad de vida (CV) se la debe comprender como el grado de bienestar que una persona experimenta en todos los aspectos de su vida, teniendo en cuenta cómo su estado de salud puede afectarlos (Urzúa, 2010). Si se evalúa en pacientes con cáncer, la calidad de vida contempla variables bio-psico-sociales (como el tamaño del tumor, el apoyo social y los trastornos del estado de ánimo). La CV está

ligada al grado de satisfacción que posee un individuo respecto a su estado físico, emocional y afectivo, y al sentido que tiene la vida para él (Coyotl et al., 2015).

Con respecto a ello, se han realizado diversas investigaciones con el objetivo de conocer la relación entre el afrontamiento, el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida, junto con variables sociodemográficas de las mujeres con cáncer de mama (en distintos países, tales como México, Caracas, Perú y Colombia; edad y sexo). Donde han concluido que efectivamente existe una relación entre las estrategias de afrontamiento (desesperanza y evitación cognitiva), apoyo social y resiliencia con la calidad de vida. Por lo tanto, el uso de recursos que brinda el entorno familiar, facilita la superación del riesgo más allá de la condición de la enfermedad. En este sentido, la falta de apoyo social se relaciona con un mayor malestar, en el caso de que los pacientes no estén realmente satisfechos con el apoyo recibido (Fontibón et al., 2015; Maradey Malpica y Sisin Rodríguez, 2018; Martínez Rojas, 2018; Moyano et al., 2018; Forgiony-Santos et al., 2019; Hernández Silva et al., 2021; Reyez Ruiz Rodríguez, 2023; Martinez-Resendiz, 2024 y, Torralba-Martínez y Codern-Bové, 2024).

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer -EORTC por sus siglas en inglés-, ha creado una escala que mide la calidad de vida específica para paciente con cáncer de mama, a este cuestionario Arrarás et al. (2002), la denominaron QLQ-BR23. Esta representa una gran herramienta para evaluar la calidad de vida y tener esta información es muy importante para conocer la eficiencia de los tratamientos en cada paciente. La terapia oncológica no solo busca que el paciente obtenga mayor cantidad de tiempo de vida sino la calidad del mismo (Rojas Jara y Gutiérrez Valdés, 2016).

Se hallaron coincidencias con estudios previos ya que se ha podido demostrar que tanto el apoyo social como la calidad de vida son variables de suma relevancia para el cuidado de salud de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, debido a que

cumplen un rol fundamental al momento de brindar seguridad, bienestar, tranquilidad y satisfacción antes, durante y después del proceso que atraviesan estas mujeres (Ramírez et al., 2014; Martínez Rojas, 2018; Torralba Martínez y Cordern Bové, 2021; Gómez Cano, 2023).

Finalmente, se destaca la relación positiva entre la variable de apoyo social percibido y la variable de calidad de vida, en mujeres con cáncer de mama como resultado de diversos estudios de revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas y metaanálisis (Hernández Moreno y Landero Hernández, 2014; Acosta Zapata, et al., 2017; Tejeda, 2018; Espinosa Valdivieso, 2021; Garavito et al., 2021; Gómez-Villarroya, et al., 2021; Montalvo Prieto et al., 2022; Sanjuan Acosta et al., 2023; Silva y Ornelas, 2023).

En virtud de lo expuesto, el presente trabajo tuvo como objetivo principal conocer la relación entre el apoyo social percibido y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, que residan en CABA y GBA. Partiendo de la pregunta ¿Cuál es la relación entre el apoyo social percibido y la calidad de vida en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires? Los objetivos específicos incluyeron: a) describir el nivel de apoyo social percibido en mujeres con cáncer de mama de CABA y GBA; b) describir el nivel de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama de CABA y GBA y; c) comparar dichas variables según variables sociodemográficas, tales como edad, estado civil, ocupación, máximo nivel educativo alcanzado, nivel socioeconómico, acompañamiento psicológico, grupo de convivencia, tiempo de recibida del diagnóstico, cobertura médica, lugar de residencia y si tiene hijos o no.

Esta investigación planteó como hipótesis general que existe una relación positiva significativa, lo que implica que a mayor apoyo social percibido mayor calidad de vida de la paciente con cáncer de mama. Además, se hipotetiza que: a) las variables

sociodemográficas, como el máximo nivel educativo alcanzado, nivel socioeconómico, fase de enfermedad y ocupación, están significativamente relacionadas con el apoyo social percibido en mujeres con cáncer de mama de CABA y GBA; b) las variables sociodemográficas, tales como nivel socioeconómico, fase de enfermedad y edad, presentan una relación significativa con la calidad de vida percibida en esta población. Por otro lado, se hipotetiza que las mujeres con cáncer de mama que cuentan con cobertura médica (prepaga u obra social) reportarán niveles más altos de apoyo social percibido y una mejor calidad de vida en comparación con aquellas que no tienen acceso a estos servicios. Finalmente, se considera que el apoyo social percibido tiene un impacto diferenciado en la calidad de vida según el nivel socioeconómico y la situación de pareja, siendo más alto en mujeres con mayores recursos económicos o que están en pareja.

Cada país se enfrenta a diversos conflictos, por lo cual, la revelación de datos locales es crucial para adoptar políticas públicas que mejoren dicha situación. Sin embargo, la relevancia de este trabajo abarca amplios aspectos. Por un lado, a nivel práctico ya que proporcionará conocimiento útil para pacientes oncológicos, sus familias, el equipo médico y cualquier persona interesada en la temática. Además, ofrecerá información clave para diseñar intervenciones y programas de apoyo actualizados, como talleres y grupos de apoyo. Por otro lado, a nivel teórico, contribuirá con datos valiosos a un vacío de conocimiento al abordar conjuntamente las variables de Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida en el contexto y muestra seleccionada. Esto es importante porque la percepción de estas variables por parte de pacientes con cáncer de mama puede estar influenciada por la cultura de nuestro país. Finalmente, en el ámbito social, aborda desafíos importantes al brindar concienciación, sensibilización y comprensión sobre los efectos positivos del apoyo social en personas con cáncer de mama, permitiendo el desarrollo de herramientas para fomentar dicho apoyo.

Metodología

Diseño de la Investigación

La investigación ha sido empírica, de enfoque cuantitativo y de tipo no experimental, la misma se realizó sin manipular deliberadamente ninguna variable. Es decir, se han observado los fenómenos tal como se presentaron en su contexto natural. A su vez, la investigación fue de alcance correlacional, ya que ha pretendido conocer cuál es el grado de asociación entre las variables en esta muestra. Asimismo, ha sido de corte transversal en etapa actual (Hernández Sampieri et al., 2014).

Participantes

Esta muestra estuvo compuesta por 100 mujeres mayores de 18 años de edad, residentes de Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. La misma, ha sido seleccionada mediante un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve e intencional.

Los criterios de inclusión que se han empleado para las participantes fueron: ser mujer, mayor a 18 años de edad, que residan en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (Argentina), y que hayan recibido el diagnóstico de cáncer de mama. En cuanto a los criterios de exclusión, se han utilizado: mujeres que padezcan alguna patología psicológica y/o que consuman algún tipo de psicofármaco prescrito que pueda afectar a los resultados del estudio.

Procedimiento

En primer instancia, se creó un protocolo mediante la plataforma Google Forms, que incluía el consentimiento informado, la finalidad del estudio, el tiempo de resolución (10 a 15 minutos), y los cuestionarios a completar (el cuestionario sociodemográfico ad-hoc, la escala Listado de Evaluación Interpersonal (LESI-12): Evidencias de validez y confiabilidad en el contexto argentino (Olivera y Simkin, 2023) y, los Cuestionarios QLQ C30 en su versión 3.0 y la escala específica para pacientes con cáncer de mama que es la QLQ-BR23 (Arrarás et al., 2002).

El contacto con la muestra se realizó acudiendo a personas allegadas que cumplían los criterios incluyentes de la investigación y se les solicitó la difusión a sus conocidos en mismas condiciones de criterio. Además, se ha difundido por redes sociales tales como Instagram, Facebook, WhatsApp y TikTok. La administración de los instrumentos fue realizada en el transcurso de los meses de junio y septiembre de 2024.

Los aspectos éticos de la presente investigación, han sido basados en los principios éticos de la Declaración de Helsinki (2000), en los cuales se encuentran las características bioéticas en la relación médico-paciente, teniendo en cuenta las investigaciones del ser humano. A partir de ello, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información recolectada a partir del estudio (Mazzanti Di Ruggierio, 2011). Finalmente, se recolectaron los datos para corroborar si hubo casos excluidos.

Instrumentos

En primera instancia, se utilizó un cuestionario sociodemográfico confeccionado ad-hoc que permitió recolectar información relevante de las participantes, incluyendo datos como la edad (en años), estado civil, ocupación, máximo nivel educativo alcanzado, nivel socioeconómico, grupo de convivencia, tiempo desde el diagnóstico, tipo de cobertura médica y lugar de residencia (CABA y GBA). Este instrumento también fue utilizado para controlar posibles variables que podrían afectar los resultados del estudio, como la presencia de un diagnóstico de problemas de salud mental realizado por un profesional o el consumo de psicofármacos recetados por el mismo.

Para evaluar Apoyo Social Percibido se utilizó el Listado de Evaluación Interpersonal (LESI-12): Evidencias de validez y confiabilidad en el contexto argentino. Este inventario busca medir los componentes funcionales del apoyo social percibido en tres aspectos: (1) apoyo informativo (compuesto por los ítems: 2R, 4, 6 y 11R), que

recoge información acerca de la disponibilidad en el entorno de personas a quienes recurrir en búsqueda de información y consejo; (2) apoyo de pertenencia (compuesto por los ítems: 1R, 5, 7R y 9), que discrimina información sobre el grado de empatía, aceptación y preocupación que percibe la persona; y (3) apoyo instrumental (compuesto por los ítems: 3, 8R y 12R), que recolecta información sobre la percepción que tiene el individuo acerca de recibir ayuda material o financiera en el caso de que resulte necesario (Olivera y Simkin, 2023).

La escala se encuentra compuesta por 12 reactivos, de respuestas tipo Likert con cuatro opciones de respuesta donde, seis de ellos (ítems: 3, 4, 5, 6, 9 y 10) puntúan de forma tal que 1= definitivamente falso y 4= absolutamente cierto, mientras que los otros seis (ítems: 1R, 2R, 7R, 8R, 11R y 12R) puntúan de manera inversa, es decir, 1=absolutamente cierto y 4= definitivamente falso. Para controlar las respuestas de deseabilidad social, la mitad de los ítems se redactaron de modo inverso (Trujillo y González-Cabrera, 2012). Su puntuación total indica que, a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. Su consistencia interna fue obtenida por el alfa de Cronbach que en la puntuación total de la prueba dio un valor de 0,82 indicando la confiabilidad de la misma. Del mismo modo, la validez de la escala se realizó mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC) que permitió constatar que los datos recabados en campo se ajustan a la estructura factorial de la técnica y al modelo propuesto (Olivera y Simkin, 2023).

Mientras que, la Calidad de Vida se evaluó mediante la versión española proporcionada por la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) de los Cuestionarios QLQ C30 en su versión 3.0 y la escala específica para pacientes con cáncer de mama que es la QLQ-BR23. Para ambos cuestionarios, el puntaje varía de 0 a 100, donde lo más próximo a 100, representará una puntuación más alta, por lo tanto, un mayor nivel de funcionamiento o en el caso de síntomas, un

funcionamiento peor (Aaronson et.al., 1993). La EORTC afirma que lo más beneficioso es utilizar ambas escalas en conjunto (Arrarás et al., 2002).

Respecto al Cuestionario QLQ C30 (versión 3.0), es un inventario compuesto por 30 reactivos de respuestas tipo Likert (donde la frecuencia está valorada en 1=nunca, 2=A veces, 3= Bastante y, 4=Muy frecuentemente), aplicable a todo paciente oncológico; sus escalas funcionales son multi-ítem: por un lado, evalúa lo afín a la calidad de vida en relación a la salud (compuesta por dos ítems donde el sujeto autoevalúa su salud general y su calidad de vida); luego posee cinco escalas funcionales donde se recaban datos de: (1) funcionamiento físico, según la capacidad del sujeto de realizar tareas con esfuerzo o de la vida cotidiana (compuesto por los ítems 1-5); (2) funcionamiento de rol, en base a la existencia o escasez de limitaciones para realizar quehaceres cotidianos, pasatiempos o actividades de ocio (compuesto por los ítems 6 y 7); (3) funcionamiento emocional, donde se evalúa si el sujeto padece tensión, preocupaciones, irritabilidad, nerviosismo o depresión (compuesto por los ítems 21-24); (4) (funcionamiento cognitivo, el cual indaga si el sujeto podría presentar dificultades atencionales o de memoria (compuesto por los ítems 20 y 25) y; (5) funcionamiento social, que evalúa la capacidad o limitación en cuanto a la vida familiar y posibles alteraciones en las actividades sociales (compuesto por los ítems 26 y 27).

Además de ello, posee tres escalas sintomáticas que son: (1) fatiga, ya sea que el sujeto se sienta débil, cansado o que necesite descansar (compuesto por los ítems 10, 12 y 18); (2) náuseas y vómitos (compuesto por los ítems 14 y 15); (3) dolor, si es que el sujeto posee dolor, cuánto ha limitado las actividades del mismo dentro de su vida cotidiana (9 y 19). Finalmente, el inventario posee seis ítems de evaluación individual que se conforman por: 1) disnea (ítem 8); 2) Insomnio (ítem 11); 3) Pérdida de apetito (ítem 13); 4) Estreñimiento (ítem 16); 5) Diarrea (ítem 17) y; 6) Dificultades económicas (ítem 28). Para dicha escala, se ha tomado la validación realizada por

Arrarás (2002), en España; donde se utilizó el alfa de Cronbach para la consistencia interna, la misma arrojó coeficientes superiores a 0,70, a excepción de la escala de funcionamiento cognitivo que fue de 0.68, por lo tanto, presenta confiable consistencia interna (Irarrázaval et al., 2017).

En cuanto al Inventario específico para pacientes con cáncer de mama, el módulo QLQ-BR23, está conformado por 23 ítems, agrupados en cuatro escalas funcionales que evalúan: (1) función corporal (compuesto por los ítems 37-40), (2) imagen corporal (compuesto por los ítems 41- 44), (3) función sexual (compuesto por los ítems 45 y 46) y; (4) disfunción sexual (compuesto por el ítem 47). Además, cuatro escalas sintomáticas que recaban información sobre los siguientes síntomas del sujeto: (1) síntomas relacionados con el tratamiento (compuesto por los ítems 31-34); (2) síntomas en la mama (compuesto por los ítems 48-50), (3) síntomas del brazo (compuesto por los ítems 51-53) y: (4) la preocupación por la pérdida del cabello (compuesto por el ítem 54). La consistencia de este instrumento se ha tomado de la validación chilena realizada por Irarrázaval et al., (2017), el cual ha utilizado alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna, éste arrojó puntuaciones superiores a 0,70 confirmado dicha consistencia del instrumento.

Análisis de datos

Se ingresaron las respuestas obtenidas al SPSS (Statistical Package for Social Sciences) con el fin de conocer la relación entre las variables. Luego, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas del estudio. Posteriormente, se procedió a evaluar la normalidad de las variables utilizando la prueba Kolmogorov-Smirnov y se utilizó la prueba de Levene para medir la homogeneidad de varianzas. Para evaluar la asociación entre variables se utilizaron pruebas de correlación: rho de Spearman. Para las comparaciones de grupos se utilizó la prueba T de Student para muestras independientes y U de Mann Whitney según correspondiera. Para

comparaciones múltiples se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) y de H de Kruskall -Wallis según correspondiera. Para las comparaciones post hoc se utilizó la prueba de Games-Howell. En todos los casos se consideró significativo un $p<.05$.

Resultados

La muestra estuvo conformada sólo por mujeres. La mitad de ellas, casadas, con hijos y, en su mayoría, empleadas, con estudios terciarios finalizados y con cobertura médica (65% obra social y 32% prepaga). Asimismo, se reflejó un predominio de mujeres residentes de GBA (74%) en comparación con CABA (26%). Respecto al tiempo que hace que han recibido su diagnóstico de cáncer de mama, la mayoría ha sucedido entre 1 a 2 años (58%), y más de 5 años (23%). Actualmente, se encuentran en la fase de intervalo libre de enfermedad (58%). Siguiendo esta línea, la muestra se caracterizó por un alto porcentaje de mujeres que se encuentran realizando tratamiento (65%), éstas se encuentran realizando principalmente terapia hormonal (39%), sin embargo, un 33% no realiza ningún tratamiento. Por otra parte, la posición socioeconómica de estas mujeres se encuentra diferenciada por un nivel medio-bajo (67%) y uno medio-alto (27%). Respecto a la asistencia psicológica de las pacientes, sólo un 45% acude a la misma. Finalmente, la mayoría de las pacientes convive con su pareja e hijos (68%) (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Análisis de la distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas.

Variables	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Estado Civil		
Casada	50	50,0%
Divorciada	9	9,0%
En pareja	30	30,0%
Soltera	10	10,0%
Viuda	1	1,0%t
Ocupación		
Empleada	55	55,0%
Ama de casa	17	17,0%
Estudiante	2	2,0%

Jubilada	11	11,0%
Ama de casa y empleada	4	4,0%
Estudiante y empleada	6	6,0%
Ama de casa y jubilada	2	2,0%
Empleada, ama de casa y estudiante	3	3,0%
Máximo nivel educativo alcanzado		
Primario Incompleto	1	1,0%
Primario Completo	1	1,0%
Secundario Incompleto	4	4,0%
Secundario Completo	13	13,0%
Terciario Incompleto	5	5,0%
Terciario Completo	30	30,0%
Universitario Incompleto	18	18,0%
Universitario Completo	21	21,0%
Posgrado Incompleto	3	3,0%
Posgrado Completo	4	4,0%
Cobertura Médica		
Obra Social	65	65,0%
Ninguna	3	3,0%
Prepaga	32	32,0%
Lugar de Residencia		
CABA	26	26,0%
GBA	74	74,0%
Tiene Hijos		
Sí	80	80,0%
No	20	20,0%
Tiempo de recibida del Diagnóstico		
En el último mes	3	3,0%
6-11 meses	13	13,0%
1 a 2 años	58	58,0%
3 a 4 años	3	3,0%
Más de 5 años	23	23,0%
Fase de Enfermedad		

Fase de diagnóstico	8	8,0%
Fase de intervalo libre de enfermedad	58	58,0%
Fase de recidiva	16	16,0%
Fase de supervivencia	18	18,0%
Realiza tratamiento actualmente		
Si	65	65,0%
No	35	35,0%
Tratamiento Actual		
Inmunoterapia	3	3,0%
Radioterapia	5	5,0%
Quimioterapia	6	6,0%
Ninguno	33	33,0%
Cirugía	4	4,0%
Terapia hormonal	39	39,0%
Terapia con medicamentos	10	10,0%
Nivel Socioeconómico		
Bajo	7	7,0%
Medio-Bajo	57	57,0%
Medio	3	3,0%
Medio-Alto	27	27,0%
Alto	6	6,0%
Asistencia/acompañamiento psicológico		
Sí	45	45,0%
No	55	55,0%
Grupo de Convivencia		
Sola	9	9,0%
Con hijos	9	9,0%
Con pareja e hijos	65	65,0%
Con pareja	17	17,0%

Nota: n=100

Respecto al análisis de las variables escalares del estudio, las desviaciones reflejan una variabilidad moderada respecto a la media, tales como Apoyo Informativo

(M=11,71; DE=2,35), Apoyo de Pertenencia (M= 12,77; DE=2,78). Sin embargo, han aparecido variables con una dispersión de datos significativa como Función de rol (M=3,27; DE=1,80), Edad (M= 47,58; DE= 9,48) y Escala total de LESI-12 (M=33,60; DE=5,75) que alcanzan una mayor variabilidad respeto a la media. Por otro lado, el análisis de datos ha revelado que las mujeres con cáncer de mama perciben el apoyo social de una forma relativamente estable, aunque la manera en la que experimentan las distintas formas de apoyo varía. Esta variabilidad se refleja en dimensiones específicas como la Función física (M=7,59; DE=2,76) y Función de rol (M=3,27; DE=1,80). Del mismo modo, los datos sugieren una carga de síntomas significativa que pueden impactar en la calidad de vida de estas mujeres como por ejemplo en la dimensión de Dolor (M=4,71; DE=2,06) y Fatiga (M=8,21; DE=2,92) (ver tabla 2).

Tabla 2.

Descripción de las variables escalares del estudio.

Variable	**M**	**DE**	**Mín.**	**Máx.**	**Asimetría**	**Curtosis**
Edad	47,58	9,482	24	75	0,504	0,562
Escalas de QLQ-C30						
Cinco Escalas Funcionales	31,06	9,277	15	55	0,385	-,552
Función Física	7,59	2,764	5	16	1,059	,463
Función de Rol	3,27	1,803	2	8	1,296	,509
Función Emocional	10,94	3,567	4	16	-0,254	-0,938
Función Cognitiva	4,58	2,041	2	8	0,239	-1,187
Función Social	4,68	2,059	2	8	0,180	-1,191
Tres Escalas de Síntomas	15,87	5,287	7	27	0,035	-0,870
Fatiga	8,21	2,924	3	12	-0,365	-1,022
Dolor	4,71	2,066	2	8	0,146	-1,297
Náuseas/Vómitos	2,95	1,572	2	8	1,755	2,473
Escala Global de Salud	10,42	2,567	3	14	-0,948	0,584
Escalas de Síntomas Individuales	11,07	3,759	6	23	,736	,081
Disnea	1,71	0,935	1	4	0,993	-,260

Insomnio	2,63	1,143	1	4	-0,182	-1,383
Pérdida de Apetito	1,64	0,969	1	4	1,325	,512
Estreñimiento	1,83	1,055	1	4	0,981	-,371
Diarrea	1,48	0,870	1	4	1,799	2,228
Impacto Financiero	1,78	1,142	1	4	1,067	-,495
Escala total QLQ-C30	68,42	15,313	38	105	,175	-,746
Escalas de QLQ-BR23						
Escalas Funcionales de Cáncer de Mama	27,24	6,568	11	41	-,336	-,372
Función Corporal	10,50	3,611	4	16	-,133	-1,092
Imagen Corporal	10,66	2,664	4	15	-,107	-,510
Función Sexual	3,65	2,384	1	8	,307	-1,218
Disfunción Sexual	2,43	1,191	1	4	,060	-1,522
Escalas de Síntomas de Cáncer de Mama	20,34	6,635	10	37	,394	-,545
Síntomas Relacionados al Tratamiento	7,16	2,824	4	16	,902	,127
Síntomas de la Mama	6,03	2,439	3	12	,702	-,196
Síntomas del Brazo	7,15	3,089	3	12	,205	-1,279
Escala Pérdida del Cabello	2,11	1,340	1	4	,540	-1,567
Escala Total QLQ-BR23	51,720	13,249	24	81	,103	-,396
Escalas de LESI-12						
Apoyo Informativo	11,71	2,354	6	16	-0,521	-,289
Apoyo de Pertenencia	12,77	2,785	6	16	-0,869	-,094
Apoyo Instrumental	9,12	2,297	3	12	-0,507	-,469
Escala Total LESI-12	33,60	5,747	20	41	-,674	-,552

Nota n=100

En la siguiente tabla (tabla 3), se presentan las correlaciones de las variables analizadas, para lo que se ha utilizado el coeficiente Rho de Spearman luego de realizar las pruebas de normalidad correspondientes. En la misma, se pueden observar correlaciones significativas, demostrando cómo el apoyo social y diferentes dimensiones de calidad de vida se correlacionan en el contexto de pacientes con cáncer de mama. Comenzando por la Calidad de Vida, se relaciona significativamente con todas las escalas funcionales y de síntomas indicando que las mujeres en dichas escalas

se vinculan con una mejor calidad de vida general. Siguiendo con LESI-12, ésta se relaciona significativamente con sus dimensiones. En lo que respecta al apoyo social percibido y la calidad de vida, se encuentran correlacionadas negativamente de manera moderada, lo cual indicaría que, a mayor apoyo social percibido, menor es la percepción de las problemáticas asociadas a la calidad de vida. Esto se ve reflejado en la Escala funcional que se correlaciona negativamente con LESI-12, no obstante, no se correlaciona significativamente con la escala global de salud. Por otro lado, las escalas funcionales y de síntomas específicos de cáncer de mama se correlacionan significativamente con la calidad de vida en general, lo que sugiere que una reducción de síntomas influye en la percepción de la misma. Adhiriendo a ello, a la pérdida del cabello como síntoma específico, posee una correlación positiva pero débil con la calidad de vida global. Finalmente, se puede observar una correlación moderada negativa entre QLQ Completa y LESI-12 Completa indicando que, a mayor apoyo social percibido, menor es la percepción de problemáticas que afectarían la calidad de vida.

Tabla 3.

Análisis de correlación entre Calidad de Vida (QLQ Completa) y Apoyo Social Percibido (LESI-12) con sus respectivas dimensiones y escalas.

Variable	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1. Pérdida de Cabello	-	.389**	0.183	0.191	-0.067	.220*	.275**	-0.025	-0.022	-.299**
2. Escala de Síntomas Específicos de Cáncer de Mama	-	-	.651**	.590**	-.337**	.617**	.652**	-0.044	.235*	-.359**
3. Escalas Funcionales de Cáncer de Mama	-	-	-	.573**	-.364**	.442**	.554**	-.216*	-.294**	-.321**

4. Escala de Síntomas Individuales	-	-	-	-	-.482**	.713**	.724**	-.199*	-.204*	-.246*
5. Escala Global de Salud	-	-	-	-	-	-.549**	-.604**	.044	.156	.189
6. Tres Escalas de Síntomas	-	-	-	-	-	-	.807**	-.033	-.027	-.159
7. Cinco Escalas Funcionales	-	-	-	-	-	-	-	-.153	-.212*	-.377*
8. Apoyo Informativo	-	-	-	-	-	-	-	-	.427**	.194
9. Apoyo de Pertenencia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.518**
10. Apoyo Instrumental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: *Rho de Spearman; siendo **p<0,01 y *p<0,05*

Variable	**1**	**2**
1.QLQ Escala Total	-	-.313**
2.LESI-12 Escala Total	-.313**	

*Prueba utilizada: Rho de Spearman; siendo **p<0,01 y *p<0,05*

A continuación, se evidencia una existente correlación positiva moderada significativa entre la variable sociodemográfica Máximo Nivel Educativo Alcanzado con la variable Nivel Socioeconómico. Además, se halló una correlación positiva entre el Nivel socioeconómico con LESI-12. Por otro lado, se encontró una correlación negativa significativa entre la variable Fase de Enfermedad con la variable QLQ y, con LESI-12. Finalmente, no se encontraron correlaciones significativas entre las demás variables. En esta tabla se puede observar entonces que, la fase enfermedad y el nivel socioeconómico impacta negativamente a la calidad de vida de la paciente, no obstante, no influyen en el apoyo social percibido (ver tabla 4).

Tabla 4.

Análisis de la relación entre Calidad de Vida y Apoyo Social con las variables sociodemográficas (Máximo Nivel Educativo Alcanzado, Fase de Enfermedad y Nivel Socioeconómico).

Variable	LESI-12	QLQ Escala Completa
Máximo nivel educativo alcanzado	.075	-.119
Fase de enfermedad	.088	-.292**
Nivel socioeconómico	.003	-.258**

*Nota: Prueba utilizada: Rho de Spearman; siendo **p<0,01 y *p<0,05*

En el análisis no paramétrico de las diferencias entre grupos, utilizando la prueba de Kruskal-Wallis seguida de comparaciones con post-hoc de Games-Howell, se hallaron datos que revelan que las mujeres que realizan más de una tarea perciben mayor calidad de vida que los otros grupos (ver tabla 5).

Tabla 5.

Análisis de diferencia de grupos de la relación entre Calidad de Vida y Apoyo Social Percibido con la variable sociodemográfica Ocupación.

Variable	Empleada – Estudiante y empleada	Jubilada - Ama de casa	Empleada - Ama de casa, empleada y estudiante	gl	F	p.
		Diferencia de Medias				
LESI-12	.692	.879	.420	7	1.921	.129
QLQ TOTAL	.009	. 049	.002	7	3.299	.069

Nota: Prueba utilizada: Kruskal-Wallis seguido de una prueba post hoc, Games-Howell.

Continuando con las pruebas no paramétricas de las diferencias entre grupos, utilizando la prueba de Kruskal-Wallis seguida de comparaciones con post-hoc de Games-Howell, los datos revelan que el nivel socioeconómico tiene un efecto en la

percepción del en apoyo social en ciertas partes de la muestra mientras que, el único grupo que presenta una diferencia respecto a la calidad de vida es entre Medio y Alto (ver tabla 6).

Tabla 6.

Análisis de diferencia de grupos de la relación entre Calidad de Vida y Apoyo Social Percibido con la variable sociodemográfica Nivel Socioeconómico.

Variables	Bajo-Medio Alto	Bajo-Alto	Medio Bajo-Medio	Medio-Medio Alto	Medio-Alto	Medio Bajo-Medio Alto	gl	F	p.
				Diferencia de Medias					
LESI-12	.047	.044	.006	.001	.005	.001	4	5.591	.000
QLQ Total	.430	.189	.269	.127	.047	,246	4	3,558	.009

Nota: Prueba utilizada: Kruskal-Wallis seguido de una prueba post hoc, Games-Howell

En lo concerniente a la variable sociodemográfica Edad sólo se relaciona de forma estadísticamente significativa con las variables de QLQ (junto con sus escalas, a excepción de la Escala de Pérdida de Cabello y la Escala Global de Salud, Calidad de Vida) lo cual sugiere que la edad impacta en aspectos de la calidad de vida de las mujeres, tales como la funcionalidad, la sintomatología o incluso la pérdida de cabello mientras que, el apoyo social percibido no varía en función de la edad de las pacientes (ver tabla 7).

Tabla 7.

Relación entre Calidad de Vida y Apoyo Social Percibido (con sus respectivas escalas y dimensiones) en función de la variable sociodemográfica Edad.

Variable	Edad
LESI-12	.216
Dimensión Apoyo Informativo	,122

Dimensión Apoyo de Pertenencia	,368
Dimensión Apoyo Instrumental	,543
Escala QLQ Completa	,001
Escala QLQ-C30	,004
Escala QLQ-BR23	,001
Escala Funcional de Cáncer de Mama	,000
Cinco Escalas Funcionales	,012
Escala de Pérdida del Cabello	,585
Escala de Síntomas Individuales	,038
Tres Escalas de Síntomas	,011
Escala Global de Salud, Calidad de Vida	,780

Nota: N=100

Discusión y Conclusión

El presente estudio debe su origen a sus objetivos, los cuales fueron: analizar la relación entre Calidad de Vida (QLQ) y Apoyo Social Percibido (LESI-12) en mujeres mayores de 18 años, que residan en CABA o GBA, describiendo sus niveles y explorando el impacto de variables sociodemográficas. Los resultados permitieron identificar una muestra predominantemente compuesta por mujeres casadas, con hijos, residentes de GBA y con estudios terciarios completos. Además, se encuentran en un nivel socioeconómico medio-bajo y en la fase de intervalo libre de la enfermedad, donde una gran parte de las pacientes continúa haciendo tratamiento como la terapia hormonal; aunque menos de la mitad de la muestra realiza psicoterapia actualmente.

Los hallazgos obtenidos permitieron confirmar parcialmente la hipótesis principal, ya que ambos constructos (QLQ y LESI-12) se relacionan significativamente, demostrando que una mayor percepción de apoyo social, impacta elocuentemente en una mayor calidad de vida para las mujeres con cáncer de mama. Estos resultados coinciden con investigaciones previas, como las de Aaronson et al. (1993), Gil, (2022), Montalvo Prieto et al. (2022) y Olivera et al. (2023), quienes destacan el papel protector fundamental que posee el apoyo social en poblaciones vulnerables como la del estudio.

El apoyo social como un constructo principal de los inquiridos, ha revelado que las pacientes lo perciben como un recurso relativamente constante, aunque con variaciones en alguna de las dimensiones que lo componen, tal como en la de apoyo informativo y la de pertenencia, donde las medias fueron moderadas, lo cual expone cuánto contribuye esta forma de apoyo en la muestra estudiada. Esto podría estar vinculado con el hecho de que un gran porcentaje de participantes se encuentran en el intervalo libre de enfermedad, etapa en la que se suelen intensificar las interacciones con profesionales de la salud, familiares y distintas redes de apoyo (Hernández Silva et al., 2021; Gil, 2022).

En la misma línea, y en concordancia con la investigación de Irarrázaval et al. (2017), la calidad de vida de estas mujeres se vio influida por la sintomatología y la funcionalidad ya que, ambas impactan negativamente en el bienestar general. Aspectos como el dolor, la fatiga y la función física, evidencian un impacto significativo en la vida cotidiana de estas mujeres.

Respecto a las variables sociodemográficas, se identificó que tanto el nivel socioeconómico como la fase de enfermedad, son variables que impactan en la calidad de vida. Por otro lado, los datos obtenidos sugieren que la ocupación de las participantes influye en el apoyo social, siendo que, las responsabilidades y el intercambio social promueve una mayor percepción del mismo (Coyotl Rodríguez et al., 2015; Fontibón et al., 2015; Espinosa Valdivieso, 2021). En cuanto a la edad, se observó una asociación significativamente con ciertas dimensiones de la calidad de vida como la función física y la sintomatología, pero no con el apoyo social percibido, lo que refuerza la idea de que la calidad de vida se asocia más a aspectos físicos y emocionales que la enfermedad acarrea que al entorno social de la paciente.

Dicho esto, es pertinente señalar que los descubrimientos del estudio enfatizan que el apoyo social percibido es un recurso fundamental en la mejora de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. La relación negativa entre ambos constructos apunta a que cuanto mayor es la percepción del apoyo social, contribuye a mitigar las problemáticas asociadas a la calidad de vida tales como el impacto emocional, físico y social que la enfermedad arrastra. Todo ello, se condice con la literatura presentada (Coll-planas, 2014; Hernández Silva et al., 2021; Montalvo Prieto et al., 2022).

En este sentido, se deben tener en cuenta todos los factores que pueden influir tanto positiva como negativamente en la calidad de vida. Variables como el nivel socioeconómico, la dinámica familiar (grupo de convivencia), el acceso a recursos (cobertura médica, por ejemplo), la duración de la enfermedad, la realización de

múltiples roles (ocupación) son claves para poder diseñar e implementar intervenciones integrales. Por ello y dada la consistencia del cuerpo teórico existente, es crucial promover políticas públicas multidimensionales que aborden no solo el enfoque médico-clínico, sino también aspectos psicológicos y sociales, atendiendo las necesidades emocionales, contextuales, culturales y vinculares de las pacientes. Siempre partiendo de la idea de que el apoyo social es un recurso protector de la calidad de vida (Coll-Planas, 2014; Martínez Rojas, 2018; Martinez-Resendiz, 2024; Torralba-Martínez y Codern-Bové, 2024).

Finalmente, sería valioso difundir, promover y desarrollar programas dirigidos a mujeres que realicen múltiples tareas como trabajar, estudiar y ser ama de casa. Estos potenciarían su percepción de apoyo social y mejorarían su calidad de vida mediante estrategias diseñadas específicamente para abordar su situación particular (Tejeda, 2018).

Limitaciones y Recomendaciones para futuras investigaciones

Pese a los esfuerzos realizados en este estudio, se identificaron limitaciones que deben ser consideradas para próximas investigaciones.

En primer lugar, la muestra utilizada consistió exclusivamente en mujeres, lo que excluyó a otras poblaciones, como hombres con cáncer de mama o personas de diferentes géneros. Además, el diseño transversal impidió formular correlaciones causales entre los constructos dado que este tipo de diseño no permite determinar si el apoyo social mejora la calidad de vida o si es la calidad de vida la que impacta en la percepción del apoyo social.

En esta línea, menos de la mitad de la población asiste a psicoterapia (45%), lo cual puede impactar en los resultados asociados a ambos constructos, dado que el apoyo por parte de un profesional es un elemento influyente en la percepción de dichas variables.

Otro aspecto limitante fue la falta de datos biomédicos, como el estadío de la enfermedad (localizado, en progresión o metastásico), dado que estos datos podrían influir significativamente en la percepción del apoyo social y la calidad de vida, y su ausencia restringe la interpretación de los resultados.

El rango de edad de las participantes también representa una limitación, ya que no se exploró si las diferencias generacionales podrían impactar en la percepción de las variables estudiadas. Asimismo, la localización geográfica estuvo concentrada en su mayoría en el Gran Buenos Aires (74%), lo que podría sesgar los resultados y limitar la representatividad de la población en otras regiones.

Con base en estas limitaciones, se sugiere que futuras investigaciones amplíen la muestra y la diversidad geográfica para obtener datos más representativos de la población. Además, se recomienda adoptar un diseño longitudinal que permita analizar con mayor precisión las relaciones causales entre los constructos seleccionados. También, sería útil incorporar otros factores relacionados con el bienestar, como la resiliencia, el autocuidado o la autoestima. En este sentido, se propone llevar a cabo estudios comparativos entre las diferentes fases de la enfermedad, para examinar cómo varía la percepción de los constructos en cada etapa, según la experiencia y crisis vital de cada mujer. Finalmente, sería valioso comparar a una población oncológica con una población sana, lo que permitiría observar cómo varía la percepción de las variables en función de la situación particular de cada muestra.

Finalmente, tanto las limitaciones como las sugerencias expuestas, contribuirán a una comprensión más profunda de los resultados y abrirán nuevas líneas de investigación que servirán como puente para continuar explorando el camino de la relación entre el apoyo social percibido y la calidad de vida en poblaciones vulnerables, como en este caso, las mujeres con cáncer de mama. Enriqueciendo así, al conocimiento

científico y a la implementación de estrategias integrales en el manejo del cáncer de mama y todo lo que éste acarrea.

Referencias Bibliográficas

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J.C.J.M., Kaasa, S., Klee, MC., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, PB., Schraub, S., Sneeuw, KCA., Sullivan, M. y Takeda, F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute. 85*, 365-376.

Acosta Zapata, E., López-Ramón, C., Martínez-Cortés, M. E., y Zapata-Vázquez, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/6069818

Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer. (2020). "*Cáncer de mama"*. https://www.iarc.who.int/cancer-type/breast-cancer/

American Cancer Society. (2022). "*Datos y cifras sobre el cáncer 2022".* https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2022.html

Arrarás, J. I., Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, M., Martínez, E., y Valerdi, J. (2002). The EORTC QLQ-C30 (version 3.0) quality of life questionnaire: validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 11(3),* 249-256. https://doi.org/10.1002/pon.555

Asociación Española contra el Cáncer. (2022). "*Cáncer de mama"*. https://contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama

Coll-planas, G. (2014). Me quedaré con lo positivo: Análisis de blogs de mujeres con cáncer de mama. *Revista Aloma, 32(1),* 33-44. https://www.researchgate.net/profile/Gerard-

CollPlanas/publication/263586555_'Me_quedare_con_lo_positivo'_Analisis_de_blogs_de_mujeres_con_cancer_de_mama/links/00b7d53b51d42e7d08000000/Me-quedare-con-lo-positivo-Analisis-de-blogs-de-mujeres-con-cancer-de-mama.pdf

Coyotl Rodríguez, E., Morales Carmona, F. A., Xicali Morales, N., Torres, A., Villegas, M. S., Xicali Morales, F. A., Torres, E., Tenahua Quitl, I., De León, A., y Arrioja Morales, G. (2015). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *Revista europea de investigación en salud, 1(2)*, 51-61. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6152070

Espinosa Valdivieso, M. J. (2021). Calidad de vida y cáncer de mama; factores protectores, evaluación y abordaje psicoterapéutico. Revisión bibliográfica. *Revista Científica Universitaria*. http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/228/2282279013/index.html

Fontibón, L. F., Acosta Hernández, L., Valdelamar, Jiménez, J., y Sánchez Pedraza, R. (2015). Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana 33(3)*, 387-395. http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a03.pdf

Forgiony-Santos, J., Bonilla-Cruz, N., Moncada-Grass, A., García Castañeda, A. J., Ardila Rey, K. F., y Castellanos López, O. F. (2019). Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 38(5)*, 653-660. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55962867021

Garavito, L. F. A., Bastidas, K. D. F., Ocaña, M. I. N., y Restrepo, B. A. P. (2021). Revisión de literatura sobre estrategias de afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y su relación con la calidad de vida.

https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/2ec29a5b-3cb7-41c7-a068-e83f6bcd6544/content

García, C. (2014). *Inteligencia emocional y resiliencia en mujeres con cáncer de útero* [Tesis de grado, Universidad Abierta Interamericana]. Repositorio Institucional Vaneduc. http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC114794.pdf

Gil, A. B. (2022). *Apoyo social percibido y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama* [Tesis de Grado, Pontificia Universidad Católica Argentina]. Repositorio Institucional UCA. https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/13728/1/apoyo-social-percibido-calidad.pdf

Gómez-Cano, M. A., Pérez-López, D., y Aboites-Lucero, J. L. (2023). Apoyo social en pacientes con cáncer de mama asociado a la etapa de duelo. *Archivos en Medicina Familiar, 25(2)*, 77-81. https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2023/amf232e.pdf

Gómez-Villarroya, L., Serra-Arumí, C., Báez-Sáenz, C., Mena Cervigon, M., Tous Belmonte, S., Morey Cortes, F., Rodríguez Bruzos, E., Gil Gil, M., Pernas Simón, S., Vethencourt Casado, A., Vázquez Fernández, S., Stradella, A., Falo Zamora, C., y Font Guiteras, A. (2021). Desarrollo de una estrategia holística para la valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en las distintas etapas de la enfermedad. *Psicooncología 18(1)*, 117-136. https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/74535/4564456556701

Gracia Fuster, E., Herrero Olaizola, J.B., y Musitu Ochoa, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Síntesis.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Batista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación.* Mc Graw Hill Education. https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf

Hernández Silva, M. A., Ruiz Martínez, A. O., González Escobar, S., y González-Celis Rangel, A. L. M. (2021). Afrontamiento, apoyo social y resiliencia asociados a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria, 34(3),* 148-155. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0214158220301481?via%3Dihub

Hernández, D. (2016). "Biología del cáncer de mama". *Revista venezolana de oncología, 28(3),* 188-200. https://www.redalyc.org/journal/3756/375645930010/html/

Hernández Moreno, F. y Hernández Landero, R. (2014). Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa psicológica UST, 11 (1),* 99-104. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4808694

House, J. S. (1987). Apoyo social y estructura social. *Foro sociológico, 2(1),* 135-146. https://doi.org/10.1007/BF01107897

Instituto Nacional del Cáncer. (2023). "*Estadísticas-Incidencia.* Ministerio de Salud". https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-delcancer/estadisticas/incidencia

Irarrázaval, E.; Rodríguez, P.; Fasce, G.; Silva, F.; Waintrub, H.; Torres, C.; Barriga, C.; Fritis, M. y Marin, L. (2017). Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. *Rev Med, 141,* 723-734. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000600006

Maradey Malpica, I., y Sisin Rodríguez, A. (2018). *Apoyo social y variables sociodemográficas relacionadas con la calidad de vida de pacientes oncológicos adultos* [Tesis de Grado, Universidad Católica Andrés Bello]. Repositorio Institucional UCAB. http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAT6972.pdf

Mariscal Crespo, M. (2006). "*Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama"*. [Tesis doctoral, Universidad de Alicante]. Repositorio Institucional UA. https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=68676

Márquez Acosta, G. (2012). Cáncer de mama. *Medigraphic Literatura Biomédica*, *26(2)*, 81-82. https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v26n2/v26n2a1.pdf

Martínez Rojas, S. M. (2018). Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. *Revista Ciencia y Cuidado, 15(1)*, 34-47. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6249188

Montalvo Prieto, A., Sierra Leguía, L., y Carmona González, Y. (2022). Apoyo social y carga del cuidador del paciente con cáncer: revisión sistemática. *Revista ciencia y cuidado, 19(1)*, 119-134. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8324265

Moyano, A., Orozco Quispe, C., y Maggi, Y. (2018). *Apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama que acuden al consultorio de oncología del hospital Edgardo Rebagliati Martins* [Tesis de grado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio institucional UWIENER. https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/1746

Mazzanti Di Ruggierio, M. D. L. Á. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista colombiana de bioética, 6(1),* 125-144. https://www.redalyc.org/pdf/1892/189219032009.pdf

Olivera, M., Prozzillo, P., y Simkin, H. (2023). Listado de Evaluación del Soporte Interpersonal (LESI- 12): Evidencias de validez y confiabilidad en el contexto argentino. *Revista Evaluar. 23 (1),* 1-11. https://doi.org/10.35670/1667-4545.v23.n1.41001

Organización Mundial de la Salud *"[OMS]"*. (2021, 26 de marzo). *Cáncer de mama.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

Organización Mundial de la Salud *"[OMS]"*. (2022, 02 de febrero). *Cáncer.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer

Puerto Pedraza, H. M., y Carrillo González, G. M. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 47(2),* 125-136. https://www.redalyc.org/pdf/3438/343839278004.pdf

Peña Torres, E. (2019). Registros de cáncer de base poblacional. *Revista de Colombia de Cancerología (23)*2, 39-40 http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v23n2/0123-9015-rcc-23-02-39.pdf

Ramírez, L. P. G., Pineda, C. E., García, R. R., Mares, I. O., Lara, R. M. M., y Navarro, A. D. (2014). Estudio exploratorio de relación entre la percepción de apoyo social instrumental y la modificación de roles familiares en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 11(1),* 59-70. https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44917/42833

Reyes Ruiz Rodríguez, I. (2023). *Apoyo social y calidad de vida en pacientes con cáncer*. [Tesis de grado, Universidad de Málaga]. Repositorio Uma. https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/26868/TD_RUIZ_RODRIGUEZ_Ivan%20de%20los%20Reyes.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rojas Jara, C., y Gutiérrez Valdés, Y., (2016). "*Psicosociología Aportes a la Comprensión y la Terapéutica"*. Ediciones Nueva Mirada.

https://www.researchgate.net/publication/308741866_Psicooncologia_Aportes_a_la_Comprension_y_la_Terapeutica

Sanjuan Acosta, A. C., Orozco Vargas, A. E., Camacho Ruíz, E. J., y Flores Pérez, V. (2023). Impacto de la regulación emocional, el dolor psicológico y el apoyo social en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer: una revisión sistemática. *Revista de Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7(1),* 5469-5490. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4841

Sanz Menéndez, L. (2003). Análisis de redes sociales: o cómo representar las estructuras sociales subyacentes. "*Apuntes de Ciencia y Tecnología", (7),* 21-29. https://digital.csic.es/handle/10261/1569

Silva, P. C., y Ornelas, L. R. (2023). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer mamario: Revisión de literatura. *Revista CuidArte, 12(24),* https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2023.12.24.84615

Sheinberg, M., y Fraenkel, P. (2000). *El trauma relacional del incesto: un enfoque de tratamiento basado en la familia.* Prensa Guilford.

Tejeda, J. P. (2018). Programas de apoyo social entre pares en pacientes con cáncer de mama: Una revisión sistemática. *Intervención en Contextos Clínicos, 35.* https://formacionasunivep.com/Vcice/files/libro%20intervencion%20en%20contextos%20clinicos.pdf#page=35

Torralba Martínez, E., y Codern Bové, N. (2021). Percepción sobre el apoyo social recibido tras el diagnóstico de cáncer de mama: La experiencia dos años después del diagnóstico. *New Trends in Qualitative Research, 8,* 422-430. https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.422-430

Trujillo, H. M., Martos, F. J., y González-Cabrera, J. (2012). Adaptación al español del cuestionario Interpersonal Support Evaluation List (ISEL). *Universitas Psychologica, 11(3),* 978.

https://www.researchgate.net/publication/236623008_Adaptacion_al_espanol_del_Interpersonal_Support_Evaluation_List

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile, 138(3)*, 358-365. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Valla, V. V. (1999). Educación popular, salud comunitaria y apoyo social en un contexto de globalización." *Cuadernos de salud pública", (15)*,7-14. https://www.scielosp.org/pdf/csp/v15s2/1283.pdf

Anexos

Anexo 1: Cuestionario Sociodemográfico Ad-Hoc

¡Hola! Soy Rocio Federico, estudiante de la Licenciatura en Psicología y me encuentro investigando sobre el Apoyo Social Percibido y la Calidad de Vida.

Por ello, te invito a participar de esta investigación, enmarcada en mi tesis de grado. Los cuestionarios están dirigidos a mujeres adultas que residen en Buenos Aires por lo que, si tienes 18 años o más, tu aporte será de gran ayuda. Tu participación consiste en responder un cuestionario que solamente tomará 15 minutos.
Cabe destacar que toda información que proporcione permanecerá totalmente confidencial (Ley N° 25.326) y solamente será utilizada en el contexto de este estudio para fines académicos.

Consentimiento Informado

Con el fin de participar en este estudio, es necesario que usted dé su consentimiento informado. Al firmar esta declaración está indicando que entiende los objetivos del estudio, su papel y participación en este. Que su participación es de carácter anónimo y voluntario y no recibirá devolución al respecto y que los datos serán utilizados sólo con fines académicos.

Ante cualquier duda o comentario pueden escribir a: Rociofederico.uai@gmail.com

- Acepto participar.

Edad (expresado numéricamente): _____

Sexo:

- Femenino
- Masculino
- Otro

Estado Civil:

- Soltera
- En pareja (conviviente)
- En pareja (no conviviente)
- Casada
- Viuda

Ocupación:

- Empleada
- Ama de casa
- Jubilada
- Estudiante
- Otra: _____

Máximo nivel educativo alcanzado:

- Primario Incompleto
- Primario Completo
- Secundario Incompleto
- Secundario Completo
- Terciario Incompleto
- Terciario Completo
- Universitario Incompleto
- Universitario Completo
- Posgrado Incompleto
- Posgrado Completo

Cobertura Médica:

- Ninguna
- Obra social
- Prepaga

Lugar de Residencia:

- CABA
- GBA
- Otro: _____

Nivel Socioeconómico:

- Alto-Alto
- Alto
- Medio-Alto
- Medio-Bajo
- Bajo
- Bajo-Bajo

¿Posee hijos?:

- Si
- No

¿Con quién convive?: _____

¿Posee asistencia y/o acompañamiento psicológico?:

- Sí
- No

¿Su médico y/o profesional de la salud la ha diagnosticado con alguna problemática en la salud mental?

- Sí
- No

Si su respuesta anterior fue sí, ¿Qué diagnóstico posee?: _____

¿Consume algún psicofármaco prescrito por un profesional?

- Sí
- No

Si su respuesta anterior fue sí, ¿Qué psicofármaco consume? _____

¿Hace cuánto tiempo ha recibido el diagnóstico de cáncer de mama?

- En el último mes
- 6 meses

- 6-12 meses
- 1 a 2 años
- Más de 5 años

¿En qué fase se encuentra?

- Fase de diagnóstico
- Fase de intervalo libre de enfermedad
- Fase de supervivencia
- Fase de recidiva
- Fase final de la vida

¿Se encuentra realizando tratamiento?

- Sí
- No

Si se encuentra realizando tratamiento, ¿Cuál está haciendo?

- Cirugía
- Terapia hormonal
- Terapia con medicamentos
- Inmunoterapia
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Suspendido

Anexo 2: Listado de Evaluación Interpersonal (LESI-12): Evidencias de validez y confiabilidad en el contexto argentino.

A continuación, debe responder los siguientes enunciados según su grado de acuerdo. Los puntajes van desde 1."Definitivamente falso" a 4."Absolutamente cierto". Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, se agradece la mayor sinceridad posible.

Ítems de LESI-12 adaptada al contexto argentino.

	Definitivamente falso	Falso	Cierto	Absolutamente cierto
LESI 1R- Si quisiera tomarme un día para salir a pasear, por ejemplo, al río o al campo me costaría mucho conseguir quien me acompañe. [b]	1	2	3	4
LESI 2R- No tengo a nadie con quien compartir mis preocupaciones y temores más privados. [a]	1	2	3	4
LESI 3- Si me enfermara, encontraría fácilmente alguien que me ayude con las tareas cotidianas. [c]	1	2	3	4
LESI 4- Tengo a quien recurrir por consejo sobre mis problemas familiares. [a]	1	2	3	4
LESI 5- Si alguna tarde decidiera ir a ver una película ese mismo día, podría encontrar alguien que me acompañe fácilmente. [b]	1	2	3	4
LESI 6- Cuando necesito sugerencias sobre cómo manejar mis problemas personales, sé a quién puedo acudir. [a]	1	2	3	4
LESI 7R- Usualmente no recibo invitaciones para hacer actividades con otros. [b]	1	2	3	4
LESI 8R- Si tengo que salir de viaje por unas semanas, sería difícil encontrar a quien pueda cuidar mi casa o departamento (las plantas, las mascotas, etc.). [c]	1	2	3	4
LESI 9- Si quisiera almorzar con alguien, fácilmente podría encontrar quien me acompañe. [b]	1	2	3	4
LESI 10- Si estuviera varado/a a 10 km de casa, hay alguien a quien podría llamar para que venga a buscarme. [c]	1	2	3	4
LESI 11R- Si tuviera una crisis familiar, sería difícil encontrar a alguien que me dé buenos consejos sobre cómo manejarlo. [a]	1	2	3	4
LESI 12R- Si necesitara ayuda para mudarme a una nueva casa o departamento, me costaría encontrar quien me ayude. [c]	1	2	3	4

Nota. LESI = Listado de Evaluación del Soporte Interpersonal; R = ítem inverso.

[a] información, [b] pertenencia, [c] instrumental.

Anexo 3: Cuestionario QLQ-C30 (versión 3.0)

A continuación, debe responder los siguientes enunciados según su grado de acuerdo.
Los puntajes van desde 1."En absoluto" (no-nada-nunca) a 4."Mucho". Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, se agradece la mayor sinceridad posible.

Durante la semana pasada:	**En absoluto**	**Un poco**	**Bastante**	**Mucho**
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras o una valija?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo **largo**?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de la casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	1	2	3	4
6. ¿Tuvo algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Tuvo algún impedimento para realizar sus pasatiempos favoritos u otras actividades recreativas?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó descansar más de lo habitual?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultad para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Ha perdido el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñido/a?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Se ha sentido cansada?	1	2	3	4
19. ¿Ha interferido el dolor durante sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como leer el diario o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se ha sentido tensa?	1	2	3	4
22. ¿Se ha sentido preocupada?	1	2	3	4
23. ¿Se ha sentido irritable?	1	2	3	4

24. ¿Se ha sentido deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28. ¿Le ha causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Para las siguientes preguntas, por favor, marque el número entre 1 y 7 que mejor la describa:

29. ¿Cómo calificaría su estado de salud general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
Pésima						Excelente

30. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
Pésima						Excelente

Cuestionario QLQ-BR23 (módulo específico para pacientes con cáncer de mama)

(Tenga en cuenta considerar únicamente durante la semana pasada). Las pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas. Por favor, indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada. Responda sólo la opción que mejor se corresponde con su caso, donde 1 "En absoluto" (no-nada-nunca) y 4 "Mucho".

Durante la semana pasada:	**En absoluto**	**Un poco**	**Bastante**	**Mucho**
31. ¿Tuvo la boca seca?	0	1	2	3
32. ¿Tenían la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	0	1	2	3
33. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	0	1	2	3
34. ¿Se le cayó algo de pelo?	0	1	2	3
35. Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupada por la caída	0	1	2	3
36. ¿Se sintió enferma o mal?	0	1	2	3
37. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	0	1	2	3

38. ¿Tuvo dolores de cabeza?	0	1	2	3
39. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	0	1	2	3
40. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	0	1	2	3
41. ¿Le resultó difícil verse desnuda?	0	1	2	3
42. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	0	1	2	3
43. ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?	0	1	2	3
Durante las últimas 4 semanas:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
44. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	0	1	2	3
45. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)	0	1	2	3
46. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	0	1	2	3
47. ¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	0	1	2	3
48. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	0	1	2	3
49. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	0	1	2	3
50. ¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	0	1	2	3
51. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?	0	1	2	3
52. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal?	0	1	2	3
53. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (como picor, sequedad, descamación, etc.)?	0	1	2	3

GRACIAS por ser parte de este trabajo que con mucho amor y respeto llevo a cabo. Tu ayuda es muy importante para mí y para el proyecto, por eso estaré siempre agradecida de que hayas participado!



