



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

TESIS DOCTORAL

**BIENESTAR EMOCIONAL, IMAGEN CORPORAL,
AUTOESTIMA Y SEXUALIDAD EN MUJERES CON
CÁNCER DE MAMA**

Esta investigación ha sido patrocinada por la Sociedad Española de Senología y
Patología Mamaria

M^a SHEILA PINTADO CUCARELLA

Directora: M^a PILAR BARRETO MARTÍN

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis doctoral ha sido posible gracias a la participación de las personas e instituciones que han facilitado que dicho trabajo se elabore con éxito. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para agradecer a todos los que han hecho posible esta meta, en especial:

A mi directora de tesis, la Dra. Pilar Barreto por la dedicación y los años de conocimiento empleados en mi formación, y por la confianza y el apoyo que me ha proporcionado en todo momento. Para mí ha sido una experiencia muy gratificante recorrer este camino de la mano de una persona a la que tanto admiro, personal y profesionalmente. Gracias de corazón por ser una verdadera maestra.

A la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM), en especial a su presidente, el Dr. Carlos Vázquez. Y a todos los profesionales que formaron parte del estudio: Ana Turanzo, Julia Giménez, Jose Luis Guinot, Belen Merk y Maripa Quilis, del IVO; Daniel Almenar y Rosa M^a Llorente del Hospital Dr. Peset Aleixandre de Valencia; Isabel Asensio del Hospital Clínico de Salamanca; Pamen Mallol del Hospital de Torrecárdenas, Almería; Sandra García y Teresa López de la AECC de Barcelona; Edelmiro Iglesias y Pilar Ribes del Hospital Arnau Vilanova de Lleida. Ha sido un placer trabajar junto a profesionales que velan por el bienestar de las personas.

A Sergio, mi compañero de viaje y mi mejor amigo, por su amor y su confianza en mi capacidad. Gracias por todo lo que aportas a mi vida.

A mis tres tesoros: mis padres y mi hermana Jenifer, por todo el cariño y amor incondicional que me dan en cada momento de mi vida.

A Marisa, Laura, Carol, Elena, Tania, Jorge, Rubén, Paula, Lis, Eva y Raquel, por su apoyo y amistad.

A mis compañeros de trabajo y amigos: Marian, Jose Luís, Omayra, Lorena, Rebeca, Kristel, María y Edgar por su apoyo y ayuda incondicional. Y a Amparo Oliver, por su ayuda prestada en las cuestiones metodológicas y estadísticas del trabajo.

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO

1. Introducción	3
2. Bienestar emocional	11
2.1. Introducción	11
2.2. Evaluación	20
2.3. Conclusiones	24
3. Imagen corporal	27
3.1. Introducción	27
3.2. Evaluación	34
3.3. Conclusiones	38
4. Autoestima	40
4.1. Introducción	40
4.2. Evaluación	46
4.3. Conclusiones	47
5. Sexualidad	49
5.1. Introducción	49
5.2. Evaluación	59
5.3. Conclusiones	61
6. Psicología positiva: factores protectores	64
6.1. Introducción	64
6.2. Resiliencia	71
6.3. Sentido del humor	85
6.4. Autoeficacia	91
6.5. Evaluación	94
6.6. Conclusiones	96

MARCO EMPÍRICO

7. Justificación del estudio	99
8. Objetivos	102
8.1. Objetivo general	102
8.2. Objetivos específicos	102
9. Hipótesis de trabajo	107
10. Métodos	110
10.1. Participantes	110
10.2. Variables de estudio	111
10.3. Instrumentos de evaluación	112
10.4. Procedimiento	116
11. Resultados	122
11.1. Estadísticos descriptivos	122
11.2. Análisis de fiabilidad	124
11.3. Análisis bivariado	127
11.3.1. OBJETIVO 2: Estudiar la influencia de la edad en el bienestar emocional y la imagen corporal.	
11.3.2. OBJETIVO 3: Estudiar la influencia de la información sobre la enfermedad en el bienestar emocional	
11.3.3. OBJETIVO 4: Estudiar la relación entre el bienestar emocional, la imagen corporal, la sexualidad y la autoestima	
11.3.4. OBJETIVO 5: Estudiar la relación entre factores protectores y el bienestar emocional.	
11.3.5. OBJETIVO 6: Estudiar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas y el bienestar emocional.	

11.4. Análisis predictivo	135
11.4.1. Predicción diferencial del bienestar emocional en función del tipo de cirugía y otras variables relevantes.	
11.5. Análisis comparativo	138
11.5.1. OBJETIVO 1: Estudiar las relaciones entre el tipo de cirugía y las variables de estudio.	
11.6. Mapa de relaciones entre variables	140
12.Discusión	147
12.1. Discusión de los principales objetivos del trabajo de investigación	
12.2. Limitaciones del estudio	
12.3. Propuestas para la investigación futura	
13.Conclusiones	156
14.Referencias Bibliográficas	158
15.Anexos	172
15.1. Anexo I. Consentimiento Informado	172
15.2. Anexo II. Instrumentos de evaluación	176
15.3. Anexo III. Tablas estadísticas	187

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Como es bien sabido, el cáncer es un problema de salud muy relevante ya que supone la segunda causa de muerte en los países desarrollados, después de los trastornos cardiovasculares.

Esta enfermedad de tipo crónico, afecta a los diferentes ámbitos de la vida de una persona, como el aspecto físico, el bienestar psicológico, el trabajo y las relaciones interpersonales.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, después del cáncer de pulmón en el hombre, diagnosticándose más de la mitad en los países desarrollados.

En España se registran unos 16.000 casos al año, lo que supone casi el 30% de todos los tumores del género femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en España y en el mundo, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz (Datos proporcionados por la Asociación Española contra el Cáncer, www.muchoxvivir.org).

Actualmente se puede observar un incremento en el diagnóstico de esta enfermedad en los estadios tempranos, estadio I y II, lo que representa el 75% de la totalidad de casos que se diagnostican.

El carcinoma de mama se define como una enfermedad degenerativa multifactorial, donde un grupo de células escapan a los mecanismos de control de crecimiento normal y ordenado del organismo, formando un tumor.

En cuanto a la etiología, también es multifactorial, y entre las causas más comunes encontramos la predisposición genética, la dieta, los factores hormonales y reproductivos, el consumo de alcohol y tabaco, y el género femenino.

Los tratamientos médicos pueden ser locales o sistémicos. En cuanto a los tratamientos locales destacan la cirugía (radical o conservadora) y la radioterapia; y entre los tratamientos sistémicos se encuentran la quimioterapia y los tratamientos hormonales, utilizados fundamentalmente en etapas tempranas de la enfermedad, y tienen como finalidad disminuir la probabilidad de recaída e incrementar la supervivencia.

Como toda enfermedad amenazante para la vida de las personas, el cáncer de mama supone una situación de estrés en las mujeres que lo padecen, tanto desde un punto de vista físico como psicológico, puesto que además de tener que enfrentarse a la enfermedad y sus tratamientos, las mujeres han de adaptarse a cambios referidos a su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello conlleva (Sebastián et al., 2007).

El bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama por ende se ve afectado y tal como se refleja en numerosos estudios, las alteraciones más prevalentes son la ansiedad y la depresión.

Normalmente, se suele entender, y los estudios así lo avalan, que las pacientes con cáncer de mama tienen mayor propensión a la depresión y ansiedad después de serles diagnosticada la enfermedad y tras el tratamiento, debido tanto a la posible mutilación de la mama como a los efectos secundarios de la quimioterapia (Barreto y Pintado, 2011; Bellver, 2007; Toledo, Ferrero y Barreto, 1994; Zhao et al., 2001; Torras et al., 2005; Olivares, Naranjo y Alvarado, 2007; Pintado et al., 2011).

Después del tratamiento, sea conservador o no, la mujer suele presentar respuestas de tipo depresivo, relacionadas bien con el miedo a la recaída o con el tratamiento en sí. Los efectos secundarios, como pueden ser la alopecia por la quimioterapia, quemaduras y posterior acartonamiento de la piel por la radioterapia local, la pérdida de la fertilidad y la aparición de sintomatología menopáusica prematura son otros de los factores que contribuyen a la aparición posterior de la depresión (Torras et al., 2005).

Existen una serie de variables intervinientes que influyen en el bienestar emocional, tales como el tipo de cirugía, el estadio en el que se encuentra la enfermedad, el estado menstrual de las mujeres y su influencia hormonal y la terapia adyuvante, entre otras.

Por otro lado, numerosos estudios muestran cómo la insatisfacción con la imagen corporal correlaciona negativamente con la autoestima, el autoconcepto y la sexualidad de la mujer.

A continuación haremos referencia a algunos aspectos definatorios acerca de las variables que pretendemos estudiar en nuestro trabajo, ya que en estudios previos han mostrado que son relevantes. Nos referimos al autoconcepto, la autoestima, la imagen corporal y la sexualidad.

El autoconcepto es definido como "el conjunto de percepciones o referencias que tiene la persona de sí misma e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa" (Shavelson y Bolus, 1992, citado en Sebastián et al., 2007).

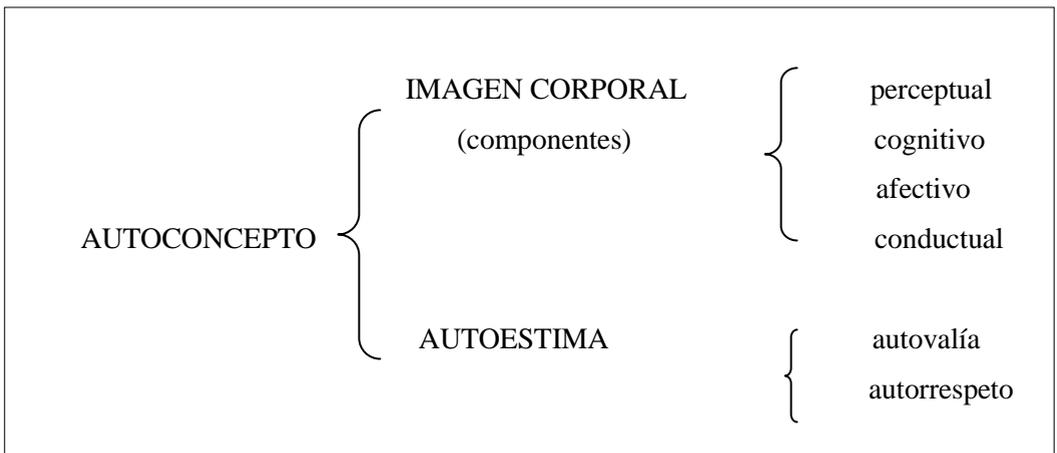
Dicho autoconcepto está configurado por dos aspectos diferenciados: la autoestima y la imagen corporal.

La autoestima es definida por Rosenberg (1965) y se refiere a una actitud o sentimiento, positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo.

Por otra parte, la imagen corporal "es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos" (Raich, 1996).

En resumen, el autoconcepto está formado por la autoestima y la imagen corporal. La autoestima se compone de la autovalía y el autorrespeto, y por su parte, la imagen corporal está compuesta por los aspectos perceptivo, cognitivo, afectivo y conductual.

Figura 1. Componentes del autoconcepto



La sexualidad es otra de las facetas de la vida de una persona que se ve afectada por el impacto del cáncer de mama. Está relacionada tanto con el bienestar emocional como con el autoconcepto que una mujer posee de sí misma.

Dentro de los problemas sexuales asociados al cáncer de mama pueden incluirse una alteración en el deseo sexual que suele derivar en una disminución o bloqueo de éste, una baja actividad sexual, una disminución de sentir placer o ansiedad y dolor durante el acto. Además se puede producir una pérdida del interés sexual, del atractivo y de la feminidad.

Estas alteraciones persisten durante años después de ser diagnosticadas por la enfermedad (Ganz et al., 2002).

Ya en 1975, Zung, argumentó que en las mujeres mastectomizadas se producía un deterioro en la autoestima y la autoimagen, el cual se reflejaba en una sexualidad alterada. Arango et al. (1998) realizaron un estudio con una muestra de 30 mujeres con cáncer de mama, y encontraron igualmente, una alteración en el autoconcepto, manifestada consigo misma y con los demás. En este último estudio, en el área sexual sí que parecía existir deseo, pero lo que se encontró fue que dicho deseo estaba bloqueado (Zung, 1975; Arango et al., 1998, citados en Fernández et al., 2002).

Concluyendo, las mujeres que padecen cáncer de mama pueden tener necesidades especiales en muchos aspectos de sus vidas. El bienestar emocional y subjetivo se ve alterado por esta situación; y el autoconcepto, tanto la autoestima como la autoimagen, y el ámbito sexual, reflejan dichos cambios.

En cuanto a los factores protectores, en contraposición a los factores de riesgo, serían características que ayudan a las pacientes a superar mejor la situación por la que están pasando.

En este sentido, la literatura nos indica que fortaleciendo y fomentando esos factores, las pacientes podrán sobrellevar los cambios a los que se tienen que enfrentar. Entre ellos, se encuentran el sentido del humor y la resiliencia.

El sentido del humor es un rasgo positivo ya que la persona que lo tiene puede experimentar la risa, el placer subjetivo asociado a ella, los diversos beneficios psico-físicos que puedan derivarse, y la gratificación de hacer reír a los demás, más frecuentemente.

Desde el punto de vista de la psicología positiva, el sentido del humor no es un mero remedio para prevenir o ayudar a superar la enfermedad, sino una virtud que fomenta un mayor bienestar y disfrute de la vida, e incluso, el crecimiento hacia una mayor humanidad y plenitud (Carbelo y Jáuregui, 2006).

En este trabajo vamos a centrarnos en estudiar el bienestar emocional de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, en el proceso adaptativo de la enfermedad y las dificultades que presenta. Además de estudiar sus posibles variables implicadas, teniendo en cuenta para ello, la autoestima y la imagen corporal que presentan las pacientes, así como otras variables que pudiesen intervenir (tipo de cirugía, estadio de la enfermedad, etc.) y los factores protectores relacionados con el cáncer.

En los próximos apartados recogeremos la información relevante a las variables de estudio, reflejando tanto aspectos conceptuales y datos de prevalencia como herramientas de evaluación y algunas conclusiones al respecto, útiles para nuestro trabajo.

***BIENESTAR EMOCIONAL Y
CÁNCER DE MAMA***

2. BIENESTAR EMOCIONAL Y CÁNCER DE MAMA

2.1. INTRODUCCIÓN

Ya desde la Antigua Grecia, suscitó un gran interés y varios autores han tratado de definir el bienestar subjetivo (Diener, 1984, 1999; Ellison y Smith, 1991; Lyubomirsky y Dickerhoof, 2006) En opinión de Diener (1994), este área de estudio tiene tres elementos característicos: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; dimensión global, pues incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de su vida; y la necesaria inclusión de medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos, es decir, el bienestar subjetivo consiste en la evaluación positiva que la persona hace de su vida.

Los estudios que tratan sobre el bienestar subjetivo muestran un acuerdo en considerar tres componentes que forman parte de la estructura del bienestar: la satisfacción con la vida, el afecto positivo, y el afecto negativo.

El primer componente, la satisfacción con la vida, se refiere al aspecto cognitivo, y puede definirse como una evaluación, un juicio cognitivo de la propia vida. Se trata de un proceso de valoración que hace la persona sobre el grado en que ha conseguido los objetivos deseados en su vida.

Los otros dos componentes, el afecto positivo y el negativo, se refieren al funcionamiento afectivo. Está vinculado con el aspecto cognitivo, de tal manera que cuando una persona tiene experiencias emocionales positivas es

más probable que perciba su vida deseable y positiva; y a la inversa.

Así pues, cuando nos referimos al Bienestar Emocional y queremos trabajar sobre él, deberemos tener en cuenta los dos aspectos del mismo y trabajarlos conjuntamente, para poder facilitar una mayor calidad en vida de las mujeres implementando nuevas herramientas y recursos.

En nuestro país, el estudio sobre el Bienestar Emocional en pacientes con cáncer se inició en manos de pioneros como Ramón Bayés, Pilar Barreto, María Die Trill, Juan Antonio Cruzado, etc.

Para Font (1994), existirían dos formas de abordar la adaptación en pacientes con cáncer. La primera sería estudiar el ajuste emocional del paciente, entendido como un bajo nivel de ansiedad y depresión frente a la enfermedad, que es como se ha evaluado habitualmente el bienestar emocional en pacientes con cáncer (Schover et al., 1995; Hanson Frost et al., 2000; Ganz et al., 2002; Carver et al., 2005; Pintado et al., 2011). La segunda forma de abordar la adaptación sería el tipo de estrategias que se utilizan ante la enfermedad, como el cumplimiento de la prescripción médica, la negación o aceptación de la enfermedad, y las expectativas de resultado y de autoeficacia.

En el cáncer de mama, como en todas las enfermedades crónicas, es muy importante prestar atención a los mecanismos psicológicos de ajuste que desencadenan el proceso de afrontamiento (Toledo et al., 1993).

Ya desde hace unas décadas, Meyerowitz (1980) planteaba que el impacto psicológico del cáncer de mama se manifiesta en tres áreas:

- 1 - El Área Psicológica, con aparición de ansiedad, depresión e ira.
- 2 - El Área Psicosocial, con notables cambios en la manera de vivir relacionados, sobre todo, con la afectación del estado de bienestar físico.
- 3 - El Área de las Ideas, con temores a la muerte, a la discapacidad y a la mutilación.

Los autores coinciden en que las repercusiones de esta enfermedad se manifiestan en múltiples áreas de la vida de las personas que la padecen: la familiar, laboral, social y personal (Barreto et al., 1993; Bayés, 1985; Cruzado, 2006).

Habitualmente encontramos que los sufrimientos o trastornos más comunes que padecen las mujeres con cáncer de mama incluyen la ansiedad, la depresión, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (Barbón y Beato, 2002; citados en García-Viniegras et al., 2007).

La depresión en las enfermedades crónicas ha sido estudiada, entre otros autores, por Ford, quien encuentra que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y el apoyo social (Ford, 2002; citado en García-Viniegras et al., 2007).

Los trabajos sobre el bienestar emocional en el cáncer de mama indican que esta enfermedad se relaciona con elevados niveles de emociones negativas y distres psicológico, especialmente con síntomas de ansiedad y depresión (Barreto et al., 1987).

En general, se han obtenido índices de depresión y ansiedad en un 30-40% de las mujeres que padecen cáncer de mama, aproximadamente 3 o 4 veces más que en la población general (Epping-Jordan, 1999; citado en Compas y Luecken, 2002).

Y en otro estudio realizado por Carver y colaboradores, se observó que el 22% de las mujeres presentaban criterios para el diagnóstico de depresión moderada (Carver et al., 2005).

Como ya hemos comentado anteriormente, el bienestar emocional está influido por una serie de variables tales como el tipo de cirugía, el estadio de la enfermedad, el estado menstrual y su influencia hormonal, la edad de las mujeres y la terapia adyuvante, entre otras, las cuales vamos a analizar a continuación.

En líneas generales, se ha argumentado que el bienestar psicológico en el cáncer de mama se relaciona con la cirugía conservadora, los estadios iniciales de la enfermedad y una mayor edad. El apoyo social, se ha relacionado con una mejor calidad de vida y menores niveles de distres.

Como es obvio, los especialistas sanitarios encargados del tratamiento de esta problemática muestran preferencia por la reconstrucción o la cirugía

conservadora, velando por el bienestar de las pacientes, intentando la mínima interferencia en sus actividades diarias y preservación de sus relaciones interpersonales.

El tipo de cirugía (mastectomía radical versus escisión local) está muy relacionado con el distres. En general se ha argumentado que la mastectomía radical posee mayor impacto negativo sobre el bienestar emocional y la calidad de vida de las pacientes (Toledo et al., 1996).

Al Ghazal et al. (2000) encontraron que el 69% de mujeres a las que se les había realizado una mastectomía presentaban algún grado de ansiedad, en comparación con el 55% de mujeres a las que se les realizó una reconstrucción del pecho y el 38% una escisión local. Además, el grupo de mujeres mastectomizadas presentaba depresión en un 10% de los casos frente al grupo de escisión local (7%).

Al contrario, en los resultados obtenidos en otros estudios, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en bienestar emocional. Tampoco se observaron diferencias en la variable ansiedad (Schover et al., 1995; Ganz et al., 2002) ni en la variable depresión (Wong-Kim y Bloom, 2005).

Otra de las variables relevantes es la edad, la cual representa un papel muy importante en el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama. Las mujeres más jóvenes presentan mayor distres, peor bienestar emocional, mayores niveles de ansiedad, mayores necesidades de encontrarse a sí mismas, y mayores preocupaciones sobre los ingresos, el trabajo y la

autoimagen que las mujeres más mayores (Tish et al., 2006; Ganz et al., 2002; Compas y Luecken, 2002; Al Ghazal et al., 2000; Spencer et al., 1999; Cotton et al., 1999; Skrzypulec et al., 2007).

El apoyo social, en particular el de la familia y la pareja, presenta un efecto amortiguador de los efectos de la enfermedad. Se presenta en numerosos estudios como una variable que ayuda a disminuir los niveles de distres y a aumentar la calidad de vida de las pacientes (Compas y Luecken, 2002; Schover et al., 1995). Las mujeres que en el momento de la entrevista tenían una relación, presentaban menor depresión, menos trastornos emocionales y mayor calidad de vida (Carver et al., 2005). Además, poseer unos buenos recursos sociales predecía bienestar a lo largo del tiempo (Carver et al., 2005; Ganz et al., 2002).

El nivel educativo también resultó relevante en algunos estudios analizados, puesto que a mayor nivel educativo de las pacientes, menor distres, menor depresión y menores problemas interpersonales presentaban (Carver et al., 2005; Compas y Luecken, 2002; Schover et al., 1995). En otros estudios, esta variable no presentó resultados relevantes (Ganz et al., 2002), e incluso en uno de ellos se observó una relación inversa entre el bienestar y el nivel educativo (Urucuyo et al., 2004).

La quimioterapia es otra variable relevante en relación al bienestar emocional y la calidad de vida de las mujeres que presentan cáncer de mama. En general, se postula que el tratamiento con quimioterapia provoca mayores niveles de distres y se relaciona negativamente con el bienestar emocional (Wimberly et al., 2008; Tish et al., 2006; Carver et al., 2005;

Coates, Abraham y Kaye, 1983; Ganz et al., 2002; Meyerowitz, Sparks y Spears, 1979; Nerenz, Leventhal, Love y Ringler, 1984; Freedman, 1994; Beisecker, Cook, Ashwort, 1997; Maunsel, Brisson, Dubois, Lauzier y Fraser, 1999; Schover et al., 1995; Spencer et al., 1999).

La quimioterapia puede provocar daño en los ovarios e incluye cambios menstruales, síntomas de la menopausia, cambios en la fertilidad e infertilidad. En esta combinación de sustancias químicas, la edad es un factor importante en los efectos: las mujeres menores de 40 años presentan una incidencia del 31-38% de amenorrea y en las mujeres de más de 40 años es mayor todavía. Los efectos negativos derivados del tratamiento producen emociones negativas, dificultades en comunicar la enfermedad y dificultades en el cuidado de los hijos y el hogar. La menopausia prematura hace que las mujeres sientan mayor distres y presenten una peor calidad de vida. Esto hace que las mujeres se sientan diferentes a las demás mujeres de su edad y tengan preocupaciones como la pérdida de la menstruación y la fertilidad (Tish et al., 2006).

La terapia hormonal, por su parte, provoca sequedad vaginal, pérdida de sangre y secreción de flujo, dificultades para dormir, fatiga, dolencias músculo-esqueléticas, dolores de cabeza, pérdida de la libido, además de una disminución de la calidad de vida de las mujeres.

En cuanto a la radioterapia, aunque sus efectos han sido menos estudiados que los de la quimioterapia, algunos estudio como el realizado por Schover et al. (1995), no encontraron diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida y bienestar entre el grupo de mujeres que recibió

radioterapia y el que no lo recibió.

Por otra parte, el optimismo se ha considerado como una variable protectora en el cáncer de mama, en el sentido que aumenta el bienestar emocional. Sin embargo, influyen muchas variables que hay que tener en cuenta (Carver et al., 2005; Wimberly et al., 2008; Urucuyo et al., 2004), así como considerar el efecto de las co-variables para entender el significado de los resultados.

También hay que comentar el importante papel que ejerce el estadio en el que se encuentra la enfermedad en relación al bienestar emocional. Se ha postulado que en las primeras fases de la enfermedad hay un mayor bienestar y poco a poco va disminuyendo a medida que ésta avanza (Carver et al., 2005; Ganz et al., 2002; Urucuyo et al., 2004), presentando perfiles diferenciales según el momento de que se trate.

Hanson Frost et al. (2000) estudiaron la influencia de las fases de la enfermedad y las compararon en relación al funcionamiento físico, psicológico, social y adaptativo. En este estudio se agrupó a las pacientes en cuatro grupos: nuevo diagnóstico (mujeres a las que se les había diagnosticado cáncer de mama dentro de las 6 semanas anteriores al estudio; N=35), terapia adyuvante (mujeres que recibían quimioterapia o tamoxifeno y estaban entre las 6 semanas y 6 meses desde su diagnóstico, N=52), fase estable (mujeres que completaron el tratamiento con quimioterapia, no habían tenido recaídas y pasaban más de 6 meses desde el diagnóstico, N=84) y en recaída (N=64).

Los resultados muestran que:

- El grupo de la fase de recaída presentaba mayor impacto en sus vidas debido a la enfermedad, mayores problemas en el funcionamiento físico, mayores problemas de comunicación con el equipo médico y mayores niveles de somatización.
- El grupo de mujeres de la fase estable presentaba menores dificultades en todas las variables estudiadas: menores problemas en el ajuste físico y psicológico, menos fatiga, menores problemas emocionales y sociales.
- Y en cuanto al grupo de nuevo diagnóstico, se observó que tenían menos problemas físicos y psicológicos que el grupo de recaída, excepto en las variables dolor corporal, en la cual puntuaban más; y en la adaptación al rol del enfermo, tanto físico como psicológico.

Esta investigación habla de la importancia de diferenciar las fases de una enfermedad crónica, puesto que existen distintas necesidades emocionales en cada una de ellas (Barreto y Rodríguez, 2010; Hanson Frost et al., 2000).

El impacto psicológico que produce en las mujeres el diagnóstico, el tratamiento y las secuelas del cáncer afectan además a la esfera somática, donde se ve alterada su simetría corporal, su función reproductora y su función materna. Se producen sentimientos de vergüenza por padecer cáncer o por la ausencia de las mamas a consecuencia de una mastectomía. Por otra parte, la autoconciencia de estar deformada físicamente dificulta el mantenimiento de relaciones sociales adecuadas, y los efectos secundarios del tratamiento médico, como la alopecia, vómitos, fatiga y náuseas, afectan

adversamente a la calidad de vida de las pacientes (Olivares et al., 2007).

Por último, la comprensión de la información sobre la enfermedad se relaciona con el bienestar emocional (Barreto et al., 2011; Díaz, 2011; Pintado et al., 2011). En este sentido, los pacientes que comprenden mejor la información presentan menores niveles de ansiedad y depresión.

En resumen, el bienestar emocional de las mujeres que padecen cáncer de mama se ve afectado por diversas variables de todo tipo. Es importante en un primer momento detectar dichas variables que pudiesen estar influyendo y trabajar en la medida de lo posible sobre ellas.

2.2. EVALUACIÓN

El bienestar emocional, al ser un concepto amplio y con un componente subjetivo importante, tiene varias opciones de evaluación. Sin embargo, ninguna de ellas está adaptada por completo a las circunstancias que viven las mujeres que padecen cáncer de mama.

En este apartado, vamos a hacer un breve resumen de las medidas utilizadas para evaluar el bienestar emocional en la bibliografía existente sobre el cáncer de mama que es el objeto de nuestro trabajo.

Así pues, los instrumentos más comúnmente mencionados en la literatura son:

- *Evaluación Terapéutica Funcional para Enfermedades Crónicas* (FACIT, Cella, 1997; utilizada en Cotton et al., 1999), se trata de una escala que mide la calidad de vida en enfermos crónicos. En este caso fue utilizada la versión FACT-B para cáncer de mama y añade nueve ítems específicos. La escala FACT general consta de 27 ítems y evalúa cuatro áreas de la calidad de vida: bienestar físico, bienestar familiar/social, bienestar emocional y bienestar funcional. Presenta un formato tipo Likert de 5 opciones de respuesta. Los nueve ítems específicos para el cáncer de mama incluyen cuestiones relacionadas con la apariencia, la sexualidad, el efecto del tratamiento y el distres. La escala FACT-G presenta un índice de fiabilidad de .89, y la versión B presenta una consistencia interna entre sus subescalas un rango entre .63 a .90.
- *Sistema de Evaluación de Rehabilitación en el Cáncer* (CARES, Schag et al., 1990; utilizada en Avis et al., 2004; Ganz et al., 2002; y Hanson Frost et al., 2000), se trata de un instrumento multidimensional que evalúa distintas áreas problemáticas. Consta de 132 ítems con formato likert de 5 opciones de respuesta. Tiene 5 grandes escalas y 31 subescalas específicas. Dentro de las 5 escalas principales se encuentran la escala marital, sexual y psicosocial (dentro de ella la imagen corporal, interacción con los hijos y problemas en el trabajo). Presenta una consistencia interna con valores entre .60 y .85

- *Inventario breve de síntomas* (BSI, Derogatis, 1993; utilizada en Hanson Frost et al., 2000), el cual consta de 53 ítems y se compone de 9 dimensiones de síntomas y 3 índices globales de distres. Las 9 dimensiones de síntomas son: somatización, ansiedad, compulsión obsesiva, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideas paranoicas y psicosis. Los tres índices globales de distres forman el Índice Global de Severidad que indica el nivel o la intensidad del problema. Posee una alta fiabilidad (entre .66 y .84).

- *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos* (CES-D, Radloff, 1977; utilizada en Carver et al., 2005; Urcuyo et al., 2005; Petronis et al., 2003; Spencer et al., 1999; Wong-Kim y Bloom, 2005; y Ganz et al., 2002), consta de 20 ítems que evalúan síntomas cognitivos, afectivos, motivacionales y somáticos de la depresión. Se trata de una escala tipo likert de 4 opciones de respuesta y una consistencia interna con valores entre .77 y .86.

- *Escala de Ajuste Psicológico a la Enfermedad* (PAIS, Derogatis, 1975; utilizada en Petronis et al., 2003; Schover et al., 1995; Spencer et al., 1999), consta de 46 ítems que miden la calidad de vida de los pacientes en seis áreas de la vida, incluida la orientación al cuidado de la salud, el ámbito vocacional, el ámbito doméstico, las relaciones sexuales, el ámbito social y el distres psicológico. Tiene una fiabilidad de .91.

- *Lista de adjetivos utilizados en la investigación de cáncer de mama* (Carver et al., 1993; utilizada en Urucuyo et al., 2005; Wimberly et al., 2007; Petronis et al., 2003), se trata de una serie de adjetivos que evalúa el distres producido por la enfermedad y los afectos asociados. Consta de 10 ítems que se clasifican en 3 dimensiones: ansiedad (tensión, nerviosismo e inquietud), depresión (impotencia, infelicidad, invalidez y desesperación), ira (enfado, ofensa y protesta). Esta escala presenta una consistencia interna de .89.

- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS, Zigmond y Snaith, 1983; utilizada en AlGhazal et al., 2000; Skrzypulec et al., 2007; Cardenal et al., 2008), es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer). Se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0-3). El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa. Presenta una fiabilidad de .81.

- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI, Spielberg et al., 1970; utilizada en Cousson-Gélie, 2007), está compuesto por 40 ítems, 20 de ellos evalúan la ansiedad estado y los otros 20 la

ansiedad rasgo, mediante una escala tipo likert de 4 puntos. El coeficiente de fiabilidad test-retest es alto (de .81) en la escala ansiedad rasgo, y bajo (.40) en la escala ansiedad estado, puesto que ésta mide la ansiedad en el momento actual.

2.3. CONCLUSIONES

Como hemos podido observar, el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama se ve afectado tanto por la enfermedad como su tratamiento, apareciendo comúnmente síntomas depresivos y ansiosos. Nuestro trabajo consiste en analizar las variables que influyen en dicho bienestar, para poder trabajar sobre ellas y facilitar a las pacientes una mayor calidad de vida.

El tipo de cirugía presenta un papel relevante, ya que los resultados muestran que la cirugía conservadora está relacionada con un mayor bienestar emocional. Sin embargo, no todos los resultados predicen dicha relación, ya que pueden estar influyendo otro tipo de variables.

Por otra parte, la quimioterapia provoca numerosos efectos secundarios que pueden disminuir la calidad de vida de las pacientes, por tanto es importante identificarlos.

Podemos concluir que en general el bienestar emocional se relaciona con la cirugía conservadora, una mayor edad de las pacientes, el apoyo social, un alto grado de optimismo y los estadios iniciales de la enfermedad.

Por el contrario, el bienestar emocional y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama se ve disminuido por opciones terapéuticas más radicales, el tratamiento adyuvante con quimioterapia y una menor edad.

Dado que los resultados son provisionales y presentan, según del estudio que se trate, algunas contradicciones intentaremos afinar en los análisis para poder apresar con mayor precisión las relaciones entre las variables y dilucidar cuáles de ellas son con mayor probabilidad responsables del bienestar/malestar de las pacientes.

IMAGEN CORPORAL

3. IMAGEN CORPORAL

3.1. INTRODUCCIÓN

La imagen corporal es “un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos” (Raich, 1996; citado en Fernández, 2004).

Probablemente todavía no dispongamos de una definición rotunda de imagen corporal y para poder avanzar en la precisión del término deberemos asumir que estamos ante un constructo teórico multidimensional (Baile, 2003.) Analizando las aportaciones de diversos autores, Pruzinsky y Cash (citados en Baile, 2003), proponen que existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual que se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva que incluye pensamientos, auto-mensajes y creencias sobre nuestro cuerpo.

- Una imagen emocional, que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

La imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia subjetiva, y no tiene porqué haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características (Pruzinsky y Cash, 1990; citados en Baile, 2003):

- Es un concepto multifacético.
- La imagen corporal está relacionada con la autoconciencia.
- Está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.
- La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
- La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
- La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, incluyendo un componente conductual que consistiría en qué conductas realiza el individuo en relación a su cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que disimulen ciertas partes del cuerpo (Thompson, 1990; citado en Baile, 2003).

La imagen corporal se concibe como una parte del autoconcepto, que se refiere al conjunto de percepciones que tiene la persona de sí misma e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa (Shavelson y Bolus, 1992; citados en Sebastián et al., 2007).

De todos los tipos de cáncer que hay, en el cáncer de mama es donde más se pueden observar los efectos de la enfermedad y el tratamiento en la imagen corporal (Manos et al., 2005). Las percepciones negativas de la imagen corporal en el cáncer de mama incluyen insatisfacción con la apariencia, una percepción de pérdida de la feminidad y la integridad corporal, evitar verse desnuda, sentirse menos atractiva e insatisfacción con el resultado quirúrgico (Fobair et al., 2006).

Fernández (2004) ha clasificado en su trabajo, las variables que influyen en el cambio en la imagen corporal de las personas que padecen cáncer, las cuales son:

- El tipo de cambio físico que experimenta, la localización y el grado de discapacidad asociado: hay evidencias de que los tratamientos quirúrgicos radicales (como la mastectomía radical) presentan mayores problemas psicológicos y adaptativos que los tratamientos quirúrgicos conservadores.
- Reacción del entorno y apoyo social percibido: en algunos casos las personas que padecen cáncer temen ser rechazados y por ello evitan las relaciones sociales y se aíslan. Las señales de agrado y aceptación por parte de la gente del entorno van a ser decisivas para facilitar la reintegración social y las emociones positivas del paciente.

- La disponibilidad y acceso a los recursos necesarios: como el uso de prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada paciente o el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica va a facilitar que la persona pueda superar las limitaciones.

- La valorización o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta, ya que lo importante en este caso no es el cambio objetivo que ha sufrido la persona sino el significado que se le atribuye. Esta valoración está mediada por las creencias que posee el individuo sobre su imagen corporal, sus habilidades de afrontamiento y sus características de personalidad.

Además de las variables influyentes, los cambios en la imagen corporal poseen, como hemos dicho anteriormente, una serie de características en los diferentes niveles de respuesta que vamos a detallar a continuación:

- A nivel perceptivo, aparecen una serie de distorsiones perceptivas como la atención selectiva a la zona afectada o la magnificación a la hora de percibir el tamaño del defecto.

- A nivel cognitivo, aparecen errores cognitivos en relación al cuerpo tales como un diálogo interno crítico centrado en la pérdida y una frecuencia elevada de pensamientos intrusivos sobre el cuerpo. Además a este nivel aparecen creencias disfuncionales en torno a la valía personal, como una pérdida del atractivo y de su valor como persona; y, creencias disfuncionales asociadas a la identidad de género, algunas mujeres con cáncer de mama se sienten menos femeninas.

- A nivel afectivo-emocional se producen respuestas emocionales condicionadas al cambio físico como ansiedad, insatisfacción, hostilidad, displacer, etc.

- A nivel conductual, como la evitación de las relaciones sociales por miedo al rechazo y vergüenza, conductas para disimular el defecto, evitar mirarse al espejo, etc.

Por otro lado, al igual que pasaba con el Bienestar Emocional, la imagen corporal en el cáncer de mama está mediada por una serie de variables, tales como el tipo de cirugía, la edad, estado marital, el apoyo social y el tratamiento adyuvante, entre otras.

En líneas generales, se ha argumentado que las percepciones negativas en la imagen corporal que presentan las mujeres con cáncer de mama se relacionan con la mastectomía radical, una menor edad, no poseer apoyo social y la quimioterapia. Sabemos que la imagen corporal es relevante porque forma parte de la valoración social y es un componente importante de la identidad personal.

En un estudio realizado por Fobair et al. (2006), se encontró que al menos un 50% de las pacientes con cáncer de mama presentaba problemas en su imagen corporal. Un 10% de ellas, se sentía avergonzada con su cuerpo, otro 10% se preocupaba por su atractivo y el 7% se sentía menos femenina. En otro estudio de Avis et al. (2004), esta cifra ascendía al 77% de las pacientes, las cuales estaban insatisfechas con su apariencia.

En cuanto a las variables mediadoras de la imagen corporal, en primer lugar, el tipo de cirugía podría ser una de las más importantes variables que influyen en ella. Se ha observado que en muchas investigaciones se relaciona la mastectomía radical con una peor imagen corporal (Sebastián et al., 2007; Manos et al., 2005; Avis et al., 2004; Al Ghazal et al., 2000; Pintado et al., 2010; Barreto et al., 2010). Sin embargo, otros estudios afines no han encontrado dicha relación (Schover et al., 1995; Suárez, 2004).

En relación con esto último, Suárez (2004), estudió la autopercepción corporal, la cual se refiere a “la percepción de sí mismo en tanto sujeto físicamente existente, así como del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable e incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona”. Este autor comparó los grupos de mastectomía radical y conservadora con respecto a la adecuación de la imagen corporal y observó que la inadecuación corporal fue leve en el 31,25% de los casos de mastectomía radical; y nula en el 41,67% en cirugía conservadora. Es decir, no se halló ninguna asociación entre el tipo de cirugía y la inadecuación corporal.

El análisis de los resultados indica que en esta población no se corroboró el beneficioso efecto protector desde el punto de vista psicológico de la cirugía conservadora en relación con la adecuación-inadecuación de la imagen corporal, tan defendido por numerosos autores. Entendemos pues que su efecto se ve modulado por otras variables influyentes.

Otra variable implicada en la imagen corporal es la edad. En general, se ha observado que una menor edad correlaciona con una peor imagen corporal y una menor satisfacción con la apariencia. Sin embargo, en otras investigaciones se observó que no tenían relación (Yurek et al., 2000; Schover et al., 1995).

En cuanto al papel del apoyo social, varios estudios han observado que las mujeres que percibían mayor apoyo social, presentaban menores problemas relacionados con la imagen corporal, se sentían más femeninas y más atractivas (Wimberly et al., 2008; Carver et al., 2005).

Respecto a la variable optimismo, las mujeres más optimistas se veían más atractivas y tenían menos preocupaciones por la imagen corporal que aquellas mujeres más pesimistas (Wimberly et al., 2008; Urucuyo et al., 2004).

Y por último, el tratamiento sistemático con quimioterapia o radioterapia repercute también en la imagen corporal de las mujeres que padecen cáncer de mama, Además de la pérdida de pelo que experimentan las pacientes que reciben quimioterapia, aparecen síntomas menopáusicos y una posible pérdida de la fertilidad, la cual actúa como una pérdida de su feminidad.

La quimioterapia se relaciona con una peor imagen corporal y mayores problemas con la apariencia (Schover et al., 1995; Fobair et al., 2006; Sebastián et al., 2007; Lemieux et al., 2008). En una investigación realizada por Petronis et al. (2003) con una muestra compuesta por 237 mujeres con cáncer de mama en los primeros estadios, se estudió la relación entre la

imagen corporal y el bienestar psicosocial.

Se examinaron dos aspectos de la imagen corporal basadas en Carver et al. (1998), el cual además, diseñó una medida para su evaluación. Los dos aspectos de la imagen corporal son: la preocupación por la apariencia y la preocupación por la integridad física.

Los resultados indicaron que la preocupación por la integridad física estaba relacionada con el distres, los problemas sociales y los problemas sexuales. Y en cuanto a la preocupación por la apariencia, en el estudio previo de Carver et al. (1998), se observó que era un factor de vulnerabilidad para el distres (una elevada preocupación por la apariencia correlacionaba con elevados índices de distres), y un factor de resiliencia para problemas psicosexuales (una menor preocupación por la apariencia se relacionaba con menores niveles de distres y de problemas sexuales). Sin embargo, en el estudio de Petronis et al. (2003) no se encontraron tales relaciones.

3.2. EVALUACIÓN

La imagen corporal es un factor muy importante en la calidad de vida de los pacientes que padecen cáncer, y es determinante en las diferencias en calidad de vida entre pacientes tratadas con mastectomía y pacientes tratadas con cirugía conservadora.

Sin embargo, las propiedades psicométricas de las medidas utilizadas en estudios anteriores, se muestran inadecuadas para evaluar la imagen corporal en este tipo de pacientes.

Tal y como señalan J. Sebastián et al. (2007), la evaluación de la imagen corporal es una de las mayores dificultades de estas investigaciones, puesto que existen dificultades tanto conceptuales como metodológicas, ya que la imagen corporal coincide en parte con la sexualidad y con el autoconcepto y autoestima. Por tanto, cada investigación incluye en su estudio distintos instrumentos para evaluar la imagen corporal, y ello hace que la generalización de los resultados pueda ser inexacta.

Las escalas que han sido utilizadas por los distintos estudios analizados para evaluar la imagen corporal son las siguientes:

- *Escala de Imagen Corporal para pacientes con cáncer* (BIS, Hopwood et al., 2001; en la que se basan los estudios de Sebastián et al., 2007; Manos et al., 2005; Al Ghazal et al., 2000), consta de 10 ítems con formato de respuesta en escala likert de cuatro alternativas, con un rango de 0 ("nada") a 3 ("mucho"). Para la elaboración de esta escala, se construyeron 10 ítems en colaboración con la Organización Europea de Investigación y Tratamiento contra el Cáncer (EORTC), y se administró a una muestra heterogénea de 276 pacientes británicos que padecían cáncer. En una revisión posterior, la escala fue administrada a 682 pacientes con cáncer de mama de varias regiones del Reino Unido, dividida en siete grupos en base al tratamiento recibido. El subgrupo de cáncer de mama de

la primera versión presentaba una fiabilidad de .85. Y la fiabilidad de esta escala en la segunda versión fue de .93.

- *Cuestionario de Imagen Corporal* (BIQ, Koleck et al., 2002; utilizado en Cousson-Gélie et al., 2007), consta de 19 ítems y evalúa las percepciones, sentimientos y actitudes respecto al cuerpo en términos de satisfacción e insatisfacción. Posee una buena fiabilidad.
- *Escala de Estima Corporal* (BES, Franzoi, 1984; utilizado por Schover et al., 1995), es una escala de medida de la estima corporal¹⁷, es decir, de cómo valora la persona su imagen y cómo se ve. Está compuesta por 35 ítems que se agrupan en tres factores: Atractivo físico o sexual, preocupación por el peso, y condición física. A mayor puntuación, mayor satisfacción con el cuerpo. Posee una fiabilidad entre .76 y .90.
- *Medida de Percepción Corporal* (MBA, Carver et al., 1998; utilizada por Petronis et al., 2003), consta de 10 ítems con un formato de respuesta tipo likert de 4 alternativas, en un rango de 1 ("me desagrada mucho") a 4 ("me agrada mucho"). Evalúa dos dimensiones: las preocupaciones por la integridad física y las preocupaciones por la apariencia, con una fiabilidad de .67 y .75, respectivamente.
- *Test de inadecuación corporal* (BUT, Cuzzolaro et al., 1980; utilizada por Suárez, 2004), se propone como objetivo indagar el grado de inadecuación percibida por el sujeto en relación con su propio cuerpo. Consta de dos partes cuyo formato de respuesta

consiste en una escala tipo Likert que va de 0 a 5. La primera parte tiene 34 ítems y abarca 5 factores: preocupación con la imagen física, evitación social, autocontrol compulsivo (de los cambios del cuerpo), despersonalización y fobia del peso. Los ítems correspondientes a esta última subescala fueron modificados y referidos al físico, obviando la relación con el peso corporal. La primera parte de la prueba permite obtener el llamado por los autores Índice Global de la Gravedad del Disturbio. Se obtiene por la media aritmética del puntaje total obtenido. La segunda parte se focaliza en la identificación de los diferentes componentes de la imagen corporal que generan más inconformidad en el sujeto. Se evalúa a través de la obtención de dos índices: el Índice de Síntomas Positivos (PSI) que se calcula sumando el número de ítems con un puntaje igual a 0 y mayor de 1, y el Índice de Severidad de Síntomas Positivos que resulta de la media aritmética del índice de Síntomas Positivos.

- *Escala de satisfacción corporal versión corta de 10 ítems* (BSS, Andersen y LeGrand, 1991; Berscheid et al., 1973; utilizada en Yurek et al., 2000), evalúa la satisfacción corporal después de haber recibido un tratamiento quirúrgico. El análisis factorial revela que consta de 2 factores: satisfacción con la apariencia y peso relacionado con el cuerpo. Consta pues, de 10 ítems con un formato de respuesta en escala tipo likert con un rango de 1 ("extremadamente satisfecho") a 6 ("extremadamente insatisfecho"), a mayor puntuación, mayor nivel de insatisfacción con el cuerpo. Posee una consistencia interna de .84.

3.3. CONCLUSIONES

En general se ha postulado que las pacientes con una mejor imagen corporal son aquellas a las que se les ha practicado cirugía conservadora, cuentan con un buen apoyo social, son más optimistas y tienen una mayor edad.

Por el contrario, la imagen corporal se relaciona negativamente con la mastectomía radical, la quimioterapia y una menor edad.

El estudio de la imagen corporal en el cáncer de mama es complejo por diversas razones, ya que aparte de ser un tema relativamente nuevo, se trata de un campo de estudio amplio con muchas posibilidades de evaluación, por tanto, es difícil generalizar los resultados.

Finalmente, también sabemos que influyen diferentes variables que habría que tener en cuenta para posteriores investigaciones y es nuestro objetivo intentar detectarlas.

AUTOESTIMA

4. AUTOESTIMA

4.1. INTRODUCCIÓN

Las mujeres que padecen cáncer de mama, como ya hemos comentado anteriormente, presentan problemas en varios aspectos de sus vidas. Los cambios físicos a los que se ve sometida incluyen la pérdida de alguna parte de su cuerpo, el desfiguramiento de ella o el tener que ajustarse a unas prótesis, lo cual limita mucho su funcionamiento en el día a día.

El bienestar emocional además se ve afectado. Se observan sentimientos de miedo, síntomas de ansiedad y depresión, sentimientos de ineficacia para poder salir adelante, etc. Y ello repercute en la autoestima de las pacientes.

La autoestima fue definida por Rosenberg (1965) como “una actitud o sentimiento, positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo”.

Se refiere pues, a un componente del autoconcepto, una especie de sentimiento de valía que nos atribuimos a nosotros mismos. Puede definirse como el nivel o grado de valor, respeto y amor que se tiene de sí mismo.

La autoestima presenta dos componentes interrelacionados: la autovalía y el auto-respeto. La autovalía o autoeficacia se describe como la confianza que tiene una persona sobre sí misma en cuanto a su razonamiento y sus

habilidades de pensar y comprender la realidad y sus intereses y necesidades. Cuando se tiene un adecuado nivel de autoeficacia, aumenta el sentimiento de control sobre la propia vida, y por ende, aumenta el bienestar emocional.

La autoeficacia la hemos tratado en el apartado de Factores Protectores, puesto que queremos estudiarla como autoeficacia general y no como la parte de la autoestima a la que nos referimos aquí.

Por otra parte, el auto-respeto se refiere al sentimiento de valía personal y al derecho a la vida y a ser feliz. Rosenberg (1983) postula que una baja autoestima se relaciona con el afecto negativo, irritabilidad, impulsividad y agresión, y baja satisfacción en la vida (Rosenberg, 1983; citado en Berterö, 2002).

La autoestima ha sido estudiada en el cáncer de mama, encontrándose datos e información importante sobre su papel y las relaciones que presenta con las demás variables estudiadas: el bienestar emocional, la imagen corporal y la sexualidad.

En general, se postula que la autoestima y el bienestar emocional están directamente relacionados. Las mujeres que padecen cáncer de mama presentan una alteración en su bienestar emocional, disminuyendo éste a causa de los síntomas depresivos y ansiosos que se experimentan. Y ello provoca una disminución de la autoestima en las pacientes.

Sin embargo, esta relación entre bienestar emocional y autoestima es bidireccional, puesto que en algunos estudios se ha observado además, que una baja autoestima es un factor de riesgo de presentar síntomas depresivos (Wong-Kim y Bloom, 2005).

La imagen corporal también está relacionada con la autoestima (Manos et al., 2005). Las pacientes que presentan cáncer de mama se ven sometidas a los efectos de la cirugía y los tratamientos adyuvantes, los cuales provocan alteraciones físicas que influyen en el bienestar psicológico, como comentamos en el apartado de imagen corporal.

En este sentido, es importante comentar el papel que tiene el tipo de cirugía en la autoestima. La autoestima es más baja en el grupo de mujeres a las que se les ha aplicado mastectomía radical que en el grupo de cirugía conservadora (Al Ghazal et al., 2000; Sebastián et al., 2007) y peor en el grupo que recibió quimioterapia (Lemieux et al., 2008). Sin embargo, en otros estudios no se ha mostrado ningún efecto significativo entre la autoestima, el tipo de cirugía y tipo de tratamiento (Sebastián et al., 2007).

En cuanto al factor edad, se ha observado que las mujeres más jóvenes presentan una peor autoestima que las mujeres más mayores (Manos et al., 2005; Berterö et al., 2002).

El apoyo social, por su parte, presenta un papel contradictorio y con resultados diversos en cuanto a su relación con la autoestima. En algunos estudios se presenta el apoyo social como un factor protector de la autoestima de las pacientes, las cuales presentan una mejor autoestima

cuando perciben apoyo social (Wong-Kim y Bloom, 2005). Sin embargo, en otros estudios se muestra una relación significativa y negativa entre la autoestima y recibir apoyo social (Revenson et al., 1983; Lepore et al., 2008).

En concreto, en el estudio de Lepore et al. (2008) se observó dicha relación con una muestra de 71 mujeres con cáncer de mama, la mayoría (el 89% de los casos) se encontraban en los estadios I y II de la enfermedad. Se hizo una evaluación en dos momentos, la primera a los 3 meses después del diagnóstico, y la segunda a los 18 meses desde el diagnóstico. Los resultados mostraron que la alta autoestima en el segundo momento de la evaluación, se relacionaba con el bajo apoyo social percibido en el primer momento. Esto muestra como recibir apoyo social perjudica la autoestima y aumenta el distres, tal y como se ha postulado desde el Modelo de Amenaza a la Autoestima de Arie Nadler y Jeffrey Fischer (1986), el cuales sostiene que cuando se percibe que la ayuda es muestra de apoyo, interés y preocupación por el receptor, produce reacciones positivas como la estimulación de los sentimientos de autovaloración y aprecio por quien ayuda.

Sin embargo, hay condiciones en las que dar asistencia reduce estos sentimientos de autovaloración y produce un juicio negativo acerca del que ayuda y de la propia ayuda. Primero, esta será una amenaza para la autoestima si contiene el mensaje de que el receptor es inferior y que depende de ese auxilio para salir adelante. Segundo, la ayuda que se aparta de los valores socializados importantes como la independencia, la autorrealización y la justicia será una amenaza a la autovaloración del

receptor. Por último, ayudar suscitará una reacción negativa si no aumenta la probabilidad de futuros éxitos o si no reduce la necesidad de asistencia futura. Si la ayuda reúne cualquiera de estos tres criterios, el receptor dejará por un tiempo de buscar asistencia, tendrá mayor confianza en sí mismo y aumentará su deseo de mejorar.

Nadler y Fisher sostuvieron que las personas con mucha autoestima suelen tener más reacciones negativas en comparación con las de poca autoestima. Al parecer, los que tienen una sensación firme de autoeficacia y competencia se resienten más por la ayuda que implica que no son capaces de tener éxito, que no son confiables y que es posible que fracasen en el futuro (Nadler y Fisher, 1986; citado en Worchel et al., 2002). En este caso, las pacientes que reciben apoyo social se ven a sí mismas como vulnerables, incompetentes y dependientes; y ello hace que disminuya la autoestima (Lepore et al., 2008).

Berterö (2002) estudió los dos componentes de la autoestima: la autovalía y el auto-respeto con una muestra compuesta por 13 mujeres con cáncer de mama, a 10 de ellas se les aplicó cirugía conservadora y a las otras 3, una mastectomía. Los resultados de este estudio mostraron que la mayor parte de las mujeres de la muestra tenían la autoestima afectada.

En total, siete de las trece mujeres puntuaron alto en autoestima evaluada mediante la RSE, pero posiblemente estas puntuaciones altas se obtuvieron porque la RSE evalúa la autoestima global y no ha sido adaptada a las pacientes con cáncer. Las mujeres mastectomizadas fueron las que tuvieron peores puntuaciones. Según Berterö, diferentes aspectos están relacionados

con la autoestima en el cáncer de mama, como la inhabilidad de poder continuar con sus actividades, posiblemente debida a los cambios físicos a los que han estado expuestas, como también se vio en el estudio de Hughes (Hughes, 1997; citado en Berterö, 2002).

Las mujeres a menudo indicaban que se sentían inseguras, y este sentimiento era un obstáculo para vivir con normalidad. Las pacientes tenían miedo de ser estigmatizadas por la enfermedad que padecían y por ello intentaban que nadie supiese que tenían cáncer, lo guardaban como un secreto, a pesar de la posibilidad que ello tenía de causar un aislamiento social y malestar psicológico.

En relación a la calidad de vida, las mujeres presentaban más preocupaciones y más afectación en su calidad de vida cuando se estaba completando el tratamiento. Por otro lado, el auto-respeto no solamente se vio influido por la visión que tienen las mujeres de sí mismas, sino que también influyen las reacciones de la gente de su entorno. Algunas mujeres describieron sus conversaciones sobre el cáncer que padecían como humillantes, ya que la gente no las trataba con respeto. La gente en general las compadecía, y esta compasión hacía que bajara la autoestima de las mujeres y hacía que se sintiesen estigmatizadas por la enfermedad.

Además, habían experimentado más que un cambio corporal, tenían el sentimiento de no tener el mismo valor como mujer y como esposas, e incluso algunas mujeres se veían deficientes físicamente. Tenían vergüenza de ellas mismas, de no ser una mujer entera (Berterö, 2002).

4.2. EVALUACIÓN

Para la evaluación de la autoestima en el cáncer de mama, parece que la mayor parte de estudios utilizan como medida la escala de autoestima de Rosenberg, puesto que presenta unas buenas propiedades psicométricas, es de fácil aplicación, breve y adaptada a varias poblaciones e idiomas.

Así pues, presentamos a continuación un breve resumen de esta escala:

- *Escala de Autoestima de Rosenberg* (RSE; Rosenberg, 1965; utilizada en Berterö, 2002; Al Ghazal et al., 2000; Sebastián et al., 2007; Manos et al., 2005; Bloom et al., 2004; Lepore et al., 2008; Revenson et al., 1983): se trata de una de las escalas más utilizadas en la evaluación global de la autoestima, consta de 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Ha sido validada en la población española y presenta buena una fiabilidad y validez. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre .76 y .87. Y la fiabilidad es de .80.

4.3. CONCLUSIONES

La autoestima es, como hemos visto, una parte del autoconcepto que está afectada en las mujeres que padecen cáncer de mama e implica un empeoramiento en la calidad de vida.

A raíz de los estudios analizados, podríamos decir que la autoestima se ve afectada por el nivel de distres, sobre todo los síntomas de depresión y ansiedad que presentan; así como los sentimientos negativos en la imagen corporal. También están implicadas variables como la edad, el tipo de cirugía empleada, el tipo de tratamiento adyuvante y el apoyo social.

En general una menor edad, la mastectomía y estar en tratamiento con quimioterapia, predicen una peor autoestima en las mujeres.

Y respecto al apoyo social, existe una controversia al relacionarlo con la autoestima, por ello deberíamos tener en cuenta las variables implicadas en él.

Por último hay que señalar que la autoestima influye notablemente en la sexualidad, y que una autoestima baja repercutirá en la vida sexual de las pacientes. Como sabemos, este es un aspecto nuclear en la funcionalidad de las personas.

SEXUALIDAD

5. SEXUALIDAD

5.1. INTRODUCCIÓN

La sexualidad también es otra de las facetas afectadas por el cáncer de mama. Forma parte de la calidad de vida de las personas y se compone de 3 aspectos: el deseo sexual (que sería el interés por la actividad sexual), la satisfacción sexual (apreciación global de la sexualidad) y el funcionamiento sexual (donde se englobarían conceptos como la excitación y el orgasmo) (Poinsot et al., 2005).

El deseo sexual tiene tres dimensiones: biológica, motivacional-afectiva, y cognitiva. La dimensión biológica depende de las hormonas sexuales, las cuales controlan el nivel e intensidad de la libido y la conducta sexual. La pérdida de estrógenos debida a la menopausia prematura y la pérdida de andrógenos debida a la quimioterapia, producen un decremento del deseo sexual. Las dimensiones motivacional y cognitiva están relacionadas con el impacto negativo de la cirugía en la imagen corporal y la percepción que tienen las mujeres de ser objetos sexuales (Graziottin y Rovei, 2007).

Por su parte, la disminución de la actividad sexual es un efecto secundario de la pérdida de hormonas sexuales por el efecto de la menopausia prematura, y parece ser que está relacionada con síntomas de depresión, ansiedad, estrés crónico e insomnio (Graziottin y Rovei, 2007).

Y en cuanto a las otras dos dimensiones de la sexualidad, numerosos estudios muestran que existe una baja satisfacción en el ámbito sexual en las mujeres que padecen cáncer de mama, y dificultades para llegar al orgasmo, incluso hasta tres años después del tratamiento con quimioterapia (Schover, 1995).

El cáncer de mama, repercute en la sexualidad de las mujeres que lo padecen. Así pues, se pueden presentar alteraciones sexuales tales como disminución del deseo sexual y de la excitación debido a los cambios físicos que ocurren en los cuerpos de las mujeres que padecen cáncer de mama. También es frecuente la disminución del placer sexual, las dificultades para llegar al orgasmo, ansiedad respecto al rendimiento sexual, dolor durante el acto y no encontrar el sexo placentero (Fobair et al., 2006).

Se postula que estas alteraciones en la sexualidad y el funcionamiento sexual, podrían mantenerse durante años después del diagnóstico de cáncer de mama (Ganz et al., 2002).

En diversos estudios analizados, se ha visto que de un 35 a un 43% de los casos presentan uno o más problemas sexuales. Entre estos problemas se incluyen la pérdida del interés sexual, las dificultades en la excitación, no poder relajarse ni disfrutar del sexo, y dificultades en llegar al orgasmo. A todo ello además, se le suman los síntomas de la menopausia que comentamos anteriormente, tales como sequedad vaginal y dispareunia (Laumann et al., 1999; Rosen et al., 1993; Ganz, 1995, citados en Fobair et al., 2006).

La sexualidad humana incluye la actividad sexual y los cambios en la experiencia personal afectan a la forma en que nos vemos a nosotros mismos, nuestro cuerpo y las relaciones interpersonales que tenemos.

Para Fernández et al. (2002), la sexualidad en las mujeres que padecen cáncer de mama puede verse como la relación entre su cuerpo y el placer sexual, es por ello que la deficiencia o los problemas asociados en uno u otro repercutirá en ambos.

En esta línea, se pueden obtener cuatro subcategorías de esta definición:

1. La manifestación biológica, que corresponde a la expresión verbal de la mujer sobre la mama, la cual es consciente de que forma parte de su cuerpo.
2. La mutilación, expresada verbalmente como la percepción de la pérdida de esa parte de su cuerpo, sería como una castración psicológica que implica una deficiencia apreciable de ese cuerpo que había considerado íntegro.
3. El componente o estructuración mental, que se refiere a la capacidad intelectual que permite formar los constructos mentales como la representatividad y simbolización que la mujer hace de determinadas partes del cuerpo. Aquí el componente mental permite que estas mujeres expresen cómo sus senos eran un atractivo erótico y símbolo de feminidad y por tanto de seducción.
4. La elaboración de la pérdida afectiva, en el cual la mujer asimila la pérdida del seno y elabora todo un proceso de duelo.

La mujer mastectomizada padece un componente psicológico de ansiedad sexual resultado del cambio en su autoimagen e influenciado por su cambio corporal, el cual disminuye su autoconcepto (Fernández et al., 2002).

La sexualidad está relacionada con la feminidad, la cual a su vez se relaciona con la imagen corporal, por tanto las alteraciones en la imagen corporal repercutirán en la sexualidad de las mujeres.

También se postula que está afectado el bienestar emocional, puesto que va unido a síntomas depresivos y ansiosos. Se propone que los síntomas depresivos se relacionan con la disminución del deseo sexual y con las dificultades asociadas a la sexualidad. Por su parte, los síntomas ansiosos se relacionan con las interacciones de pareja y con la intimidad (Graziottin y Rovei 2007).

Poinsot et al. (2005), analizando los resultados de distintos estudios, llegan a la conclusión de que los aspectos más importantes relacionados con la sexualidad en el cáncer de mama son: la relación de pareja, la edad y el estado hormonal, el estado físico global, la imagen corporal después de la operación, el equilibrio emocional y los efectos de la quimioterapia o de la terapia hormonal.

Habitualmente encontramos que los síntomas de la premenopausia provocan un mayor malestar en las mujeres más jóvenes (Graziottin y Rovei 2007).

En cuanto al tipo de cirugía empleada, se ha observado que la cirugía conservadora, al igual que ocurría con la imagen corporal, se relaciona con menores alteraciones en el ámbito sexual (Graziottin y Rovei, 2007; Schover, 1997).

Fernández et al. (2002) argumentan que en la mastectomía, la imagen corporal está muy afectada, mientras que en la histerectomía hay mucha melancolía, demostrada por la ausencia intensa del deseo y por la introyección de la libido. En este sentido, Schover et al. (1995) encontraron que un 83% de las pacientes a las que se les aplicó cirugía conservadora presentaba placer sexual, mientras que en el grupo de mujeres con mastectomía, el placer sexual solamente se presentaba en el 44% de los casos.

En otro estudio, se observó que las pacientes presentaban, en un intervalo de uno a dos meses después de la cirugía, un decremento en la actividad sexual y alteraciones en la excitación, en el orgasmo y en la satisfacción sexual en todos los tipos de cirugía. Sin embargo, el grupo de pacientes a las que se les había aplicado mastectomía radical, presentaban mayores alteraciones y en mayor gravedad, comparado con el grupo de mujeres a las que se les había aplicado cirugía conservadora (Yurek et al., 2000).

Habitualmente encontramos que la mastectomía radical presenta un mayor impacto en las diferentes esferas de la vida de una persona, incluida la sexualidad. En líneas generales, se ha observado que la cirugía conservadora se relaciona con un mayor ajuste sexual (Compas y Luecken, 2002; Al Ghazal et al., 2000; Fobair et al., 2006; Avis et al., 2004; Yurek et al., 2000).

Sin embargo, no en todos los estudios se ha encontrado dicha relación entre el tipo de cirugía y el ajuste sexual (Schover et al., 1995).

Skrzypulec et al., (2007), evaluaron los problemas sexuales en una muestra compuesta por 494 mujeres con cáncer de mama y las dividieron en dos grupos, mastectomía radical y cirugía conservadora. Los resultados pusieron de manifiesto que el grupo de mastectomía radical presentaba mayores alteraciones en la sexualidad y una mayor pérdida de feminidad (Skrzypulec et al., 2007).

En otro estudio, de Al Ghazal et al. (2000), se evaluó a 577 mujeres con cáncer de mama. Al 44% de ellas se les practicó una escisión local del tumor, al 35% una mastectomía y al 21% una reconstrucción de la mama. Cuando se les preguntó “Te sientes menos atractivo sexualmente a raíz de tu operación?”, el 18% de las mujeres del grupo de escisión local contestó que bastante o mucho, comparadas con el 30% de reconstrucción de mama y el 68% de la mastectomía simple. Las diferencias fueron significativas y se vieron dentro de cada grupo de edad (Al Ghazal et al., 2000).

Sin embargo, en una investigación donde se separaron los conceptos de interés sexual y disfunción sexual, se observó que las mujeres a las que se les había practicado cirugía conservadora presentaban menores problemas relacionados con el interés sexual que las mujeres tratadas con mastectomía radical, pero no se observaron diferencias respecto a la disfunción sexual (Ganz et al., 1999; citado en Avis et al., 2004).

Schover (1991) también encontró diferencias entre mastectomía y cirugía conservadora en imagen corporal, satisfacción marital, ajuste psicosocial, miedo a la recaída, frecuencia de la actividad sexual y prevalencia de disfunción sexual, con resultados menos favorables para el grupo de mastectomía radical.

Este mismo autor señala que la reconstrucción del pecho provoca también una alteración en el bienestar general de la mujer, ya que se tiene que adaptar a las nuevas prótesis y cambiar el ritmo de vida. Y comparando la reconstrucción inmediata con la reconstrucción al cabo del tiempo, se prefiere la primera para prevenir así el distres psicológico y la pérdida del deseo sexual (Schover, 1991). También los tratamientos para el cáncer provocan daños en uno o más de los sistemas fisiológicos necesarios para el funcionamiento sexual, tales como el sistema hormonal, vascular y neurológico. Además de producir daños y alteraciones en los órganos reproductores (Schover, 1997).

La quimioterapia es uno de los factores más asociados con las alteraciones de la sexualidad, puesto que se ha observado que el tratamiento con quimioterapia provoca un decremento en la sensualidad y la sexualidad de las mujeres (Lemieux et al., 2008; Schover, 2005), además de producir una disminución de la fertilidad (Graziottin y Rovei, 2007; Schover, 2005; Skrzypulec et al., 2007).

En este sentido, Schover (2005) argumentó que muchas mujeres presentan distres con la disminución de la fertilidad y una insatisfacción con la comunicación con el oncólogo en este tema. En su estudio, encontró que

sólo el 34% de las mujeres dijo que había tratado este tema con el equipo oncológico (Schover, 2005).

La quimioterapia produce cambios en la sexualidad de las mujeres tales como la pérdida de la satisfacción sexual, bajos niveles de funcionamiento sexual, decremento de la libido, dificultades para llegar al orgasmo y dispareunia asociada a la sequedad vaginal, además afecta a la percepción que tienen de ellas mismas, puesto que se ven menos atractivas y femeninas (Tish, 2006).

Estas alteraciones aparecen en numerosos estudios, como el de Fobair et al. (2006), que evaluaron la sexualidad de 549 mujeres con cáncer de mama y obtuvieron los siguientes resultados: un 21% de las pacientes presentaba una disminución del interés sexual y lo consideraban un problema serio e importante, el 17% tenía dificultades para mantenerse excitadas, el 12% tenía dificultades en relajarse y disfrutar del sexo, y el 14% en llegar al orgasmo (Fobair et al., 2006).

En otra investigación de Avis et al. (2004), donde se contaba con una muestra de 204 mujeres se encontró que el 40,7% tenía dificultades en la lubricación, el 41,7% presentaba una pérdida del interés sexual, el 57,3% experimentó una menopausia prematura, y el 48,3% de las mujeres estaban preocupadas por su fertilidad. Los síntomas asociados con la menopausia fueron muy frecuentes: el 64% tenía golpes de calor, el 49% sequedad vaginal y el 45% presentaba dolor durante el acto sexual (Avis et al., 2004).

Así pues, se ha visto que las mujeres que padecen cáncer de mama habitualmente presentan alteraciones sexuales, sobretodo dispareunia y sequedad vaginal (Anillo, 2000; Graziottin y Rovei, 2007). Además, son frecuentes los problemas de fertilidad asociados a la quimioterapia, y esta cuestión preocupa a las mujeres, sobretodo las más jóvenes y que están en época de concebir hijos (Graziottin y Rovei, 2007; Schover, 1995).

En este sentido, existe un impacto en la disminución de la función ovárica. En un estudio se encontró que el 89% de las mujeres presentaban una disminución de la función ovárica después de un cáncer de mama debido a la quimioterapia (Theriault & Sellin, 1994; citado en Anillo, 2000).

Por su parte, los tratamientos hormonales también afectan negativamente a la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama. Los tratamientos utilizados en mayor medida en estos casos son el tamoxifeno y el anastrozol, los cuales provocan una disminución de la frecuencia de la actividad sexual, una pérdida del interés sexual, de la excitación, y dispareunia.

En un estudio de Fallowfield et al. (2004) se compararon ambos tratamientos en cuanto a la repercusión que tenían sobre la sexualidad de un grupo de mujeres que padecían cáncer de mama. La tabla siguiente nos muestra el porcentaje de casos que presentan diferentes alteraciones de la sexualidad, y como podemos observar, el anastrozol parece ser que tiene una mayor repercusión negativa en la sexualidad (Fallowfield et al., 2004, citado en Poinot et al., 2005) (Tabla 1).

Tabla 1. Repercusiones de los tratamientos hormonales en el funcionamiento sexual

	Tamoxifen (%)	Anastrozol (%)
Golpes de calor	32,7	30,4
Sudores fríos	10,6	7,8
Sudores nocturnos	23,9	18,9
Trastornos de sueño	19,7	20,1
Hemorragias vaginales	5,2	1,2
Prurito vaginal	4,7	2,6
Sequedad vaginal	8,4	16,3
Dispareunia	7,5	17,8
Disminución de la libido	8,5	15,8
Sensibilidad mamaria	13,7	13

La sexualidad está relacionada con las variables que queremos estudiar en esta investigación. En concreto, las dificultades en el ámbito de la sexualidad se relacionan con un peor bienestar emocional, apareciendo con ello síntomas o alteraciones depresivas y ansiosas. (Schover, 2005; Anillo, 2000; Skrzypulec et al., 2007).

En cuanto al bienestar emocional, Schover (1991) encontró que el 25% de las pacientes presentaba síntomas de depresión y ansiedad relacionada con la sexualidad después de la mastectomía. Por su parte, en cuanto a la relación de la autoestima con la sexualidad, Mehnert et al. (2007) observaron que el 46% de las pacientes se autopercibían déficits cognitivos, y esto afectaba a su rol social y su autoestima (Mehnert et al. 2007; citado en Graziottin y Rovei, 2007).

También se ha encontrado que la imagen corporal correlaciona con las alteraciones sexuales, ya que las alteraciones en la sexualidad debidas a la enfermedad o a su tratamiento, provocan numerosos cambios físicos y psicológicos, los cuales podríamos incluir dentro de lo que son las alteraciones en la imagen corporal.

Se ha postulado pues, que una alteración en la imagen corporal se relaciona con los problemas en el ámbito sexual (Fobair et al., 2006; Schover et al., 1995). En este sentido, Schover et al. (1995) obtuvieron una correlación significativa entre la escala BES de imagen corporal y la subescala de Relaciones Sexuales de la PAIS-SR. Así pues, la sexualidad abarca un amplio rango de situaciones que se ven alteradas por el impacto del cáncer de mama.

Como hemos visto, además de presentar numerosos problemas físicos, como el dolor, la sequedad vaginal, las hemorragias vaginales y más síntomas de la menopausia prematura, las mujeres tienen que enfrentarse a la posible pérdida de fertilidad, lo cual supone un gran impacto en las vidas de las mujeres. Y además, se ven afectados los componentes cognitivo y motivacional, como el deseo sexual y la disminución de la libido, los cuales repercuten en el funcionamiento normal de las mujeres y de sus parejas.

5.2. EVALUACIÓN

Para la evaluación de la Sexualidad en los estudios revisados en este trabajo, se han utilizado las siguientes escalas:

- *Sistema de Evaluación de Rehabilitación en el Cáncer* (CARES, Schag et al., 1990; utilizada en Avis et al., 2004), se trata de un instrumento multidimensional que evalúa distintas áreas problemáticas. Consta de 132 ítems con formato likert de 5 opciones de respuesta. Tiene 5 grandes escalas y 31 subescalas específicas. Dentro de las 5 escalas principales se encuentran la escala marital, sexual y psicosocial (dentro de ella la imagen corporal, interacción con los hijos y problemas en el trabajo). En este estudio, para evaluar la Sexualidad, se ha utilizado la Escala Sexual del CARES, la cual consta de dos subescalas: la subescala Interés Sexual y la de Disfunción Sexual. Presenta una consistencia interna con valores entre .60 y .85.

- Evaluación de un ítem: utilizada por Al Ghazal et al. (2000), en la que se presenta un único ítem ("te sientes menos atractivo/a sexualmente a raíz de tu operación?") y los pacientes han de responder SI o NO.

- *Escala de Ajuste Psicológico a la Enfermedad* (PAIS, Derogatis, 1975; utilizada en Schover et al., 1995), consta de 46 ítems que miden la calidad de vida de los pacientes en seis áreas de la vida, incluida la orientación al cuidado de la salud, el ámbito vocacional, el ámbito doméstico, las relaciones sexuales, el ámbito social y el distres psicológico. En este estudio se utiliza la versión reducida de la escala. La escala general presenta una fiabilidad de .91.

- *Escala de Conducta Sexual* (Andersen & Broffitt, 1988; utilizada por Yurek et al., 2000), se evalúa la conducta sexual en los dos meses anteriores. Se presenta en una escala de 10 puntos (0 "no ocurrió dicha conducta", 5

"tres veces a la semana", y 9 "más de cuatro veces al día"). Posee una fiabilidad test-retest de .75.

- *Ciclo de Respuesta Sexual* (Andersen et al., 1989; utilizada por Yurek et al., 2000): se trata de un cuestionario de 27 ítems que evalúa las diferentes fases del ciclo sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución) e incluye una escala de satisfacción general. Se puntúa mediante una escala likert de 5 posibilidades de respuesta, donde 0 significa "nada" y 4 "siempre". . Las escalas son: Deseo Sexual (6 ítems), Excitación Sexual (7 ítems), Orgasmo/Resolución (10 ítems) y Satisfacción General (4 ítems).

- *Índice de Función Sexual Femenina* (Rosen et al., 2000), es un cuestionario autoadministrado donde la paciente tiene que responder a 19 cuestiones diferentes y seleccionar en cada una de ellas una de las 6 respuestas posibles que mejor describa su situación durante los últimos 4 semanas (una respuesta de 0 indica que no ha habido actividad sexual, una de 1 indica el mayor deterioro funcional y una de 5 el menor). Del análisis factorial se deducen 6 dominios diferentes que explora el cuestionario: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor. Presenta una fiabilidad de .82.

5.3. CONCLUSIONES

Tal y como hemos visto, la sexualidad puede verse afectada por el cáncer de mama y se producen en ella una serie de alteraciones a las que es importante prestar atención para una mejor calidad de vida de las pacientes.

Los autores están de acuerdo en que para evaluar la sexualidad relacionada con el cáncer, hay que ver primero si existían problemas sexuales previos al cáncer de mama y se agravan con el impacto de la enfermedad, o si por el contrario, las alteraciones en la sexualidad son un efecto del cáncer y de su tratamiento.

Así pues, es importante tener en cuenta los efectos asociados al tratamiento del cáncer de mama, como la fatiga y las náuseas, así como los problemas psicológicos que se puedan presentar, como la infertilidad, la mortalidad y las responsabilidades familiares, ya que estos factores son suficientes para producir cambios en el orgasmo y el deseo sexual (Anillo, 2000).

Por último hay que comentar que la sexualidad de las mujeres que padecen cáncer de mama está negativamente relacionada con la quimioterapia, la terapia hormonal y la mastectomía radical, aunque este último aspecto hay que analizarlo más a fondo, ya que se han obtenido resultados contradictorios.

Y en cuanto al papel de las variables de nuestro estudio, habitualmente encontramos que una baja autoestima y una mala imagen corporal de sí mismas, se relaciona con una peor calidad en el ámbito sexual.

***PSICOLOGIA POSITIVA:
FACTORES PROTECTORES***

6. PSICOLOGÍA POSITIVA: FACTORES PROTECTORES

6.1. INTRODUCCIÓN

Ya desde Aristóteles, el bienestar emocional y la felicidad fue uno de los intereses de estudio en diferentes campos. Sin embargo, debido a las circunstancias y al hecho de tener que cubrir otras cuestiones, como la lucha contra la enfermedad y el sufrimiento, el estudio de las emociones positivas se ha visto desde un segundo plano y no se ha estudiado en profundidad (Vázquez, 2006).

La Psicología Positiva fue desarrollada por Martin Seligman y tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y posibles patologías.

No se trata de corregir defectos ni reparar aquello que se ha roto sino que se trata de construir competencias y en prevenir. La psicología positiva surge como un intento de superar el 65% de éxito que las psicoterapias han sido incapaces de superar (Seligman, 2000; citado en Vera, 2006).

Beatriz Vera Posek (2006) indica algunas consideraciones al respecto útiles para nuestro trabajo:

- El estudio de las emociones positivas ha tenido un menor impacto en las investigaciones científicas probablemente a cuestiones como el interés en paliar aquello que supone una amenaza al bienestar de los

seres humanos, o también porque las emociones positivas son más difíciles de estudiar, puesto que presentan un menor número en comparación con las emociones negativas, y además no provocan respuestas diferenciadas en el sistema nervioso autónomo como lo hacen las emociones negativas, las cuales disponen de configuraciones faciales específicas y propias y producen respuestas diferenciadas a nivel neurológico.

- El interés por el estudio del optimismo viene de las investigaciones sobre el papel que juega el pesimismo en la depresión, iniciado por Beck. El optimismo actúa como modulador sobre los eventos estresantes paliando el sufrimiento y como potenciador del bienestar en aquellas personas que quieran mejorar su calidad de vida.

- El humor sirve como una válvula interna de seguridad que nos permite liberar tensiones, disipar las preocupaciones, relajarnos y olvidarnos de todo. El humor ayuda a reducir las concentraciones de hormonas de la tensión y a incrementar la respuesta inmune.

- El concepto de resiliencia pretende responder a la pregunta de por qué algunas personas, después de haber vivido un acontecimiento estresante, aprenden de ello e incluso encuentran beneficio y desarrollan recursos.

- La creatividad es la capacidad de crear y producir cosas nuevas y originales. Anteriormente se asumió la creatividad como un tipo de rasgo de personalidad estable, sin embargo, actualmente se postula que la creatividad se puede desarrollar y que resulta del conjunto de

características personales, habilidades cognitivas, conocimientos técnicos, circunstancias sociales y culturales, recursos materiales y suerte.

Las emociones son tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, que tienen evidentes manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, la experiencia subjetiva, el procesamiento de la información, etc. Son intensas y breves y surgen ante la evaluación de algún acontecimiento antecedente. Las emociones negativas se pueden asociar a tendencias de respuestas claras y específicas y las positivas no tanto.

Fredrickson (2001) ha planteado la *Teoría abierta y construida de las emociones positivas* que sostiene que experimentar emociones positivas tiene la capacidad de ampliar repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis.

Experimentar emociones positivas prepara a los individuos para tiempos futuros más duros, anima a ser creativo y permite el desarrollo y el entrenamiento de habilidades físicas, de habilidades psicológicas e intelectuales y de habilidades sociales necesarias para el establecimiento de relaciones de amistad y de apoyo.

Las emociones negativas propician formas de pensar que reducen el rango de respuestas posibles y las positivas propician formas de pensar que lo amplían. Las emociones positivas han contribuido a generar las condiciones adecuadas para que nuestros ancestros desarrollaran las habilidades físicas

necesarias para superar la estrategia de los depredadores, las habilidades psicológicas que permiten descubrir e inventar posibilidades y las habilidades sociales adecuadas para generar vínculos entre personas y el aprendizaje de conductas de ayuda (Frederickson, 2003; citado en Vecina, 2006).

Así pues, las emociones positivas se relacionan con una organización cognitiva más abierta, flexible y compleja y con la habilidad para integrar distintos tipos de información. Además, facilitan la puesta en marcha de patrones de pensamiento receptivos, flexibles e integradores, que favorecen la emisión de respuestas novedosas.

Las emociones positivas, se relacionan de forma directa e indirecta con la salud y es posible plantear la utilidad de las emociones positivas para prevenir enfermedades, para reducir la intensidad y duración de las mismas y también para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo (Lyubomirsky, King y Diener, 2005; citados en Vecina, 2006).

En un estudio de Danner et al. (2001) se analizó el estado de salud y la longevidad de 180 monjas en 1932. Las monjas que reflejaron en sus escritos emociones positivas presentaban una salud mejor y vivían una media de 10 años más que aquellas que prácticamente no expresaron emociones. El 90% de las monjas del grupo más alegre seguía viviendo a los 85 años en contraste con el 34% del grupo menos alegre. En este estudio se puede concluir, que las emociones positivas favorecen una mayor longevidad.

Otro estudio realizado con 2282 sujetos de más de 65 años con seguimiento de 2 años, revela que la experiencia de emociones positivas protegía a las personas mayores de los efectos más negativos del envejecimiento, y lo más importante, predecía con éxito quienes vivirían y quienes morirían (Ostir, Markides, Black y Goodwin, 2000; citado en Vecina, 2006).

Cohen et al. (2003), evaluaron la tendencia a expresar emociones positivas (felicidad, satisfacción y tranquilidad) y negativas (ansiedad, hostilidad y tristeza) en 334 voluntarios sanos entre 18 y 54 años, y se les administró nasalmente unas gotas que contenían el virus del resfriado común. El estudio reveló que aquellos sujetos con un estilo emocional positivo presentaban un riesgo menos de contraer resfriado que aquellos sujetos con estilo emocional negativo.

Varios estudios experimentales han manifestado que la recuperación cardiovascular en personas que habían visto extractos de películas de terror, es decir, que habían experimentado miedo, era más rápida cuando posteriormente veían extractos que suscitaban alguna emoción positiva que cuando veían películas emocionalmente neutras o que suscitaban tristeza y que los sujetos que espontáneamente sonreían mientras veían un extracto de película triste se recuperan unos 20 segundos antes que los que no sonreían nunca (Fredrickson y Levenson, 1998; citado en Vecina, 2006).

En otro experimento se provocaron reacciones de ansiedad en un grupo de estudiantes al comunicarles que en un minuto tendrían que exponer ante una cámara un discurso sobre por qué se consideraban buenos amigos. Se formaron cuatro grupos, dos vieron películas que elicitan emociones

positivas, uno vio una película que elicita tristeza y un cuarto grupo sirvió de control. Los sujetos que habían visto las películas que provocaban emociones positivas tuvieron una recuperación cardiovascular más rápida que el grupo de control y mucho más rápida que los que vieron la película triste (Fredrickson, 2003; citado en Vecina, 2006).

En nuestro trabajo, vamos a centrarnos en tres factores protectores: la resiliencia, la autoeficacia y el sentido del humor.

La Resiliencia o resistencia, es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas graves. Es la capacidad de salir indemne de una situación adversa, aprender de ella y mejorar. Incluye dos aspectos: resistir el suceso y rehacerse del mismo. Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su vida cotidiana permanecen en niveles funcionales a pesar del acontecimiento traumático.

Se diferencia de la recuperación en el sentido que ésta implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso.

El origen del estudio de la resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles.

La resiliencia no es absoluta ni se adquiere de una vez para siempre sino que es un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida, y puede expresarse de diferentes maneras según la cultura del sujeto (Manciaux et al., 2001, citado en Vera et al., 2006).

Se han propuesto algunas características de personalidad y del entorno que favorecen las respuestas resilientes como la seguridad en uno mismo y en la propia capacidad de afrontamiento, el apoyo social, tener un propósito significativo en la vida y creer que se puede aprender de las experiencias.

En un estudio llevado a cabo por Frederickson y Tugade (2003), tras los atentados de Nueva York, se encontró que las personas resilientes hacen frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista.

Habitualmente, algunas de las características de personalidad que aparecen más frecuentemente asociadas a resiliencia son: esperanza, optimismo, creencias religiosas y extraversión.

En el trabajo de Taylor, Lichtman y Word (1984) se preguntó a personas que se les había diagnosticado cáncer si su vida había experimentado cambios y cuáles habían sido. El 70% contestó que sí habían experimentado cambios, y de ellos, para el 60% habían sido positivos. En la mayoría de casos, las pacientes informaron de haber aprendido a tomarse la vida de otra forma y a disfrutar más de ella (Taylor et al., 1984; citado en Vera et al., 2006).

El segundo factor protector que vamos a analizar en este trabajo es el Sentido del Humor, el cual se puede definir como una capacidad del ser humano a la que se le atribuyen numerosos beneficios psicológicos, físicos y sociales. Y el tercer factor, la autoeficacia, permite que las pacientes se perciban a sí mismas capaces de controlar la situación y poseedoras de las habilidades necesarias.

En los siguientes apartados ampliaremos la información relativa a los factores protectores a los que hacemos referencia en nuestra investigación.

6.2. RESILIENCIA

Tradicionalmente, la psicología se ha desarrollado en torno a los conceptos de enfermedad y patología, contribuyendo a desarrollar una “cultura de la victimiología” y a estudiar las causas, síntomas y consecuencias negativas de los trastornos. Debido a las circunstancias y al hecho de tener que cubrir otras cuestiones, como la lucha contra la enfermedad y el sufrimiento, el estudio de las emociones positivas se ha visto desde un segundo plano y no se ha estudiado en profundidad. A ello contribuye lo que algunos autores llaman “amplificación social del riesgo”, que se refiere a un proceso social cognitivo que consiste en una tendencia a sobreestimar la magnitud, generalización y duración de los sentimientos de los demás (Paton et al., 2000).

Sin embargo, en los años más recientes ha surgido un interés en estudiar los factores protectores que contribuyen a la salud mental. Este renovado interés, tal y como nos muestra la literatura, no es del todo reciente, puesto que se pueden observar antecedentes ya en Aristóteles, para el cual el bienestar emocional y la felicidad fue uno de sus temas de estudio. También existen referentes en la Biblia, donde se relata la historia de Job, el cual se sobrepone a la pérdida de todos sus bienes materiales; y en la antigüedad, con el mito del Ave Fénix que resurge de sus cenizas.

Habitualmente observamos que, si bien algunas personas que experimentan situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos, en muchos de los casos esto no es así, y algunas incluso son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias.

El concepto de resiliencia, en inglés *resilience*, proviene de la física y se puede definir como “la capacidad de un cuerpo para recuperar su tamaño y forma original después de ser comprimido, doblado o estirado”. Fue introducido en la psicología por Michael Rutter y desarrollado por Boris Cyrulnik, quien amplió el concepto de resiliencia observando a los supervivientes de los campos de concentración nazis y a niños de orfanatos.

No se ha logrado un consenso sobre una definición común de resiliencia por parte de los autores que se dedican a este ámbito. Algunas definiciones que se encuentran en la literatura son:

“Es la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente y de un modo socialmente aceptable, a pesar de condiciones de vida difíciles” (Vanistendael, 1997)

“La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intra-psíquicos que posibilitan tener una vida «sana» en un medio insano.

Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural” (Rutter, 1992)

“Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva” (ICCB, Institute on Child Resilience and Family, 1994)

“La resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” (Manciaux et al., 2001).

La resiliencia no es un proceso inusual, sino que procede de los procesos adaptativos normales de todo ser humano y constituye un proceso dinámico y en continua evolución que varía según las circunstancias y es fruto de la interacción del individuo y el medio.

Así pues, la resiliencia se trata de una capacidad que puede ser aprendida, tanto en sujetos normales sin patología para una mejor calidad de vida, como en sujetos en situación de riesgo, para promover y desarrollar las

habilidades necesarias.

En términos generales, la resiliencia implica dos factores. El primero de ellos hace referencia a la capacidad que tiene la persona de continuar íntegra y sana a pesar de las situaciones estresantes y dificultades en las que se halla. Y el segundo factor se refiere a la obtención de resultados beneficiosos y el desarrollo de un crecimiento personal a partir de dichas situaciones (Vanistendael, 1994).

El desarrollo de la resiliencia puede estar afectado en alguna medida por factores genéticos y biológicos, pero principalmente está influido por el ambiente social, la personalidad del individuo y los procesos cognitivos. Es importante destacar que se trata de una capacidad susceptible de lograrse mediante el aprendizaje, a diferencia de la resistencia biológica.

La resiliencia es un concepto de gran complejidad por la diversidad de factores y variables que influyen en ella. Dichos factores no actúan de manera aislada sino que trabajan conjuntamente. Así pues, la resiliencia es única en cada situación y circunstancia, dependiendo de las características personales, los recursos cognitivos y de la interacción con el entorno.

Hablar de los componentes que forman la resiliencia implica hablar de factores protectores, tanto de los recursos externos como internos, y de su mutua influencia.

El hecho de que las situaciones adversas no deriven en individuos dañados, no depende simplemente de factores condicionantes como los recursos

económicos, la alimentación, el nivel educativo de los padres o la estimulación materna, sino, fundamentalmente, de los mecanismos y las dinámicas que ordenan el modo como ellos se relacionan (Rutter 1985).

Algunas características de personalidad asociadas a los individuos resilientes son poseer un alto nivel de competencia en distintas áreas, ya sea intelectual o emocional, motivación de logro, autoestima elevada y autonomía e independencia, entre otras. Y entre las características del ambiente se encuentran el tener unos padres competentes y cariñosos, integrados en redes sociales de apoyo.

En numerosas investigaciones, se ha demostrado que el factor protector más importante es la existencia y disponibilidad de una figura de apego que proporcione una relación de cuidado cálida y estable durante la infancia (Richters y Martínez, 1993; Masten et al., 1999; Masten, 2001; Manciaux et al., 2001; en Vera et al., 2006). Por ello es necesario un trabajo preventivo con las madres que se encuentren en situación de riesgo.

Algunos autores afirman que existen características comunes en las condiciones de desarrollo de los sujetos resilientes (Fonagy et al., 1994) (Tabla 2).

Tabla 2. Características comunes de las personas resilientes (Fonagy et al., 1994)

CARACTERÍSTICAS PERSONALES	CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO	PROCESOS COGNITIVOS
<p>Nivel socioeconómico más alto</p> <p>Ausencia de déficit orgánico</p> <p>Género femenino en el caso de los prepúberes y masculino en etapas posteriores del desarrollo</p> <p>Temperamento fácil</p> <p>Menor edad en el momento del trauma</p> <p>Ausencia de separaciones o pérdidas temprana</p>	<p>Padres percibidos como competentes</p> <p>Mejor red informal de apoyo (amigos,familiares,compañeros)</p> <p>Relación cálida con los cuidadores</p> <p>Posibilidad de contar con un apoyo social en la edad adulta</p>	<p>Mayor C.I.</p> <p>Habilidades en la resolución de problemas</p> <p>Motivación de logro</p> <p>Autonomía</p> <p>Locus de control interno</p> <p>Empatía</p> <p>Capacidad de planificación</p> <p>Sentido del humor positivo</p>

Para Diane L. Coutu (2002), la resiliencia tiene tres pilares fundamentales:

- 1) Una fría comprensión y aceptación de la realidad, a pesar de las situaciones desfavorables.
- 2) Una profunda creencia en que la vida sí tiene significado. Aquí entraría lo que denominamos “búsqueda de significado”. Las personas con resiliencia, identifican y elaboran construcciones subjetivas significativas del sufrimiento, a partir de las cuales crean sentido de vida para ellos y para los demás.

3) Una extraña y misteriosa habilidad para improvisar, para "*inventarse una...*" en medio de la adversidad. Se trata de una habilidad creativa, que permite improvisar soluciones sin contar con las herramientas y recursos apropiados.

Por otra parte, los procesos cognitivos son esenciales en la resiliencia, puesto que actúan como variables mediadoras entre la persona y el medio externo.

Cuando se nos presenta una situación traumática, no respondemos ante el trauma de forma reactiva o exógena simplemente, sino que en dicha respuesta influyen determinadas cogniciones, ideas y emociones.

Es importante destacar el papel de las cogniciones positivas en el desarrollo de la resiliencia. En general, algunas investigaciones (Avia y Vázquez, 1998; Isen, 2000; Aspinwall, 2001; Fredrickson, 2001; en Vázquez y Pérez-Sales, 2003) han descubierto que el pensamiento positivo se relaciona con:

- un juicio más indulgente hacia uno mismo y hacia los demás
- mejor codificación y recuperación de recuerdos positivos
- un pensamiento más flexible y creativo
- ayuda a generar más repertorios de conducta
- permite el cambio constructivo
- se generan conductas altruistas
- permiten contrarrestar el impacto de afectos negativos
- se tolera mejor el dolor físico

- favorece la resistencia a la enfermedad

La resiliencia sería pues, el resultado de la interacción de varios procesos cognitivos, tales como:

- La **autoeficacia percibida de afrontamiento**, la cual contribuye en las decisiones, acciones y experiencias. Además se ha observado que las personas con una baja percepción de autoeficacia tienden a evitar los desafíos que se les presentan, abandonan actividades cuando se les presentan obstáculos y experimentan mayores niveles de ansiedad.
- La **resolución de problemas enfocada en las soluciones**, que forma parte de un modelo integrativo, cognitivo y sistémico propuesto por Inbar (2004) para explicar el desarrollo de la resiliencia. En este sentido, una ineficaz resolución de problemas puede derivar en comportamientos disfuncionales y desadaptativos, como altos niveles de ansiedad y depresión, conductas de evitación, etc. Estas cogniciones, emociones y conductas disfuncionales influyen en la resiliencia necesaria para afrontar de manera efectiva la situación crítica, surgiendo un proceso circular inefectivo que se retroalimenta y auto-refuerza. La resiliencia se puede definir desde una perspectiva enfocada en las soluciones, como “un conjunto de habilidades conductuales (estilo de afrontamiento comportamental), motivacionales (búsqueda de soluciones y de reducción de la evitación) y cognitivas (esquemas, creencias centrales y procesamiento de la información)” (Inbar, 2004).

- El **sesgo positivo en la percepción de uno mismo** (self-enhancement) es otro de los componentes de la resiliencia. Este sesgo cognitivo puede ser adaptativo y promover un mejor ajuste ante la adversidad (Werner y Smith, 1992; Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy y Ramírez, 1999; Bonanno, 2004, en Vera et al., 2006). Un estudio realizado por Bonano et al. (2002) con población civil bosnia que vivió la guerra mostró que aquellas personas que tenían esta tendencia hacia el sesgo positivo presentaban un mejor ajuste que aquellas que no contaban con dicha característica (Bonanno, Field, Kovacevic y Kaltman, 2002).
- **Ideas preconcebidas** ante un trauma. Se trataría de ideas fuertemente arraigadas en la cultura occidental en las cuales la premisa básica sería que la depresión o desesperación son inevitables ante una situación altamente estresante; y la ausencia de depresión indicaría algún grado de negación, evitación y patología. Wortman y Silver (1989) muestran, a través de la recopilación de resultados de varias investigaciones, que estas suposiciones no son correctas y que la gente que vive estas circunstancias y no se deprime, no está necesariamente negando o evitando, ni mucho menos tendrá en un futuro trastorno alguno. Como algunos autores postulan, la gente normal suele resistir con insospechada fortaleza los embates de la vida, e incluso ante sucesos extremos hay un elevado porcentaje de personas que muestra una gran resistencia y que sale psicológicamente indemne o con daños mínimos del trance (Avia y Vázquez, 1999; Bonanno, 2004). Es importante pues, tener en cuenta

estas ideas erróneas, ya que existe la posibilidad de reaccionar ante ellas como si fueran verídicas, debido a una tendencia del ser humano a interpretar los hechos en el sentido de sus creencias y expectativas (profecías autocumplidas).

- El **optimismo** y los pensamientos positivos son fundamentales en la resiliencia, sin embargo, la existencia de pensamientos negativos no implica su ausencia. De hecho, las personas resilientes afirmaron haber sentido emociones negativas, pensamientos negativos y rumiaciones en momentos posteriores a la situación traumática. La diferencia se encontraba en que en estos casos dichos pensamientos fueron transitorios y no interfirieron en la habilidad de continuar funcionando en otras áreas de la vida ni en la capacidad de experimentar afectos positivos (Bonanno, 2004).
- También se ha observado que las **estrategias de afrontamiento** centradas en el problema son más eficaces y parte de los mecanismos de afrontamiento de las personas resilientes.
- Una elevada **autoestima**, constituye uno de los factores que actúan como protectores ante las situaciones traumáticas. En varios programas de tratamiento, y mediante el uso de terapias cognitivas, se ha resaltado la importancia de trabajar la autoestima de los pacientes con el objetivo de desarrollar una mayor capacidad de resiliencia.

En cuanto al estudio de la resiliencia, las primeras investigaciones se basan en la psicología infantil, en el estudio de niños en situación de riesgo, ya sea por orfandad, maltrato, etc. En este sentido, se ha manejado tradicionalmente la idea de que un niño maltratado se convertirá con toda probabilidad en un adulto maltratador. Sin embargo, esta afirmación es falsa en dos de cada tres casos en los que no hay atención especial, y mucho más a menudo si se ayuda al niño correctamente (Tomkiewicz, 2001; en Vera, 2004).

Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, el 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados (Werner y Smith, 1982).

Aunque tradicionalmente se ha estudiado la resiliencia en niños en situaciones de extrema adversidad, actualmente este campo de estudio no se restringe a este sector. Entre las investigaciones en resiliencia se encuentran los trabajos que hablan de factores protectores en personas que padecen cáncer, en personas que han padecido o han sido testigos de tragedias como los atentados terroristas, huracanes, etc.

En uno de los pocos estudios sobre el 11-S que no se han centrado en estudiar la patología y la vulnerabilidad, se encontró que experimentar emociones positivas como gratitud, amor o interés, tras la vivencia traumática que supone el atentado, aumenta a corto plazo la vivencia de

experiencias subjetivas positivas, realiza el afrontamiento activo y promueve la desactivación fisiológica, mientras que a largo plazo, minimiza el riesgo de depresión y refuerza los recursos de afrontamiento (Fredrickson y Tugade, 2003; en Vera et al. 2006).

Carver (1998) destaca la importancia de la investigación en temas de resiliencia, puesto que tal y como postula el autor, “la posibilidad de incrementar los niveles de resiliencia y de crecimiento, tras pasar por situaciones adversas es aún una gran incógnita para la Psicología. De hecho, si somos capaces de entender cómo y porqué algunas personas resisten y se benefician de las experiencias dolorosas y somos capaces de enseñar esta habilidad, los beneficios para el sistema sanitario mundial serían inconmensurables”.

Se ha argumentado que una persona con características resilientes es aquella que es capaz de establecer relaciones sociales constructivas, tiene un sentido de si mismo positivo, dimensiona los problemas, tiene sentido de esperanza frente a las dificultades, extrae significado de las situaciones de estrés, desarrolla iniciativa y se fija metas posibles de alcanzar (Saavedra, 2004).

Esta persona presenta una serie de factores internos que actúan como protectores que vamos a comentar a continuación. No hace falta que estén presentes todos estos elementos para que se favorezca la aparición de conductas resilientes, pero es deseable que gran parte de ellas estén total o parcialmente desarrolladas. Así pues, una persona resiliente será aquella que presta servicio a los otros, es asertivo, controla sus impulsos, es sociable,

tiene sentido del humor, tiene un fuerte control interno frente a los problemas, manifiesta autonomía, es flexible, tiene capacidad para aprender y conectar los aprendizajes, percibe competencias personales y tiene confianza en sí mismo.

Un concepto relacionado es el Crecimiento Postraumático. Según la corriente americana, resiliencia y crecimiento postraumático no serán sinónimos, puesto que la resiliencia se refiere a que el individuo enfrentado a una situación difícil consigue sobrevivir y resistir sin sufrir ningún trastorno, y el crecimiento postraumático, se refiere a que además de esto, opera en el sujeto un cambio positivo que le lleva a una situación mejor de la que partía. Sin embargo, para la corriente francesa, resiliencia y crecimiento postraumático, son equiparables.

Calhoun y Tedeschi (1999) dividen en tres categorías el crecimiento postraumático:

- Cambios en uno mismo: aumento de la confianza en las propias capacidades para afrontar las adversidades.
- Cambios en las relaciones interpersonales: muchas personas ven fortalecidas sus relaciones con otras a raíz de experiencias traumáticas.
- Cambios en la espiritualidad y la filosofía de vida: cuando un individuo pasa por una experiencia traumática, cambia su escala de valores y suele apreciar el valor de cosas que antes daba por supuestas.

Existen dos tipos de situaciones difíciles, las agudas (como los atentados, huracanes, etc.) y las crónicas, como es el caso del cáncer. Al contrario que en el estrés agudo, en el cáncer el distres suele manifestarse de modo más continuo y ambiguo (Hou et al., 2010).

En una investigación donde se estudió el bienestar emocional de 287 mujeres con cáncer de mama, se observó que las mujeres resilientes (aquellas que no presentaron distres con el tiempo) tenían características diferentes del grupo de mujeres que sí presentaba distres. Las mujeres resilientes tenían mayor edad, conservaban el pecho, tenían una alta autoestima y percepción de control personal (Helgeson et al., 2004). Además de estas características, es importante destacar el papel del apoyo social y la satisfacción con la pareja, los cuales se relacionan con una mayor resiliencia en el cáncer de mama (Hou et al., 2010).

En otro interesante estudio, se observa que la resiliencia se relaciona con la calidad de las relaciones interpersonales, la espiritualidad y el crecimiento personal, además de una mayor edad (Costanzo et al., 2009).

Concluyendo, la resiliencia es una capacidad que nos ayuda a superar adversidades y situaciones estresantes. Como hemos observado, no se trata de una capacidad excepcional, sino que se basa en características comunes que todos los seres humanos poseemos en mayor o menor medida.

En el ámbito de la psico-oncología este concepto resulta muy interesante, puesto que entrenar en habilidades resilientes (autoeficacia, autoestima, etc.) supondría un gran paso en el afrontamiento de la enfermedad.

6.3. SENTIDO DEL HUMOR

Martin Seligman define el sentido del humor como “una de las fortalezas del ser humano, la capacidad para experimentar y estimular una reacción específica, la risa (observable o no) y de esta manera conseguir o mantener un estado de ánimo positivo. La risa, por su parte, es una reacción psicofisiológica que se caracteriza por una sensación subjetiva, la hilaridad, y es de carácter placentero”.

Se ha postulado que el sentido del humor tiene efectos beneficiosos para la salud, sin embargo, no todos los estudios apoyan la tesis de un efecto terapéutico y a menudo estos estudios presentan deficiencias metodológicas.

Algunas de las hipótesis en las cuales se basan los estudios que postulan que el humor se relaciona con la salud son:

- La risa se atribuye a la relajación muscular, a incrementar el oxígeno en sangre, ejercitar el corazón y el aparato circulatorio y a la producción de endorfinas.
- El humor estimula la inmunidad o tiene efecto neutralizador de las secuelas de las emociones negativas.
- El humor posee un efecto moderador sobre el estrés. Los beneficios del humor se refieren al afrontamiento o el control de estrés debido a la valoración cognitiva que proporciona el sentido del humor como perspectiva o visión de la vida y la reducción del estrés que proporciona la risa.

Sin embargo, como ya hemos comentado, no en todos los estudios se constata una relación entre salud y sentido del humor, sin embargo, sí se detecta una relación entre sentido del humor y percepción subjetiva de una mejor salud (Kuiper y Nicholl, 2004; citado en Carbelo y Jáuregui, 2006).

Además en algunos estudios incluso se ha postulado una relación negativa entre humor y salud, en el sentido que las personas con un mayor sentido del humor sufren más enfermedades que aquellas que son más serias (Friedman et al., 1993; Kerkkanen et al., 2004, citado en Carbelo y Jáuregui, 2006).

Seligman et al. (2005) clasificaron el sentido del humor como una de las 24 fortalezas del ser humano, las cuales se combinan para formar 6 virtudes, las cuales son:

1. Sabiduría y conocimiento: Fortalezas cognitivas que implican la adquisición y el uso del conocimiento. Compuesto por:

Curiosidad, interés por el mundo: Tener interés por lo que sucede en el mundo, encontrar temas fascinantes, explorar y descubrir nuevas cosas.

Amor por el conocimiento y el aprendizaje: Llegar a dominar nuevas materias y conocimientos, tendencia continua a adquirir nuevos aprendizajes.

Juicio, pensamiento crítico, mentalidad abierta: Pensar sobre las cosas y examinar todos sus significados y matices. No sacar conclusiones al azar, sino tras evaluar cada posibilidad. Estar dispuesto a cambiar las propias ideas en base a la evidencia.

Ingenio, originalidad, inteligencia práctica: Pensar en nuevos y productivos caminos y formas de hacer las cosas. Incluye la creación artística pero no se limita exclusivamente a ella.

Perspectiva: Ser capaz de dar consejos sabios y adecuados a los demás, encontrando caminos no sólo para comprender el mundo sino para ayudar a comprenderlo a los demás.

2. Coraje: Fortalezas emocionales que implican la consecución de metas ante situaciones de dificultad, externa o interna.

Compuesto por:

Valentía: No dejarse intimidar ante la amenaza, el cambio, la dificultad o el dolor. Ser capaz de defender una postura que uno cree correcta aunque exista una fuerte oposición por parte de los demás, actuar según las propias convicciones aunque eso suponga ser criticado. Incluye la fuerza física pero no se limita a eso.

Perseverancia y diligencia: Terminar lo que uno empieza. Persistir en una actividad aunque existan obstáculos. Obtener satisfacción por las tareas emprendidas y que consiguen finalizarse con éxito.

Integridad, honestidad, autenticidad: Ir siempre con la verdad por delante, no ser pretencioso y asumir la responsabilidad de los propios sentimientos y acciones emprendidas.

Vitalidad y pasión por las cosas: Afrontar la vida con entusiasmo y energía. Hacer las cosas con convicción y dando todo de uno mismo. Vivir la vida como una apasionante aventura, sintiéndose vivo y activo.

3. Humanidad: Fortalezas interpersonales que implican cuidar y ofrecer amistad y cariño a los demás. Compuesto por:

Amor, apego, capacidad de amar y ser amado: Tener importantes y valiosas relaciones con otras personas, en particular con aquellas en las que el afecto y el cuidado son mutuos. Sentirse cerca y apegado a otras personas.

Simpatía, amabilidad, generosidad: Hacer favores y buenas acciones para los demás, ayudar y cuidar a otras personas.

Inteligencia emocional, personal y social: Ser consciente de las emociones y sentimientos tanto de uno mismo como de los demás, saber cómo comportarse en las diferentes situaciones sociales, saber qué cosas son importante para otras personas, tener empatía.

4. Justicia: Fortalezas cívicas que conllevan una vida en comunidad saludable. Compuesto por:

Ciudadanía, civismo, lealtad, trabajo en equipo: Trabajar bien dentro de un equipo o grupo de personas, ser fiel al grupo y sentirse parte de él.

Sentido de la justicia, equidad: Tratar a todas las personas como iguales en consonancia con las nociones de equidad y justicia. No dejar que los sentimientos personales influyan en decisiones sobre los otros, dando a todo el mundo las mismas oportunidades.

Liderazgo: Animar al grupo del que uno es miembro para hacer cosas, así como reforzar las relaciones entre las personas de dicho grupo. Organizar actividades grupales y llevarlas a buen término.

5. Moderación: Fortalezas que nos protegen contra los excesos.

Compuesto por:

Capacidad de perdonar, misericordia: Capacidad de perdonar a aquellas personas que han actuado mal, dándoles una segunda oportunidad, no siendo vengativo ni rencoroso.

Modestia, humildad: Dejar que sean los demás los que hablen de uno mismo, no buscar ser el centro de atención y no creerse más especial que los demás.

Prudencia, discreción, cautela: Ser cauteloso a la hora de tomar decisiones, no asumiendo riesgos innecesarios ni diciendo o haciendo nada de lo que después uno se pueda arrepentir.

Auto-control, auto-regulación: Tener capacidad para regular los propios sentimientos y acciones. Tener disciplina y control sobre los impulsos y emociones.

6. Trascendencia: Fortalezas que forjan conexiones con la inmensidad del universo y proveen de significado la vida.

Compuesto por:

Apreciación de la belleza y la excelencia, capacidad de asombro: Saber apreciar la belleza de las cosas, del día a día, o interesarse por aspectos de la vida como la naturaleza, el arte, la ciencia...

Gratitud: Ser consciente y agradecer las cosas buenas que a uno le pasan. Saber dar las gracias.

Esperanza, optimismo, proyección hacia el futuro: Esperar lo mejor para el futuro y trabajar para conseguirlo. Creer que un buen futuro es algo que está en nuestras manos conseguir.

Sentido del humor: Gustar de reír y gastar bromas, sonreír con frecuencia, ver el lado positivo de la vida.

Espiritualidad, fe, sentido religioso: Pensar que existe un propósito o un significado universal en las cosas que ocurren en el mundo y en la propia existencia. Creer que existe algo superior que da forma a determina nuestra conducta y nos protege.

El sentido del humor se ha considerado como una fortaleza puesto que es un rasgo positivo porque hace que la persona que lo tiene pueda experimentar la risa, el placer subjetivo asociado a ella, los diversos beneficios psico-físicos y la gratificación de hacer reír a los demás. No se trata un mero remedio para prevenir o ayudar a superar la enfermedad, sino una virtud que fomenta un mayor bienestar y disfrute de la vida e incluso el crecimiento hacia una mayor humanidad y plenitud.

El sentido del humor es visto en muchos casos como un moderador del estrés y la depresión, y permite un mayor ajuste psicosocial en experiencias traumáticas como es el caso del cáncer (Martín y Lefcourt, 1983). Habitualmente se ha encontrado que en el cáncer de mama el sentido del humor posee efectos beneficiosos, puesto que favorece la comunicación entre los sanitarios y el paciente, ayuda a minimizar la ansiedad producida por el diagnóstico y los efectos de los tratamientos y hace que estos sean más tolerables.

El sentido del humor, como hemos comentado anteriormente, se ha estudiado en relación con los eventos estresantes, entre ellos, el haber tenido un cáncer, pero no específicamente en el cáncer de mama. Hay pocos estudios que investiguen la influencia del sentido del humor en el cáncer de mama, y en ellos se destaca la importancia de observar esta variable como un mecanismo de afrontamiento que puede ser útil considerar a la hora de implementar los tratamientos psicológicos.

6.4. AUTOEFICACIA

Otra variable importante para una correcta adaptación es el control percibido que tiene la paciente sobre su enfermedad. La tendencia a atribuir la enfermedad a factores internos y estables, así como la auto-culpabilización, produce mayores niveles de distres en las mujeres (Compas y Luecken, 2002).

Sobre la realidad objetiva el sujeto realiza un juicio de control subjetivo, que puede ser positivo, con lo que se percibe control sobre la situación, o negativo, con lo que se percibe ausencia de control posible.

El control percibido se relaciona con la expectativa de autoeficacia, que es la percepción subjetiva de poseer las habilidades necesarias para realizar determinadas acciones. Dicha autoeficacia no sólo determina la adaptación a la enfermedad en los estadios iniciales después del diagnóstico, sino que además, con ella se puede predecir la adaptación en momentos posteriores

(Bárez, 2002).

La autoeficacia, fue definida en 1977 por Albert Bandura como “un estado psicológico en el que la persona se juzga a sí misma capaz de ejecutar una conducta eficazmente en unas determinadas circunstancias y un determinado nivel de dificultad”. Esta teoría ha sido ampliada a las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer de mama. En ella se presenta la autoeficacia como un factor de cambio hacia unos hábitos más saludables. En este sentido, la autoeficacia se ha relacionado con el estado emocional, la adaptación psicosocial, el incremento de conductas de autocuidado, la adherencia al tratamiento y acudir a programas de screening.

Así pues, se ha relacionado la autoeficacia con las diferentes fases del proceso del cáncer de mama. En un primer momento, como una capacidad de realizar conductas preventivas dirigidas a la detección precoz (tales como hacerse revisiones ginecológicas, autoexploraciones mamarias o acudir a realizarse mamografías regularmente); y en fases posteriores de la enfermedad, como el control de vómitos durante la quimioterapia y el mantenimiento de la sensación de control ante una recidiva (López et al., 2004).

El papel de la autoeficacia en el cáncer de mama, que según Lam y Fielding (2006) se refiere a las creencias positivas personales basadas en juicios de uno mismo sobre la disponibilidad de las habilidades necesarias para alcanzar un resultado.

La autoeficacia determina el curso de acción de las personas e influye en el nivel de perseverancia para cambiar las situaciones (Bandura, 1982). La autoeficacia en el cáncer de mama permite que las pacientes se perciban a sí mismas capaces de controlar la situación y de poseer las habilidades necesarias (Han et al., 2005).

En un estudio de Taylor et al. (1984), las pacientes que creían que tenían control sobre su enfermedad, presentaban un mejor ajuste psicológico que aquellas que pensaban que no tenían control ninguno sobre sí mismas y su enfermedad. De un total de 78 mujeres con cáncer de mama, el 51% creía que tenía control sobre la situación, y el 49% no. Sobre el tipo de control que tenían, el 51% de las pacientes consideraba que tenía control sobre sus actitudes, y el 46% sobre el régimen médico (dieta, adherencia a la medicación, etc.).

La autoeficacia en el cáncer de mama está relacionada con una buena regulación del estrés, una alta autoestima, mejor condición física, y una mejor adaptación a la enfermedad crónica (Bandura, 1997; Bisschop, Knegsman, Beekman, y Deeg, 2004; Kuijjer y Ridder, 2003, citados en Karademas et al., 2007). Sin embargo, las bajas puntuaciones en autoeficacia se han relacionado con un peor funcionamiento psicológico entre los 2 y 6 meses desde el diagnóstico de la enfermedad (Gallagher, Parle y Cairns, 2002; citados en Karademas et al., 2007), así como mayores problemas de comunicación con el personal médico (oncólogos, enfermeras, etc.) (Han et al., 2005).

Además se ha observado un incremento del distres psicológico en aquellas pacientes que no presentan sentimientos de autoeficacia (Han et al., 2005; Zachariae et al., 2003); y un mayor ajuste psicológico, mayor bienestar emocional y calidad de vida en las pacientes que presentan altas puntuaciones en autoeficacia (Lam y Fielding, 2006; Taylor et al., 1984; Karademas et al., 2007; Han et al., 2005; Roger et al., 2008).

El optimismo también se ha relacionado directamente con la autoeficacia, y se postula que el optimismo y un acercamiento positivo a la enfermedad predicen una mayor autoeficacia (Karademas et al., 2007; Lam y Fielding, 2006).

Y con respecto a la imagen corporal y la sexualidad, en la investigación llevada a cabo por Lam y Fielding (2006) se han constatado relaciones positivas y significativas con la autoeficacia, aunque estas variables están mediadas por la satisfacción que presentan las mujeres con sus operaciones quirúrgicas. En esta investigación se observó además que las mujeres más mayores presentaban mayores puntuaciones en autoeficacia.

6.5. EVALUACIÓN

Medir adecuadamente las emociones positivas es todo un reto, puesto que hay que desarrollar instrumentos de medida válidos y fiables, capaces de medir estas variables. Algunos de ellos son:

- *El Inventario de Fortalezas (VIA)*, de Seligman y Peterson, es un cuestionario de 245 ítems tipo likert con 5 posibles respuestas. Mide

24 fortalezas, las cuales se agrupan en 6 virtudes: sabiduría, coraje, humanidad, justicia, moderación y trascendencia. Tiene una fiabilidad de .86.

- *Cuestionario del Sentido del Humor* (SHQ, Svebak, 1974): incluye las habilidades para percibir el humor y consta de autoafirmaciones descriptivas, en una escala likert de 5 puntos, con fiabilidad de .89.

- *Escala de Humor Adaptativo* (CHS, Martin y Lefcourt, 1983): propone la medida de la utilización del humor individual como respuesta adaptativa a los sucesos estresantes de la vida. Consta de escala likert de 4 puntos. Presenta una fiabilidad de .61.

- *Cuestionario de Respuestas Humorísticas a una situación* (SHRQ, Martin y Lefcourt, 1984). Se trata de observar la frecuencia con la que cada persona se ríe o sonrío y se divierte en 29 situaciones hipotéticas de la vida diaria. Presenta una fiabilidad de .70.

- *Escala Multidimensional del Sentido del Humor* (MSHS, Thorson y Powell, 1991), desarrollada, validada y utilizada en trabajos aplicados en los que se ha relacionado el humor con algunas dimensiones de la personalidad, con el control de la ansiedad y la depresión. Valora el humor desde distintos puntos de vista: la creación o generación del humor, el uso del humor para hacerle frente a la vida, el sentido del juego, el reconocimiento y la apreciación del humor, las actitudes hacia el humor y la práctica en situaciones sociales. Consta de 24 ítems y una posee una fiabilidad

de .91.

- *Escala de Resiliencia* (Wagnild y Young, 1993). Es una escala compuesta por 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es “en desacuerdo” y 7 es “completamente de acuerdo”. Evalúa las siguientes dimensiones Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia, Satisfacción y una Escala Total. Presenta una fiabilidad de .88.

6.6. CONCLUSIONES

La psicología positiva en el cáncer de mama, al igual que en el resto de campos, es relativamente nueva y la posibilidad de incrementar los niveles de resiliencia y de crecimiento, tras pasar por situaciones adversas es aún una gran incógnita para la Psicología.

Estamos de acuerdo con los autores que afirman que si fuéramos capaces de entender cómo y porqué algunas personas resisten y se benefician de las experiencias dolorosas y somos capaces de enseñar esta habilidad, los beneficios para el sistema sanitario mundial serían inconmensurables.

Las limitaciones metodológicas encontradas en los estudios analizados se refieren habitualmente a muestras pequeñas y no aleatorias, e instrumentos que no son válidos para medir las variables estudiadas, sino sus diversas manifestaciones.

MARCO EMPÍRICO

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

7. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este trabajo surge de una línea de investigación del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología, donde la directora de dicho trabajo, la Dra. Barreto, lleva trabajando desde los años ochenta.

El diagnóstico, tratamiento y la cirugía del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos, y la amenaza que puede suponer para la vida, las pacientes tienen que adaptarse a cambios importantes en varios aspectos.

Entre esos cambios y dificultades, nuestro grupo de investigación pretende estudiar algunas de las variables que en la literatura científica sobre este tema aparecen relacionadas con la adaptación personal en estas pacientes. Así, consideraremos el tipo de cirugía, el funcionamiento sexual actual, factores protectores como el sentido del humor y la resiliencia, la autoestima y la autoimagen.

Respecto al funcionamiento sexual en relación con el tipo de cirugía, la literatura científica refleja resultados poco consistentes. Así, las pacientes sometidas a una cirugía conservadora de la mama, y más si ésta se da en el mismo acto quirúrgico, muestran mejor imagen corporal de ellas mismas, se sienten más atractivas sexualmente hablando y tienen una respuesta sexual más rápida. (Al-Ghazal, 2000; Dean, 1983; Gerard, 1982).

Por otra parte, hay características que ayudan a las pacientes a adaptarse esta situación. El sentido del humor es una herramienta útil para fomentar un mayor bienestar y una mejor adaptación a la enfermedad, y la resiliencia, entendida como la capacidad de adaptación y superación de adversidades, además implica el desarrollo de habilidades y de un crecimiento personal.

La imagen corporal que tengan las pacientes de sí mismas es otra de las variables clave en la calidad de vida y bienestar de las pacientes. En ocasiones, la autoimagen puede provocar respuestas emocionales condicionadas al cambio físico que se da con una cirugía: ansiedad, insatisfacción y displacer (Fernández, 2004). Así como sentimientos de vergüenza, el miedo al rechazo de los demás y el malestar asociado pueden llevar a un rechazo del propio cuerpo y a una evitación hacia la pareja (Yurek, 2000).

Así pues, estudiar los factores tanto de riesgo como de protección que las pacientes tienen para hacer frente a los cambios sufridos por la enfermedad y la cirugía, nos ayudará a la hora de hacer un buen diagnóstico y una atención psico-sexual apropiada para cada paciente, fomentando los factores de protección y un equilibrio emocional adecuado.

OBJETIVOS

8. OBJETIVOS

Nuestro proyecto de investigación pretende analizar las variables que puedan incidir en el bienestar de las pacientes con cáncer de mama y facilitar con ello, las intervenciones que intentan mejorar la calidad de vida.

8.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de nuestro trabajo es estudiar el bienestar emocional, la imagen corporal, la sexualidad y la autoestima de las pacientes con cáncer de mama, sometidas a cirugía radical o conservadora. Además, estudiar la relación de los posibles factores protectores con el bienestar emocional, tales como el sentido del humor y la resiliencia.

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

8.2.1. Estudiar las relaciones entre el tipo de cirugía y las variables de estudio.

El tipo de cirugía ha sido una de las variables más estudiadas en el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama. Habitualmente se ha observado que las pacientes con mastectomía radical presentan mayores niveles de distres, mayores alteraciones en la imagen corporal y en la sexualidad y una menor autoestima. Aunque actualmente el uso de la mastectomía radical es mucho menor que en las décadas anteriores, siguen existiendo casos en los cuales es imprescindible utilizarla, debido a criterios

clínicos o elección de las propias pacientes, por tanto sería de gran interés tomar este dato en cuenta de cara al soporte emocional.

8.2.2. Estudiar la influencia de la edad en el bienestar emocional y la imagen corporal.

En la literatura científica específica de este campo, encontramos relaciones entre el bienestar emocional y la edad. Las mujeres más jóvenes, presentan niveles de ansiedad de depresión y ansiedad más altos que las más mayores. Esta relación también se observa en la imagen corporal, ya que las mujeres más jóvenes presentan mayores alteraciones en dicha imagen.

Con el planteamiento de este objetivo, nuestro equipo de trabajo pretende validar esta relación en la muestra disponible y observar las diferencias, si las hubiera, entre los distintos grupos de edad.

8.2.3. Estudiar la influencia de la información en el bienestar emocional.

Las personas diagnosticadas de una enfermedad grave, como es el caso del cáncer, presentan niveles de sufrimiento muy altos. Este sufrimiento será mayor cuanto más amenazante suponga para la persona la nueva situación y cuantos menos recursos tenga para hacerle frente. Por ello, la comunicación, llevada a cabo de forma adecuada, puede reducir el sufrimiento al disminuir la sensación de amenaza e incrementar la percepción de control.

En este punto, nos planteamos explorar la relación entre el bienestar emocional y variables relacionadas con la provisión de información.

8.2.4. Estudiar la relación entre el bienestar emocional, la imagen corporal, la sexualidad y la autoestima.

En líneas generales se ha argumentado que las alteraciones en la imagen corporal y en la sexualidad, y una baja autoestima se relacionan con mayores niveles de distres psicológico. En este sentido, nuestro objetivo es estudiar dicha relación y las posibles variables mediadoras, con el fin de facilitar la adaptación a la enfermedad y adaptar los protocolos de intervención a cada paciente según sus necesidades.

8.2.5. Estudiar la relación entre factores protectores y el bienestar emocional.

Habitualmente se ha estudiado el aspecto negativo de la enfermedad en el bienestar emocional de los pacientes, como el sufrimiento, las alteraciones en distintos ámbitos, el distres, etc. Sin embargo, existen factores que promueven el desarrollo personal y el bienestar psicológico, que pretendemos analizar para ver su posible relación e intentar maximizarlos y adaptarlos a la vida de las pacientes en la medida de lo posible.

8.2.6. Estudiar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas y el bienestar emocional.

En este apartado pretendemos estudiar la relación de otras variables relevantes en el bienestar emocional, como el tipo de tratamiento adyuvante, el estado civil, el nivel de estudios, etc.

Tabla 3. Objetivos específicos del trabajo de investigación

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1. Estudiar las relaciones entre el tipo de cirugía y las variables de estudio.*
- 2. Estudiar la influencia de la edad en el bienestar emocional y la imagen corporal.*
- 3. Estudiar la influencia de la información en el bienestar emocional.*
- 4. Estudiar la relación entre el bienestar emocional, la imagen corporal, la sexualidad y la autoestima.*
- 5. Estudiar la relación entre factores protectores y el bienestar emocional.*
- 6. Estudiar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas en el bienestar emocional.*

HIPÓTESIS DE TRABAJO

9. HIPOTESIS DE TRABAJO

A partir de los trabajos revisados en la literatura científica sobre este ámbito y a partir de nuestros objetivos, nos hemos planteado las siguientes hipótesis:

H1. Las pacientes a las que se les haya practicado una cirugía conservadora de la mama presentarán un mayor bienestar emocional, así como menores alteraciones en la imagen corporal y la sexualidad que las pacientes a las que se les haya practicado cirugía radical.

H2. Las pacientes más jóvenes presentarán mayor malestar emocional y una peor imagen corporal.

H3. Las personas diagnosticadas de cáncer de mama que tienen más información sobre su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico de ésta, y comprenden mejor dicha información, presentarán menores niveles de ansiedad y depresión.

H4. Las pacientes con mayores alteraciones en la imagen corporal y la sexualidad y una baja autoestima, presentarán mayores niveles de ansiedad y depresión.

H5. Los factores protectores ayudarán a una mejor adaptación en el proceso de la enfermedad y a disminuir el impacto emocional, aumentando el bienestar psicológico.

H6. El tratamiento combinado mediante quimioterapia o radioterapia más tratamiento hormonal, dará como resultado mayor malestar emocional.

MÉTODO

10. MÉTODO

10.1. PARTICIPANTES

La muestra de participantes de nuestro estudio se compone de 131 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama hace más de un año y sometidas a cirugía, ya sea mastectomía radical o conservadora.

Las pacientes provienen de distintos centros hospitalarios de toda España: Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM), Hospital Universitario Dr. Peset Alexandre de Valencia, Hospital Clínico de Salamanca, Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, Hospital Torrecárdenas de Almería y AECC Barcelona.

Los criterios de inclusión son:

- Al menos un año tras el tratamiento de quimioterapia o radioterapia
- No encontrarse en una fase avanzada de la enfermedad
- Consciencia para poder cumplimentar las pruebas subjetivas
- Aceptar y firmar el consentimiento informado

Como comentaremos más adelante, las pacientes que componen nuestra muestra de estudio fueron reclutadas de consultas externas de la Unidad de Oncología. Después de la cita médica de revisión con el oncólogo, les pasamos las pruebas a las pacientes que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

Se propuso el criterio de haber pasado un año o más sin tratamiento con quimioterapia o radioterapia debido a los efectos secundarios y alteraciones emocionales que provocan. Para una mayor aclaración, expondremos a continuación la línea de tiempo entre el diagnóstico de cáncer y la evaluación psicológica:

Diagnóstico de cáncer → Cirugía conservadora o radical → Tratamiento con QT/RT → Revisiones médicas posteriores → Revisión médica/Evaluación psicológica para nuestra investigación como mínimo un año después del tratamiento con QT/RT

10.2. VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables de estudio, expresadas en diagrama temporal, son las que aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 4. Variables de estudio

V. INDEPENDIENTES	V.MEDIADORAS	V.DEPENDIENTE
Tipo de cirugía	Satisfacción con la pareja	
Edad	Funcionamiento sexual	
Tratamiento adyuvante	Imagen Corporal	Bienestar Emocional
Información enfermedad	F. protectores	
	Apoyo social	
	Autoeficacia	
	Autoestima	

10.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En el marco teórico, comentamos que existen numerosos instrumentos de evaluación de las distintas variables analizadas. Debido a la variedad de posibilidades de evaluación, elegiremos en nuestra investigación aquellas escalas que estén adaptadas a la población española, presenten una alta fiabilidad y validez y tengan un formato breve y fácil de entender para las pacientes.

Para ello, teniendo en cuenta estos criterios, utilizaremos las siguientes medidas de evaluación (en Anexo 2):

- Entrevista inicial que incluirá los datos sociodemográficos, información sobre la enfermedad, la satisfacción con la pareja, el nivel de esfuerzo percibido para hacerle frente a la enfermedad y elementos protectores como la autoeficacia o capacidad percibida de afrontamiento, el sentido del humor y el apoyo social.

La información sobre la enfermedad se ha medido en base al conocimiento que tienen las pacientes del diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico en una escala Likert que va de 0 (no es conocedor) a 4 (totalmente conocedor). Las preguntas concretas fueron: “¿Qué enfermedad tiene?”, “¿Sabe en qué consistió el tratamiento?” y “¿Qué información tiene sobre el pronóstico?”.

La satisfacción con la pareja se ha medido mediante un monoítem en una escala de 0 a 10: “¿Cuán satisfecha está con su relación? (muy insatisfecha: 0 – muy satisfecha: 10)”.

Por su parte, entendemos la autoeficacia tal y como fue descrita por Albert Bandura (1982) como “un estado psicológico en el que la persona se juzga a sí misma capaz de ejecutar una conducta eficazmente en unas determinadas circunstancias y un determinado nivel de dificultad”. En el ámbito de la oncología, se refiere a las creencias positivas personales basadas en juicios de uno mismo sobre la disponibilidad de las habilidades necesarias para alcanzar un resultado.

En nuestro trabajo, dicha autoeficacia ha sido medida mediante el monoítem: “¿Se siente capaz de afrontar su situación? (nada: 0 – muchísimo:10)”.

Por otra parte, el nivel de esfuerzo percibido por la paciente para hacerle frente a su enfermedad se ha evaluado mediante el monoítem: “¿Cuánto esfuerzo le cuesta hacer frente a esta situación? (ningún esfuerzo: 0 – muchísimo:10)”. Y la dificultad de hablar de sus sentimientos: “Desde que le diagnosticaron ¿hasta qué punto encuentra dificultad para hablar de sus sentimientos? (0-10)”.

Y en cuanto al sentido del humor, fue evaluado mediante los ítems: ¿ Cree que el sentido del humor le ayudó a adaptarse mejor a la

enfermedad? (muy poco 0 – mucho 10) y ¿ Con qué frecuencia realiza actividades agradables a la semana? (nunca 0 – cada día 10).

El apoyo social se evaluó mediante los ítems: ¿Hasta qué punto se siente satisfecho con el apoyo que recibe de su familia más cercana? (nada:0- muchísimo:10) ¿y de sus amigos? (nada:0-muchísimo:10), ¿Hasta qué punto se siente satisfecho con el equipo de profesionales?(nada:0- muchísimo:10).

Por último, la resiliencia ha sido medida mediante los ítems “Desde que tiene la enfermedad ¿Qué cree que es lo que le ayuda a sentirse mejor?” “¿Qué ha significado para mí haber tenido cáncer?” “¿El sufrimiento que he experimentado podría servirme para algo?”, donde exploramos el significado que la enfermedad ha tenido para la paciente y el impacto negativo o positivo que ha tenido en su vida.

- Para evaluar el Bienestar Emocional utilizaremos la escala HADS (Hospital Anxiety and Depresión Scale de Zigmond y Snaith, 1983). Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer). Se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0-3). Los puntos de corte

de las subescalas son: 0-7: normal, 8-10: dudoso, 11 o más: patológico. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa. Presenta una fiabilidad de .81.

- Para evaluar la Imagen Corporal, la escala BSI (Body Scale Inventory, Hopwood et al 2001). Es una escala que consta de 10 ítems con formato de respuesta en escala likert de cuatro alternativas, con un rango de 0 ("nada") a 3 ("mucho"). El subgrupo de cáncer de mama de la primera versión presentaba una fiabilidad de .85. Y la fiabilidad de esta escala en la segunda versión fue de .93.
- Para el funcionamiento sexual utilizaremos la escala FSFI (Índice de la Función Sexual Femenina, de Rosen, 2000). Se trata de un cuestionario autoadministrado donde la paciente tiene que responder a 19 cuestiones diferentes y seleccionar en cada una de ellas una de las 6 respuestas posibles que mejor describa su situación durante los últimos 4 semanas (una respuesta de 0 indica que no ha habido actividad sexual, una de 1 indica el mayor deterioro funcional y una de 5 el menor). Del análisis factorial se deducen 6 dominios diferentes que explora el cuestionario: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor. Presenta una fiabilidad de .82.
- Y para evaluar la Autoestima, utilizaremos la escala RSES (Escala de Autoestima de Rosenberg, 1965). Se trata de una de las escalas más utilizadas en la evaluación global de la autoestima, consta de 10

ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Ha sido validada en la población española y presenta buena una fiabilidad y validez. La consistencia interna, medida con el alpha de Cronbach, de la escalas se encuentra entre .76 y .87.

10.4. PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se obtuvieron los permisos oportunos y realizamos los acuerdos de colaboración con las instituciones. Asimismo, se obtuvo el informe favorable del comité ético de investigación en humanos de la Universidad de Valencia.

Las pacientes fueron reclutadas de consultas externas de la Unidad de Oncología, donde acudían a una revisión médica y se les preguntaba si querían participar en la investigación. El proceso de recogida de datos consistió en el pase de pruebas a las pacientes que dieron su consentimiento en un documento donde se garantizaba el anonimato y la confidencialidad (Anexo 1), en un único momento de evaluación.

La recogida de datos tuvo una duración de un año, de Septiembre de 2009 a Septiembre de 2010.

Una vez recogidos los datos, éstos fueron codificados en una base de datos y posteriormente analizados mediante el programa estadístico SPSS 17. Para el modelo estructural se utilizó el programa EQS 6.1., un programa estadístico para el análisis de sistemas estructurados de ecuaciones lineales. El modelo matemático empleado incluye covarianza y los principales modelos estructurados, múltiple regresión, ecuaciones simultáneas, relación estructural entre variables, etc.

El diseño de la investigación es de tipo correlacional, y aunque por tratarse de un estudio en un solo momento temporal (sin intervención), no se puede establecer relaciones de causa-consecuencia, sí nos permite cuantificar las relaciones entre las variables clave que explican el proceso de adaptación a la enfermedad.

Para el estudio de los datos se han utilizado los siguientes procedimientos estadísticos:

1. Análisis descriptivo

En este punto los estadísticos descriptivos se han utilizado con el fin de estudiar la distribución de las principales variables analizadas (características generales y psicológicas) a nivel descriptivo. Los estadísticos utilizados para ello han sido:

- la Media, la cual viene definida por la suma de todos los valores dividida por el número de valores y nos indica el valor promedio de la variable en la muestra;

- Los Cuantiles, que son estadísticos de posición que indican la situación de un valor numérico con respecto al grupo del que procede. En este caso usamos los Percentiles, la puntuación que deja por debajo el % de las observaciones.

- la Desviación Típica, que nos permite determinar el promedio aritmético de fluctuación de los datos respecto a su punto central o media y da como resultado un valor numérico que representa el promedio de diferencia que hay entre los datos y la media.

Para visualizar mejor la distribución de algunas variables, hemos utilizado como gráfico el histograma para variables cuantitativas y el diagrama de sectores para cualitativas.

2. Análisis de fiabilidad

Para calcular la fiabilidad de las escalas, utilizamos el modelo alpha, que es un coeficiente que sirve para este uso. En la interpretación, tenemos que tener en cuenta que cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala.

3. Análisis inferencial

3.1. Estudio de la asociación entre variables

3.1.1. *Relación entre variables cuantitativas:*

- el Coeficiente de correlación de Pearson, un índice que mide la correlación o covariación conjunta entre dos variables, siempre que sean cuantitativas y se relacionen linealmente. Dicho coeficiente va de -1 a +1. Si el coeficiente es 0, la correlación lineal es nula. El signo del coeficiente indica la dirección de la relación y su valor absoluto indica la fuerza. Los valores mayores indican que la relación es más estrecha.

- la Prueba de significación, que junto con cada coeficiente de correlación, ofrece la información necesaria para contrastar la hipótesis nula de que el valor poblacional del coeficiente es cero. Utilizando un nivel crítico bilateral indica la probabilidad de obtener resultados tan extremos como el obtenido, y en cualquier dirección, cuando la hipótesis nula es cierta. Un nivel de significación bilateral (de dos colas) contrasta una hipótesis nula en la que la dirección del efecto no se especifica de antemano.

3.1.2. Relación entre variables cualitativas:

- Coeficiente X^2 : es una medida de relación estadística que expresa la intensidad de la relación entre dos (o más) variables nominales u ordinales. Se basa en la comparación de las frecuencias efectivamente calculadas de dos características con las frecuencias que se hubiesen esperado con independencia de estas características. A mayor valor del coeficiente, mayor relación existe entre las variables analizadas.

- Coeficiente Phi: es una medida estadística para estudiar la relación entre dos variables nominales, cuando son cuadrados (ej. 2x2, 4x4, etc.) y lo utilizamos para complementar X^2 . Este valor va de 0 a 1, y a mayor

numeración, mayor es la relación entre las variables.

- V de Cramer: se utiliza e interpreta de la misma manera que Phi pero cuando no son cuadrados.

4. Contrastes sobre las medias

Para comparar medias utilizamos la prueba T para muestras independientes. En ella se compara las medias de una variable para dos grupos de casos, calcula estadísticos descriptivos para cada grupo además de la prueba de Levene para la igualdad de varianzas, así como los valores de t para varianzas iguales y desiguales y el intervalo de confianza del 95% para la diferencia de medias.

RESULTADOS

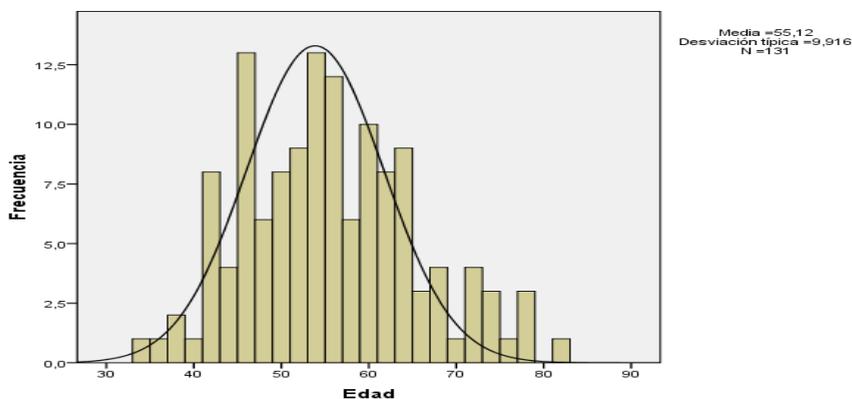
11. RESULTADOS

11.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

Este estudio se compone de una muestra de 131 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, provenientes de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (N=10), Hospital Dr. Peset Aleixandre de Valencia (N=62), Hospital Clínico de Salamanca (N=21), Hospital de Torrecárdenas de Almería (N=7), de la Asociación Española Contra el Cáncer de Barcelona (N=27) y del Hospital Arnau de Villanova de Lleida (N=4).

La media de edad es de 55.12 años (D.T.=9.91) y como podemos observar en el siguiente gráfico, una mayor proporción de pacientes entre 45 y 61 años.

Figura 2. Distribución de las participantes por edad



El tipo de cirugía a la que han sido sometidas han sido mastectomía radical en el 44.3% de los casos (N=58) y cirugía conservadora en el 55.7% (N=73).

Y en cuanto el tratamiento, el 4.6% de las pacientes recibió quimioterapia, el 6.9% radioterapia, el 0.8% braquiterapia, el 4.6% hormonoterapia, el 21.5% recibió tratamiento combinado de quimioterapia + radioterapia/braquiterapia y el 61.4% recibió el tratamiento adyuvante completo (quimioterapia, radioterapia o braquiterapia) junto con hormonoterapia.

El 35.1% no tenía antecedentes de cáncer en su familia; el 47.3% tenía antecedentes de primer grado y el 17.6% de segundo grado.

Sobre el estado civil, el 68.7% de ellas estaba casada, el 7.6% soltera, el 3.8% tenía pareja de hecho, el 10.7% estaba separada y el 9.2% viuda. El cuidador principal de la paciente en el proceso de la enfermedad, en el 84% de los casos era la propia paciente, en el 11.5% la pareja y en el 4.6% los hijos.

Sobre la situación laboral actual, el 45.8% de las pacientes estaba trabajando, el 22.9% era ama de casa, el 12.2% estaba de baja por incapacidad debido a los efectos de la enfermedad, el 16% estaba jubilada y el 3.8% estaba en situación de desempleo.

Y en cuanto al nivel académico, el 3.8% no tenía estudios, el 42% tenía estudios primarios, el 30.5% bachiller, el 9.2% era diplomada, el 13% licenciada, el 0.8% tenía estudios de postgrado y el 0.8% poseía otro tipo de estudios.

11.2. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

A continuación expondremos los resultados de los análisis de fiabilidad de las escalas utilizadas en nuestra muestra de sujetos, utilizando para ello el alpha de Cronbach (Tabla 5). Además utilizaremos el índice de homogeneidad de cada ítem, para explicar no solamente la fiabilidad total sino la calidad de cada ítem y analizar si sería recomendable eliminar alguno de ellos (Anexo 3, Tabla 5 continuación).

Tabla 5. Índices de fiabilidad de las escalas

Escala	Índice de Fiabilidad
HADS Total	.914
HADS Ansiedad	.860
HADS Depresión	.885
RSES	.892
BIS	.955
FSFI	.988

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)

La escala HADS TOTAL ha obtenido un índice de fiabilidad de 0.914, y no es necesario eliminar ningún ítem. La escala HADS ANSIEDAD presenta una fiabilidad de 0.860; y la HADS DEPRESIÓN 0.885.

ESCALA DE AUTOESTIMA (RSES)

La escala RSES ha obtenido un índice de fiabilidad de 0.892 en nuestro estudio, con los 10 ítems y no es necesario prescindir de ninguno.

ESCALA DE IMAGEN CORPORAL (BIS)

La escala BIS ha obtenido una fiabilidad de 0.955, y en este caso, tampoco es recomendable hacer ninguna reducción de la misma.

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL (FSFI)

La escala FSFI ha obtenido una fiabilidad de 0.988 con el total de 19 ítems, y en este caso, tampoco es recomendable la eliminación de ningún ítem puesto que no se aumentaría la fiabilidad con ello.

Observando los factores por separado, hemos obtenido una fiabilidad de 0.867 para FSFI-Deseo, 0.985 para FSFI-Exitación, 0.986 para FSFI-Lubricación, 0.977 para FSFI-Orgasmo, 0.880 para FSFI-Satisfacción y 0.993 para FSFI-Dolor.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

A modo de descripción general de la muestra, vamos a explorar las características más relevantes (en este caso, las medias) de las variables y mostrarlo esquemáticamente:

Tabla 6. Descripción de la muestra

	HADSTOTAL	HADSANX	HADSDEP	BIS	RSES	FSFI
Cirugía conservadora	12.44	7.95	4.49	4.52	33.01	17.52
Cirugía radical	13.84	8.31	5.53	13.19	32.74	13.53

Como comentamos anteriormente, los puntos de corte de las subescalas HAD Ansiedad y HAD Depresión son: 0-7: normal, 8-10: dudoso, 11 o más: patológico. En nuestros análisis, hemos englobado las puntuaciones dudosas (de 8 a 10) en patológicas puesto que teníamos una muestra muy reducida en este rango y la mayoría puntuaba 10.

En nuestra muestra, observamos que tanto en el grupo de escisión local como en el de mastectomía radical, las puntuaciones en ansiedad se corresponden al rango dudoso-patológico. Sin embargo, la media de depresión para ambos casos se sitúa dentro del rango de normalidad.

Para un análisis más pormenorizado, hemos obtenido los porcentajes de la muestra: un 54.2% de las mujeres de nuestra muestra presentan síntomas de ansiedad en el rango de la normalidad y un 45.8% patológico. Así como un 75.6% muestra síntomas de depresión en el rango de la normalidad y un

24.4% patológico.

En el caso de la imagen corporal, nuestras puntuaciones se corresponden con la escala original de Hopwood (BIS), cuya media en el grupo de cirugía conservadora era 4.27 y en el de mastectomía radical 14.22. Esto nos indica la diferencia en cuanto a la imagen corporal en ambos grupos.

Por su parte, las puntuaciones en autoestima obtenidas mediante la escala RSES nos indican que existe una autoestima normal (punto de corte de 30 a 40 para autoestima normal) en ambos grupos.

En cuanto al funcionamiento sexual, el punto de corte de la escala FSFI es 30 y valores inferiores indican mal funcionamiento sexual. En nuestro caso observamos que tanto el grupo de cirugía conservadora como mastectomía radical presentan puntuaciones bajas, acentuándose en el grupo de mujeres mastectomizadas.

11.3. ANÁLISIS BIVARIADO

11.3.1. OBJETIVO 2: Estudiar la influencia de la edad en el bienestar emocional y la imagen corporal.

La segunda hipótesis de nuestro trabajo, en la cual argumentamos que las mujeres más jóvenes presentarían mayores niveles de malestar emocional y alteraciones en la imagen corporal, recibe evidencia parcial, tal y como podemos ver a continuación.

Los resultados de la correlación de Pearson arrojan relaciones positivas y significativas en el caso de la relación Edad-Depresión medida con el HADS ($r=0.295$; $p=0.01$) así como en el caso de la relación edad-HADS Total ($r=0.213$; $p=0.05$) (Anexo 3, Tabla 7).

En un plano bivariado, mediante el cálculo del coeficiente de determinación, se puede decir que la edad es capaz de predecir un 8.7% de la depresión en mujeres con cáncer de mama.

El resto de relaciones exploradas acorde con este objetivo no han resultado significativas en el caso de la relación Edad-Ansiedad ($r=0.092$; $p=0.293$) ni en el caso de la relación Edad-Imagen Corporal medida con el BIS ($r=0.034$; $p=0.696$) (Anexo 3, Tabla 8).

11.3.2. OBJETIVO 3: Estudiar la influencia de la información sobre la enfermedad en el bienestar emocional

Los resultados de la correlación de Pearson informan de la existencia de relaciones estadísticamente significativas y negativas en el caso de la relación entre el malestar general medida con el HADS y la información sobre el diagnóstico de la enfermedad ($r=-0.247$; $p<0.001$), la información sobre el tratamiento y efectos secundarios del mismo ($r=-0.240$; $p<0.001$) y la información comprensible ($r=-0.180$; $p<0.005$). No obtuvimos relaciones entre la escala HADS Total y la información sobre el pronóstico de la enfermedad (Anexo 3, Tabla 9).

Por otra parte, encontramos relaciones estadísticamente significativas y negativas en el caso de la relación entre la Depresión medida con el HADS y la información sobre el diagnóstico de la enfermedad ($r=-0.339$; $p<0.001$), la información sobre el tratamiento y efectos secundarios del mismo ($r=-0.322$; $p<0.001$) y la información sobre el pronóstico de la enfermedad ($r=-0.238$; $p<0.001$). Es decir, que la desinformación o la no-información sobre la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico se relacionaría con niveles más elevados de depresión.

Estos valores indicarían la importancia de la información, la cual es capaz de predecir un 10% de la depresión en mujeres con cáncer de mama.

Las relaciones exploradas acorde con este objetivo no han resultado significativas en el caso de la relación entre la información sobre la enfermedad y la Ansiedad, medida con el HADS ($r=-0.110$; $p=0.211$ en el caso de la información sobre el diagnóstico; $r=-0.114$; $p=0.193$ en el caso de la información sobre los tratamientos; y $r=-0.050$; $p=0.571$ en el caso de la información sobre el pronóstico de la enfermedad).

En cuanto a la comprensibilidad de la información, hemos obtenido relaciones significativas y negativas entre dicha variable y la Depresión ($r=-0.242$; $p=0.005$), pero no en Ansiedad ($r=-0.086$; $p=0.327$). Estos valores sugieren que la información incomprensible sobre la enfermedad o que no comprenden las pacientes se relaciona con niveles de Depresión.

En base a los resultados, podemos decir que la hipótesis de nuestro trabajo que afirmaba que las pacientes que tienen más información sobre su

enfermedad, el tratamiento y el pronóstico de ésta, y comprenden mejor dicha información, presentarán menores niveles de ansiedad y depresión, recibe evidencia parcial.

11.3.3. OBJETIVO 4: Estudiar la relación entre el bienestar emocional, la imagen corporal, la sexualidad y la autoestima.

La hipótesis de nuestro trabajo que argumenta que las pacientes con mayores alteraciones en la imagen corporal y el funcionamiento sexual, y una baja autoestima, presentarán mayores niveles de ansiedad y depresión, recibe evidencia completa, tal y como podemos observar a continuación.

El bienestar emocional, tanto en el caso de la Depresión como el de Ansiedad, mantiene relaciones estadísticamente significativas con las variables de estudio (Tabla 10).

La Depresión presenta una correlación positiva y alta con la Ansiedad ($r=0.671$; $p<0.001$), negativa y alta con la Autoestima ($r=-0.640$; $p<0.001$), positiva y moderada con la Imagen Corporal ($r=0.398$; $p<0.001$) y negativa y moderada con el funcionamiento sexual ($r=-0.380$; $p<0.001$).

La Ansiedad, por su parte, presenta relaciones altas y negativas con la Autoestima ($r=-0.539$; $p<0.001$), moderadas y positivas con la Imagen Corporal ($r=0.302$; $p<0.001$) y bajas y negativas con el funcionamiento sexual ($r=-0.187$; $p=0.033$).

Además, la Imagen Corporal medida con el BIS, presenta relaciones negativas y moderadas con la Autoestima ($r=-0.314$; $p<0.001$), pero no se relaciona con el funcionamiento sexual.

Tabla 10. Relaciones entre la imagen corporal, el funcionamiento sexual, la autoestima y el bienestar emocional.

		HADANX	HADDEP	RSES	BIS	FSFI
HADANX	Corr. Pearson	1	,671**	-,539**	,302**	-,187*
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,033
	N	131	131	131	131	131
HADDEP	Corrr. Pearson	,671**	1	-,640**	,398**	-,380**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000
	N	131	131	131	131	131
RSES	Corr. Pearson	-,539**	-,640**	1	-,314**	,229**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,009
	N	131	131	131	131	131
BIS	Corr. Pearson	,302**	,398**	-,314**	1	-,113
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,201
	N	131	131	131	131	131
FSFI	Corr. Pearson	-,187*	-,380**	,229**	-,113	1
	Sig. (bilateral)	,033	,000	,009	,201	
	N	131	131	131	131	131

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

NOTA: se señalan en negrita las relaciones coincidentes con los objetivos de la investigación

11.3.4. OBJETIVO 5: Estudiar la relación entre factores protectores y el bienestar emocional.

Nuestra hipótesis de trabajo que afirma que los factores protectores analizados ayudarán en la adaptación en el proceso de enfermedad y disminuirán los niveles de ansiedad y depresión recibe evidencia total en el caso de la depresión, y evidencia parcial en el caso de la ansiedad, tal y como podemos observar a continuación.

- Bienestar emocional y satisfacción con la relación de pareja: hemos obtenido una relación negativa entre la Ansiedad y Depresión medidas con el HADS y la satisfacción con la relación de pareja ($r=-0.345$ y $r=-0.417$ respectivamente, ambas con $p<0.001$) (Anexo 3, Tabla 11).
- Bienestar emocional y esfuerzo percibido para hacerle frente a la enfermedad: tanto la Ansiedad como la Depresión se relacionan con el esfuerzo percibido ($r=0.428$ y $r=0.438$ respectivamente, ambas con $p<0.001$) (Anexo 3, Tabla 12).
- Bienestar emocional y autoeficacia: La Autoeficacia se relaciona negativamente con la Ansiedad ($r=-0.394$; $p<0.001$) y la Depresión ($r=-0.557$; $p<0.001$) (Anexo 3, Tabla 13).
- Bienestar emocional y sentido del humor: El sentido del humor se relaciona negativamente con la Ansiedad ($r=-0.356$; $p<0.001$) y la Depresión ($r=-0.446$; $p<0.001$). La realización de actividades agradables también se relaciona negativamente con la Ansiedad ($r=-$

0.390; $p < 0.001$) y la Depresión ($r = -0.520$; $p < 0.001$) (Anexo 3, Tabla 14).

- Bienestar emocional y apoyo social: La Depresión presenta relaciones negativas con el apoyo social, tanto de los familiares ($r = -0.235$; $p < 0.001$), como de los amigos ($r = -0.296$; $p < 0.001$) y del equipo sanitario ($r = -0.247$; $p < 0.001$). Por su parte, la Ansiedad no presenta relaciones significativas con esta variable en ningún tipo de apoyo social (Anexo 3, Tabla 15).
- Bienestar emocional y resiliencia: La Ansiedad es independiente de los aspectos de la resiliencia que evalúan qué es lo que le hace sentir mejor desde que tiene la enfermedad (apoyo emocional, normalización de la vida, manejo emocional, actividades de ocio u otros). Sin embargo, existe una asociación significativa ($p < 0.05$) entre el diagnóstico de Ansiedad y la variable que explora el significado del cáncer (ver la vida de forma distinta, experiencia dolorosa, parón en el ritmo de la vida u otros) ($X^2_{3} = 18.296$; $p = 0.000$). Esta relación mediante el coeficiente V de Cramer sabemos que es moderada ($V = 0.374$). En este sentido, las mujeres que tienen puntuaciones normales en ansiedad, creen que el padecer cáncer ha supuesto para ellas ver la vida de otra manera y disfrutar más de las pequeñas cosas. Las que tienen puntuaciones patológicas en ansiedad, ven la enfermedad como una experiencia dolorosa.

La Ansiedad además se relaciona con los aspectos de la resiliencia que evalúan si el sufrimiento experimentado podría servir para algo

(valorar más las cosas y dejar de sufrir por cosas insignificantes, crecimiento personal, negación: el sufrimiento no me ha servido de nada u otros) ($X^2_{3}=8.314$; $p=0.040$); aunque dicha relación es baja ($V=0.252$). Como cabe esperar, las pacientes con puntuaciones normales en ansiedad, creen que el sufrimiento les ha servido para valorar más las cosas, y las pacientes con puntuaciones altas, creen que este sufrimiento no les ha servido de nada (Anexo 3, Tabla 16).

En el caso de la Depresión, tampoco se observan relaciones significativas entre ésta variable y lo que le hace sentir mejor. Por el contrario, la Depresión se relaciona con el significado del cáncer ($X^2_{3}=19.592$; $p=0.000$) moderadamente ($V=0.387$); y con la utilidad del sufrimiento experimentado ($X^2_{3}=6.535$; $p=0.088$), pero esta relación es baja ($V=0.223$). Al igual que la Ansiedad, las puntuaciones en el rango de depresión patológica han sido mayores en el grupo de mujeres que considera la enfermedad una experiencia dolorosa y que el sufrimiento experimentado no les ha servido para nada (Anexo 3, Tabla 17).

11.3.5.OBJETIVO 6: Estudiar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas y el bienestar emocional.

La hipótesis de nuestro trabajo que indica que el tratamiento combinado dará como resultado mayor malestar emocional, no recibe evidencia. El bienestar emocional no se asocia con el tipo de tratamiento adyuvante (Anexo 3, Tablas 18 y 19).

La Ansiedad se relaciona con el Estado Civil ($X^2_{4}=11.267$; $p=0.024$) de manera baja ($V=0.293$). Las mujeres que estaban casadas, presentaban menor grado de ansiedad. La Depresión, por su parte, no se relaciona con ésta variable.

Respecto al resto de variables sociodemográficas y clínicas, tampoco se han observado asociaciones con el bienestar emocional.

11.4. ANÁLISIS PREDICTIVO

11.4.1. Predicción diferencial del bienestar emocional en función del tipo de cirugía y otras variables relevantes.

Para obtener los resultados de este objetivo realizamos un análisis de regresión múltiple, utilizando como variable dependiente la Depresión por una parte y la Ansiedad por otra. Como variables independientes utilizamos el tipo de cirugía, la satisfacción con la pareja, la imagen corporal, la autoestima y la sexualidad.

En el caso de la Depresión, el modelo obtuvo una $p<0.001$, lo cual indica que es significativo.

La capacidad predictiva del modelo, mediante el R cuadrado corregido es de 0.410. Esto significa que el modelo predice un 41% de la Depresión a partir de las siguientes variables ordenadas en función de su importancia en la predicción: autoestima, satisfacción con la relación, imagen corporal, funcionamiento sexual y tipo de cirugía (Tabla 20).

Tabla 20. Predicción diferencial de la Depresión en función del tipo de cirugía y otras variables relevantes.

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,663 _a	,439	,410	3,160

a. Variables predictoras: (Constante), Cirugía, RSESTOTAL, SatisfacciónRelación,FSFITOTAL, BISTOTAL

ANOVA ^b						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	742,654	5	148,531	14,877	,000^a
	Residual	948,475	95	9,984		
	Total	1691,129	100			

a. Variables predictoras: (Constante), Cirugía, RSESTOTAL, SatisfacciónRelación,FSFITOTAL, BISTOTAL

b. Variable dependiente: HADDEP

Coeficientes ^a						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	18,798	2,222		8,461	,000
	RSESTOTAL	-,288	,059	-,402	-4,903	,000
	BISTOTAL	,100	,045	,201	2,229	,028
	FSFITOTAL	-,067	,033	-,185	-2,074	,041
	Satisfacción Relación	-,409	,152	-,236	-2,696	,008
	Cirugía	-,779	,737	-,094	-1,058	,293

a. Variable dependiente: HADDEP

Como se puede observar, las variables más significativas en el caso de la Depresión, teniendo en cuenta el estadístico Beta, son (de mayor a menor): la autoestima, la satisfacción con la relación de pareja, la imagen corporal y el funcionamiento sexual.

En el caso de la Ansiedad, el modelo obtuvo una $p < 0.001$, lo cual indica que es significativo.

La capacidad predictiva del modelo, mediante el R cuadrado corregido es de 0.271. Esto significa que el modelo predice un 27.1% de la Ansiedad a partir de las siguientes variables ordenadas en función de su importancia en la predicción: autoestima, satisfacción con la relación, el tipo de cirugía, la imagen corporal y el funcionamiento sexual (Tabla 21).

Tabla 21. Predicción diferencial de la Ansiedad en función del tipo de cirugía y otras variables relevantes.

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,555 ^a	,308	,271	3,867
a. Variables predictoras: (Constante), Cirugía, RSESTOTAL, SatisfacciónRelación, FSFITOTAL, BISTOTAL				

ANOVA ^b						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	632,040	5	126,408	8,453	,000^a
	Residual	1420,733	95	14,955		
	Total	2052,772	100			
a. Variables predictoras: (Constante), Cirugía, RSESTOTAL, SatisfacciónRelación, FSFITOTAL, BISTOTAL						
b. Variable dependiente: HADANX						

Coeficientes ^a						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	23,749	2,719		8,734	,000
	RSESTOTAL	-,313	,072	-,397	-4,349	,000
	BISTOTAL	,063	,055	,115	1,146	,255
	FSFITOTAL	-,009	,040	-,022	-,226	,822
	Satisfacción Relación	-,484	,186	-,254	-2,607	,011
	Cirugía	-1,285	,901	-,141	-1,426	,157

a. Variable dependiente: HADANX

En este caso, podemos observar que las variables más significativas para la Ansiedad, teniendo en cuenta el estadístico Beta, son (de mayor a menor importancia): la autoestima y la satisfacción con la relación.

11.5. ANÁLISIS COMPARATIVO

11.5.1. OBJETIVO 1: Estudiar las relaciones entre el tipo de cirugía y las variables de estudio.

En este objetivo pretendemos estudiar la relación entre el tipo de cirugía y el bienestar emocional, la imagen corporal, la autoestima y el funcionamiento sexual. (Podemos ver los resultados más detallados en Anexo 3, Tablas 22, 23 y 24).

TIPO DE CIRUGÍA Y BIENESTAR EMOCIONAL

El tipo de cirugía que se ha aplicado a las pacientes presenta una relación significativa con la escala de Depresión. En este sentido, se observa que la mastectomía radical se relaciona con mayores niveles de depresión ($F_{129}=6.693$; $p=0.01$). Sin embargo, el tipo de cirugía no tiene relación con la escala de Ansiedad ($F_{129}=1.105$; $p=0.295$). En este caso, nuestra hipótesis que dice que la mastectomía radical se relaciona con mayores niveles de ansiedad y depresión, recibe evidencia parcial.

TIPO DE CIRUGÍA E IMAGEN CORPORAL

El tipo de cirugía, en concreto la mastectomía radical, presenta relaciones claras y significativas con la Imagen Corporal medida con la escala BIS ($F_{129}=29.940$; $p<0.001$). Así pues, la hipótesis que argumenta que la mastectomía radical se relaciona con mayores niveles de alteración en la imagen corporal, recibe evidencia.

TIPO DE CIRUGÍA Y AUTOESTIMA

En el caso de la Autoestima, medida con la escala RSES, observamos que mantiene relaciones significativas con el tipo de cirugía ($F_{129}=4.54$; $p=0.035$). También en este caso, la hipótesis que argumenta que la cirugía conservadora se relaciona con mayores niveles de autoestima que la mastectomía radical, recibe evidencia.

TIPO DE CIRUGÍA Y SEXUALIDAD

El tipo de cirugía no se relaciona con la escala de funcionamiento sexual, medido mediante la escala FSFI ($F_{129}=0.297$; $p=0.587$). Es decir, nuestra hipótesis que plantea que el tipo de cirugía influye en la sexualidad de las pacientes, no recibe evidencia.

TIPO DE CIRUGÍA Y SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN

El tipo de cirugía, en este caso la cirugía conservadora, se relaciona con mayores niveles de satisfacción en la relación de pareja ($F_{99}=11.231$; $p=0.001$), tal y como hipotetizamos.

11.6. MAPA DE RELACIONES ENTRE VARIABLES

Para hacer el mapa de relaciones entre variables mediante el programa estadístico EQS, en primer lugar hemos reorganizado algunas variables para una mayor claridad de los resultados y para facilitar el proceso de análisis de datos.

El funcionamiento sexual y la satisfacción con la pareja no lo hemos considerado en este apartado, puesto que un 23% de las mujeres no tiene pareja, y el 45% de ellas, aún teniéndola, no realizaba ningún tipo de acto sexual.

El apoyo social, lo hemos agrupado mediante las variables apoyo familiar, apoyo de amistades y apoyo de los sanitarios.

Así pues, las variables a analizar en este nuevo programa estadístico son las siguientes:

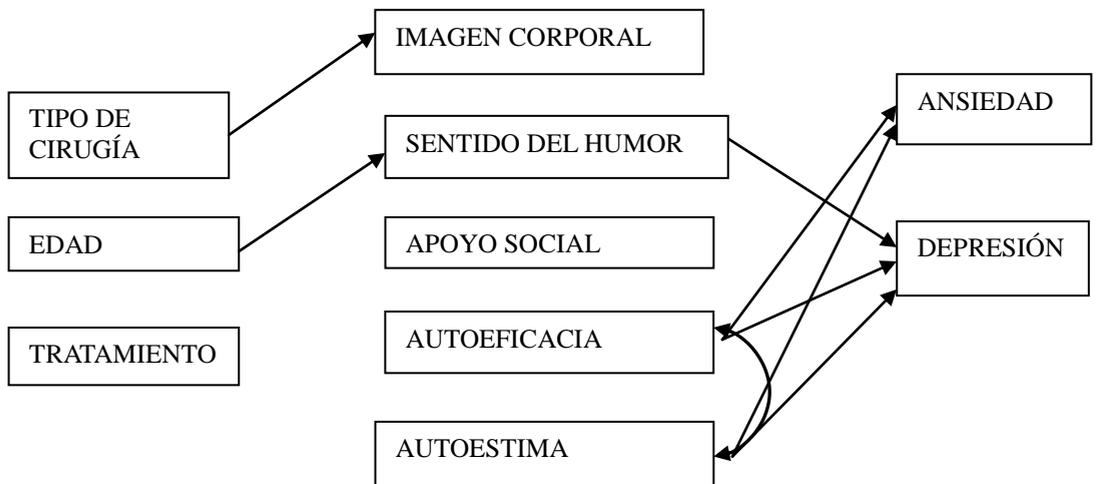
Figura 3. Variables del modelo estructural



Como se vio anteriormente, estas variables mantenían relaciones estadísticamente significativas. Por tanto, nos planteamos elaborar un modelo predictivo del bienestar emocional, tanto de la ansiedad como de la depresión. El modelo elegido es un modelo estructural de “path analysis” con variables observables, el cual pretende evaluar la capacidad predictiva de las variables analizadas en el bienestar emocional.

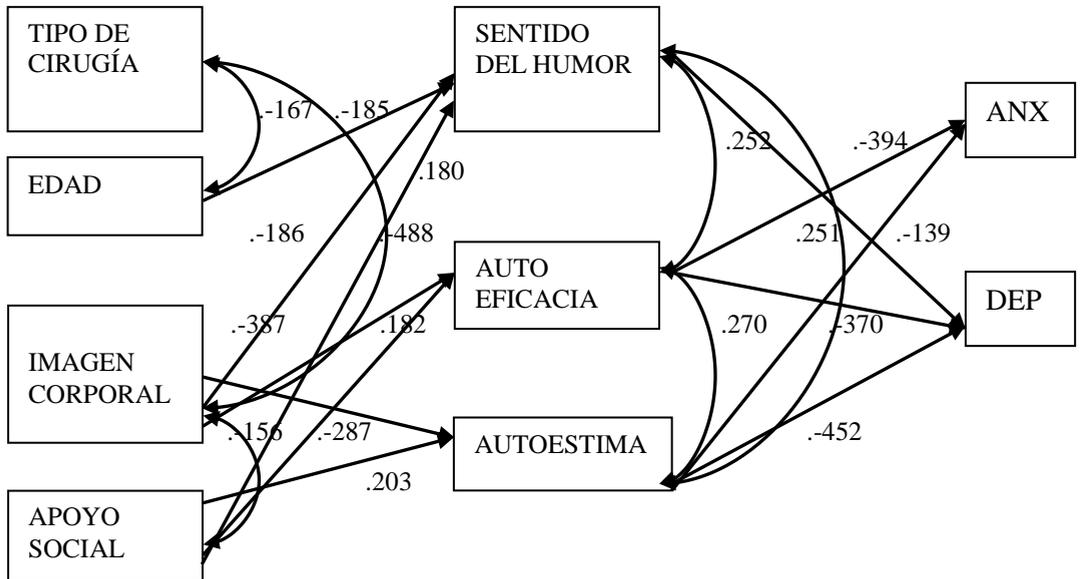
El primer modelo (figura 4) contemplaba como variables antecedentes el tipo de cirugía, la edad y el tratamiento adyuvante; como variables mediadoras la imagen corporal, la autoestima, la autoeficacia, el sentido del humor y el apoyo social; y como variables finales la ansiedad y la depresión.

Figura 4. Modelo estructural inicial



Dicho modelo obtuvo un coeficiente de Mardia de 6.022 y explicaba un 22% de la ansiedad y un 44% la depresión. Sin embargo, lo reajustamos para obtener parámetros más significativos e índices más satisfactorios, hasta obtener el modelo final (figura 5).

Figura 5. Modelo estructural final



Nota: Todas las relaciones mostradas son estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

El modelo final presenta un coeficiente de Mardia de 14.8086, y el normalizado 6.0226, ya que $p(p+2)$ siendo p las variables observables, es una cantidad menor que el coeficiente de Mardia, lo que indica que los datos de nuestro modelo presentan un comportamiento situado en el rango de la normalidad.

El estadístico Chi cuadrado es de 35.353 con 17 grados de libertad. Y los índices del ajuste global son: FIT=.904; CFI=.945; GFI= .948; RMR= .065 y RMSEA= .091.

Las variables del modelo final mantienen relaciones significativas entre ellas, a nivel $p < 0.05$.

Como podemos observar en la figura 5, la Depresión se relaciona negativamente con las variables autoestima, sentido del humor y autoeficacia. Así pues, las mujeres con una autoestima baja, poco sentido del humor y un sentimiento deficiente de la autoeficacia, presentarán mayores niveles de Depresión. Además, la imagen corporal y el apoyo social tienen efectos indirectos sobre la Depresión; las mujeres que presentan mayores alteraciones en su imagen corporal y que cuenten con menor apoyo social, presentarán más niveles de Depresión.

Por otra parte, la Ansiedad mantiene relaciones significativas y negativas con la autoestima y la autoeficacia. En este sentido, las mujeres con baja autoestima y bajo nivel de autoeficacia presentan mayores niveles de Ansiedad. Y al igual que la Depresión, la Ansiedad se ve influida mediante un efecto indirecto de las variables imagen corporal y apoyo social; las mujeres que presentan mayores alteraciones en su imagen corporal y que cuenten con menor apoyo social, presentarán más niveles de Ansiedad.

La Autoestima está explicada por la imagen corporal y el apoyo social. Las pacientes con menor alteración de su imagen corporal y que tengan apoyo social percibido tendrán niveles de autoestima más elevados.

El Sentido del Humor viene explicado por la imagen corporal, la edad y el apoyo social; las mujeres más jóvenes, con menor alteración de su imagen corporal y con apoyo social percibido, tendrán más sentido del humor.

Por último, la Autoeficacia viene explicada por la imagen corporal y el apoyo social: las mujeres con menor alteración de su imagen corporal y con apoyo social percibido presentarán mayor nivel de autoeficacia.

También es importante destacar las covarianzas entre variables, como es el caso de la Ansiedad y la Depresión, las cuales presentan una relación significativa y positiva. Las variables mediadoras, la autoestima, el sentido del humor y la autoeficacia también presentan relaciones significativas y positivas entre ellas. La imagen corporal se relaciona negativamente con el tipo de cirugía y el apoyo social; así pues, las mujeres con mastectomía radical y menor apoyo social percibido presentan mayores alteraciones en su imagen corporal. Y la edad se relaciona negativamente con el tipo de cirugía, es decir, a las mujeres más jóvenes se les ha practicado con mayor proporción cirugía conservadora.

El modelo resultante es capaz de explicar un 56,7% de la Depresión, un 42,3% de la Ansiedad, un 20,4% de la Autoeficacia, un 14,2% de la Autoestima y un 11,2% del Sentido del Humor.

DISCUSIÓN

12. DISCUSIÓN

En este apartado se presentan las principales discusiones y reflexiones que pueden derivarse de nuestro trabajo, teniendo en cuenta la literatura científica. Se incluirán unos comentarios finales sobre la investigación realizada, así como, algunas propuestas de cara a futuros estudios sobre el tema.

12.1. DISCUSIÓN DE LOS PRINCIPALES OBJETIVOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Objetivo 1. Hipótesis 1: En primer lugar, observamos que el tipo de cirugía, en concreto la mastectomía radical, se relaciona con mayores alteraciones en la imagen corporal, tales como la insatisfacción con la apariencia y con el resultado quirúrgico, la percepción de pérdida de la feminidad y la integridad corporal, la evitación de verse desnuda y el sentimiento de sentirse menos atractiva. Este resultado muestra coherencia con los resultados de los distintos artículos científicos analizados en el marco teórico (Al Ghazal et al., 2000; Avis et al., 2004; Fernández, 2004; Manos et al., 2005; Fobair et al., 2006; Sebastián et al., 2007; Quintard y Lakdja, 2008; Pintado et al., 2010; Barreto et al., 2010).

También observamos que la mastectomía radical se asocia a una menor autoestima, tal y como se argumenta en la literatura científica, en la cual se postula que la pérdida del pecho es para la mujer una fuente de malestar en torno a los sentimientos de feminidad y pérdida de autoestima y valía como mujer (Al Ghazal et al., 2000; Bertero, 2002; Sebastián et al., 2007). En este

sentido, es muy importante tener en cuenta estas variables de cara a una futura intervención psicológica, puesto que las alteraciones en la imagen corporal de las mujeres a las que se les ha quitado el pecho y la baja autoestima que presentan, pueden interferir en su bienestar emocional y su calidad de vida.

Por otra parte, en la mayoría de artículos científicos analizados al respecto, se ha observado que la cirugía conservadora se relaciona con un mayor ajuste sexual (Al Ghazal et al., 2000; Yurek et al., 2000; Compas y Luecken, 2002; Avis et al., 2004; Fobair et al., 2006; Skrzypulec et al., 2007). Sin embargo, nuestros datos concuerdan con los resultados de Schover et al. (1995), el cual no se observa relación entre el tipo de cirugía y el funcionamiento sexual. Ello puede ser debido a que un 45% de las pacientes de nuestra muestra de estudio no realizó ningún tipo de acto sexual en el mes previo a la entrevista y en este caso, no se pueden aportar datos fiables a la investigación. Sin embargo, el tipo de cirugía se relaciona con la satisfacción en la relación de pareja; las mujeres operadas con el procedimiento de mastectomía radical presentaban menos satisfacción en la relación de pareja que las mujeres con cirugía conservadora.

En cuanto a la relación entre el tipo de cirugía y el bienestar emocional, encontramos que las mujeres con mastectomía radical presentan niveles más elevados de depresión, corroborando los estudios de Ferrero y Barreto (1996) y Al Ghazal et al. (2000). Sin embargo, encontramos niveles de ansiedad similares en los dos grupos, como los trabajos de Schover et al. (1995), Ganz et al. (2002), Wong-Kim y Bloom (2005) y Pintado et al. (2011). En este punto, deberíamos considerar el modelo teórico que explica

el paso de síntomas de ansiedad a síntomas de depresión en función al tiempo cronológico, por lo que observamos una limitación en nuestro estudio que es el no recoger el tiempo desde que las pacientes fueron diagnosticadas de cáncer de mama. A pesar de ello y tal como comentamos en el procedimiento, la entrevista tuvo lugar un año después de la finalización del tratamiento médico, tiempo en el cual pudieron cambiar los síntomas de ansiedad por los de depresión.

Objetivo 2. Hipótesis 2: A diferencia de los resultados obtenidos en la literatura científica (Spencer et al., 1999; Cotton et al., 1999; Al Ghazal y cols, 2000; Ganz et al., 2002; Compas y Luecken, 2002; Tish et al., 2006; Skrzypulec y cols, 2007) observamos que las mujeres más mayores presentan niveles más elevados de depresión, y que dicha variable no se relaciona con la ansiedad ni con la imagen corporal. Este resultado puede ser debido a que no contamos con una muestra de participantes suficientemente heterogénea, ya que la mayoría de las pacientes se sitúa en el rango de edad de 45-61 años.

Probablemente en la edad influyan características específicas de cada estado evolutivo que afecten de distinta manera al bienestar emocional. Por ejemplo en las pacientes más jóvenes pueden aparecer preocupaciones sobre el trabajo, el cuidado de los hijos, u otras obligaciones que no se puedan cumplir o que aunque puedan cumplirse, se hacen más arduas debido a la enfermedad. Y todo ello promueve en las pacientes mayores niveles de ansiedad y depresión. En este sentido, sería importante contar con una muestra situada fuera de este rango de edad, para dilucidar correctamente los efectos de la edad en el bienestar emocional y la imagen corporal.

Objetivo 3, Hipótesis 3: Hemos visto la importancia de una correcta información respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad en el bienestar emocional de las pacientes, corroborando los estudios de Salander, Bergenheim y Heriksson (2000), Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas y Rasanen (2005), Litofsky et al. (2004), Janda et al. (2007), Pintado et al. (2011) y Díaz (2011), los cuales postulan que la desinformación e incertidumbre respecto a lo que sucede en su salud es una fuente de malestar.

Objetivo 4, Hipótesis 4: El bienestar emocional, tanto la ansiedad como la depresión, se ve influenciado por la autoestima, la imagen corporal y el funcionamiento sexual. Así pues, recibe evidencia nuestra hipótesis que argumenta que las pacientes con una buena imagen corporal, mayor autoestima y buen funcionamiento sexual, presentan menores niveles de ansiedad y depresión, tal y como aparece en la literatura científica (Al Ghazal et al., 2000; Yurek et al., 2000; Berterö, 2002; Compas y Luecken, 2002; Fernández et al., 2002; Petronis, Carver, Antoni y Weiss, 2003; Avis et al., 2004; Manos et al., 2005; Poinot et al., 2005; Wong-Kim y Bloom, 2005; Fobair et al., 2006; Graziottin y Rovei, 2007; Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

Objetivo 5, Hipótesis 5: Cabe destacar la relación encontrada en nuestra investigación entre el bienestar emocional y los factores protectores propuestos. Por una parte, las pacientes que sentían que estaban haciendo un gran esfuerzo para hacerle frente a la enfermedad y no se sentían

personalmente capaces de salir de ella, presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión.

Además, las pacientes que se consideraban a sí mismas poseedoras de sentido del humor y que realizaban mayor número de actividades agradables a la semana (por ejemplo pasear, leer, etc.) presentaban menos síntomas de ansiedad y depresión, corroborando el estudio de Martín y Lefcourt (1983).

Por otra parte, el apoyo social percibido se relaciona con menores niveles de depresión. Esto es, la percepción de contar con el apoyo de familiares, amigos e incluso del equipo médico, aparece en nuestro estudio como un posible factor de protección contra la depresión, corroborando los resultados encontrados en los artículos científicos analizados (Schover et al., 1995; Compas y Luecken, 2002; Ganz et al., 2002; Carver et al., 2005).

En cuanto los aspectos en que evaluamos en la resiliencia, encontramos que las pacientes que creen que la enfermedad ha significado un cambio positivo para ellas, como el ver la vida de forma distinta y les ha servido para estar más atentas y disfrutar de las pequeñas cosas y dejar de sufrir por cosas insignificantes, presentan mayor bienestar emocional y niveles más bajos en ansiedad y depresión.

Como hemos podido observar en el marco teórico, el sentido del humor y la resiliencia se han estudiado básicamente en relación con eventos estresantes, entre ellos, el haber tenido un cáncer, pero no específicamente en el cáncer de mama. Hay pocos estudios que investiguen la influencia de estos factores protectores en el cáncer de mama, y en ellos se destaca la importancia de

observar estas variables como un mecanismo de afrontamiento que puede ser útil considerar a la hora de implementar los tratamientos psicológicos. Nuestros resultados, reflejan la relación existente entre dichas variables y el bienestar emocional, corroborando los resultados de otros autores que investigaron al respecto (Helgeson et al., 2004; Costanzo et al., 2009; Hou et al., 2010).

Objetivo 6, Hipótesis 6: El bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama se ve afectado por circunstancias médicas como el tratamiento con quimioterapia, que ha sido el más estudiado por presentar mayores efectos adversos. Sin embargo, tanto la radioterapia como la terapia hormonal, afectan también al bienestar emocional. En nuestro trabajo, la gran mayoría de las pacientes había recibido algún tipo de tratamiento, por ello no podemos comparar el bienestar emocional teniendo en cuenta la ausencia o presencia del mismo. Y en cuanto al tipo de tratamiento, no encontramos diferencias significativas.

12.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones de nuestro estudio es que contamos con una muestra pequeña y homogénea en cuanto a edad, situándose la mayoría entre los 45 y 61 años. Esta limitación afecta principalmente a los objetivos donde se quiere comparar la edad con otras variables.

En cuanto a la evaluación del bienestar emocional, éste ha sido ampliamente estudiado en pacientes con cáncer de mama, sin embargo, su evaluación no es específica de esta enfermedad. Así pues, consideramos de gran importancia tener en cuenta las variables analizadas en este trabajo, para poder profundizar en las características específicas del bienestar emocional en el cáncer de mama. También es el caso de la evaluación de la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama, ya que la mayoría de las escalas que miden la imagen corporal se basan en trastornos alimentarios o dismórficos.

Por su parte, los factores protectores estudiados no cuentan con suficiente base empírica en el cáncer de mama, puesto que hay muy pocos estudios al respecto y sería necesario indagar más en ello y crear medidas de evaluación adecuadas.

Por último, otra de las limitaciones de nuestro estudio es la evaluación y el estudio del funcionamiento sexual, ya que como comentamos anteriormente, un 45% de nuestras participantes no había realizado ningún acto sexual el mes anterior a la evaluación.

12.3. PROPUESTAS PARA LA INVESTIGACIÓN FUTURA

En base a nuestros resultados, y teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres que padecen cáncer de mama, proponemos lo siguiente:

- Aumentar la muestra de participantes y hacer grupos de edad más heterogéneos, para poder dilucidar correctamente los efectos de la edad en el bienestar emocional.
- La creación de escalas que midan el bienestar emocional y la imagen corporal, teniendo en cuenta las características de esta enfermedad.
- Indagar en el estudio de los factores protectores, puesto que hemos observado una relación entre dichos factores y el bienestar emocional. Pormenorizar su estudio, y crear escalas adaptadas al cáncer de mama. Estos factores, basados en la psicología positiva, serían de gran importancia en las intervenciones psicológicas que tengan como objetivo mejorar el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama.

CONCLUSIONES

13. CONCLUSIONES

- El tipo de cirugía, en concreto la mastectomía radical se asocia a un mayor nivel de depresión, peor imagen corporal y baja autoestima.
- Es importante contar con una muestra heterogénea en cuanto a edad para poder observar los efectos de dicha variable en el bienestar emocional e implementar protocolos de intervención adaptados a las necesidades de los diferentes grupos de edad.
- La información médica respecto al diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad influyen en el bienestar emocional de las pacientes.
- El bienestar emocional se relaciona con la imagen corporal, la autoestima y el funcionamiento sexual. Las pacientes que presentan alteraciones en su imagen corporal, una baja autoestima y un funcionamiento sexual inadecuado, tienen niveles elevados de ansiedad y depresión.
- Los factores protectores, tales como el apoyo social percibido, la autoeficacia, el sentido del humor y la resiliencia, se asocian con el bienestar emocional.

***REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

14. REFERÉNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Ghazal S., Fallowfield L., Blamey R. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36: 1938-1943.

Al-Ghazal S, Sully L, Fallowfield L, Blamey R. (2000). The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol*, 26:17-19.

Andersen B., LeGrand J.(1991). Body image for women: Conceptualization, assessment, and a test of its importance to sexual dysfunction and medical illness. *The Journal of Sex Research*, 28: 457-477.

Andersen, B., Broffitt, B. (1988). Is there a reliable and valid self-report measure of sexual behavior?. *Archives of sexual behavior*, 17 (6): 509-525.

Andersen, B., Broffitt, B., Karlsson, J., Turnquist, D. (1989). A psychometric analysis of the sexual arousability index. *Journal of consulting and clinical psychology*. 57 (1): 123-130.

Anillo L. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26: 241-248.

Avia M., Vázquez C. (1999). *Optimismo Inteligente*. Madrid, Alianza Editorial.

Avis N., Crawford S., Manuel J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 13: 295-308.

Baile, J.I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal?. *Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades*, 2: 53-70.

Bandura A. (1982). Self-efficacy mechanism human agency. *American Psychologist*, 37 (2): 122-147.

Bárez M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona.

Barreto P, Pintado M.S, Giménez J, Quilis M, Asensio I, Fando T, García S, Vázquez C. (2010). *La imagen corporal en pacientes con cáncer de mama*. 16th SIS World Congress y 29 Congreso Nacional SESPM, 20-22 de Octubre de 2010, Valencia.

Barreto P., Díaz J., Pintado S., De la Torre O., Llácer L., Diego R., Blasco K., Sánchis M., Muntó E., Berenguer M. Pérez M. (2011). *Relación entre la comunicación de la enfermedad y el bienestar emocional en pacientes con glioblastoma multiforme y cáncer de mama*. IX Congreso Nacional de Psicología Clínica. Libro de resúmenes, 342-343. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

Barreto P., Díaz J., Pintado S., De la Torre O., Llácer L., Diego R., Blasco K., Sánchis M., Muntó E., Berenguer M. Pérez M. (2011). *Relación entre la comunicación de la enfermedad y el bienestar emocional en pacientes con glioblastoma multiforme y cáncer de mama*. *Situación actual de la Psicología Clínica*, 190-192.

Barreto P., Martínez E. (1987). *¿Depresión y cáncer o adaptación y cáncer?*. *Boletín de Psicología*, 14: 125-146.

Barreto P., Pintado S. (2011). *Imagen corporal y cáncer de mama*. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 24 (2): 54-59.

Barreto, M. P., Ferrero, J. y Toledo, M. (1993). *La intervención psicológica en pacientes de cáncer*. *Clínica y Salud*, 4(3): 253- 262

Barreto, P. y Rodríguez, E. (2010). *Tratamiento psicológico en cáncer de mama*. *Manual de práctica clínica en senología*. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 1: 72-76.

Bayés R. (1985). *Psicología oncológica*. Ed. Martínez Roca, Barcelona.

Beisecker, A., Cook, MR., Ashworth, J. (1997). *Side effects of adjuvant chemotherapy: perceptions of node-negative breast cancer patients*. *Psycho-Oncology*, 6(2):85-93.

Bellver, A (2007). *Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama*. *Psicooncología*, 4 (1): 133-142.

Berterö, C. (2002). *Affected self-respect and self-value: the impact of breast cancer treatment on self-esteem and QoL*. *Psycho-Oncology* 11: 356-364.

Bloom J., Stewart S., Chang S., Banks P. (2004). *Then and now: quality of life of young breast cancer survivors*. *Psycho-Oncology* 13: 147-160.

Boman L., Björvell H., Langius A., Cedermark B. (1999). *Two models of care as evaluated by a group of women operated on for breast cancer with regard to their perceived well-being*. *European of Journal Cancer Care*, 8: 87-96.

Bonanno G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1): 20-28.

Bonanno G., Field N., Kovacevic A., Kaltman S. (2002). Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28: 184-196.

Bonanno G., Wortman C. Lehman D., Tweed G., Haring M., Sonnega J. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18 months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164.

Calhoun L.G. y Tedeschi R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Carbelo B., Jáuregui E. (2006). Emociones Positivas: Humor Positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27(1): 18-30.

Cardenal MC., Rodríguez A., Cruzado J.A., González A., González M.J., Roa A. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida durante las fases de cribado mamográfico en mujeres de la Comunidad de Madrid. *Psicooncología*, 5 (1): 129-146.

Carver C. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 66: 607-619.

Carver C., Pozo-Kaderman C., Price A., Noriega V., Harris S., Derhagopian R., Robinson D., Moffat F. (1998). Concerns about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60: 168-174.

Carver C., Smith R., Antoni M., Petronis V., Weiss S., Derhagopian R. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology* 24 (5): 508–516.

Carver C.S., Pozo C., Harris S.D., Noriega V., Scheier M.F., Robinson D.S., Ketcham A.S., Moffat F.L., Clark K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of personality and social psychology*, 65: 375-390.

Cella D. (1997). *F.A.C.I.T (Functional assessment of chronic illness therapy)*. Center on Outcomes Research and Education CORE.

Clark, G., Osborne, C., McGuire, W. (1984). Correlations between estrogen receptor, progesterone receptor, and patient characteristics in human breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2: 1102-1109.

Coates, A., Abraham, S., Kaye S. (1983). On the receiving end patient perception of the side-effects of cancer chemotherapy. *European Journal of Cancer and Clinical Oncology*, 19(2):203–208.

Compas B., Luecken L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 11(3): 111-114.

Costanzo E., Ryff C., Singer B. (2009): Psychological adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, 28 (2): 147-156.

Cotton S., Levine E., Fitzpatrick C., Dold K., Targ E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 8: 429-438.

Cousson-Gélie F., Bruchon-Schweitzer M., Dilhuydy J., Jutand M. (2007). Do anxiety, body image, social support and coping strategies predict survival in breast cancer? A ten-year follow-up study. *Psychosomatics*, 48 (3): 211- 216.

Coutu D. (2002). How Resilience work. *Harvard Business Review*.

Cruzado J.A. (2006). La formulación clínica en psicooncología: un caso de depresión, aversión a alimentos y problemas maritales en una paciente de cáncer de mama. *Psicooncología*, 3 (1): 175-187.

Dean C., Chetty U. (1993). Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet*, 1: 459-462.

Derogatis L.R. (1975). *The Psychosocial Adjustment to Illness Scale: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Johns Hopkins University Press, Baltimore MD.

Derogatis L.R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory*. National Computer Systems, Inc: Mineapolis, MN.

Díaz JL. (2010). *Relación entre el bienestar emocional y el proceso de comunicación de malas noticias y toma de decisiones en personas diagnosticadas de glioblastoma multiforme*. Tesis Doctoral, Universitat de València.

Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.

Ellison, C. W. y Smith, J. (1991). Toward an integrative measure of health and well-being. *Journal of Psychology y Theology, Special Issue*, 19(1), 35-48.

Fernández A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (2): 169-180.

Fernández M.S., de González M.O., Múnera A.M. (2002). La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín, 1999. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 179-183.

Ferrero J., Toledo M., Barreto P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27 (1): 87-102.

Ferrero, J. y Barreto, M.P. (1992). Algunas consideraciones sobre las relaciones entre psicología y cáncer. *Oncología*, 15: 434- 440.

Fertig, D.L. (1997). Depression in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis, and treatment. *The Breast Journal*, 3: 292-302.

Fobair P., Stewart S., Chang S., D'Onofrio C., Banks P., Bloom J. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 15: 579-594.

Fonagy P., Steele M., Steele H., Higgitt A., Target, M. (1994). The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 231-257.

Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*, 61: 41-50.

Franzoi S., Shields S. (1984). The body esteem scale: Multidimensional structure and sex differences in coUege population. *Journal of Personality Assessment*, 48:173-178.

Fredrickson B. y Tugade M. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-27.

Freedman, T (1994). Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 17(4):334–341.

Gable S., Haidt J. (2005). What (and why) is positive psychology?. *Review of General Psychology*, 9 (2): 103-110.

Ganz P., Desmond K., Leedham B., Rowland J., Meyerowitz B., Belin T. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94 (1): 39-49.

García-Viniegras C., González M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27: 72-80.

Gerard D. (1982). Sexual functioning after mastectomy: Life versus lab. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8: 305-315.

Graiottin A., Rovei V. (2007). Sexuality after breast cancer. *Sexologies* 16: 292-298.

Grau J., Llantá M., Chacón M., Fleites G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Revista Cubana de Oncología*, 15 (1): 49-65.

Grotberg (1997). *La resiliencia en acción*. Universidad Nacional de Lanús, Fundación Van Leer.

Han W., Collie K., Koopman C., Azarow J., Classen C., Morrow G., Michel B., Brennan-O’neill E., Spiegel D. (2005). Breast cancer and problems with medical interactions: relationships with traumatic stress, emotional self-efficacy, and social support. *Psycho-Oncology*, 14: 318–330.

Hanson Frost M., Suman V., Rumans T., Dose A., Taylor M., Novotny P., Johnson R., Evans R. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-oncology*, 9: 221-231.

Helgeson V., Snyder P., Seltman H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23 (1): 3-15

Hernández M., Cruzado J.A., Arana Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4 (1): 179-191.

- Hernandez, P; Forner, E; Barreto, P; Garcia Conde, J; Lluch, A (1995). Personalidad y cognición en pacientes con cáncer. *Anales de Psiquiatría*, 1(7): 290-294.
- Herrero, M.J., Blanch, J., Peri, J.M., De Pablo, J., Pintor, L., Bulbena, A. (2003). A Validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25: 277-283.
- Hopwood P., Fletcher I., Lee A., Al Ghazal S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37: 189-197.
- Hou W.K., Law C.C., Yin J., Fu Y.T. (2010). Resource loss, resource gain and psychological resilience and dysfunction following cancer diagnosis: a growth mixture modeling approach. *Health Psychology*, 20(5): 484-495.
- Inbar J. (2004). Modelo Integrativo enfocado en las soluciones para el desarrollo de la resiliencia individual y familiar. *Perspectivas Sistémicas* nº 94/95.
- Informe sobre la prevalencia del cáncer de mama de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).
- Jorquera M., Baños R.M., Perpiñá C., Botella C. (2005). La Escala de Estima Corporal (BES): Validación en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (3): 173-192.
- Kalawski J.P., Haz A.M. (2003). Y... ¿Dónde Está la Resiliencia? Una Reflexión Conceptual. *Interamerican Journal of Psychology*, 37(2): 365-372.
- Karademas E., Karvelis S., Argyropoulou K. (2007). Short communication: stress - related predictors of optimism in breast cancer survivors. *Stress and Health* 23: 161-168.
- Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Cousson-Gélie F, Gilliard J, Quintard B. (2002). The body-image questionnaire: an extension. *Percept Mot Skills* , 94 (1):189-96.
- Lam W., Fielding R. (2007). Is self-efficacy a predictor of short-term post-surgical adjustment among Chinese women with breast cancer?. *Psycho-Oncology* 16: 651-659.
- Lemieux J., Maunsell E., Provencher L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology* 17: 317-328.

- Lepore S., Glaser D., Roberts K. (2008). On the positive relation between received social support and negative affect: a test of the triage and self-esteem threat models in women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 17: 1210–1215.
- López S., Neipp M.C., Pastor M.A., Terol M.C., Massutí B. (2004). Creencias de autoeficacia y conducta de autoexploración en mujeres con cáncer de mama. En *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*, Salanova M. y cols., Universidad Jaume I. Servicio de comunicación y publicaciones.
- Lyubomirsky, S. y Dickerhoof, R. (2006). *Subjective well-being*. In J. Worell y C. D. Goodheart (Eds.), *Handbook of girls' and women's psychological health: Gender and well-being across the lifespan*. (pp. 166-174). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Maguire, P. (2000). Managing psychological morbidity in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 36, 556-558
- Manos D., Sebastián J., Bueno M.J., Mateos N., De la Torre A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología* 2 (1): 103- 116.
- Martin R.A., Lefcourt H.M. (1984). Situational humor response questionnaire: quantitative measure of sense of humor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47: 145- 155.
- Martin, R.A., Lefcourt, H.M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 520-525.
- Maunsell, E, Brisson, C, Dubois, L, Lauzier, S, Fraser, A. (1999). Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncology*, 8(6):467–473.
- Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin*, 8:108-31.
- Meyerowitz, B., Sparks, F., Spears, I. (1979). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma: psychosocial implications. *Cancer*, 43(5):1613–1618.
- Narvárez A., Rubiños C, Cortés-Fuentes F, Gómez R., García A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología* 5 (1): 93-102.

Nerenz, D., Leventhal, H., Love, R., Ringler, K. (1984). Psychological aspects of cancer chemotherapy. *International Review Applied Psychology*, 33:521-529.

Olivares G, Naranjo M.E., Alvarado S. (2007). Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *Gamo* 6 (4): 87-90.

Paton D, Smith L., Violanti J., Eräen L. (2000). Work-related traumatic stress: Risk, vulnerability and resilience. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Springfield, IL: C. C. Thomas.

Petronis V., Carver C., Antoni M., Weiss S. (2003). Investment in body image and psychosocial well-being among women treated for early stage breast cancer: partial replication and extension. *Psychology & Health* 18 (1): 1-13.

Pintado M.S, De la Torre O., Blasco K., Giménez J., Merck B., Guinot J.L., Quilis M., Almenar D., Llorente R.M., Asensio I., Mallol P., Turanzo A., Pérez M., Vázquez C., Barreto P. (2010). *Imagen corporal y cáncer de mama*. VII Congreso Iberoamericano de Psicología, 20-24 julio 2010, Oviedo.

Pintado S., Barreto P. (2011). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 24 (4): 130-140.

Pintado S., Barreto P. (2011). *La Resiliencia*. Universidad de Puebla, México. En prensa.

Pintado, S., De la Torre, O., Blasco, K., Alonso, L., Diego, R., Muntó, E., y cols. (2011). *Bienestar Emocional y Autoestima en Mujeres con Cáncer de Mama*. I Jornada de Innovación en la Investigación, Valencia.

Poinsot R., Brédart A., This P., De La Rochefordière A., Dolbeault S. (2005). The impact of hormone treatment on the quality of life and sexuality of breast cancer patients. *Rev. Francoph Psycho-Oncologie*, 3: 161-169.

Radloff L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1: 385-401.

Raich RM. (2000). ¿Qué es la imagen corporal?. En: Raich RM, editor. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Revenson T., Wollman C., Felton B. (1983). Social supports as stress buffers for adult cancer patients. *Psychosomatic Medicine* 45 (4): 321-331.

Rogers L., McAuley E., Courneya K., Verhulst S. (2008). Correlates of physical activity self-efficacy among breast cancer survivors. *American Journal of Health Behavior*, 32 (6): 594-603.

Rojas Marcos L. (2010). *Superar la adversidad: El poder de la resiliencia*. Espasa Libros, Madrid.

Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Med. Clin. Condes*; 17 (4): 194 – 197.

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26: 191-208.

Rosenberg M. (1965). *Society and Adolescent Self-image*. Princenton University Press, Princenton NJ.

Saavedra E. (2004). *El Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de intervenir educativamente en la formación de sujetos Resilientes: Estudio de Casos*. Tesis Doctoral Universidad Valladolid.

Schag C.A., Heinrich R.L., Aadrandl R.L. (1990). Assessing problems of cancer patients: psychometric properties of the cancer inventory of problem situations. *Health psychology*, 9: 83-102.

Schover L., Yetman L., Tuason L., Meiser E., Esselsfym C., Hermann R., Grundfest-Broniatowski S. and Dowden R. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75 (1): 54-64.

Schover L.R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 41 (2): 112-120.

Schover L.R. (1997). *Sexuality and Fertility after Cancer*. London: John Wiley & Sons.

Schover, L.R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *A Cancer Journal for Clinicians*, 41: 112-120.

- Sebastián J., Manos D., Bueno M.J., Mateos N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18 (2): 137-161.
- Seligman M., Csikszentmihalyi M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American psychologist*, 55 (1): 5-14.
- Seligman M., Parks A., Steen T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B.*, 359: 1379- 1381.
- Seligman M., Steen T., Park N., Peterson C. (2005). Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American psychologist* 60 (5): 410-421.
- Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Skrzypulec V., Tobor E., Drosdzol A., Nowosielski K.(2007). Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 613–619.
- Spencer S., Lehman J., Wynings C., Arena P., Carver C., Antoni M., Derhagopian R., Ironson G., Love N. (1999). Concerns About Breast Cancer and Relations to Psychosocial Well-Being in a Multiethnic Sample of Early-Stage Patients. *Health Psychology* 18 (2): 159-168.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press.
- Suárez D. (2004). Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. *Revista electrónica Psicología Científica.com*.
- Svebak S. (1974). Revised questionnaire on the sense of humor. *Scandinavian Journal of Psychology*, 15, 328-331.
- Svebak S. (1996). The development of sense of humor questionnaire: from SHQ to SHG-G. Humor. *International Journal of Humor Research*, 9(3-4): 341-361.
- Taquet A. (2005). Breast cancer and sexuality. *Rev. Francoph Psycho-Oncologie*, 3: 170-174.
- Taylor S., Lichtman R., Wood J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology* , 46 (3): 489-502.

Thorson J.A., Powell F.C. (1991). Measurement of sense of humor. *Psychological Reports*, 69: 691-702.

Tish M. (2006). The influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. *The Oncologist*, 11: 96–110.

Toledo M, Ferrero J, y Barreto MP. (1996). Cirugía del cáncer de mama y valoración de la calidad de vida global. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 18: 43- 46.

Toledo, M., Barreto, M.P. y Ferrero, J. (1993). Cáncer de mama. Repercusiones psicosociales. *Informació Psicològica*, 51: 71- 76.

Toledo, M., Ferrero, J. y Barreto, M. P. (1994). Aspectos psicológicos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 28: 82- 90

Torras M.T., Pedregosa M., Català M., Paredes E., García A., Masgrau X., Roig I., Modéjar A. (2005). Depresión y cáncer de mama, ¿hay alguna relación entre ellos?. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 73: 20-23.

Urcuyo K., Boyers A., Carver C., Antoni M. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health* 20 (2): 175–192.

Vanistendael S. (2003). La resiliencia en lo cotidiano. En: Manciaux, M.: *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, 2003.

Vázquez A., Jiménez R., Vázquez R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología* 22 (2): 247-255.

Vázquez C. (2006) La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del psicólogo* 27 (1): 1-2.

Vázquez C., Pérez-Sales P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9 (2-3): 231-254.

Vecina M.L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del psicólogo* 27 (1): 9-17.

Vera B, Carbelo B, Vecina M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1): 40-49.

Vera B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del psicólogo* 27 (1): 3-8.

Wagnild G, Young HM. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience Scale. *J Nurs Meas*, 1: 165-177.

Werner E., Smith R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York, McGraw-Hill.

Wimberly S., Carver C., Antoni M. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology & Health* 23 (1): 57-72.

Wong-Kim E., Bloom J. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology* 14: 564–573.

Worchel S., Cooper J., Goethals G., Olson J. (2002). *Psicología social*. Cengage Learning Ed.

Yurek D., Farrar W., Andersen B. (2000). Breast cancer surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *J Consult Clin Psychol.*, 68 (4): 697–709.

Zachariae R., Pedersen C., Jensen A., Ehrnrooth E., Rossen P., Von der Maase H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer* 88: 658 – 665.

Zhao W., Whu J., Zhu M., Fam S., Si S., Lian H. (2001). Depression, anxiety and coping style in patients with breast cancer. *Chinese Journal of Clinical Psychology* 9 (4): 286-289.

Zigmond A., Snaith R. (1983). The Hospital Depression and Anxiety Scale. *Acta psychiat scand*, 67: 361-370.

ANEXOS

15.ANEXOS

15.1. ANEXO I. Consentimiento informado



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de este documento de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación está dirigida por la profesora Pilar Barreto Martín, de la Universidad de Valencia. La meta de esta investigación es estudiar el bienestar emocional, la imagen corporal y la sexualidad de las pacientes que presentan cáncer de mama.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar unos cuestionarios.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede solicitar aclararlas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

D. Fernando A. Verdú Pascual, Profesor Titular de Medicina Legal y Forense, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 18 de noviembre de 2009, una vez estudiado el proyecto de investigación titulado: *“Bienestar emocional, cáncer de mama, imagen corporal, sexualidad, autoestima, factores psicológicos”*, cuya investigadora principal es Dña. Pilar Barreto Martín, ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a diecinueve de noviembre de dos mil nueve.

ACUERDO DE COLABORACIÓN ENTRE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SENOLOGÍA Y PATOLOGÍA MAMARIA Y LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA. ESTUDI GENERAL, DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS, FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA, ESTUDI GENERAL

Valencia, 24 de Septiembre de 2009

COMPARECEN

De una parte la **Fundación Española de Senología** con CIF G61404299 y sede en Plaza Alfredo Cordell nº13, 2º, 46021 Valencia; y en su nombre y representación D. **Carlos Vázquez Albaladejo** actuando en calidad de **Presidente** con DNI 19486117-A.

De otra parte D. **Mª Pilar Barreto Martín**, Catedrática del **Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, Estudi General**, con sede social en Av. Blasco Ibáñez, 21 de Valencia, con la protestad que le confiere los artículos 218 y 220 de los Estatutos de la Universitat de València previo acuerdo favorable del Consejo de Departamento o de la Junta Permanente.

Ambos representantes, reconociéndose mutuamente capacidad jurídica suficiente, suscriben el presente documento y, al efecto,

EXPONEN

- 1.- Que las partes tienen objetivos e intereses comunes en los campos de la investigación, formación y asistencia.
- 2.- Que para contribuir a la mejora del bienestar de las personas es de fundamental importancia que se establezcan relaciones de cooperación en los campos de la ciencia y la cultura dentro del área de la salud.
- 3.- Que por tanto las partes consideran conveniente acrecentar sus relaciones estableciendo para ello los instrumentos adecuados.

Y a tal efecto, deciden suscribir un Acuerdo de Colaboración de acuerdo a las siguientes,

CLÁUSULAS

PRIMERA. Objeto.- El objeto del presente Acuerdo es la colaboración entre la profesora **Mª PILAR BARRETO MARTÍN** del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología y la Entidad para la cooperación en el desarrollo de proyectos de investigación en el área de la salud.

SEGUNDO. Compromisos de las partes.- Con objeto de satisfacer los objetivos definidos en el artículo anterior, ambas partes se comprometen en la medida de los medios que puedan disponer, y conforme a las normas de cada Institución y de cada Estado, en su caso:

- a) Estructurar, desarrollar y difundir investigaciones conjuntas de interés común.
- b) Asesoramiento mutuo en cuestiones relacionadas con la actividad de ambas partes.
- c) Colaborar una base de datos y registros útil a los intereses en común.
- d) Cuantas otras sean consideradas de interés mutuo, dentro de las disponibilidades de las partes y de las actividades que constituyen el objeto del presente Acuerdo.

TERCERA. Personal implicado.

La relación de personas que participan en las actividades que se deriven del objeto del presente acuerdo son las que figuran en el anexo I, siendo los responsables del seguimiento y cumplimiento del presente Acuerdo la profesora **M^a PILAR BARRETO MARTÍN** por parte del Departamento y **D CARLOS VÁZQUEZ ALBALADEJO** por parte de la Entidad.

CUARTA. Ampliación de la Cooperación

Si se produjese, de común acuerdo, la realización de alguna acción concreta no prevista en este documento, dicha acción será objeto de un contrato entre ambas partes en los que figurarán el objeto de la colaboración, el plan de trabajo, los participantes y la financiación. Dichos contratos serán incorporados como adenda al presente Acuerdo.

QUINTA. Financiación.

Las partes sobre la base de una justa reciprocidad, intentarán, recabar fondos de financiación externos que serán utilizados para apoyar las actividades que se realicen en el ámbito de este Acuerdo.

SEXTA. Sentido del Acuerdo.

El presente Acuerdo no debe interpretarse en el sentido de haber creado una relación legal o financiera entre las partes. El mismo constituye una declaración de intenciones cuyo fin es promover auténticas relaciones de beneficio mutuo en materia de colaboración. Y no conlleva coste económico para ninguna de las partes, con lo cual la aplicación del presente Acuerdo no supondrá percepción económica alguna para las partes implicadas.

SÉPTIMA.- Duración

El Acuerdo aquí suscrito tendrá validez mínima a partir de la fecha de su firma, de **dos** años, después de los cuales se renovará automáticamente al finalizar el tiempo fijado por un periodo similar y podrá resolverse en cualquier momento previa comunicación por escrito.

OCTAVA.- Discrepancias

Las partes se comprometen a resolver de manera amistosa cualquier desacuerdo que pueda surgir en el desarrollo del presente acuerdo. Todo ello sin perjuicio de poder interponer los recursos que se estimen oportunos ante la jurisdicción competente. Y en prueba de conformidad de cuanto antecede, firman por duplicado el presente documento en el lugar y fecha arriba indicada.

POR LA ENTIDAD

LA PROFESORA RESPONSABLE

15.2. ANEXO II. Instrumentos de evaluación

ENTREVISTA INICIAL

DATOS PERSONALES

Iniciales: _____

Edad: _____

DATOS MÉDICOS

Diagnóstico: _____

Tipo de Cirugía:

- Cirugía conservadora
- Mastectomía radical
- Mastectomía + reconstrucción

Tipo de Tratamiento Adyuvante:

0. Ninguno

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Braquiterapia
- Hormonoterapia
- Combinado (Radioterapia/Braquiterapia + Quimioterapia)
- QT o RT o BT + Hormonoterapia

Antecedentes familiares de cáncer:

- No
- Familiares de 1º grado (padres, hermanos)
- Familiares de 2º grado (abuelos, tíos)

Fecha de la próxima revisión médica (en meses):

HISTORIA PSICOPATOLÓGICA PREVIA

¿Existe historia psicopatológica previa? 0.NO 1.SÍ

¿Diagnóstico? (DSM-IV) _____

Explicitar situación actual _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Estado Civil

1. Soltero/a
2. Pareja de hecho
3. Casado/a
4. Separado/a-divorciado/a
5. Viudo/a

Cuidador principal:

1. Propia Paciente
2. Pareja
3. Hijos
4. Padres
5. Otros

Situación laboral actual:

1. Empleada
2. Ama de casa
3. Estudiante
4. Incapacidad laboral transitoria
5. Incapacidad laboral permanente
6. Jubilada
7. Desempleada
8. Otros

Nivel de estudios:

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Bachillerato elemental
- Bachillerato superior
- Diplomatura
- Licenciatura
- Posgrado
- Otros

INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

Conocimiento del diagnóstico:

1. No es conocedora
2. Ligeramente conocedora
3. Bastante conocedora
4. Totalmente conocedora

Conocimiento del tratamiento y curso de la enfermedad:

1. No es conocedora
2. Ligeramente conocedora
3. Bastante conocedora
4. Totalmente conocedora

Conocimiento del pronóstico/gravedad:

1. No es conocedora
2. Ligeramente conocedora
3. Bastante conocedora
4. Totalmente conocedora

¿Hasta que punto cree que fue comprensible la información que le dieron sobre su enfermedad? (0-10)_____

¿Hasta qué punto le hubiese gustado participar en las decisiones que se toman sobre su enfermedad? (0-10)

¿En qué medida cree que participó en esas decisiones? (0-10) _____

APOYO SOCIAL

¿Hasta qué punto se siente satisfecho con el apoyo que recibe de su familia más cercana?
(0-10) _____

¿y de sus amigos? (0-10) _____

¿Hasta qué punto se siente satisfecho con el equipo de profesionales?(0-10) _____

¿Cree que alguien podría hacer algo por usted para que se sintiera mejor?

1. No 2. Pareja 3. Familiares 4. Equipo médico 5. Amigos 6. Otros

¿Qué? 1. Apoyo emocional
 2. Apoyo instrumental (ayuda en tareas de casa, trabajo,...)

RELACIÓN SENTIMENTAL

¿Cómo describiría su relación de pareja?

- 0.No tiene 1.Mala 2.Regular 3.Buena 4.Muy buena

¿ Cuán satisfecha está con su relación? (muy insatisfecha: 0 – muy satisfecha: 10) __

EVENTOS VITALES

¿Le ha ocurrido algún acontecimiento especialmente difícil o doloroso para usted últimamente?

1. No
2. Enfermedad propia
3. Enfermedad/muerte de persona querida
4. Problemas en relaciones interpersonales (discusiones, peleas,...)
5. Problemas laborales
6. Otros

¿Cuándo ocurrió? 1.Menos de 1 año 2.De 1 a 3 años 3.De 3 a 5 años

¿Qué cosas pensó o hizo para resolverlo o para sentirse mejor?

1. Afrontamiento centrado en la emoción (búsqueda de apoyo social, superstición, reinterpretación positiva, aceptación, desahogarse,...)
2. Afrontamiento centrado en el problema (afrontamiento, planificación,...)

RECURSOS PERSONALES Y AFRONTAMIENTO

¿Hasta qué punto encuentra dificultad para hablar de sus sentimientos? (nada: 0-
muchísimo: 10) _____

¿Cuánto esfuerzo le cuesta hacer frente a esta situación? (ningún esfuerzo: 0 –
muchísimo:10) _____

¿Se siente capaz de afrontar su situación? (nada: 0 – muchísimo:10) _____

RESILIENCIA

Desde que tiene la enfermedad ¿Qué cree que es lo que le ayuda a sentirse mejor?

1. Apoyo emocional
2. Actividades de ocio
3. Trabajo
4. Otros _____

¿Qué ha significado para usted haber tenido cáncer?

1. Ha cambiado mi forma de ver la vida
2. Valorar más las cosas
3. Ha supuesto un estrés
4. Otros _____

SENTIDO DEL HUMOR

¿Se considera usted una persona con sentido del humor? 0. No 1. Sí

¿El sentido del humor le ayudó a adaptarse mejor a la enfermedad? (muy poco 0 – mucho
10)

¿Con qué frecuencia realiza actividades agradables a la semana? (nunca 0 – cada día 10)

HADS

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.

1. Me siento tenso o “nervioso”

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

- Definitivamente, y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un poco, pero no me preocupa
- Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- Al igual que siempre lo hice
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- La mayoría de las veces
- Con bastante frecuencia
- A veces, aunque no muy a menudo
- Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

- Nunca
- No muy a menudo
- A veces
- Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

- Por lo general, en todo momento
- Muy a menudo
- A veces
- Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago

- Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

10. He perdido interés por mi aspecto personal

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debiera
- Podría tener un poco más de cuidado
- Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- Mucho
- Bastante
- No mucho
- Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

TOTAL ANSIEDAD:

TOTAL DEPRESIÓN:

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSES)

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más adecuada:

A muy de acuerdo

B de acuerdo

C en desacuerdo

D muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona de aprecio, al menos, en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a				
5. En general estoy satisfecho de mi mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo/a				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

ESCALA DE IMAGEN CORPORAL (BIS)
(Hopwood y cols., 2001)

En este cuestionario se le va a preguntar sobre cómo se siente en relación a su apariencia y a los cambios que ha experimentado como resultado de la enfermedad y los tratamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada ítem y marque con una cruz aquella respuesta que mejor se ajuste a la manera cómo se ha sentido durante la semana pasada.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
¿Se ha sentido avergonzada/o por su apariencia?				
¿Se siente menos atractiva/o físicamente a causa de su enfermedad o su tratamiento?				
¿Se ha sentido insatisfecha/o con su apariencia estando vestida/o?				
¿Se ha sentido menos femenina/masculino como consecuencia de su enfermedad o tratamiento?				
¿Le resulta difícil mirarse estando desnuda?				
¿Se ha sentido menos atractiva/o sexualmente a causa de su enfermedad o el tratamiento?				
¿Evita usted a las personas debido a como se siente por su apariencia?				
¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo incompleto?				
¿Se ha sentido insatisfecha/o con su cuerpo?				
¿Se ha sentido insatisfecha/o con la apariencia de su cicatriz?				

FSFI

Marque la respuesta que mejor describa su situación en las últimas 4 semanas. Por favor, asegúrese que escoge una única respuesta para cada pregunta.

1. Durante las últimas cuatro semanas ¿Con qué frecuencia ha sentido deseo sexual o interés por el sexo?

Casi nunca o nunca En algunos momentos Buena parte del tiempo
La mayor parte del tiempo Casi siempre o siempre

2. Durante las últimas cuatro semanas ¿Cómo calificaría su nivel de deseo sexual o interés por el sexo?

Muy bajo o nulo Bajo Moderado Alto Muy alto

3. Durante las últimas cuatro semanas ¿Con qué frecuencia ha sentido excitación sexual durante la estimulación sexual o el acto sexual?

No he tenido actividad sexual Nunca/Casi nunca
Pocas veces (menos de la mitad de las veces) A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) Casi siempre/siempre

4. Durante las últimas cuatro semanas ¿Cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la estimulación sexual o el acto sexual?

No he tenido actividad sexual
Muy bajo o nulo Bajo Moderado Alto Muy alto

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría la confianza que ha tenido usted en excitarse sexualmente durante la estimulación sexual o el acto sexual?

No he tenido actividad sexual
Muy baja o ninguna confianza Confianza baja Confianza moderada
Confianza alta Confianza muy alta

6. Durante las últimas cuatro semanas ¿Con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con el nivel de excitación sexual alcanzado durante la estimulación sexual o el acto sexual?

No he tenido actividad sexual Nunca/Casi nunca
Pocas veces (menos de la mitad de las veces) A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) Casi siempre/siempre

7. Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia ha conseguido lubricar (humedecer) su vagina durante la actividad sexual o el acto sexual?

No he tenido actividad sexual Nunca/Casi nunca
Pocas veces (menos de la mitad de las veces) A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) Casi siempre/siempre

15. Durante las últimas cuatro semanas ¿en qué medida se ha sentido satisfecha con la relación sexual con su pareja?

Muy insatisfecha Moderadamente insatisfecha Ni satisfecha /ni insatisfecha
Moderadamente satisfecha Muy satisfecha

16. Durante las últimas cuatro semanas ¿en qué medida se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general?

Muy insatisfecha Moderadamente insatisfecha Ni satisfecha /ni insatisfecha
Moderadamente satisfecha Muy satisfecha

17. Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia ha sentido dolor o disconfort durante la penetración vaginal?

No he intentado el acto sexual
Casi siempre/siempre La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
A veces (aproximadamente la mitad de las veces) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
Casi nunca/ nunca

18. Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia ha sentido dolor o disconfort tras la penetración vaginal?

No he intentado el acto sexual
Casi siempre/siempre La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
A veces (aproximadamente la mitad de las veces) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
Casi nunca/ nunca

19. Durante las últimas cuatro semanas ¿cómo calificaría el grado de dolor o disconfort que ha sentido durante o tras la penetración vaginal?

No he intentado el acto sexual
Muy alto Alto Moderado Bajo Muy bajo o ninguno

DOMINIO DESEO:

DOMINIO EXCITACIÓN:

DOMINIO LUBRICACIÓN:

DOMINIO ORGASMO:

DOMINIO SATISFACCIÓN:

DOMINIO DOLOR:

TOTAL:

15.3. ANEXO III. Tablas estadísticas

TABLA 5. Análisis de fiabilidad

Fiabilidad escala HADS TOTAL

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,914	14

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
HAD1	11,63	66,819	,645	,908
HAD2	12,44	63,741	,691	,906
HAD3	11,83	64,172	,617	,909
HAD4	12,53	64,959	,702	,906
HAD5	11,73	62,597	,655	,908
HAD6	12,34	64,720	,731	,905
HAD7	11,90	67,367	,571	,910
HAD8	11,75	65,267	,568	,911
HAD9	12,08	65,385	,620	,909
HAD10	12,53	66,974	,493	,913
HAD11	12,01	65,346	,573	,911
HAD12	12,28	63,220	,702	,906
HAD13	12,13	65,375	,616	,909
HAD14	12,60	66,641	,681	,907

Fiabilidad escala HADS ANSIEDAD

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,860	7

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
HAD1	6,68	17,573	,660	,839
HAD3	6,88	16,047	,636	,840
HAD5	6,78	15,451	,645	,840
HAD7	6,95	17,743	,599	,845
HAD9	7,13	17,021	,594	,845
HAD11	7,05	16,328	,639	,839
HAD13	7,18	16,530	,664	,835

Fiabilidad escala HADS DEPRESIÓN

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,885	7

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
HAD2	4,34	16,240	,738	,860
HAD4	4,42	16,784	,775	,856
HAD6	4,24	17,197	,716	,863
HAD8	3,64	17,432	,545	,886
HAD10	4,42	17,584	,577	,880
HAD12	4,18	16,407	,683	,867
HAD14	4,50	17,775	,745	,863

Fiabilidad escala RSES

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,892	10

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
RSES1	29,31	31,337	,704	,880
RSES2	29,36	31,170	,676	,881
RSES3	29,50	30,498	,653	,881
RSES4	29,64	29,524	,663	,880
RSES5	29,69	29,014	,723	,875
RSES6	29,89	30,081	,532	,890
RSES7	29,53	29,144	,738	,875
RSES8	30,06	27,919	,657	,882
RSES9	29,58	29,430	,651	,880
RSES10	29,48	30,913	,468	,894

Fiabilidad escala BIS

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,955	10

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
BIS1	7,56	66,110	,718	,953
BIS2	7,38	64,392	,800	,950
BIS3	7,52	64,467	,754	,952
BIS4	7,60	63,704	,779	,951
BIS5	7,54	62,004	,869	,947
BIS6	7,32	62,696	,827	,949
BIS7	7,92	66,785	,731	,953
BIS8	7,49	61,883	,886	,947
BIS9	7,47	62,005	,886	,947
BIS10	7,44	64,187	,783	,951

Fiabilidad escala FSFI TOTAL

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,988	19

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
FSFI1	39,69	1036,521	,621	,989
FSFI2	39,48	1023,298	,702	,989
FSFI3	39,58	953,692	,943	,987
FSFI4	39,77	966,516	,954	,987
FSFI5	39,69	963,645	,946	,987
FSFI6	39,52	950,605	,961	,986
FSFI7	39,47	947,605	,936	,987
FSFI8	39,23	936,870	,968	,986
FSFI9	39,42	944,184	,936	,987
FSFI10	39,22	936,128	,957	,986
FSFI11	39,36	946,447	,933	,987
FSFI12	39,25	941,436	,945	,987
FSFI13	39,30	938,918	,965	,986
FSFI14	39,17	934,941	,969	,986
FSFI15	38,05	1005,859	,783	,988
FSFI16	38,15	1006,669	,749	,988
FSFI17	39,42	945,984	,930	,987
FSFI18	39,32	939,019	,936	,987
FSFI19	39,29	939,500	,948	,987

TABLA 7. Correlaciones entre la edad y la ansiedad y depresión

Correlaciones

		Edad	HADANX	HADDEP
Edad	Correlación de Pearson	1	,092	,295**
	Sig. (bilateral)		,293	,001
	N	131	131	131
HADANX	Correlación de Pearson	,092	1	,671**
	Sig. (bilateral)	,293		,000
	N	131	131	131
HADDEP	Correlación de Pearson	,295**	,671**	1
	Sig. (bilateral)	,001	,000	
	N	131	131	131

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

		Edad	HADTOTAL
Edad	Correlación de Pearson	1	,213
	Sig. (bilateral)		,015
	N	131	131
HADTOTAL	Correlación de Pearson	,213	1
	Sig. (bilateral)	,015	
	N	131	131

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

TABLA 8. Correlaciones entre la edad y la imagen corporal

Correlaciones

		Edad	BISTOTAL
Edad	Correlación de Pearson	1	,034
	Sig. (bilateral)		,696
	N	131	131
BISTOTAL	Correlación de Pearson	,034	1
	Sig. (bilateral)	,696	
	N	131	131

TABLA 9. Relaciones entre la provisión de información médica y el bienestar emocional

Correlaciones

		HAD TOTAL	Inf Diagn.	Inf Tratam.	Inf Pronós.	Inf Comprens.	HAD ANX	HAD DEP
HADTOTAL	Pearson	1	-,247**	-,240**	-,158	-,180	,913**	,915**
	Sig.		,005	,006	,071	,039	,000	,000
	N	131	131	131	131	131	131	131
InfDiag.	Pearson	-,247**	1	,697**	,663**	,340**	-,110	-,339**
	Sig.	,005		,000	,000	,000	,211	,000
	N	131	131	131	131	131	131	131
InfTrat.	Pearson	-,240**	,697**	1	,726**	,439**	-,114	-,322**
	Sig.	,006	,000		,000	,000	,193	,000
	N	131	131	131	131	131	131	131
InfPron.	Pearson	-,158	,663**	,726**	1	,300**	-,050	-,238**
	Sig.	,071	,000	,000		,000	,571	,006
	N	131	131	131	131	131	131	131
InfCompr.	Pearson	-,180	,340**	,439**	,300**	1	-,086	-,242**
	Sig.	,039	,000	,000	,000		,327	,005
	N	131	131	131	131	131	131	131
HADANX	Pearson	,913**	-,110	-,114	-,050	-,086	1	,671**
	Sig.	,000	,211	,193	,571	,327		,000
	N	131	131	131	131	131	131	131
HADDEP	Pearson	,915**	-,339**	-,322**	-,238**	-,242**	,671**	1
	Sig.	,000	,000	,000	,006	,005	,000	
	N	131	131	131	131	131	131	131

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

TABLA 11. Relación entre el bienestar emocional y la relación de pareja

		Correlaciones		
		HADANX	HADDEP	SatisfacciónRelación
HADANX	Correlación de Pearson	1	,671**	-,345**
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	131	131	101
HADDEP	Correlación de Pearson	,671**	1	-,417**
	Sig. (bilateral)	,000		,000
	N	131	131	101
Satisfacción Relación	Correlación de Pearson	-,345**	-,417**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	101	101	101

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

TABLA 12. Relación entre el bienestar emocional y el esfuerzo percibido

		Correlaciones		
		HADANX	HADDEP	Esfuerzo
HADANX	Correlación de Pearson	1	,671**	,482**
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	131	131	131
HADDEP	Correlación de Pearson	,671**	1	,434**
	Sig. (bilateral)	,000		,000
	N	131	131	131
Esfuerzo	Correlación de Pearson	,482**	,434**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	131	131	131

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

TABLA 13. Relación entre el bienestar emocional y la autoeficacia

		Correlaciones		
		HADANX	HADDEP	CapacidadAfrontamiento
HADANX	Correlación de Pearson	1	,671**	-,394**
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	131	131	131
HADDEP	Correlación de Pearson	,671**	1	-,557**
	Sig. (bilateral)	,000		,000
	N	131	131	131
Capacidad Afrontamiento	Correlación de Pearson	-,394**	-,557**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	131	131	131

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

TABLA 14. Relación entre el bienestar emocional y el sentido del humor

		Correlaciones			
		HADANX	HADDEP	Sto.Humor	Act.Agradables
HADANX	Correlación de Pearson	1	,671**	-,356**	-,390**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
	N	131	131	131	131
HADDEP	Correlación de Pearson	,671**	1	-,446**	-,520**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000
	N	131	131	131	131
SentidoHumor Adaptación	Correlación de Pearson	-,356**	-,446**	1	,464**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000
	N	131	131	131	131
Actividades Agradables	Correlación de Pearson	-,390**	-,520**	,464**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	
	N	131	131	131	131

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

TABLA 15. Relación entre el bienestar emocional y el apoyo social

		Correlaciones				
		HADANX	HADDEP	Apoyo Familiar	Apoyo Amigos	Apoyo Profesionales
HADANX	Corr.Pearson	1	,671**	-,143	-,126	-,115
	Sig. (bilateral)		,000	,104	,153	,192
	N	131	131	131	131	131
HADDEP	Corr.Pearson	,671**	1	-,235**	-,296**	-,247**
	Sig. (bilateral)	,000		,007	,001	,005
	N	131	131	131	131	131
Apoyo Familiar	Corr.Pearson	-,143	-,235**	1	,590**	,160
	Sig. (bilateral)	,104	,007		,000	,068
	N	131	131	131	131	131
Apoyo Amigos	Corr.Pearson	-,126	-,296**	,590**	1	,409**
	Sig. (bilateral)	,153	,001	,000		,000
	N	131	131	131	131	131
Apoyo Profesionales	Corr.Pearson	-,115	-,247**	,160	,409**	1
	Sig. (bilateral)	,192	,005	,068	,000	
	N	131	131	131	131	131

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

TABLA 16. Relación entre Ansiedad y Resiliencia

		Ayudasentirsemejor					Total
		Aemoc	Norm	Man	Ocio	Otros	
HADANX	NORMAL	36	20	9	1	5	71
CUAL	PATOLOGICO	32	15	3	3	7	60
Total		68	35	12	4	12	131

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,390 ^a	4	,356
Razón de verosimilitudes	4,548	4	,337
Asociación lineal por lineal	,241	1	,624
N de casos válidos	131		

a. 2 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,83.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,183	,356
	V de Cramer	,183	,356
N de casos válidos		131	

Tabla de contingencia

Recuento

		Significadocáncer				Total
		Vida	Dol	Parón	Otros	
HADANX	NORMAL	36	19	9	7	71
CUAL	PATOLOGICO	13	38	5	4	60
Total		49	57	14	11	131

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,296 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	18,751	3	,000
Asociación lineal por lineal	1,341	1	,247
N de casos válidos	131		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,04.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,374	,000
	V de Cramer	,374	,000
N de casos válidos		131	

Tabla de contingencia

Recuento

		Sufrimientoexperimentado				Total
		Val	C.P	Neg	Otros	
HADANX	NORMAL	29	20	14	8	71
CUAL	PATOLOGICO	24	13	22	1	60
Total		53	33	36	9	131

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,314 ^a	3	,040
Razón de verosimilitudes	9,034	3	,029
Asociación lineal por lineal	,007	1	,935
N de casos válidos	131		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,12.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	,252	,040
V de Cramer	,252	,040
N de casos válidos	131	

TABLA 17. Relación entre Depresión y Resiliencia

	Ayudasentirsemejor					Total
	Aemoc	Norm	Man	Ocio	Otros	
HADDEP NORMAL	48	30	11	3	7	99
CUAL PATOLOGICO	20	5	1	1	5	32
Total	68	35	12	4	12	131

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,481 ^a	4	,166
Razón de verosimilitudes	6,881	4	,142
Asociación lineal por lineal	,023	1	,880
N de casos válidos	131		

a. 4 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,98.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	,222	,166
V de Cramer	,222	,166
N de casos válidos	131	

		Significadocáncer				Total
		Vida	Dol	Parón	Otros	
HADDEP	NORMAL	44	33	14	8	99
CUAL	PATOLOGICO	5	24	0	3	32
Total		49	57	14	11	131

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,592 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	22,883	3	,000
Asociación lineal por lineal	,887	1	,346
N de casos válidos	131		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,69.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,387	,000
	V de Cramer	,387	,000
N de casos válidos		131	

		Sufrimientoexperimentado				Total
		Val	C.P	Neg	Otros	
HADDEP	NORMAL	44	25	22	8	99
CUAL	PATOLOGICO	9	8	14	1	32
Total		53	33	36	9	131

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,535 ^a	3	,088
Razón de verosimilitudes	6,421	3	,093
Asociación lineal por lineal	1,963	1	,161
N de casos válidos	131		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,20.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,223	,088
	V de Cramer	,223	,088
N de casos válidos		131	

TABLA 18. Relación entre la Ansiedad y el tipo de tratamiento adyuvante

		Tratamiento							Total
		No	QT	RT	BT	HT	RT/BT + QT	QT o RT o BT + HT	
HADANX	NORMAL	0	3	5	1	2	14	46	71
CUAL	PATOLOGICO	1	3	4	0	4	14	34	60
Total		1	6	9	1	6	28	80	131

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,680 ^a	6	,720
Razón de verosimilitudes	4,446	6	,617
Asociación lineal por lineal	,552	1	,458
N de casos válidos	131		

a. 10 casillas (71,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,168	,720
	V de Cramer	,168	,720

TABLA 19. Relación entre la Depresión y el tipo de tratamiento adyuvante

Tabla de contingencia

		Tratamiento							Total
		No	QT	RT	BT	HT	RT/BT + QT	QT o RT o BT + HT	
HADDEP	NORMAL	1	4	8	1	4	20	61	99
CUAL	PATOLOGICO	0	2	1	0	2	8	19	32
Total		1	6	9	1	6	28	80	131

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,307 ^a	6	,889
Razón de verosimilitudes	2,893	6	,822
Asociación lineal por lineal	,081	1	,776
N de casos válidos	131		

a. 9 casillas (64,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,133	,889
	V de Cramer	,133	,889
N de casos válidos		131	

TABLA 22. Relación entre el tipo de cirugía y el bienestar emocional

Estadísticos de grupo

Cirugía		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
HADANX	Cirugía conservadora	73	7,95	4,594	,538
	Mastectomía Radical	58	8,31	4,882	,641
HADDEP	Cirugía conservadora	73	4,49	3,775	,442
	Mastectomía Radical	58	5,53	5,774	,758

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inf	Sup
HADANX	Se han asumido varianzas iguales	1,105	,295	-,439	129	,661	-,365	,831	-2,009	1,279
	No se han asumido varianzas iguales			-,436	118,854	,663	-,365	,837	-2,022	1,292
HADDEP	Se han asumido varianzas iguales	6,693	,011	-1,243	129	,216	-1,041	,838	-2,699	,616
	No se han asumido varianzas iguales			-1,187	93,736	,238	-1,041	,878	-2,784	,701

TABLA 23. Relación entre el tipo de cirugía y la imagen corporal, la autoestima y el funcionamiento sexual

Estadísticos de grupo

	Cirugía	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
BIS TOTAL	Cirugía conservadora	73	4,52	5,970	,699
	Mastectomía Radical	58	13,19	9,549	1,254
RSES TOTAL	Cirugía conservadora	73	33,01	5,407	,633
	Mastectomía Radical	58	32,74	6,799	,893
FSFITOTAL	Cirugía conservadora	73	17,5205	11,89455	1,39215
	Mastectomía Radical	58	13,5328	11,44858	1,50327

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia de medias	Error típ. de la dif	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inf	Sup
BIS TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	29,940	,000	-6,353	129	,000	-8,669	1,365	-11,369	-5,969
	No se han asumido varianzas iguales			-6,040	90,960	,000	-8,669	1,435	-11,520	-5,818
RSES TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	4,548	,035	,255	129	,799	,272	1,066	-1,837	2,382
	No se han asumido varianzas iguales			,249	107,237	,804	,272	1,094	-1,897	2,442
FSFI TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	,297	,587	1,938	129	,055	3,98779	2,05793	-,08388	8,05946
	No se han asumido varianzas iguales			1,946	124,310	,054	3,98779	2,04888	-,06742	8,04300

TABLA 24. Relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción con la relación de pareja

Estadísticos de grupo

Cirugía		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Satisfacción Relación	Cirugía conservadora	58	8,03	1,825	,240
	Mastectomía Radical	43	7,63	2,968	,453

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig.	Dif de medias	Error típ. de la dif	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inf	Sup
Satisfacción Relación	Se han asumido varianzas iguales	11,231	,001	,849	99	,398	,407	,479	-,543	1,356
	No se han asumido varianzas iguales			,794	65,084	,430	,407	,512	-,616	1,429